



**Universitat Autònoma de Barcelona**

*Departament de Psicologia Clínica i de la Salut*

*Facultat de Psicologia*

**FACTORES PSICOPATOLÓGICOS, COGNITIVOS Y METODOLÓGICOS  
EN EL DÉFICIT DE *INSIGHT* EN PACIENTES PSICÓTICOS**

Disertación presentada por **María de Lourdes Nieto García**  
para la obtención del grado de Doctora en Psicología.

**Directores:**

**Jordi E. Obiols Llandrich**

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Unitat de Recerca en Psicopatologia i Neuropsicologia.  
Universitat Autònoma de Barcelona

**Jesús V. Cobo Gómez**

Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat  
Autònoma de Barcelona

**Barcelona 2012**

*“La subjetividad es el camino para acercarnos a la profundidad de lo verdaderamente humano”*

*J. Strauss, 2011*

*A mis padres y hermanas, por su cariño y por siempre estar presentes*

## AGRAÏMENTS

Als meus directors de tesi,

Al Dr. Jordi E. Obiols Llandrich per la seva confiança i dedicació, pels seus experts suggeriments que van ser la base fonamental d'aquest treball.

Al Dr. Jesús V. Cobo Gómez per la seva confiança, paciència i gran generositat, per estimular-me i orientar-me en la realització d'aquest treball.

Al llarg del desenvolupament d'aquest treball vaig tenir la fortuna de trobar-me amb persones excepcionals amb qui vaig compartir hores d'esforç, com la Dra. Esther Pousa i la Dra. Ada I Ruiz. Gràcies per la seva dedicació en el meu procés d'aprenentatge, per la seva calidesa, per guiar-me i donar-me l'oportunitat d'aprendre de vostès i per ser un excel·lent exemple de superació.

Al Dr. Blas Navarro per les seves contínues observacions, orientacions i suggeriments metodològics.

*A mis padres y hermanas por su cariño y apoyo incondicional.*

Als meus amics, els qui m'han inspirat i m'han acompanyat, i als quals he admirat:

Vero, Uri, Alba, Sergi, Blanca, Nicole, Pere, David. Moltes gràcies per rebre'm amb tanta calidesa, per la vostra companyia, per enriquir el meu món i per compartir amb mi el llarg i meravellós camí de la vida. La meva estada no hagués estat el mateix sense la vostra grata companyia.

*Alisa, por ser un gran ejemplo de fortaleza y perseverancia, por siempre estar ahí y por ser tú.*

*Ray, por tu grata compañía, por tus sabios consejos, por siempre estar ahí y por impulsarme a hacer realidad este sueño.*

*Fabián, por tu gran interés en mis proyectos, tanto a nivel profesional como personal, por ser un gran apoyo en todo momento y un gran amigo, de cuya amistad me siento especialmente orgullosa.*

Agraïixo tot el suport que m'han ofert el personal del Departament de Psiquiatria de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. A la Dra. Gemma García-Parés i al Dr. Diego Palao, per brindar-me els mitjans necessaris per a la realització d'aquest projecte.

A tots els pacients per la seva participació voluntària i desinteressada; sense la seva ajuda, aquest treball no hagués estat possible.

*Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) por reconocer la importancia que tiene para el desarrollo de un país impulsar la investigación, por apostar por la formación de calidad brindando el apoyo y los medios necesarios para tal efecto.*

**ÍNDICE**

	<b>Pág.</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>2. INSIGHT EN PSICOSIS</b>	
<b>2.1. Definición de <i>insight</i></b> .....	13
<b>2.2. Modelos para entender el déficit de <i>insight</i> en la psicosis</b>	
2.2.1. Modelo de defensa psicológica.....	19
2.2.2. Modelo neuropsicológico .....	21
2.2.3. Modelo clínico.....	24
<b>2.3. Variables clínicas relacionadas al déficit de <i>insight</i> en la psicosis</b>	
2.3.1. <i>Insight</i> y sintomatología psicótica .....	26
2.3.2. <i>Insight</i> y cognición .....	32
<b>2.4. Escalas para evaluar el <i>insight</i></b> .....	38
<b>3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....	46
<b>4. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA</b> .....	47
4.1. Adaptación al castellano de la escala de <i>insight</i> de Marková y Berrios.....	49

4.2. Insight, symptomatic dimensions and cognition in acute phase psychotic patients .....	72
<b>5. DISCUSIÓN GENERAL .....</b>	<b>80</b>
<b>6. CONCLUSIONES GENERALES .....</b>	<b>87</b>
<b>7. REFERENCIAS.....</b>	<b>89</b>
<b>8. ANEXO.....</b>	<b>107</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La psicosis es un cuadro clínico que se caracteriza por una pérdida de la conexión con la realidad (por ejemplo, el paciente no distingue en absoluto entre la realidad y su fantasía, o entre sus miedos internos y las amenazas reales, etc.). En sentido estricto, la pérdida de contacto con la realidad se da en distinto grado en muchos trastornos psiquiátricos, pero en los trastornos psicóticos éste síntoma es más llamativo. Comúnmente, los síntomas psicóticos son divididos en tres categorías: positivos, negativos y desorganizados. La sintomatología positiva en general comprende las manifestaciones más activas de la conducta anormal. Esto abarca delirios y alucinaciones. Los síntomas negativos en general tienen que ver con restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo) y con la pobreza del lenguaje y del pensamiento (alogia). Los síntomas desorganizados incluyen ideas y habla confusa, repetición de ademanes o gestos rítmicos, movimientos lentos y/o poco usuales como caminar en círculos o de un lado a otro (APA, 2000).

De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000) dentro del espectro de los trastornos psicóticos la *esquizofrenia* es uno de los más comunes. Sus causas aún son desconocidas, pero se sabe de la existencia de algunos factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales. El curso crónico y deteriorante de esta enfermedad afecta seriamente el curso vital de los pacientes desde su juventud y frustra muchas veces las expectativas fundamentales del ser humano que la padece. La esquizofrenia suele clasificarse en paranoide, catatónica, desorganizada, indiferenciada y residual.

Un rasgo común en las personas que padecen un trastorno del espectro psicótico es que tienen una percepción subjetiva de su enfermedad que generalmente no coincide con la visión clínica de su condición (Obiols, 2000). El Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1973) observó que cerca del 81% de los 811 pacientes estudiados negaban tener alguna enfermedad mental. Posteriormente, en un estudio realizado para la elaboración de la IV Edición del Manual



Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, 1994), se encontró que cerca del 60% de las personas que padecían esquizofrenia no creían sufrir ningún tipo de trastorno psiquiátrico. Amador et al. (1994) en un estudio con 412 pacientes psicóticos hallaron que la mayoría tenía serias dificultades para identificar sus síntomas y aquellos pacientes que sí los identificaban los atribuían a causas externas (ajenas al trastorno mental). Particularmente, de 221 personas con esquizofrenia, 41% no tenían conciencia de sufrir un trastorno mental, el 28% no tenía conciencia de sufrir problemas de sociabilidad, 58% no tenían conciencia de sus delirios y el 39.5% creía que sus alucinaciones eran reales.

La falta de conciencia respecto a las repercusiones de la enfermedad mental y a la enfermedad misma es uno de los problemas a los que día a día debe enfrentarse el clínico a la hora de iniciar y mantener el tratamiento de un paciente que sufre de psicosis, puesto que una persona que no se considera enferma difícilmente aceptará la toma de medicación y cualquier otra medida terapéutica, ya que piensa que lo pueden estar engañando, perjudicando o simplemente que no la necesita (Amador, 2007). Desde un punto de vista empírico, diferentes estudios han demostrado que el déficit en la conciencia de enfermedad suele ser más prevalente y grave en los trastornos del espectro psicótico que el observado en otras patologías mentales (Pini et al., 2004; Yen et al., 2005; 2009).

El término *conciencia de enfermedad* ha sido una traducción al castellano de la palabra inglesa *insight*. En su versión original, ésta recoge diversas acepciones, pero todas bajo la misma metáfora: visión interna, percepción interior y discernimiento (Villagrán y Luque, 2000). A esto se añade la acepción de aprehensión de la esencia de las cosas, el hecho de "penetrar en el entendimiento del carácter interno de las cosas" (comillas del autor), de "ver bajo su superficie". En castellano, no existe una palabra que pueda reflejar todo lo que implica el *insight* en su lengua original, ya que hace referencia a un fenómeno multidimensional que va más allá de la mera conciencia de enfermedad. Por tal motivo, en la literatura actual, se considera más adecuado conservar el uso de la palabra en inglés.

Históricamente no ha quedado claro cuándo se introdujo el término *insight* en el campo médico psiquiátrico. En comparación con otros términos psicopatológicos tiene una historia relativamente corta, sus orígenes son inciertos y presenta grandes dificultades al momento de rastrear su estructura semántica. Lo cierto es que se ha utilizado para referir un cierto estado mental que se infiere a partir de la respuesta (verbal y conductual) del paciente a su enfermedad. En sus inicios éste fue considerado como una actitud (Aubrey Lewis, por ejemplo, lo definía como la "correcta actitud hacia un cambio patológico en uno mismo"); para otros, un reconocimiento o la toma de consciencia. Hasta principios de esta década poco se había escrito acerca del *insight* en los trastornos del espectro psicótico y de su significación psicopatológica y clínica (Berrios, 1996).

En los últimos 20 años ha surgido un gran interés por investigar, conceptualizar y evaluar el *insight* en la psicosis. Hoy en día, se entiende como un fenómeno multidimensional que incluye no sólo la consciencia del paciente de sus síntomas o enfermedad, sino también una mayor elaboración, conceptualizada distintamente como una correcta atribución (Amador et al., 1991), una consideración de los síntomas como patológicos (David, 1990), o un mayor conocimiento de los efectos de los síntomas o enfermedad en el individuo en el contexto de su ambiente (Marková y Berrios, 1992a y 1995b).

El *insight* ha sido estudiado desde diferentes perspectivas teóricas, desde psicodinámicas hasta neurológicas, y pese a las limitaciones particulares de cada una, estas visiones han aportado nuevos conocimientos y maneras de entender un fenómeno tan complejo. A nivel empírico, los estudios se han centrado en determinar la posible relación entre el nivel de *insight* y variables como la gravedad de la psicopatología y el deterioro neuropsicológico, entre otras (Amador et al., 1993; Buckley et al., 2001; David et al., 1992; Fenning et al., 1996; McEvoy et al., 1989b; Smith et al., 1998). También, se han desarrollado instrumentos de evaluación cada vez más sistematizados y que van siendo readaptados a las nuevas condiciones, capaces de capturar las diferentes dimensiones de este fenómeno (Domínguez et al., 2000).

El déficit de *insight* es un problema que ha causado gran interés entre los profesionales de la salud, debido a sus consecuencias negativas que no tardan en verse reflejadas en la evolución del individuo, ya que éste déficit ha sido relacionado con una mayor agresividad e impulsividad, con un incremento en el riesgo de abuso comórbido de sustancias, con un mayor empobrecimiento psicosocial, con peor adherencia terapéutica y, en definitiva, con un peor pronóstico global de la enfermedad (Drake et al., 2000; Kampman et al., 2002; Lacro et al., 2002; McEvoy, 2004; Novak-Grubic y Tavcar, 2002).

En estos últimos años, se han realizado grandes esfuerzos por tratar de comprender los mecanismos de acción de éste fenómeno tan complejo, sin embargo, sigue siendo un tema con grandes interrogantes teóricas. El presente trabajo tuvo como finalidad analizar algunos factores psicopatológicos, cognitivos y metodológicos del *insight* en pacientes psicóticos. En la primera parte, se hace una breve revisión de los aspectos tanto históricos como teóricos más sobresalientes en el estudio del *insight*. En la segunda parte, se presentaran dos trabajos científicos que actualmente han sido publicados. Finalmente, se analizaran y discutirán los principales hallazgos.

## 2. INSIGHT EN PSICOSIS

### 2.1. Definición de *insight*

Los primeros trabajos que plantearon el tema de la conciencia de enfermedad en los trastornos del espectro psicótico se remontan a finales del siglo XVIII. En estos, la conciencia de trastorno era abordada desde un punto de vista jurídico, figurando más entre los abogados que entre los médicos. En esta época, la psicosis era entendida como una *insania total* constituida por la presencia de numerosos delirios que eran definidos como *insight-less*. El delirio era el eje central de la locura, el déficit de *insight* formaba parte de la definición de éste, por tanto; el "ser consciente de estar delirando" no era concebible. A principios del siglo XIX nuevamente desde una perspectiva legal se comienza a cuestionar la visión de *insania total* y se favorece la noción de *insania parcial*, entendida como la presencia de períodos de locura alternados con intervalos de lucidez. Esta nueva visión tuvo implicaciones importantes para el futuro desarrollo del término *insight*, principalmente, porque se admitía la posibilidad de coexistencia de locura y cordura en la misma persona (Villagrán y Luque, 2000).

En la segunda mitad del siglo XIX por vez primera se comienza a cuestionar el valor clínico de la actitud de los pacientes ante su propia *insania* y de la importancia de entender la forma en la que estos *experimentaban* su enfermedad. En este periodo la psiquiatría tuvo un crecimiento muy importante a nivel conceptual, pues se incorporaron a ésta disciplina algunos términos subjetivos, tales como: *conciencia*, *autoconciencia* e *introspección*, conceptos sin los cuales la noción de *insight* sería muy difícil de entender (Berrios, 1996).

No fue sino hasta finales del siglo XIX cuando el término *insight* fue introducido en la psiquiatría occidental en trabajos que estudiaron los efectos de la enfermedad mental sobre el autoconocimiento. En estos destacan los de Henri Dagonet (1881) quien

proponía examinar los síntomas mentales en sí mismos como base para entender los trastornos relacionados con la conciencia. Para Dagonet la conciencia tenía como una de sus funciones la detección del cambio; ésta captaba todos los fenómenos de la vida interior y los confiaba a la memoria. Por ende, sería capaz de sentir cualquier transformación de la misma causada por la enfermedad mental. Después de Dagonet, las posturas de Aubrey Lewis y Karl Jaspers constituyen un punto de referencia histórico en el concepto de *insight*.

Aubrey Lewis (1934) definió el *insight* como el conocimiento del cambio en uno mismo y el enjuiciamiento o valoración de tal cambio. Para este autor, el paciente se miraba a sí mismo desde su trastorno mental y, por lo tanto, era necesario contemplar no sólo los cambios producidos en las condiciones del paciente, sino también la psicopatología total del trastorno. Por su parte, Karl Jaspers (1959) definió el *insight* como la capacidad del individuo para juzgar lo que le está pasando durante la psicosis y de las razones por las cuales esto está ocurriendo. Estos juicios dependían de la inteligencia, la educación y de aspectos de la personalidad del individuo. Para Jaspers la autoobservación de los pacientes era una de las fuentes más importantes de conocimiento de la vida psíquica, también lo era la atención que estos prestaban a su experiencia anormal y a la elaboración de sus observaciones. Jaspers fue uno de los primeros autores en reflexionar en profundidad sobre el *insight* y en reconocer la dificultad que suponía teorizar sobre éste y hasta qué punto podía esperar el observador comprender las actitudes del paciente ante su enfermedad. Jaspers observó que en la etapa temprana de la psicosis los pacientes se quedaban perplejos, pero a medida que ésta progresaba, trataban de hallarle sentido a sus experiencias mediante elaboraciones delirantes.

La corriente psicoanalítica también ha sido parte importante en el recorrido histórico del *insight*, a pesar de que Freud utilizara muy poco este término (*Einsicht*) para referirse a conciencia de enfermedad. En la terapia psicoanalítica el objetivo fundamental es hacer conscientes los mecanismos inconscientes que se supone

subyacen a la psicopatología del paciente. En virtud de la forma en que esto se realice, se pueden

*Definición de insight*

---

distinguir dos modalidades de *insight*; el *intelectual* o *descriptivo*, en el que el paciente es consciente de lo que le ocurre a través de las palabras del analista, y el *emocional*, en el que el paciente obtiene personalmente el conocimiento a través de la transferencia (Birbing, 1954). Esta manera de entender el *insight* ha sido muy cuestionada dada la falta de trabajos empíricos y la poca claridad de las bases teóricas bajo las que se sustenta (Domínguez et al., 2000).

Con el paso del tiempo el *insight* fue ganando terreno en el campo psiquiátrico y surgieron nuevas propuestas para tratar de comprenderlo desde una visión más consensuada. A partir de ello, se comenzó a entender como un síntoma más de la enfermedad mental que podía estar presente o ausente, pero que no era graduable, es decir, desde un enfoque *categorial*. Entre sus principales representantes se puede encontrar a Van Putten et al. (1976) para quienes el *insight* era la expresión verbal del paciente acerca de padecer una enfermedad emocional y lo evaluaban como presente/ausente. Para Lin et al. (1979) el concepto de *insight* se podía establecer en función de la respuesta afirmativa del paciente a si ellos pensaban que tenían algún problema y si tenían la necesidad de alguna atención médica. Para estos autores, la manera de evaluar el *insight* era todo/nada. Las respuestas del paciente no eran analizadas, sólo se hacía hincapié si la respuesta afirmativa implicaba el reconocimiento del paciente de sus problemas. Heinrichs et al. (1985) lo definían como la capacidad del paciente (durante la fase temprana de descompensación), para reconocer que estaba sufriendo una recaída de su enfermedad psicótica. La valoración se determinaba con ayuda de las notas del caso y con la opinión de los clínicos a cargo de los pacientes. El resultado de la valoración era *insight* completo/ausente.

La manera categorial de entender el *insight* fue poco desarrollada y no tardó mucho en ser fuertemente criticada por su poca utilidad, tanto para la investigación como para su aplicación clínica. Lo que dio paso a un nuevo enfoque denominado *continuo* que contempla el *insight* como un fenómeno multidimensional y graduable.

Ante la necesidad de trascender el modelo dicotómico Greenfeld et al. (1989) propusieron un modelo multidimensional del *insight*. En este, sus dimensiones estaban relacionadas con la visión acerca de los síntomas, de la existencia de una enfermedad, de las especulaciones acerca de la etiología de ésta, de la vulnerabilidad a las recaídas y de las opiniones acerca del valor del tratamiento. Estos autores plantearon una evaluación cualitativa del constructo dimensional. En la misma línea, David (1990) propuso que el *insight* se componía de tres dimensiones distintas pero que se solapaban entre sí, estas son: 1) el reconocimiento de que uno tiene una enfermedad mental, 2) la capacidad para identificar los sucesos mentalmente extraños (alucinaciones y delirios) como patológicos, y 3) la adhesión al tratamiento. Es importante notar que una de las aportaciones más interesantes de este autor fue señalar las dos primeras dimensiones, ya que permitieron diferenciar el proceso patológico como un todo y por síntomas particulares (Marková y Berrios, 1995a). Amador et al. (1991) propusieron cuatro dimensiones que conformarían el *insight*: 1) conocimiento de los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad, 2) la atribución general acerca de la enfermedad y la atribución específica acerca de los síntomas y sus consecuencias, 3) la formación del autoconcepto y 4) los mecanismos defensivos psicológicos. En una revisión posterior, los autores distinguieron dos componentes: el conocimiento y la atribución retrospectiva de la enfermedad/síntomas (Amador et al., 1994).

Por otro lado, Marková y Berrios (1992a) hicieron una contribución decisiva al enfatizar la importancia del aspecto interactivo. Para estos autores, el *insight* es más que el simple conocimiento aparente que el paciente puede tener acerca de sí mismo y de su trastorno. El *insight* sería una forma de autoconocimiento que incluye el conocimiento del paciente respecto de sí mismo (cómo se encuentra) y de su trastorno (lo que le pasa), pero también el entendimiento de los efectos que la enfermedad provoca en su interacción con el mundo. Este concepto, más amplio que el tradicional, *i.e.*, que el paciente crea que está enfermo y necesita tratamiento, implica la evaluación no sólo de datos cuantitativos, sino cualitativos, e incluye no sólo la consciencia de la particular

experiencia/enfermedad sino, como en el *insight* propiamente dicho de Jaspers, el consiguiente *juicio*. Consciencia y juicio se dan, para estos auto *Definición de insight*

---

proceso de formación del síntoma y expresión de la enfermedad. Posteriormente, Vaz et al. (1997) también remarcaron la importancia de la dimensión interactiva del *insight*. Para estos, la conciencia de enfermedad podría ser valorada desde una variable interna que correspondería a la relación del sujeto consigo mismo y una variable externa que sería la expresión del deterioro del contacto con el entorno. La dimensión interactiva de la conciencia de enfermedad obligaría a extremar la atención al entorno que rodea al paciente ya que éste podría ser un elemento clave en la construcción de la conciencia de enfermedad.

Pese a los grandes esfuerzos, aún no se ha logrado disipar la ambigüedad del concepto y consensuar una definición operacional del *insight*. Sin embargo, se han logrado importantes avances. En primer lugar, la visión del *insight* como concepto unidimensional (todo/nada) ha quedado descartada. El *insight* es una entidad que afecta a diferentes áreas, pudiendo estar presente en alguna de ellas y en otras no. Por ejemplo, un paciente puede reconocer la presencia de síntomas y/o déficits en su funcionamiento pero no reconocerlos como producto de una patología mental, sino atribuirlos a cualquier otra causa. Otros pacientes pueden aceptar la necesidad de tratamiento farmacológico, sin embargo, presentar problemas a la hora de reconocer que la enfermedad repercute en sus vidas y las consecuencias tanto personales como sociales (Amador y David, 2004). El *insight* no es una entidad estática, en algunos casos éste puede variar en función de la fase psicótica por la que se atraviese. Es decir, existen pacientes que siendo conscientes de que sufrieron una alteración mental en el pasado son incapaces de darse cuenta que en el presente sufren un nuevo episodio. Asimismo, hay pacientes que siendo conscientes de su situación actual son incapaces de reconocer que tuvieron el mismo tipo de problemas en el pasado (Amador y Gorman, 1998).

Hoy en día, en la mayoría de estudios empíricos el *insight* es entendido como un fenómeno multidimensional que incluye no sólo la conciencia del paciente de sus síntomas o enfermedad, sino también una mayor elaboración, conceptualizada



distintamente como una correcta atribución (Amador et al., 1991), una consideración de los síntomas como patológicos (David, 1990), o un mayor conoci: *Definición de insight*

---

de los síntomas o enfermedad en el individuo en el contexto de su ambiente (Marková y Berrios, 1992a y 1995b).

## 2.2. Modelos para entender el déficit de *insight* en la psicosis

El origen del déficit de *insight* en la psicosis aún es desconocido. Existen varias hipótesis que han tratado de dar una explicación a éste fenómeno, enfrentándose en algunas ocasiones y en otras complementándose. Principalmente, han destacado tres posturas: el *modelo de defensa psicológica*, el *modelo neuropsicológico* y el *modelo clínico* (Cuesta y Peralta, 1994).

### 2.2.1. Modelo de defensa psicológica

Históricamente, el modelo de defensa psicológica es más antiguo. En 1920 Mayer-Gross hablaba de un déficit en la autoconciencia como resultado de una defensa psicológica o estrategia adaptativa en la esquizofrenia. Para Weinstein y Kahn (1955) las personas están motivadas en diferentes grados para negar la presencia de una enfermedad o alguna incapacidad para protegerse a sí mismos del sufrimiento secundario al reconocimiento de una disfunción. Postularon la acción de mecanismos de defensa o procesos mentales inconscientes usados en la protección contra la angustia. También, estos autores sugirieron que un tipo particular de personalidad predisponía al desarrollo de la negación. Como rasgo premórbido, tales pacientes consideraban la enfermedad como una debilidad, se preocupaban mucho por las opiniones de otros y tenían intensas ansias de perfección y éxito.

McGlashan y Carpenter (1976) identificaron la relación entre la depresión post-psicótica y la negación en la esquizofrenia. Estos autores comparten el punto de vista de que la depresión post-psicótica se deriva de la conciencia de las trágicas circunstancias de padecer un trastorno mental. Esta visión sugiere que los pacientes quienes aceptan la

realidad de sufrir experiencias psicóticas son más vulnerables a la depresión. Gur y Sackeim (1979) intentaron poner de n *Modelos para entender el déficit de insight en la psicosis*

---

estar funcionando en algunos pacientes y, a finales de los años setenta, intentaron hacer operativo el concepto de autoengaño como el mecanismo psicológico motivado por el que un sujeto que mantiene dos opiniones contradictorias al mismo tiempo decide cuál de ellas se mantiene inconsciente y cuál no. Realizaron algunos estudios en los que analizaban cómo los factores motivacionales influían en el autoengaño.

Cabe señalar que el modelo de la defensa psicológica no ha sido muy utilizado, principalmente por la dificultad de investigar de manera empírica sus posturas. Además, algunos autores han realizado críticas en la manera de utilizar ciertos términos, por ejemplo, McGlynn y Schacter (1989) han observado que el vocablo “negación” puede tener un significado general y otro más específico que si no son diferenciados pueden plantear importantes problemas. En un sentido general, la palabra negación se utiliza a menudo de forma descriptiva para referirse al rechazo de un paciente a admitir una disfunción evidente. Sin embargo, el término también se emplea con frecuencia en el sentido de negación defensiva o negación con motivo implicando un proceso psicológico subyacente que inhibe el reconocimiento explícito de la disfunción. De este modo, la expresión tiene un doble sentido: significa inconsciencia de algo (aunque implica que ser consciente de algo funciona sólo a nivel consciente), pero también sugiere un mecanismo psicológico en la base de esta inconsciencia (mecanismo de defensa).

En resumen, de acuerdo con el *modelo de defensa psicológica* el déficit de *insight* se entiende como la negación de la enfermedad, en este caso la hipótesis que subyace es la presencia de un mecanismo de defensa o una estrategia de afrontamiento ante la enfermedad mental dirigida a la preservación de una percepción integrada del sujeto (McGlashan y Carpenter, 1981; Ghaemi y Rosenquist, 2004). Este modelo propone que quienes usan como mecanismo de afrontamiento la negación tienen déficit de *insight* pero sufren menor estrés y tienen mejor autoestima. En contraste, quienes tienen mejor *insight* sufren mayor estrés. Algunos estudios han mostrado datos que

podrían apoyar este modelo, pues han observado mayor estrés, sintomatología depresiva (Mintz et al., 2003), desesperanza

---

*Modelos para entender el déficit de insight en la psicosis*

ansiedad (Lysaker y Salyers, 2007) y mayor riesgo de suicidio (Schwartz and Smith, 2004; Crumlish et al., 2005; Pompili et al., 2007) en los pacientes con *insight*. Sin embargo, la causalidad de estas variables necesitaría ser explorada en estudios longitudinales. También sería necesario elaborar investigaciones en las que se precise la relación entre el *insight* y los mecanismos de afrontamiento, como la negación, pues actualmente, resulta difícil poder contrastar los estudios existentes porque se sustentan en diferentes maneras de entender estos conceptos (Cooke, et al., 2007).

### **2.2.2. Modelo neuropsicológico**

El *modelo neuropsicológico* explica el déficit de *insight* en la psicosis como resultante de un deterioro cognitivo secundario a anormalidades cerebrales (Lewis, 1934; David, 1999). Este modelo se desarrolló a partir de las similitudes sintomáticas del déficit de *insight* en la esquizofrenia y las observadas en la anosognosia (Amador et al., 1991). A lo largo del tiempo, en la bibliografía médica han existido extensas descripciones de pacientes con déficit neurológicos prominentes aparentemente inadvertidos, y que mantenían su “inconsciencia” acerca de éstos y/o negaban explícitamente cualquier incapacidad a pesar de la evidencia o confrontación (Anton, 1899). Josep François Babinski (1914) introdujo la palabra anosognosia para describir la negación de problemas motores y especificó que la falta de conciencia observada en estos pacientes era producto de la pérdida de capacidades intelectuales generales. A partir de este momento, se ha empleado el término anosognosia para referirse a la falta de conciencia de otros síndromes neurológicos o neuropsicológicos como: hemiplejía izquierda (Levine, 1991), ceguera cortical (síndrome de Anton), afasia (Rubens y Garrett, 1991), hemibalismo (Roth, 1994), síndromes amnésicos (McGlynn y Schacter, 1989), demencia (Reed et al., 1993), traumatismo craneal (Prigatano, 1991) y discinesia tardía (Myslobodsky et al., 1986), entre otros. Los pacientes que padecen

anosognosia comparten algunas similitudes con los pacientes psiquiátricos que tienen déficit de *insight* (Amador y Paul-C *Modelos para entender el déficit de insight en la psicosis*

---

tienen conciencia de sus déficits pese a las evidencias que les indican lo contrario y tratan de explicar sus síntomas por medio de circunstancias ajenas a un trastorno. Mullen et al. (1996) afirman que la facultad de etiquetar ciertos eventos mentales como patológicos corresponde estrechamente al concepto de anosognosia y que el reconocimiento de síntomas neurológicos por un paciente es conceptualmente idéntico al reconocimiento de síntomas psiquiátricos.

Al respecto, Marková et al. (2003) señalan que la anosognosia se refiere a la inconsciencia de un déficit neurológico específico y objetivamente evidente. En cambio, la falta de consciencia en la psicosis es un término menos específico que no conlleva ninguna implicación sobre si el objeto del que no se es consciente es un fenómeno neurológico, físico o psicológico. Además, el *insight*, de acuerdo con su definición y su uso en psiquiatría, parece referirse a algo más que a la conciencia (de alguna anomalía), pues incluye también la comprensión de lo que significa para el sujeto el objeto del que es consciente (déficit de memoria, alucinación, etc.). En este sentido, tener conciencia de algo es una condición necesaria pero no suficiente para tener *insight*.

Por medio de estudios empíricos se ha buscado dar soporte al modelo neuropsicológico. En estos, se ha examinado la relación entre el *insight* y el rendimiento en escalas neuropsicológicas que evalúan diferentes dominios cognitivos y/o con test de inteligencia (Aleman et al., 2006). También se ha analizado la relación entre la anatomía cerebral y el déficit de *insight* (David et al., 1995; Rossell et al., 2003; Takai et al., 1992). En general, los estudios de neuroimagen confirman que el déficit de *insight* en psicosis tiene su base en anomalías estructurales del cerebro (Pia y Tamietto, 2006; Rossell et al, 2003). Buena parte de las hipótesis más recientes ligan la falta de *insight* a la anosognosia tras lesiones neurológicas, que se ha asociado a lesiones bilaterales y del hemisferio derecho en los lóbulos frontales, parietal y temporales (Pia et al, 2004). Diferentes evidencias muestran que las estructuras mediales corticales y el cortex frontopolar están asociados a procesos relacionados con el *insight* en sujetos sanos y por

tanto estarían entre las estructuras más afectadas en los pacientes esquizofrénicos con déficit de insight (Raij et al., 2012). *Modelos para entender el déficit de insight en la psicosis*

---

Takai et al. (1992) midieron diversas estructuras cerebrales utilizando imágenes por resonancia magnética en 22 hombres con esquizofrenia. Los datos mostraron que la no conciencia de trastorno estaba relacionada con el alargamiento ventricular, pero no con alteraciones del giro cingular, ni de los lóbulos frontal, occipital o parietal. Por otra parte, Flashman et al (2001) encuentran una relación inversa entre la falta de conciencia y el volumen del giro frontal medial bilateral y entre la falsa atribución y el volumen del giro superior frontal. Laroi et al. (2000) en una muestra de 21 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia observaron que el 25% presentaban alargamiento ventricular y un 35% atrofia cortical. La atrofia cortical fue predominante a nivel de los lóbulos frontales en todos los pacientes, y el mayor grado de atrofia cortical estuvo correlacionado con mayor déficit de *insight*.

Otros estudios han hallado una reducción de la densidad de materia gris y alteraciones de la integridad de la materia blanca, principalmente en la corteza del cíngulo posterior, en pacientes con déficit de *insight* (Antonius et al., 2011; Ha et al., 2004; Morgan et al., 2010). Sapara et al. (2007) por medio de resonancia magnética estructural hallaron relación entre la falta de *insight* y un volumen más reducido en la sustancia gris total prefrontal en 28 pacientes esquizofrénicos estabilizados. Parellada et al. (2010), en muestra de 91 primeros episodios psicóticos seguidos durante al menos dos años, observan cómo la reducción inicial basal en la sustancia gris frontal y parietal se asocia con un peor *insight* de los síntomas psicóticos al cabo de dos años de evolución.

Por otro lado, en un metaanálisis reciente (van der Meer et al., 2010) se ha sugerido que en la relación entre la corteza del cíngulo posterior y el *insight* podrían estar implicadas las estructuras de la línea media cortical que se encargan de procesar la información de auto-referencialidad (Northoff y Bermpohl, 2004). El proceso de auto-referencialidad hace referencia a la capacidad de evaluar y determinar si cierta información como un adjetivo, puede aplicarse o no a uno mismo (van der Meer et al.,

2010). En el caso de los pacientes con psicosis, un proceso similar podría ser necesario para obtener un buen *insight*. *Modelos para entender el déficit de insight en la psicosis*

---

descripciones de trastorno mental podrían aplicarse a ellos mismos (Raij et al., 2012).

El modelo neuropsicológico ha sido aceptado y ha recibido apoyo empírico, sin embargo, los estudios diseñados bajo éste aún presentan serias dificultades y datos controvertidos. Es necesario, de acuerdo con los principales expertos, seguir explorando las posibles bases neuropsicológicas y neurobiológicas del déficit de *insight* en la psicosis (David, 1990; Amador et al., 1991).

### **2.2.3. Modelo clínico**

El *modelo clínico* contempla el déficit de *insight* en la psicosis como una manifestación psicopatológica relacionada con la propia naturaleza del trastorno, ya sea como síntoma independiente o como manifestación directa de los síntomas positivos, negativos y/o desorganizados. Para Collins et al. (1997) el déficit de *insight* proviene directamente del proceso de enfermar y debería de ser considerado como un síntoma primario y básico.

Este modelo ha sido apoyado por algunos estudios en los que se ha observado la independencia del *insight* de los síntomas positivos y negativos (Peralta y Cuesta, 1994). Sin embargo, Marková y Berrios (2001) han argumentado que la ausencia de una fuerte relación entre el *insight* y los síntomas psicóticos no significa que éste sea independiente de la presencia de estos. Una dimensión del *insight* consiste en la consciencia de síntomas actuales, por tanto, no se puede tener ésta dimensión cuando se está en un período de remisión, así, este rasgo del *insight* es dependiente de la presencia de síntomas actuales y no independiente de ellos. Para estos autores, podría ser que el *insight* estuviera ligeramente relacionado con los síntomas psicóticos y también con otros factores propios del proceso de enfermar en sí mismo.

Marková y Berrios (1995b) han propuesto un modelo jerárquico de formación del síntoma en el que el *insight* se considera un proceso omnipresente que acompaña a la formación de la mayoría de estos. Se parte del supuesto de que los síntomas son constructos conceptualizados por el paciente al identificar un cambio. La formación del síntoma y la construcción del *insight* presentan un camino común. La señal de que algo está ocurriendo aporta al paciente un nivel de conocimiento, la *misma estructura del síntoma* contendrá información sobre el *insight* mantenido por el paciente en relación con la experiencia (*insight tagged*). Este sería un primer nivel de *insight*. El segundo nivel se dará con el conocimiento consciente una vez el síntoma se ha formado, es decir, el paciente es consciente de la existencia del síntoma como tal. El tercer nivel implica una mayor elaboración ya que supone un juicio de los efectos del síntoma sobre el paciente, en sí mismo, en su funcionamiento, y en sus relaciones con factores externos. Aquí, los factores individuales (inteligencia, experiencias previas, cultura, etc.) desempeñan un importante papel. El síntoma experimentado conscientemente es ahora enjuiciado en virtud de sus efectos en la vida del paciente. A este modelo hay que añadir dos matizaciones; en primer lugar, que no todos los síntomas tienen el mismo peso en el grado de *insight* (p. ej., delirios frente a apatía en la esquizofrenia); segundo, al igual que la construcción del *insight* es inherente a la formación de algunos síntomas, también entre *insight* y enfermedad podremos encontrar una doble implicación. Así, no sólo la evolución de la enfermedad produciría cambios en el grado de *insight*, sino que éste puede determinar también la expresión de la enfermedad.

Finalmente, algunos autores han enfatizado la necesidad de integrar los diferentes modelos etiológicos del *insight* con datos empíricos como condición necesaria para avanzar en la comprensión de éste fenómeno. Se apuesta por la idea de que las propuestas de los diferentes modelos no son necesariamente excluyentes entre sí y que diferentes mecanismos pueden tener un importante papel en la comprensión del déficit de *insight* en la psicosis (Cooke et al., 2005).



### **2.3. Variables clínicas relacionadas al déficit de *insight* en la psicosis**

En los últimos años, se ha podido observar un creciente interés en el análisis experimental del *insight*, principalmente en la psicosis aunque es importante notar que éste fenómeno también es estudiado en otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo, en los trastornos del estado del ánimo, preferentemente en el trastorno bipolar (van der Werf-Eldering, 2011; Yen et al., 2009), trastornos de la conducta alimentaria (Konstantakopoulos, et al., 2011) y en el trastorno obsesivo compulsivo (Shimshoni et al., 2011; Tumkaya et al., 2009), entre otros.

Se han desarrollado numerosos estudios que desde un punto de vista empírico se han centrado en determinar el papel que juegan algunas variables clínicas en el déficit de *insight* en los trastornos psicóticos, entre ellas; la severidad de la psicopatología, el deterioro cognitivo, la edad de inicio del trastorno, el tiempo de evolución de la enfermedad, la edad del paciente, las diferentes etapas evolutivas del trastorno mental, el género, etc. A continuación, dada la finalidad del presente estudio, se precisara en la relación entre la psicopatología psicótica, la cognición y el *insight*.

#### **2.3.1 *Insight* y sintomatología psicótica**

Diversos estudios han examinado la relación entre el *insight* y los síntomas psicóticos positivos (Amador, et al., 1994; Collins, et al., 1997; Kim et al., 1997; Vaz et al., 1997), negativos (Kemp y Lambert, 1995; Mohamed et al., 1999), globales (David, et al., 1992) y depresivos (Moore et al., 1999). La hipótesis general de estas investigaciones ha sido la existencia de una relación negativa entre la severidad de los síntomas y el *insight*. En contraste, la hipótesis de la relación positiva entre la severidad

de los síntomas depresivos y el *insight* se ha podido evidenciar. Sin embargo, los resultados de estas investigaciones *Variables clínicas relacionadas al déficit de insight en la psicosis*

---

naturaleza de estas relaciones no ha resultado tan clara. Por ejemplo, Amador et al. (1994) encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la severidad de los síntomas positivos y el déficit de *insight*, mientras que McEvoy et al. (1989b) fallaron en la réplica de estos datos. Smith et al. (2000) observaron una pequeña relación negativa entre la severidad de los síntomas negativos y el déficit de *insight*, pero Amador et al. (1994) no observaron relación entre estas variables. Medalia y Thysen (2010) no encontraron relación entre la severidad de los síntomas psicóticos y el déficit de *insight* (Ver Tabla 1).

Buckley et al. (2007) han mostrado que la relación entre el *insight* y los síntomas psicóticos no es estática, sino que puede variar sobre el curso de un episodio en particular o sobre episodios sucesivos. Mintz et al. (2003) hallaron que la relación entre los síntomas psicóticos y el *insight* era más fuerte en la fase aguda del trastorno, mientras que cuando el episodio se resolvía, ésta relación no quedaba clara. Weiler et al. (2000) también han hallado una correspondencia entre la mejoría de la sintomatología y el *insight*. En un estudio retrospectivo usando notas de evolución de los casos, Heinrichs et al. (1985) encontraron que el 63% de los casos analizados tenía mejoras en el nivel de *insight* relacionadas significativamente con la resolución exitosa del episodio psicótico. Mintz et al. (2004) en una muestra de pacientes con un primer episodio psicótico evaluaron el nivel de *insight* antes y después de haber iniciado un tratamiento farmacológico. En la primera evaluación el 64% de los pacientes tenía buen *insight* y el 79% al cabo de un año. A partir de los 3 primeros meses las mejoras en el *insight* correspondían con mejoras en la severidad de los síntomas, particularmente de los positivos. Al respecto, Morgan et al. (2002) han señalado que si bien los síntomas positivos no predicen por sí mismos el nivel de *insight*, sería posible que éste fuera un reflejo de la gravedad de estos.

La correspondencia entre cambios en la severidad de la sintomatología y cambios en el *insight* no ha sido aceptada por todas las investigaciones (David et al.,

1992). Carroll et al. (1999) en una muestra de pacientes esquizofrénicos agudos no hallaron correspondencia *Variables clínicas relacionadas al déficit de insight en la psicosis*

---

sintomatología positiva al momento del ingreso hospitalario y durante el seguimiento. McEvoy (1989b) evaluó un grupo de pacientes psicóticos al ingreso hospitalario y tras el alta, tampoco observó cambios significativos entre las dos evaluaciones. Dickerson et al. (1997) observaron que el déficit de *insight* persistía en los pacientes aún cuando estos se encontraban clínicamente estables. Así, estos autores concluyen que el déficit de *insight* es un rasgo clínico relativamente estable y no un reflejo de la gravedad de los síntomas.

Por otro lado, contradicciones similares han sido observadas en la relación entre los síntomas depresivos y el *insight* (Moore et al., 1999). Smith et al. (2000) en una muestra de 46 pacientes con esquizofrenia crónica o trastorno esquizoafectivo observaron altos niveles de síntomas depresivos asociados con la consciencia de trastorno. Algunos autores han encontrado en pacientes con primer episodio psicótico que un buen *insight* incrementa el riesgo de sufrir depresión y de conductas suicidas (Mintz et al., 2004; Morgan et al., 2002). De acuerdo con algunos autores el tener conciencia de trastorno, de la cronicidad, del deterioro asociado al diagnóstico, de las implicaciones sociales y de la necesidad de tratamiento constituye un factor de riesgo de suicidio en la esquizofrenia (Caldwell y Gottesman, 1992; Crumlish, et al., 2005; Kim, et al., 2003; Siris, 2001; Schwartz, 2000; 2001). Se ha sugerido que los pacientes con *insight* suelen desarrollar sentimientos de desesperanza y desmoralización ante su enfermedad, los cuales son síntomas relacionados con la depresión que pueden llevar al paciente al suicidio (Amador et al. 1996). Datos contrarios han sido observados por Acosta et al. (2009) quienes compararon un grupo de pacientes con antecedentes de tentativas de suicidio y un grupo sin estos antecedentes, los autores no observaron diferencias en el déficit de *insight* entre los grupos, tampoco relación entre éste, la depresión y la desesperanza.

Para algunos autores, el riesgo de depresión asociado al *insight* es más marcado en la fase aguda (Drake et al., 2004), y otros han hallado una asociación directa entre

estas variables a los 6 meses del primer episodio y depresión y tentativas suicidas a los 4 años (Crumlish et al., 2004 *Variables clínicas relacionadas al déficit de insight en la psicosis*

---

co-ocurrencia de la depresión en la esquizofrenia, particularmente seguida de la resolución de un episodio psicótico agudo, puede representar una respuesta psicológica al trauma de la psicosis y al resultado de la incapacidad que acompaña el trastorno.

Recientes estudios transversales y longitudinales han mostrado relación entre el *insight* y la depresión, la desesperanza y la baja autoestima (Cooke et al., 2007; Lincoln et al., 2007). Staring et al. (2009) han encontrado que un buen *insight* está asociado positivamente con baja calidad de vida, síntomas depresivos, y autoestima negativa, posiblemente relacionado con creencias de estigma ante la enfermedad mental. Se sabe, que los pacientes con esquizofrenia suelen sufrir diferentes formas de estigmatización (Dickerson et al., 2002; Lee et al., 2006). Esta comprende una serie de estereotipos negativos que se expresan a través de actitudes (por ejemplo, discriminación) y creencias erróneas (prejuicios) que se sustentan bajo la falta de conocimiento de la enfermedad (Lincoln, et al., 2008). Corrigan y Wassel (2008) han identificado diferentes tipos de estigma: estigma público, auto-estigma y evitación. Todos estos con consecuencias negativas que repercuten principalmente en la interacción del enfermo con su medio ambiente y en la percepción de sí mismo. Lysaker et al. (2007) observaron en una muestra de pacientes con esquizofrenia, que los sujetos con buen nivel de *insight* y que expresaban vivir experiencias de estigma tenían menor autoestima y mayores sentimientos de desesperanza que aquellos sujetos quienes también tenían *insight* pero no creencias de estigma o quienes no tenían *insight*.

Mintz et al. (2003) realizaron un metaanálisis en el que examinaron 40 estudios transversales en los que se relacionaba la sintomatología psicótica y depresiva con el *insight*. Hallaron correlaciones negativas de 0.25 entre los síntomas positivos (basado en 22 estudios) y el *insight*, de 0.23 para los síntomas negativos (basados en 20 estudios) y una correlación positiva de 0.18 para los síntomas depresivos (basados en 15 estudios). Entre el 3-7% de la varianza era explicada por la severidad de la sintomatología. Estas relaciones se veían moderadas por otras variables clínicas, como la fase del trastorno y

la edad de inicio de la enfermedad. Los autores han concluido que existe relación entre la sintomatología psicótica y *Variables clínicas relacionadas al déficit de insight en la psicosis*

---

factores clínicos importantes en el *insight*. Por otro lado, sugieren ahondar en el estudio de una relación curvilínea entre el *insight* y la cognición. Por otro lado, con respecto a la relación entre la sintomatología depresiva y el *insight* la dirección de causalidad entre estas variables es un tema poco claro (Lincoln et al., 2007).

Como ha podido observarse, pese a los grandes esfuerzos, la relación entre el *insight* y la sintomatología psicótica es un tema poco claro. Los mecanismos para comprender el *insight* dentro de los síntomas psicóticos pueden ser muy diferentes (Mohamed et al., 1999; Morgan y David, 2004). Tradicionalmente, la literatura ha tratado de explicar estas contradicciones argumentando, entre otras, la necesidad de una definición operacional del *insight*, el uso de muestras pequeñas y métodos estadísticos inapropiados (Mintz et al., 2003; Schwart et al., 2000).



Autores	Muestra	Medidas de Insight	Hallazgos
<b>McEvoy et al., 1989b</b>	52 Psicóticos	ITAQ	- No relación entre el <i>insight</i> y los síntomas psicóticos
<b>Amador et al., 1994</b>	412 Psicóticos	SUMD	- Relación negativa entre el <i>insight</i> y los síntomas positivos - No relación entre el <i>insight</i> y los síntomas negativos
<b>Smith et al., 1998</b>	33 Esquizofrénicos y TEA	SUMD	- No relación entre el <i>insight</i> y los síntomas positivos y negativos - Relación negativa entre el <i>insight</i> y la dimensión desorganizada - Relación positiva entre el <i>insight</i> y la sintomatología depresiva
<b>Smith et al., 2000</b>	46 Esquizofrénicos	SUMD	- Relación negativa entre la conciencia de los síntomas psicóticos y la severidad de estos - Relación positiva entre la conciencia de los síntomas psicóticos y la sintomatología depresiva
<b>Cuesta et al., 2000</b>	75 Esquizofrénicos, TA con síntomas psicóticos y TEA	SUMD ITAQ AMDP	- Relación negativa entre la conciencia de trastorno y la dimensión negativa - Relación negativa entre la conciencia de los efectos de la medicación y la dimensión desorganizada - No relación entre el <i>insight</i> y la dimensión afectiva
<b>Mutsatsa et al., 2006</b>	94 Esquizofrénicos y T. Esquizofreniforme	SAI	- Relación negativa entre el <i>insight</i> y los síntomas negativos y desorganizados - Relación positiva entre el <i>insight</i> y la sintomatología depresiva
<b>Mohamed et al., 2009</b>	1432 Esquizofrénicos	ITAQ	- Relación positiva entre el <i>insight</i> y la sintomatología depresiva
<b>Wiffen et al., 2012</b>	303 Esquizofrénicos y Esquizotipia	SAI-E	- Relación negativa entre el <i>insight</i> y la severidad de los síntomas positivos - Relación positiva entre el <i>insight</i> y la sintomatología depresiva

**Tabla 1. Investigaciones empíricas en las que se estudia la relación del *insight* con la sintomatología psicótica.**

TA= Trastorno Afectivo

TEA= Trastorno Esquizoafectivo

ITAQ= Insight and Treatment Attitude Questionnaire (McEvoy et al., 1989a,b)

SUMD= Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Amador y Strauss, 1990)

AMDP= Assessment and Documentation in Psychopathology (Guy y Ban, 1982)

SAI= Schedule for Assessing the three components of insight (David, 1990)

SAI-E= Schedule for Assessing the three components of insight (Versión ampliada, Kemp y David, 1997)

### **2.3.2. *Insight* y cognición**

Las alteraciones cognitivas en la psicosis han sido señaladas por los clínicos desde hace muchos años. Ya Eugen Bleuler (1911) en relación a la esquizofrenia señalaba el trastorno formal del pensamiento como el síntoma definitorio de ésta patología. De acuerdo con este, la fragmentación de pensamientos, ideas y asociaciones en los pacientes sería la alteración básica subyacente en el trastorno. Sin embargo, no es sino hasta finales de los 80 cuando se comienzan a investigar de manera sistematizada los déficit cognitivos en la psicosis. Los primeros estudios encontraron que los individuos con psicosis mostraban un rendimiento muy bajo en comparación con sujetos sanos en prácticamente todas las baterías neuropsicológicas. En la actualidad, se están delimitando con mayor precisión los procesos cognitivos alterados y los preservados (Soriano et al., 2004).

De acuerdo con algunos estudios la mayoría de los pacientes con diagnóstico de psicosis presentan algún tipo de déficit neuropsicológicos en áreas como la atención, la fluidez verbal, el recuerdo, la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas, entre otras (Keefe et al., 2005; Keefe, 2008). Las repercusiones no tardan en verse reflejadas en el funcionamiento del individuo, condicionando su capacidad de respuesta ante las exigencias de su entorno (Gold y Harvey, 1993; Green, 1996; Schultz y Searleman, 2002; Nuechterlein, et al., 2004). El deterioro cognitivo es considerado uno de los principales predictores de funcionamiento psicosocial y también parece tener una influencia importante en variables relevantes para el tratamiento y en las estrategias de afrontamiento (Green, 1996) y, cada vez son más los autores que señalan que puede jugar un importante papel en el déficit de *insight* observado en la psicosis (David, 1999; Macpherson et al., 1996; Young, et al., 1993).

Desde los trabajos de Aubrey Lewis (1934) se planteó una posible relación entre el déficit de *insight* y el deterioro cognitivo, sin embargo, el desarrollo de estudios



sistematizados para analizar éste planteamiento es relativamente reciente (David, 1999). En particular, se ha propuesto que el déficit en el funcionamiento del córtex prefrontal, relacionado con el razonamiento abstracto, con la formación de conceptos y con la autoreflexión, podría jugar un importante papel en el déficit de *insight* observado en la psicosis (David, 1990). Esta hipótesis ha sido apoyada por algunas investigaciones en las que se ha observado una relación negativa entre el *insight* y el rendimiento en determinadas pruebas neuropsicológicas, principalmente con el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) que ha sido de los más utilizados (Dickerson et al., 1997; Morgan y David, 2004; Rossell, et al., 2003).

Autores como Cuesta y Peralta (1994) y Marks et al. (2000) han hallado que los pacientes con menor déficit de *insight* presentan mejor ejecución en tareas de memoria visual y verbal. Keshavan et al. (2004) en una muestra de 535 pacientes con primer episodio psicótico, observaron relación entre el *insight* y múltiples dominios cognitivos, incluyendo memoria, aprendizaje y funciones ejecutivas. Por otra parte, es importante notar que existen algunos estudios en los que no se han observado relaciones significativas entre el *insight* y test neuropsicológicos sensibles al funcionamiento del lóbulo frontal (Almeida et al., 1996; Freudenreich, et al., 2004; Lysaker y Bell, 1994).

La inteligencia global (valorada por medio de la estimación del Cociente Intelectual, IQ siglas en inglés) también ha sido una variable relacionada con el *insight* (David et al., 1992; Fenning et al., 1996; Lysaker et al., 2002; Marks et al., 2000; Smith et al., 2000; Young et al., 1998). La batería neuropsicológica comúnmente utilizada para estimar el IQ ha sido el Weschler Adult Intelligence Scale Revised (WAIS-R). Por lo general, la mayoría de asociaciones entre éstas variables han sido débiles y no ha quedado clara ésta relación (Takai, 1992; Ghaemi et al., 1996; Sanz et al., 1998; Carroll et al., 1999; McCabe et al., 2002). Al respecto, para Morgan y David (2004) un buen nivel de inteligencia corresponde con buen *insight*, pero, indiscutiblemente, otros factores clínicos también estarán relacionados con éste. Para estos autores, el nivel educativo está muy relacionado con el desempeño en los test de inteligencia, por tanto; un pobre nivel educativo puede limitar el uso del vocabulario y otras habilidades

lingüísticas necesarias para comprender y transmitir una percepción de conciencia de trastorno. Sin embargo, algunos autores han discrepado en este punto, ya que la relación entre los años de educación y el *insight* no ha sido estadísticamente significativa (Cuesta y Peralta, 1994; Lysaker y Bell, 1994; Larøi et al., 2000, White et al., 2000; Pyne et al., 2001).

Con la finalidad de integrar y sintetizar los principales descubrimientos acerca del papel que juega la cognición en el *insight* y estimar la magnitud de las asociaciones entre estas variables, Aleman et al. (2006) realizaron un metaanálisis en el que hallaron correlaciones significativas, aunque con valores bajos, con la función cognitiva general (0.17, basados en 35 estudios), con las funciones ejecutivas frontales (0.19, basados en 21 estudios) y con el IQ (0.14, basados en 20 estudios). Los autores concluyen que existe una relación significativa entre el *insight* y el funcionamiento cognitivo, pero ésta puede explicar únicamente una pequeña porción de la varianza, por tanto, existen otros factores clínicos implicados en ésta relación, asimismo, los datos han sugerido que la relación entre el *insight* y el funcionamiento cognitivo no es lineal, sino curvilínea.

Por otro lado, Aleman et al. (2006) notaron que de las tareas cognitivas de abstracción; la flexibilidad cognitiva y la perseveración cobraban más fuerza en la relación negativa con el *insight*. A grandes rasgos, la flexibilidad cognitiva hace referencia a la capacidad de adoptar estrategias cambiantes o modificar el punto de vista ante la resolución de problemas, en otras palabras, requiere que el sujeto cambie un conjunto de respuestas en relación con claves externas. Esta capacidad permitiría a las personas evaluar sus propias percepciones, pensamientos y conductas en relación al conocimiento de síntomas del trastorno mental (Drake y Lewis, 2003). El déficit en ésta área cognitiva podría estar relacionado con la rotunda negación de padecer un trastorno mental en los pacientes pese a todos los indicadores externos que les dicen lo contrario, por ejemplo, la necesidad de medicación, problemas familiares, laborales, emocionales, etc. (Lysaker y Bell, 1994). Larøi et al. (2000) añade que los procesos cognitivos que subyacen a la incapacidad para identificar un cambio de rol podría ser la base de la no conciencia aparente de la irrealidad de las ideas delirantes, independientemente de la

evidencia de lo contrario.

Otro dato interesante fue que en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, el IQ y la memoria correlacionaron de manera estadísticamente significativa con el *insight* en comparación con los pacientes con alguna otra psicosis. Posiblemente, esto se deba a que la esquizofrenia envuelve más síntomas negativos y más problemas intelectuales; un cierto nivel de IQ podría requerirse para la elaboración de juicios complejos que envuelvan la autoreflexión e identificación de experiencias ambiguas o inusuales (Morgan y David, 2004). Por otro lado, en esquizofrenia los problemas de memoria han sido ampliamente documentados y un cierto nivel de memoria conservada también puede ser necesario para el *insight* (Aleman et al., 1999).

Como puede observarse, los intentos por relacionar la falta de *insight* con alteraciones neuropsicológicas han arrojado resultados contrapuestos. Sería interesante que se diseñaran estudios en los que se analizaran por separado las dimensiones del *insight* en su relación con la cognición. Koren et al. (2004) han propuesto ahondar en el estudio de la metacognición, pues ésta podría ser un importante mediador entre los déficit cognitivos básicos y el pobre *insight*, incluso podría cobrar más relevancia en el fenómeno del *insight* que los déficits cognitivos. Algunos otros autores han hipotetizado que los aspectos motivacionales puedan ser más importantes en psicóticos agudos o con pocos años de evolución, mientras que las variables cognitivas y el funcionamiento frontal o parietal pueden desempeñar un papel primordial en pacientes crónicos (David et al., 1995; Kemp y David, 1997; Startup, 1996). Por otro lado, la relación entre el *insight* y el IQ también es un tema controvertido. Mientras que algunos autores han observado una relación positiva entre estas variables, otros no han observado ninguna relación (Lysaker y Bell, 1994; David et al., 1992; David et al., 1995). Por tanto, también sería interesante analizar la relación entre el *insight* y el IQ considerando cada una de las dimensiones del *insight* de manera independiente.

El estudio de la cognición y el *insight* ha causado especial interés, no sólo el análisis de la relación entre estas variables —como anteriormente se ha expuesto— sino

también sobre la percepción subjetiva de los pacientes ante sus propios déficits cognitivos (Bengochea et al., 2010; González-Suárez, et al., 2011; Medalia y Lim, 2004; Moritz et al., 2004; Sanjuán et al., 2006). Este hecho se considera un aspecto importante a tener en cuenta en los programas de rehabilitación del paciente, ya que la percepción subjetiva de los síntomas cognitivos es una variable relacionada con la calidad de vida (Barr, 2004).

Medalia y Thysen (2008) desarrollaron una escala para valorar el *insight* en déficit cognitivos con una estructura similar a la escala de *insight* de Amador y Strauss (1990; SUMD, sus siglas en inglés), *The Measure of Insight into Cognition-Clinical Rater* (MIC-CR). Estos autores, en una muestra de 75 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, observaron que el 52% no tenía conciencia de sus déficit cognitivos (funciones ejecutivas, atención y memoria), 21% tenía conciencia parcial y tan sólo el 27% tenía conciencia. De los participantes con conciencia, más de un tercio fue incapaz de atribuirlos a una enfermedad mental, datos similares han sido observados por otros autores (González-Suárez, et al., 2011). Por lo que respecta a los factores sociodemográficos, al parecer se perciben mayores déficit cuanto más temprano haya sido el inicio de la enfermedad y más sean los años de evolución de ésta (Bayard et al., 2009; Bengochea et al., 2010). Es importante notar, que también se han encontrado algunos datos que contradicen estos planteamientos, Prouteau et al. (2004) hallaron algunas correlaciones, aunque moderadas, entre diversas medidas objetivas del funcionamiento cognitivo y la percepción subjetiva de los pacientes. Lecardeur et al. (2009) encontraron también correlaciones entre el deterioro cognitivo experimentado por los pacientes y la valoración de los déficits cognitivos valorada por el clínico.

Para Medalia y Thysen (2008) pese a que es un hecho demostrado que algunos pacientes con psicosis tienen pobre conciencia de sus déficits cognitivos, aún no se sabe con certeza si esto podría guardar alguna relación con el nivel de conciencia en algunos otros síntomas. Habitualmente, se valora la conciencia de los síntomas psicóticos, pero en menos ocasiones el objetivo se centra en valorar la conciencia de alteraciones cognitivas (Medalia y Lim, 2004).

Por otro lado, la cognición social también ha sido estudiada en su relación con el *insight*, especialmente, a través del estudio de la Teoría de Mente (ToM) en la esquizofrenia. Por un lado, la cognición social, grosso modo, es un constructo multifacético que hace referencia a las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, como percibir, interpretar y generar respuesta a las intenciones, disposiciones y conductas de los demás (Brothers, 1990; Fiske y Taylor, 1991). Mientras que la ToM se refiere a la “habilidad para atribuir estados mentales a uno mismo y a los demás con la finalidad de predecir su conducta” (Premack y Woodruff, 1978). Obiols y Pousa (2005) precisan que la ToM implica no solo reconocer que la conducta del otro está determinada por sus estados mentales, sino que también implica el reconocimiento que los demás tienen perspectivas sobre el mundo distintas de las propias. Para comprender la conducta del otro se debe de ser capaz de inferir las creencias e intenciones de los demás, además el darnos cuenta del estado real de las cosas según nuestra propia perspectiva. Implica considerar y separar dos perspectivas diferenciadas, la propia y la ajena. Pousa et al. (2008) en una muestra de 61 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia analizaron la relación entre el *insight* y la ToM. Los autores hallaron que el *insight* y la ToM son dos fenómenos complejos distintos en la esquizofrenia y modulados por factores clínicos. De acuerdo con los autores, mientras que hay razones teóricas para proponer una relación entre el *insight* y la ToM, ésta, en pacientes esquizofrenicos estables es compleja y modulada por factores clínicos. Más bien, el *insight* y la ToM podrían concebirse como distintas habilidades cognitivas que se pueden superponer ante un razonamiento de atribución en la conciencia de trastorno. Los autores apuntan la necesidad de comprender la naturaleza de la relación entre *insight* y ToM, su curso y sus bases neurobiológicas.

## 2.4. Escalas para evaluar el *insight*

Los primeros trabajos que investigaron el *insight* en la psicosis lo hacían mediante entrevistas con los pacientes y elaboraban historias de casos, en ellas se describían las creencias y valoraciones que los pacientes tenían con respecto a su enfermedad mental. Este método ofreció un rico contexto en el cual la visión de cada paciente y su autoevaluación ofrecían un pequeño paso a la investigación de este fenómeno, aunque, no ofrecían posibilidad de réplica. Como resultado, se comenzaron a diseñar métodos más sistemáticos y entrevistas estandarizadas. Una de las primeras propuestas fue diseñada por Tolor y Reznikoff (1960) desde la perspectiva psicodinámica. Estos presentaron un test en el que aparecían 27 situaciones hipotéticas que representaban 13 mecanismos de defensas (dos situaciones por mecanismo y una situación donde se daba una combinación de situaciones), la finalidad era comprobar si el sujeto interpretaba adecuadamente tales situaciones. De manera que se asumía que la capacidad de captar las motivaciones en otros era sinónimo del autoconocimiento o *insight*. Este instrumento fue utilizado en algunos estudios empíricos (Roback y Abramowitz, 1979), sin embargo, la limitación del modelo e incluso del constructo psicométrico recibieron importantes críticas que le concedían cierta debilidad.

La primera medida que representó un importante progreso en la evaluación objetiva del *insight* fue el Cuestionario de *Insight y Actitudes hacia la medicación* (The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, **ITAQ**) desarrollado por McEvoy et al. (1989a,b) para pacientes esquizofrénicos agudos. Este instrumento evalúa las actitudes o creencias que tiene el paciente respecto a padecer un trastorno mental y a la necesidad de tratamiento. Consiste en una entrevista semiestructurada de 11 ítems, cada uno de los cuales es valorado como 0 (sin *insight*), 1 (*insight* parcial) o 2 (*insight* completo), obteniéndose una puntuación total que va desde 0 (sin *insight*) a 22 (*insight* máximo). El rango de puntuaciones de 0-7 indican pobre *insight*, de 8-14, *insight* moderado y de 15-22, buen *insight*. Posteriormente, McEvoy (1993) realizó una modificación a esta escala para aplicarla en pacientes ambulatorios. Incluyó 2 ítems relacionados con el

conocimiento del diagnóstico y con los efectos de la medicación prescrita. Este cuestionario ha sido utilizado en muestras amplias y ha mostrado validez a nivel estadístico, sin embargo, ha recibido importantes críticas debido a que no considera algunos dominios importantes para el *insight* (Amador y Kronengold, 2004).

David (1990), apoyándose en la fenomenología, en la investigación clínica y en la psicología experimental señaló que el *insight* se componía de tres dimensiones distintas pero que se solapan: 1) reconocimiento de que se tiene una enfermedad mental; 2) capacidad para identificar los sucesos mentales extraños (alucinaciones y delirios) como patológicos, y 3) la adhesión al tratamiento. Con base en éstas desarrolló la Escala de Evaluación del *Insight* (Schedule for the Assessment of Insight, **SAI**). Con el objetivo de explorar más allá de la conciencia de trastorno y de la necesidad de tratamiento el autor añadió una cuestión complementaria en la que se evalúa la capacidad del paciente para considerar el punto de vista de otra persona. Este instrumento, consiste en una entrevista con el paciente y con las personas cercanas a éste. Posteriormente, Kemp y David (1997) diseñaron una versión ampliada (SAI-E), en la que se incluyeron ítems sobre conciencia de cambio, dificultades que resultan del trastorno mental y síntomas clave. Esta escala ha recibido la crítica de no considerar que el *insight* puede variar de síntoma a síntoma y de no diferenciar entre *insight* presente y retrospectivo (Amador y Kronengold, 2004).

Amador y Strauss (1990) desarrollaron la Escala de Valoración de la No Conciencia de Trastorno Mental (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, **SUMD**) con base en los siguientes supuestos teóricos: a) el *insight* es un fenómeno complejo que se compone de dimensiones; b) está influido por factores culturales al igual que el concepto de síntoma; c) es una dimensión continua y no dicotómica; d) el nivel de *insight* puede variar junto con la diferentes fases de la enfermedad, y e) para evaluar el *insight* hay que tener en cuenta la información que el paciente tiene sobre su enfermedad.

La SUMD es una escala estandarizada que se puntúa por medio de una entrevista semiestructurada directa con el paciente. La escala se compone de tres ítems generales; 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 éstos se evalúa la conciencia y la atribución que el paciente realiza del mismo. La conciencia de síntomas sólo se valora si están claramente presentes y la atribución sólo si el paciente ha mostrado conciencia total o parcial del síntoma. Así, se conforman dos subescalas: la conciencia de los síntomas, que es la media de las sumas de las puntuaciones según el número de ítems puntuados, y de la 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. Las puntuaciones van en un rango de 1 a 5, puntuaciones más altas indican mayor déficit de *insight* (Ruiz et al., 2008).

Aunque originalmente ésta escala fue diseñada para evaluar a pacientes esquizofrénicos, ha sido exitosamente utilizada en otros grupos diagnósticos (Varga et al., 2009). En recientes años, la SUMD ha incrementado popularidad y ha sido traducida y adaptada a diversas lenguas, mostrándose válida y fiable. Por ello, ha sido ampliamente aceptada y utilizada como medida multidimensional de la conciencia de trastorno (Amador y Kronengold, 2004; Paillot et al., 2010; Ruiz et al., 2008).

Marková y Berrios (1992b) diseñaron, inicialmente, una escala de autoaplicación de 32 ítems y una entrevista semiestructurada para evaluar el *insight*. Los ítems fueron elegidos según un método de validez aparente, esto es, dividiendo el concepto de *insight* en componentes que representarían aspectos relevantes en el autoconocimiento de la enfermedad del paciente, tales como: hospitalización, enfermedad mental en general, percepción de estar enfermo, cambio percibido en uno mismo, control sobre la situación, percepción del ambiente y querer entender la propia situación. La entrevista



semiestructurada ayudaba a profundizar en la exploración del *insight* y a comprobar la veracidad de las respuestas obtenidas en la escala de autoaplicación. Posteriormente, Marková et al. (2003) presentaron una re-estandarización de ésta escala que quedó conformada por un instrumento de autoaplicación de 30 ítems con opciones de respuesta Si/No. La corrección de la prueba es de tipo dicotómico, dando 1 punto a las respuestas que indiquen *insight* y 0 puntos a las que indiquen no *insight*. A respuestas positivas en los ítems 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27 y 30, y negativas en los ítems 2, 7, 12, 20, 23, y 28-29 se les asigna un valor de 1. Puntuaciones de 30 indican *insight*, mientras que 0 indican no *insight*. Recientemente, Vanelli et al. (2010) han validado esta última versión de la escala de *Insight* de Marková y Berrios en población portuguesa y han observado una buena consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad test-retest. Además, han señalado que es una escala de fácil comprensión para los pacientes y de fácil aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

Birchwood et al. (1994) desarrollaron la Escala de *Insight* (Insight Scale, **IS**), es de autoreporte y está constituida por 8 ítems. Captura tres de las principales dimensiones del *insight*: conciencia de trastorno, conciencia de la necesidad de medicación y el reconocimiento de los síntomas psicóticos como experiencias patológicas. Altas puntuaciones indican buen nivel de *insight*. Este instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en su versión original y en la adaptación a otras poblaciones (Camprubi et al., 2008). Sturman y Sproule (2003) han realizado una modificación de ésta escala para utilizarla en pacientes con trastornos del estado del ánimo.

Beck et al. (2004) han propuesto la evaluación del *insight cognitivo*, entendiéndose éste como la capacidad de auto-reflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones inadecuadas. Para estos autores, el déficit de *insight* se produciría por: 1) un fallo de la objetividad; 2) una pérdida de la habilidad para poner ésta en perspectiva; 3) una resistencia a corregir información a partir de las

otras opiniones y 4) un exceso de confianza en las conclusiones. Los autores inciden en que, una estrategia de focalización en la estructura específica de las creencias vividas por el paciente psicótico, podría proveer una forma alternativa de conceptualizar el *insight*. Bajo esta visión, Beck et al. (2004) han diseñado la *Escala de Insight Cognitivo de Beck* (en inglés *Beck Cognitive Insight Scale*, **BCIS**), es una medida de auto-registro de 15 ítems que valora cómo los pacientes evalúan su propio juicio. Consta de dos dimensiones, Auto-Reflexión (R) (9 ítems) y Auto-Certeza (C) (6 ítems). Se obtiene un Índice Compuesto de *Insight* Cognitivo como Reflexión-Certeza (IC=R-C) (resta de auto-certeza a auto-reflexión). Tiene un formato de respuesta con cuatro opciones tipo Likert: Nada de acuerdo (0), Un poco de acuerdo (1), bastante de acuerdo (2) y totalmente de acuerdo (3), con un rango de respuestas posibles de 0 a 45.

Es importante notar, que Beck et al. (2004) hacen la distinción entre “*insight* emocional” e “*insight* intelectual”. El “*insight* emocional” implicaría una suficiente comprensión para modificar creencias disfuncionales y la afectividad asociada así como las consecuencias conductuales de esas creencias. Por su parte, el “*insight* intelectual” supone una adecuada comprensión de los síntomas por parte del paciente pero sin experimentar un cambio en el sistema delirante subyacente (“*insight*” emocional). Contrapuesto al *insight* llamado “clínico”, en el que se enfatizan los síntomas que son importantes para el diagnóstico y el tratamiento, en el “*insight* cognitivo” se acentuaría el mecanismo de evaluación y corrección de interpretaciones inadecuadas y creencias distorsionadas.

Por otro lado, algunos autores han recurrido a medidas psicopatológicas ya establecidas que integran algún ítem referente al *insight*, por ejemplo el número 12 de la Escala General del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PANSS; Kay, 1978). Es un ítem que valora el trastorno de conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de

sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo. Se puntúa de 1 a 7, a mayor puntuación mayor déficit de *insight* (Peralta y Cuesta, 1994).

Cuesta y Peralta (1994) desarrollaron un índice de la pérdida de *insight* a partir de la entrevista semiestructurada del Manual para la Evaluación y documentación de la Psicopatología (AMDP; Guy y Ban, 1982). Este instrumento evalúa la psicopatología e incluye 3 ítems relacionados con la conciencia de enfermedad: 1) pérdida de la conciencia de estar enfermo, 2) pérdida del *insight* y 3) no cooperación. Los dos primeros ítems se preguntan directamente al paciente y el tercero se evalúa mediante observación. La suma de las puntuaciones de estos tres da como resultado el índice de la pérdida de *insight*.

El Examen del Estado Clínico (PSE, Present State Examination; Wing et al., 1974) es un instrumento de evaluación que se compone de una entrevista estructurada que tienen como finalidad explorar la presencia y severidad de la psicopatología, entre los ítems que la conforman el número 104 hace referencia a la valoración del *insight*, se puntúa en una escala de 4 puntos; 0= buen *insight*, 3= no *insight*.

Como puede observarse, a través del tiempo han surgido interesantes propuestas para tratar de capturar y estudiar de una manera más objetiva el *insight*. La falta de una definición consistente de éste en relación a la psicopatología ha sido un importante problema. La comparación de los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos de medida se ve dificultada por los distintos conceptos del fenómeno que sustentan. La complejidad de éste se ve reflejada en las múltiples variables que deben de considerarse al momento de evaluarlo. Aunque, primordialmente la evaluación del *insight* se basa en el lenguaje y la conducta del paciente, no necesariamente estas expresiones se correlacionan con el grado de *insight* de éste, sino que se debe de añadir su propia interpretación sobre esto. Por otro lado, es conveniente no perder de vista el efecto que puedan tener en los resultados de la evaluación del *insight* las actitudes del clínico, sus conocimientos, experiencias previas, formación teórica, etc. (Marková y Berrios, 1995a).

Finalmente, en la Tabla 1 se muestra de manera esquemática las dimensiones que evalúa cada una de las escalas de *insight* más utilizadas en investigación.

	Escalas de Evaluación						
	SUMD	ITAQ	SAI	Ítem 12 PANSS-G	PSE	IS*	IS**
<b>Dimensiones del insight</b>							
Aceptación del diagnóstico	√	√	√	√	√		
Consciencia de tener un trastorno mental	√		√			√	√
Reconocimiento de la necesidad tratamiento		√	√			√	√
Consciencia de los beneficios del tratamiento	√						
Atribución de los beneficios al tratamiento	√	√					
Conciencia de signos y síntomas	√		√			√	√
Atribución de los signos y síntomas al trastorno mental	√					√	
Reconocimiento de experiencias psicóticas			√				√
Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	√						
Falta de juicio (sobre la propia consciencia de tener un trastorno mental)				√			
<b>Aspectos temporales</b>							
Uno o más aspectos del insight evaluados en el presente	√	√	√	√			
Uno o más aspectos del insight evaluados en el pasado	√	√					
Predicción de uno o más aspectos del insight en el futuro		√					

**Tabla 1.** Escalas de evaluación del *insight* (modificada a partir de la original de Amador y Kronengold, 2004)<sup>1</sup>.

SUMD= Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Amador y Strauss, 1990)

ITAQ= Insight and Treatment Attitude Questionnaire (McEvoy et al., 1989)

PANSS= Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al., 1987)

SAI= Schedule for Assessing the three components of insight (David, 1990)

PSE= Present State Exam (Wing et al., 1974)

IS\*= Insight Scale (Birchwood et al. (1994)

IS\*\*= Insight Scale (Marková et al., 2003).

<sup>1</sup> Las escalas incluidas en la Tabla 1, tienen en común haber sido diseñadas para evaluar el *insight* llamado *clínico*. La Escala de *Insight* Cognitivo de Beck no ha sido incluida, debido a que su finalidad es evaluar el *insight* cognitivo. Así, que resulta poco práctico comparar escalas que se sustentan bajo diferentes bases.

### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Como ha podido observarse en la primera parte de este trabajo el *insight* es un fenómeno complejo y de especial interés clínico. A lo largo de su historia ha sido causa de importantes controversias y aún hoy en día lo sigue siendo. A continuación, se presentarán dos trabajos de investigación que desde sus inicios fueron pensados para hacer una pequeña contribución al estudio del fenómeno del *insight*. Estamos seguros que los hallazgos aquí presentados son novedosos y rescatan algunos aspectos importantes que hasta ahora habían sido poco abordados.

El primer objetivo fue aumentar los recursos psicométricos para analizar el *insight* realizando una versión al castellano de la Escala de *Insight* de Marková y Berrios y valorando sus propiedades psicométricas y su relación con variables clínicas en una muestra de pacientes psicóticos. En este caso, se esperó observar que éste instrumento propuesto presentara adecuadas propiedades psicométricas y al igual que otras escalas psicométricas para evaluar el *insight*, mostrara una relación negativa entre éste y la severidad de la psicopatología psicótica.

El objetivo del segundo trabajo fue analizar una muestra de pacientes psicóticos en fase aguda del trastorno, divididos por perfil sintomático (positivo vs negativo), observando la relación entre el *insight* y la severidad de la psicopatología psicótica y utilizando como variable moderadora de ésta relación las habilidades cognitivas generales.

Con base en previas investigaciones realizadas por otros autores, se esperó encontrar una relación negativa entre el *insight* y la severidad de la psicopatología psicótica, en la que el perfil sintomático de los sujetos jugara un importante papel en el tipo de relaciones que se establecieran entre estas variables. Además, se esperaba que la relación entre el *insight* y la psicopatología se viera afectada por el deterioro en las habilidades cognitivas generales.

## 4. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

En esta tesis se presentan dos trabajos de investigación publicados en revistas indexadas y con factor de impacto. En estos, se abordan los objetivos e hipótesis anteriormente citados. La descripción detallada de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, así como el análisis estadístico y los resultados pueden encontrarse directamente en los artículos correspondientes.

En el anexo I, también se puede hallar un tercer trabajo de investigación que actualmente se ha presentado a la revista *Schizophrenia Research* para su revisión y posible publicación. En él también se aborda la cuestión del déficit de *insight* en pacientes psicóticos, pero en este caso, centra su atención en un síntoma positivo en particular, las alucinaciones auditivas.

### Trabajo I

Nieto, L., Ruiz, A.I., Blas-Navarro, J., Pousa, E., Cobo, J., Cuppa, S. y Obiols, J.E. (En prensa). Adaptación al castellano de la escala de *insight* de Marková y Berrios. *Actas Españolas de Psiquiatría*.

### Trabajo II

Nieto, L., Cobo, J., Pousa, E., Blas-Navarro, J., García-Parés, G., Palao, D. y Obiols, J.E. (2011). Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (5), 502-508.

**Trabajo III (Ver Anexo)**

Nieto, L., Pousa, E., Cobo, J., Blas-Navarro, J., García-Parés, G., Palao, D. y Obiols, J.E. Insight and awareness of auditory hallucinations in acute psychotic patients. Schizophrenia Research. Submitted



## TRABAJO I



**Nieto, L., Ruiz, A.I., Blas-Navarro, J., Pousa, E., Cobo, J., Cuppa, S. y Obiols, J.E. (En prensa). Adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios. Actas Españolas de Psiquiatría.**



FUNDACIÓN JUAN JOSÉ  
LOPEZ-IBOR

www.fundacionlopezibor.es

## CERTIFICADO DE PUBLICACIÓN

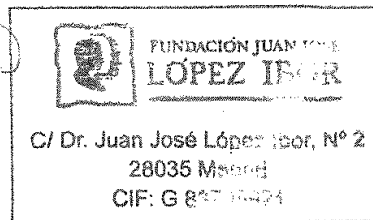
Madrid, 09/04/2012

Certificamos que Lourdes Nieto es autor del siguiente artículo que está aceptado y pendiente de publicación en nuestra revista:

ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE INSIGHT DE MARKOVÁ Y BERRIOS.

Para que conste donde sea preciso,

Aida Navalón Fraile.  
Secretaria Revista Actas Españolas de Psiquiatría.



Título:

**ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE *INSIGHT* DE MARKOVÁ Y BERRIOS**

Título abreviado:

**ESCALA DE *INSIGHT* DE MARKOVÁ Y BERRIOS**

Title:

**SPANISH ADAPTATION OF THE INSIGHT SCALE OF MARKOVÁ AND BERRIOS**

Autores:

**L. Nieto (1)\*, A.I. Ruiz (2), J. Blas-Navarro (3), E. Pousa (4), J. Cobo (4,5), S. Cuppa (6), J.E. Obiols (1)**

- (1) Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Unitat de Recerca en Psicopatologia i Neuropsicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona).
- (2) Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona.
- (3) Departament de Psico biologia i Metodologia en Ciències de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona).
- (4) Salut Mental. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).
- (5) Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona).
- (6) Sociedad Española de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Internacional.

Este artículo forma parte de la investigación doctoral de la primera firmante.

Dirección de correspondencia:

Lourdes Nieto

nietoglourdes@gmail.com

Teléfono: 0034-664552138

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Unitat de Recerca en Psicopatologia i Neuropsicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona), 08019.

**\*Agradecimientos:**

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, México, D.F).

## Adaptación al castellano de la escala de *insight* de Marková y Berrios

### Resumen

### Introducción

El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios, así como analizar sus propiedades psicométricas y su relación con la gravedad de la sintomatología psicótica.

### Metodología

Se utilizó un método de traducción-retrotraducción y la participación de un panel de profesionales para valorar equivalencia conceptual y naturalidad. Se trata de una escala de autoaplicación de 30 ítems con opciones de respuesta Si/No. Fueron valorados 170 pacientes psicóticos según criterios DSM-IV-TR. Mediante análisis factorial confirmatorio se validó la estructura propuesta originalmente. La consistencia interna se evaluó a través del *Coefficiente Alfa de Cronbach* y el *Coefficiente de correlación intraclass* (CCI). La asociación entre las variables se analizó con el coeficiente de correlación de *Spearman*.

### Resultados

La estructura de 4 factores propuesta originalmente se verifica en gran medida. El valor del *Coefficiente alfa de Cronbach* para toda la escala fue de 0.824 indicando una buena consistencia interna. El valor del CCI fue de 0.855. No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la gravedad de la sintomatología psicótica y el déficit de *insight* valorado con la escala de Marková y Berrios.

### Conclusiones

La versión castellana de la Escala de *Insight* de Marková y Berrios presenta validez de constructo, buena consistencia interna, buena validez externa, es sencilla, de fácil aplicación y de fiabilidad temporal.

**Palabras clave:** *Insight*, Conciencia de Trastorno, Psicosis, Escala Psicométrica.

## **Spanish adaptation of the Scale of *Insight* of Marková and Berrios.**

### **Abstract**

### **Introduction**

The aim of this study was to adapt the scale of Insight of Marková and Berrios to Spanish, as well as analyze its psychometric properties and its relationships to the severity of psychotic symptoms.

### **Methodology**

A translation-backtranslation of the original scale was elaborated, a panel of professionals participated to assess conceptual equivalence and naturality. This is a self-administered scale of 30 items with response options Yes/Not. 170 psychotic patients were assessed according to DSM-IV-TR diagnostic criteria. Confirmatory factor analysis validated the structure originally proposed. Internal consistency was evaluated through Cronbach's Alpha Coefficient and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC). We calculated the association between variables with correlation Spearman rs coefficient.

### **Results**

The four factors structure originally proposed by Marková and Berrios were verified. Cronbach's alpha coefficient value for the whole scale was 0.824 indicating good internal consistency. The value of ICC was 0.855. There were no statistically significant relationships between severity of psychotic symptoms and the lack of insight.

### **Conclusions**

The Spanish adaptation of the Scale of Insight of Marková and Berrios has good internal and external reliability, is simple, easy to performed and very sensitive to change.

**Key words:** Insight, Awareness of Disease, Psychosis, Psychometric Scale.

## Adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios

### 1. Introducción

Actualmente, el uso del concepto *insight* está muy extendido en el lenguaje clínico psiquiátrico y de forma más específica en la psicosis. Desde un punto de vista empírico, diferentes estudios han demostrado que el déficit de *insight* suele ser más prevalente y grave en los trastornos del espectro psicótico que el observado en otras patologías mentales<sup>1</sup>. Se ha estimado que entre el 50 y 80 % de los pacientes con esquizofrenia no creen padecer ningún tipo de trastorno mental. La mayoría de ellos sólo aceptan el tratamiento por la presión de su familia y de sus amigos. Otros pacientes, si bien pueden entender que sus experiencias psicóticas son auténticos síntomas, no aceptan que éstas obedezcan a una enfermedad mental ni que precisen tratamiento<sup>2,3</sup>. En la psicosis, las consecuencias del déficit de *insight* no tardan en verse reflejadas en la evolución de los individuos, ya que ha sido relacionado con una mayor agresividad e impulsividad, con un incremento en el riesgo de abuso comórbido de sustancias, con un mayor empobrecimiento psicosocial, con peor adherencia terapéutica y, en definitiva, con un peor pronóstico global de la enfermedad<sup>1,4</sup>.

A lo largo del tiempo han surgido diferentes propuestas teóricas para tratar de comprender el déficit de *insight* en la psicosis<sup>5</sup>, y aunque hoy en día no ha sido posible consensuar una definición operacional de éste, en la mayoría de los estudios empíricos es considerado un fenómeno multidimensional que incluye no sólo la conciencia del paciente de sus síntomas o enfermedad, sino también una mayor elaboración, conceptualizada distintamente como una correcta atribución<sup>6</sup>, una consideración de los síntomas como patológicos<sup>2</sup>, o un mayor conocimiento de los efectos de los síntomas o enfermedad en el contexto de su ambiente<sup>4</sup>.

---

· En castellano el término *insight* ha sido traducido como conciencia de trastorno, sin embargo; este hace referencia a un fenómeno multidimensional que va más allá de la mera conciencia de trastorno. Por tal motivo, en este trabajo se decidió utilizar el término en inglés.

Se han diseñado diversos instrumentos clínicos para tratar de capturar y medir el déficit de *insight* en psicosis<sup>3, 7, 8</sup>. Sin embargo, existe un gran debate en torno a si estos, pese a sus diferencias estructurales, son capaces de capturar un mismo fenómeno. Sanz et al.<sup>9</sup> compararon el rendimiento de algunas de estas escalas valorando su intercorrelación y su relación con algunas variables clínicas, por ejemplo; la gravedad de la sintomatología psicótica, el deterioro cognitivo, la adhesión al tratamiento, entre otras. Estos autores observaron que si bien había correlación entre las escalas, su relación con las diferentes variables clínicas era dispar. De acuerdo con algunos autores<sup>10,11</sup>, una de las posibles razones de estas discrepancias podría deberse a que estos instrumentos han dejado fuera algunas dimensiones relevantes para el constructo de *insight*. Panchón et al.<sup>8</sup> han argumentado que la dimensión interaccional ha sido poco considerada en la mayoría de instrumentos y han sugerido que el desarrollo de la metodología de evaluación debe hacerse introduciendo no sólo las variables propias del paciente, sino también su interacción con el entorno.

Sobre esta misma línea, para Marková y Berrios<sup>12</sup> el *insight* es más que el simple conocimiento aparente que el paciente puede tener acerca de sí mismo y de su trastorno. El *insight* es una forma de autoconocimiento que incluye el conocimiento del paciente respecto de sí mismo (cómo se encuentra) y de su trastorno (lo que le pasa), así como el entendimiento de los efectos que la enfermedad provoca en su interacción con el mundo. Marková y Berrios<sup>13</sup> diseñaron una escala de autoaplicación de 32 ítems y una entrevista semiestructurada con la finalidad de capturar y evaluar el déficit de *insight* en la psicosis. Los ítems fueron elegidos según un método de validez aparente, esto es, dividiendo el concepto de *insight* en componentes que representarían aspectos relevantes en el autoconocimiento de la enfermedad del paciente. Específicamente, se incluyeron cuestiones pertenecientes a las siguientes áreas: hospitalización, enfermedad mental en general, percepción de estar enfermo, cambio percibido en uno mismo, control sobre la situación, percepción del ambiente y querer entender la propia situación. La entrevista semiestructurada ayudaba a profundizar en la exploración del *insight* y a comprobar la veracidad de las respuestas obtenidas en la escala de autoaplicación.

Más tarde, Bulbena et al.<sup>7</sup> realizaron una adaptación de esta primera escala en una versión reducida de 22 ítems en población española, la muestra fue de 42 mujeres con una edad media de 61 años, ingresadas en un centro hospitalario con diagnóstico de esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo. Los resultados mostraron unos índices adecuados de fiabilidad test-retest y de consistencia interna comparables con la versión inglesa original. Paralelamente, se examinó la gravedad de la psicopatología con la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) y el funcionamiento cognoscitivo con el Mini-Examen Cognoscitivo, con los que la escala no mostró correlación alguna, ni tampoco con la edad.

Posteriormente, Marková et al.<sup>14</sup> presentaron una re-estandarización de esta primera escala que quedó conformada por un instrumento de autoaplicación de 30 ítems con opciones de respuesta Si/No. La corrección de la prueba es de tipo dicotómico, dando 1 punto a las respuestas que indiquen *insight* y 0 puntos a las que indiquen no *insight*. A respuestas positivas en los ítems 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27 y 30, y negativas en los ítems 2, 7, 12, 20, 23, y 28-29 se les asigna un valor de 1. Puntuaciones de 30 indican *insight*, mientras que 0 indican no *insight*. Recientemente, Vanelli et al.<sup>15</sup> han validado esta última versión de la escala de *Insight* de Marková y Berrios en población portuguesa. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes con una edad media de 42 años y con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno psicótico no especificado. Los autores observaron que la versión portuguesa de esta escala mostraba una buena consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad test-retest. Además, han señalado que es una escala de fácil comprensión para los pacientes y de fácil aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

Considerando la gran complejidad que a lo largo del tiempo ha representado intentar capturar un fenómeno tan complejo como el *insight*<sup>1, 16</sup>, resulta muy útil contar con diferentes escalas de evaluación validadas que nos permitan acercarnos a la comprensión de este fenómeno multidimensional. En investigación, resulta imprescindible el empleo de instrumentos de fácil aplicación y lo más próximo a la vivencia del paciente. Además, estos deben permitir estandarizar la recogida de información de manera que ésta pueda ser procesada cuantitativamente. Por tanto, el objetivo de este estudio fue realizar la adaptación al castellano de la escala de *Insight* de



Marková y Berrios, así como analizar sus propiedades psicométricas y su relación con la gravedad de la sintomatología psicótica.

## **2. Metodología**

### **2.1 Participantes**

Todos los sujetos que cumplieran los siguientes criterios fueron invitados a participar en el estudio: 1) pacientes mayores de 18 años del área de psiquiatría de la Corporació Sanitaria Parc Taulí Sabadell, 2) diagnóstico previo de algún trastorno del espectro psicótico de acuerdo al DSM-IV-TR<sup>17</sup>, 3) sin diagnóstico de retraso mental ni de trastornos neurológicos. La muestra quedó constituida por 170 participantes. Las características sociodemográficas y clínicas de esta muestra no probabilística de conveniencia pueden observarse en la Tabla 1.

### **2.2 Instrumentos de evaluación**

- Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos desarrollado ad-hoc para esta investigación.
- La severidad de la psicopatología psicótica fue evaluada por medio de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) en la versión castellana validada por Peralta y Cuesta<sup>18</sup>.

#### **2.2.1 Instrumentos de evaluación del déficit de *insight***

- Ítem 12 de la Escala General del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia<sup>18</sup> (PANSS-G12). Es un ítem que valora el trastorno de conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo.

- Tres primeros ítems de la Escala de valoración de la No conciencia de Trastorno Mental (SUMD, Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) adaptada al castellano por Ruiz et al.<sup>19</sup>. Con esta escala se valoró el *insight* y sus dimensiones: conciencia de trastorno, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales del trastorno. Es una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente. Las puntuaciones van en un rango de 1 a 5, puntuaciones más altas indican mayor déficit de *insight*.
- Escala de *Insight* de Marková y Berrios<sup>14</sup>. La versión original de esta escala en lengua inglesa fue traducida al castellano por un traductor bilingüe con experiencia clínica e investigadora en el campo estudiado (S. Cuppa), con la participación de un panel de profesionales expertos se valoró la equivalencia conceptual y la naturalidad de los ítems. Posteriormente, se realizó una contra traducción al inglés de la versión castellana inicial. La versión resultante de este proceso se incluye en el apéndice I. Esta escala es de autoevaluación, sin embargo, en este estudio se decidió leer en voz alta a cada paciente las preguntas con la finalidad de comprobar expresamente que eran de fácil comprensión para los sujetos.

### 2.3 Procedimiento

El estudio se realizó en el área psiquiátrica de la Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. Previamente, el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Salud Parc Taulí y siguió todos los requisitos éticos nacionales e internacionales. Todos los participantes fueron informados de la naturaleza del estudio, accedieron a participar de manera voluntaria y firmaron una hoja de consentimiento informado.

Inicialmente se confirmó el diagnóstico de los pacientes por medio de la entrevista clínica estructurada del DSM-IV Axis I Disorders (SCID I)<sup>20</sup> y se recabaron los datos sociodemográficos y clínicos. En una segunda sesión de aproximadamente 70 minutos se aplicaron los instrumentos psicológicos. Todas las evaluaciones corrieron a cargo de psicólogos y psiquiatras previamente entrenados.

## 2.4 Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó por medio del programa IBM SPSS versión 19 y del programa MPlus 6.1 (este último para el análisis factorial confirmatorio). El análisis descriptivo de los datos se hizo mediante la media, mediana, desviación estándar y rango de valores. La normalidad de la distribución se verificó por medio de la prueba de Kolmogorov. Para verificar la estructura de 4 factores propuesta por los autores (Marková et al.<sup>14</sup>) se realizó un análisis factorial confirmatorio para variables binarias. La consistencia interna se evaluó a través del *Coefficiente Alfa de Cronbach* y el *Coefficiente de Correlación Intraclase* (CCI). La asociación entre las variables se valoró por medio del coeficiente de correlación *rs* de *Spearman*.

## 3. Resultados

### 3.1 Consistencia interna

El valor del *Coefficiente alfa de Cronbach* fue de 0.824 indicando una buena consistencia interna de la escala. Asimismo, se verificó que no existe ningún ítem que al ser eliminado incrementemente notablemente la consistencia de fiabilidad interna de la escala. Únicamente el ítem 29 al ser eliminado incrementaría la consistencia interna a 0.838. No se observaron ítems redundantes.

#### 3.1.1 Fiabilidad Test-retest

Para comprobar la fiabilidad test-retest se aplicó la escala dos veces a 12 participantes con 24 horas de diferencia entre la primera y la segunda evaluación. El valor del coeficiente de correlación intraclase de acuerdo absoluto fue de 0.855 ( $p < 0.0005$ ) con un intervalo de confianza del 95% de 0.586 a 0.956, indicando que la escala tiene buena fiabilidad temporal.

### **3.2 Análisis factorial confirmatorio**

En la versión original de la escala de *Insight* de Marková y Berrios los autores agrupan los ítems en 4 factores con la finalidad de identificar los principales componentes que podrían tener un significado clínico para el *insight*. Al confirmar esta estructura con nuestros datos hemos obtenido en general un buen ajuste del modelo original. Los índices CFI=0.937 y TLI=0.926, superiores a 0.90, y el valor RMSEA=0.047 (IC90%: 0.028 a 0.064) sugieren que, globalmente, nuestros datos soportan la estructura de 4 factores propuesta. En la Tabla 2 se presentan las cargas factoriales estandarizadas de los 19 de 30 ítems que conforman los 4 factores, junto a las obtenidas por los autores originales. Como se puede apreciar, en general hay una alta equivalencia, excepto en un ítem del factor 4 que aparece con signo de peso opuesto al trabajo original.

### **3.3 Validez convergente**

Para analizar la validez externa de tipo convergente se realizó un análisis de correlación entre la escala de *Insight* de Marková y Berrios, el ítem PANSS-G12 y la puntuación total de la versión reducida de la escala SUMD que incluyó la conciencia de trastorno mental, la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental. Los datos tanto de la escala de *Insight* de Marková y Berrios como de la SUMD mostraron una distribución normal, no así los del ítem PANSS-G12, por tal motivo se calculó el coeficiente de correlación *rs* de *Spearman*. La escala de *Insight* de Marková y Berrios correlacionó de manera estadísticamente significativa con PANSSG-12 y con la SUMD (ver Tabla 3).

### **3.4 Relación entre el déficit de *insight* y la gravedad de la psicopatología psicótica**

Finalmente, por medio del coeficiente de correlación *rs* de *Spearman* se examinó la relación entre la gravedad de la psicopatología psicótica (PANSS) y el déficit de *insight*. Cuando éste fue valorado por medio de la escala de *Insight* de Marková y Berrios no se observaron relaciones estadísticamente significativas entre estas variables. Sin embargo, sí se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la

gravedad de la psicopatología psicótica y el déficit de *insight* valorado tanto con PANSSG-12 como con la SUMD (Ver Tabla 3).

#### 4. Discusión

El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios y analizar sus propiedades psicométricas. Los resultados mostraron una buena consistencia interna de la escala, incluso los valores observados fueron superiores a los registrados en adaptaciones a otras poblaciones<sup>15</sup>. En la versión original de la escala los autores agrupan los ítems con la finalidad de identificar los principales componentes que podrían tener un significado clínico para el *insight*, estos son; 1) conciencia de tener pensamientos extraños y la pérdida de control sobre la situación, 2) sentimientos de sentirse diferente, de percibirse extraño, 3) sentimientos vagos de que algo va mal y 4) percepción de sufrir cambios físicos. Se pudo constatar que en la versión en castellano aquí propuesta, los ítems también se agrupan en estos cuatro componentes, mostrando una ligera discrepancia en el ítem 20, que en nuestros resultados no tiene una carga factorial relevante en el factor 4.

La diversidad conceptual que tiene el término *insight* se traduce en una variedad de escalas de evaluación cuyos resultados apenas han sido contrastados<sup>9</sup>. En virtud de esto, no resulta sorprendente que los datos de la investigación empírica sean contradictorios.<sup>3</sup> Con respecto al *nivel* de psicopatología, algunos estudios han encontrado relación entre la gravedad de ésta y el déficit de *insight*, mientras que algunos otros no lo han hecho<sup>21, 22, 23,24</sup>. Un grupo de investigaciones, por otra parte, hallan relación entre el déficit de *insight* y algunos síntomas o síndromes específicos<sup>25, 26, 27</sup>. Sin embargo, tampoco hay acuerdo en este punto. En este estudio, no se encontró relación entre la gravedad de la psicopatología psicótica y el déficit de *insight* cuando este fue evaluado por medio de la escala de Marková y Berrios. Datos similares ya han sido observados por los propios autores de la escala<sup>14</sup> y en adaptaciones a otras poblaciones<sup>15</sup>. Sin embargo, cuando el déficit de *insight* fue valorado por medio de otras escalas (PANSSG-12 y SUMD) sí se observaron relaciones entre estas variables. Una posible explicación a este hecho es que, hasta el momento, las herramientas que han sido desarrolladas para evaluar el *insight* capturan diferentes elementos de este<sup>1, 4, 5, 28</sup>.

En la mayoría de los instrumentos, la evaluación del *insight* está centrada básicamente en analizar actitudes hacia la enfermedad y la medicación; además, los valores se obtienen desde el punto de vista del clínico, mientras que la escala de Marková y Berrios es de autoevaluación, y por tanto, quien evalúa es el propio paciente.

Con respecto a los instrumentos psicológicos que evalúan el déficit de *insight* desde el punto de vista del clínico, Villagrana<sup>29</sup> señala que es importante considerar que no siempre la conducta verbal y no verbal del paciente coincide con el grado de *insight* que este posee, a pesar de que el observador debe basar su juicio en la inferencia a partir de estas conductas. Factores como la capacidad del paciente para expresar su conocimiento, el contexto en que se da (deseo de conseguir el alta hospitalaria o una reducción de la medicación, etc.) etc., pueden distorsionar la expresión del verdadero grado de *insight* alcanzado por el sujeto. En este sentido, la escala de *insight* de Marková y Berrios ofrece la ventaja de que la evaluación se hace con la propia interpretación del paciente. Esta escala rescata la visión y la atribución de los cambios experimentados por el paciente a través de la enfermedad mental y también la forma en cómo los articula. Se basa en una definición amplia del *insight*, entendiéndolo como una forma de autoconocimiento que los individuos tienen no solamente de la condición que les afecta a ellos mismos, sino también en términos de cómo las condiciones afectan su interacción con el mundo.

Para evaluar la fiabilidad test-retest se dispuso de una muestra escasa, de sólo 12 sujetos, lo que incrementa el error estándar del intervalo de confianza limitando la precisión de la estimación. A pesar de ello, el elevado valor obtenido en el coeficiente de correlación intraclass (0.855) permite afirmar que existe fiabilidad temporal. Aunque la escala ha sido diseñada para reflejar la conciencia de los posibles cambios que los individuos experimentan en el curso de su trastorno psicótico, esta escala muestra una buena fiabilidad test-retest *temporal*, o sea, en un momento dado del proceso. Este dato también ha sido observado en el estudio original<sup>14</sup>. Por otro lado, también se pudo observar que esta escala es de fácil uso y comprensión para los pacientes, incluso en fase aguda. El método de aplicación es sencillo y rápido con lo que podría controlarse el efecto de fatiga en los participantes.

Finalmente, el déficit de *insight* en psicosis como fenómeno mental es un hecho complejo y compuesto por varias dimensiones. Pese a que hoy en día se cuenta con diferentes instrumentos que han logrado capturar algunas dimensiones de éste, siguen existiendo grandes interrogantes acerca de qué dimensiones pueden tener una mayor implicación clínica. De acuerdo con Ruiz et al.<sup>19</sup>, aunque con instrumentos imperfectos, vale la pena adentrarse en el conocimiento de la conciencia de trastorno en la psicosis. Interesarse qué piensa una persona sobre lo que le está pasando, cómo es la sensación de lo que le ocurre, dónde encuentra una explicación a lo que le pasa, supone aceptar la subjetividad de toda experiencia humana. Para Strauss<sup>30</sup>, la subjetividad es el camino para acercarnos a la profundidad de lo verdaderamente humano.

Entre las limitaciones de este estudio se puede señalar que la escala de *Insight* de Marková y Berrios ha sido poco utilizada en el campo de la investigación, por lo cual no existen muchos datos con los que se puedan contrastar los resultados aquí observados. Por otro lado, con el diseño actual no fue posible estudiar otros tipos de validez divergente o la validez predictiva. En el futuro deberían planificarse diseños de investigación específicamente destinados a evaluar estos aspectos.

## **5. Conclusión**

La versión castellana de la escala de *Insight* de Marková y Berrios presenta una buena consistencia interna, alta fiabilidad test-retest, validez convergente con otros instrumentos que miden *insight*, y una estructura de cuatro factores muy similar a la propuesta originalmente. Es una escala sencilla y de fácil aplicación. Para futuras investigaciones debería examinarse esta escala en otras poblaciones.

## **6. Referencias**

1. Amador XF, David, AS, editores. *Insight and psychosis. Awareness of Illness in schizophrenia and related disorders*, 2nd edn., 2004. Oxford University Press, New York.

2. Amador XF, Andreasen NC, Flaum MM, Strauss DH, Yale SA, Clark S, et al. Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 826-836.
3. Mintz RA, Dobson SK, Rommey MD. Insight in schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88.
4. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 798-805.
5. Marková IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 850-860.
6. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia. Schizophr Bull* 1991; 17: 113-132.
7. Bulbena A, Domínguez AI, Fernández de Larrinona P, Madariaga I. Insight y enfermedad mental. *Focus Psychiatry* 1994; 2: 52-58.
8. Panchón DAI, Marková IS, Berrios GE, Bulbena VA. Evaluación del insight en la psicosis. En: Bulbena VA, Berrios GE, Fernández de Larrinona P, editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, 2003; p. 137-154.
9. Sanz M, Constable G, López-Ibor I, Kemp R, David A.D. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998; 28: 437-446.
10. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry. A new model. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 743-751.
11. Vaz FJ, Béjar A, Casado M, Penasa B. Conciencia de enfermedad y síndrome positivo/negativo en la esquizofrenia. *Actas Luso Esp Neuropsiquiatr Cienc Afin* 1997; 25: 153-158.



12. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995; 365: 367-376.
13. Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 159-164.
14. Marková IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res* 2003; 119: 81-88.
15. Vanelli I, Chendo I, Levy P, Figueira ML, Góis C, Santos J y Marková I. Adaptação para português da escala de *Insight* Marková y Berrios. *Acta Med Port* 2010; 23: 1011-1016.
16. Cuesta M, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis: multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 233-240.
17. American Psychiatric Association WD. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, 4th edition text revised. 2000.
18. Peralta VM, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22(4): 171-177.
19. Ruiz IA, Pousa E, Duño R, Crosas MJ Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(2): 111-119.
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID) axis I disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
21. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 117-123.

22. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 27: 37-44.
23. Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr Psychiatry* 1997; 385: 283-288.
24. Schwartz RC. Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 249-254.
25. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. *Psychol Rep* 1998; 83: 895-898.
26. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res* 1998; 33: 63-67.
27. Smith TE, Hull JW, Goodman M, Hedayat Harris A, Willson DF et al. The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 102-108.
28. Amador XK, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17: 113-132.
29. Villagrán JM, Luque R. Psychopathology of insight. *Psiquiatr Biol* 2000; 7(5): 202-215.
30. Strauss J. Subjectivity and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bullet* 2011; 37(1): 8-13.

	X	Mediana	DS	Min/Máx
Edad (años)	37.7	35.8	12.1	18.20/67.1
Tiempo de evolución del trastorno mental (años)	14.6	12.1	13.8	1.2/66.7
<b>Psicopatología</b>				
PANSS	85.0	83.0	21.0	34.0/139.0
PANSS Positiva	20.2	20.0	5.7	7.0/37.0
PANSS Negativa	21.6	20.0	8.6	7.0/46.0
PANSS General	43.1	42.0	10.7	18.0/70.0
<b>Medidas de Insight</b>				
PANSS general ítem-12	4.7	5.0	2.3	1.0/7.0
Escala de Marková y Berrios	14.2	14.0	5.6	3.0/27.0
Escala SUMD	10.0	10.0	3.9	2.0/15.0
Conciencia de trastorno (SUMD ítem-1)	3.4	4.0	1.5	1.0/5.0
Conciencia de efectos de la medicación (SUMD ítem-2)	2.8	3.0	1.6	1.0/5.0
Conciencia de las consecuencias sociales (SUMD ítem-3)	3.8	5.0	1.6	1.0/5.0
	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Género</b>				
Hombres	105	(61.8)		
Mujeres	65	(38.2)		
<b>Nivel Educativo</b>				
Primarios	91	(53.5)		
Medios	58	(34.1)		
Superiores	12	(7.1)		
Sin educación (leer y escribir)	9	(5.3)		
<b>Diagnóstico</b>				
Esquizofrenia	105	(61.7)		
Trastorno psicótico no especificado	32	(18.8)		
Esquizoafectivos	26	(15.3)		
Esquizofreniformes	7	(4.2)		
<b>Estado clínico</b>				
Hospitalización total	132	(77.6)		
Hospitalización parcial	18	(10.6)		
Consultas externas	20	(11.8)		
<b>Tratamiento farmacológico</b>				
Antipsicóticos	170	(100)		
Antipsicóticos orales	142	(83.5)		
Antipsicóticos de larga duración ( <i>depot</i> )	69	(40.6)		
Benzodiazepinas	102	(65.4)		
Antidepresivos	28	(16.5)		
Eutimizantes	26	(16.7)		

**Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra estudiada N= 170.**  
 PANSS= Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia. SUMD= Escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (siglas en inglés).

	Datos originales	Adaptación al castellano
<b>Factor 1. Conciencia de tener pensamientos extraños y pérdida de control sobre la situación</b>		
(24) Siento que están pasando cosas extrañas a mi alrededor	0.771	0.791
(25) Sé que mis pensamientos son extraños pero no puedo remediarlo	0.754	0.647
(10) Tengo dificultades para pensar	0.699	0.594
(27) Las cosas ya no tienen sentido	0.683	0.605
(19) Me parece que no tengo tanto control sobre mis pensamientos	0.610	0.730
(11) En este momento, sufro problemas de nervios	0.591	0.505
(21) Siento que mi mente se está yendo	0.539	0.800
(14) Me cuesta estar tranquilo con gente que conozco	0.528	0.646
<b>Factor 2. Sentimientos de sentirse diferente, de percibirse extraño</b>		
(29) Siento que mi estado actual ha sido causado deliberadamente por algo	-0.726	-0.417
(4) La gente a mi alrededor parece diferente	0.719	0.599
(15) Me está pasando algo extraño	0.614	0.740
(12) Todo a mi alrededor es diferente	-0.567	-0.607
(18) La enfermedad mental puede ocurrir en algunas personas de la población	0.563	0.380
(16) Quiero saber por qué me siento así	0.546	0.649
<b>Factor 3. Sentimientos vagos de que algo va mal</b>		
(9) Me siento intranquilo	0.617	0.795
(1) Me siento diferente de lo normal en mí	0.575	0.677
(23) Ahora todo me parece mucho más claro que antes	0.533	0.189
<b>Factor 4. Percepción de sufrir cambios físicos</b>		
(28) Mi problema principal es mi salud física	0.757	0.646
(20) No estoy enfermo pero estoy cansado	0.744	-0.297

**Tabla 2.** Análisis factorial confirmatorio de la versión castellana de la escala de *Insight* de Marková y Berrios.

	<i>Insight</i> Escala de Marková y Berrios	Gravedad de la Sintomatología Psicótica (PANSS)
<i>Insight</i> Escala de Marková y Berrios		0.060 $p = 0.438$
<i>Insight</i> PANSS general ítem-12	-0.306 $p \leq 0.01$	0.448 $p \leq 0.01$
<i>Insight</i> Escala SUMD	-0.302 $p \leq 0.01$	0.383 $p \leq 0.01$

**Tabla 3.** Coeficientes de correlación  $r_s$  de *Spearman* entre los diferentes instrumentos de evaluación del insight y los de la relación entre la gravedad de la psicopatología psicótica y el déficit de *insight*.

## Escala de *Insight* de Marková y Berrios

### INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones e indique si está de acuerdo (**SI**) o en desacuerdo (**NO**).

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Me siento diferente de lo normal en mí .....                                  | SI | NO |
| 2. A mí no me pasa nada .....  | SI | NO |
| 3. Estoy enfermo .....   | SI | NO |
| 4. La gente a mi alrededor parece diferente .....                                | SI | NO |
| 5. No me siento parte de nada .....  | SI | NO |
| 6. Todo parece desorganizado .....   | SI | NO |
| 7. La mente no puede enfermar, sólo el cuerpo .....                              | SI | NO |
| 8. Mis sentimientos hacia otras personas parecen ser diferentes .....            | SI | NO |
| 9. Me siento intranquilo .....   | SI | NO |
| 10. Tengo dificultades para pensar .....   | SI | NO |
| 11. En este momento, sufro problemas de nervios .....                            | SI | NO |
| 12. Todo a mi alrededor es diferente .....                                       | SI | NO |
| 13. Estoy perdiendo el contacto conmigo mismo .....                              | SI | NO |
| 14. Me cuesta estar tranquilo con gente que conozco .....                        | SI | NO |
| 15. Me está pasando algo extraño .....   | SI | NO |
| 16. Quiero saber por qué me siento así .....                                     | SI | NO |
| 17. Me parece que no soy capaz de funcionar con normalidad .....                 | SI | NO |
| 18. La enfermedad mental puede ocurrir en algunas personas de la población ..... | SI | NO |
| 19. Me parece que no tengo tanto control sobre mis pensamientos .....            | SI | NO |
| 20. No estoy enfermo pero estoy cansado .....                                    | SI | NO |
| 21. Siento que mi mente se está yendo .....                                      | SI | NO |
| 22. Estoy perdiendo el contacto con mi entorno .....                             | SI | NO |
| 23. Ahora todo me parece mucho más claro que antes .....                         | SI | NO |
| 24. Siento que están pasando cosas extrañas a mi alrededor .....                 | SI | NO |
| 25. Sé que mis pensamientos son extraños pero no puedo remediarlo .....          | SI | NO |
| 26. Todo a mi alrededor parece diferente .....                                   | SI | NO |
| 27. Las cosas ya no tienen sentido .....   | SI | NO |
| 28. Mi problema principal es mi salud física .....                               | SI | NO |
| 29. Siento que mi estado actual ha sido causado deliberadamente por algo .....   | SI | NO |
| 30. Pienso que necesito algún tipo de ayuda .....                                | SI | NO |



## **TRABAJO II**



**Nieto, L., Cobo, J., Pousa, E., Blas-Navarro, J., García-Parés, G., Palao, D., Obiols, J.E. (2012). Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (5), 502-508.**



## Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis

Lourdes Nieto<sup>a,\*</sup>, Jesús Cobo<sup>b,c</sup>, Esther Pousa<sup>b</sup>, José Blas-Navarro<sup>d</sup>, Gemma García-Parés<sup>b,c</sup>, Diego Palao<sup>b,c</sup>, Jordi E. Obiols<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Clinical and Health Psychology, Psychopathology and Neuropsychology Research Unit, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 08193 Barcelona, Spain

<sup>b</sup>Psychiatry Department, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, 08208 Barcelona, Spain

<sup>c</sup>Psychiatry & Legal Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona, Parc Taulí Docent Unit, Sabadell, 08208 Barcelona, Spain

<sup>d</sup>Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 08193 Barcelona, Spain

### Abstract

**Aims:** This study was designed to evaluate the relationship between insight and the severity of psychotic symptomatology in a sample of patients in an acute phase of psychosis, as well as to analyze the relationship between insight and the symptomatic profile of the patient. In addition, the role of general cognitive abilities in this relationship was explored.

**Method:** Cross-sectional observational study of 96 acute psychotic adults. To evaluate psychopathology we used the Positive and Negative Syndrome Scale; for insight, the Scale of Unawareness of Mental Disorder; and for general cognitive abilities, the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry.

**Results:** Insight showed significant and moderate positive correlations with positive and general symptoms but not with negative symptoms. In the subgroup with positive symptomatic profile, awareness of the disorder and of the effects of medication were positively associated with severity of positive and general psychotic symptoms. Awareness of social consequences of the disease was positively associated with positive symptoms. In the subgroup with a negative symptomatic profile, awareness of the disorder and of the effects of medication were positively associated with severity of positive and general psychotic symptoms. In this subgroup, these relationships were significantly affected by general cognitive abilities.

**Conclusions:** Insight was not related with the severity of negative psychotic symptoms. The symptomatic profile of subjects played an important role in determining the relationship between insight and its dimensions and the severity of psychotic symptoms. Cognitive function moderated these relationships only in the negative symptomatic profile.

© 2012 Elsevier Inc. All rights reserved.

### 1. Introduction

The term insight refers to a multidimensional phenomenon that includes, among other aspects, (1) awareness of having a mental disorder, (2) awareness of the effects of medication, and (3) understanding the social consequences of disorder [1]. A deficiency of insight has been observed in several psychiatric disorders but is more prevalent and more severe in patients with psychosis than in those with other

mental disorders [2]. According to Amador and Gorman [3], between 50% and 80% of patients with schizophrenia do not believe that they have a mental illness and are not aware of the social consequences of their illness or of the need to adhere to their drug treatment. It is important to note, however, that these percentages are approximate and are usually obtained in samples of psychotic individuals in general, including subjects at different stages of the disease (stabilized or acute) and with different evolution time (first episode, long-term, chronic, etc). It is therefore crucial to develop new research that focuses on study populations with particular clinical characteristics.

The effects of lack of insight quickly become apparent in the evolution of the individual's condition, since poor insight is related to a poorer overall disease prognosis, including

This article forms part of the doctoral thesis of the first author.

Conflict of interest: The authors have not transmitted any conflicts of interest.

\* Corresponding author. Tel.: +34 664552138.

E-mail address: [nietoglourdes@gmail.com](mailto:nietoglourdes@gmail.com) (L. Nieto).

higher rates of aggression and impulsivity, increased substance use, diminished psychosocial function, and poorer adherence to psychiatric treatment [4,5].

Insight deficits have been linked to the type and severity of psychopathology as well as to neurocognitive deficits characteristic of psychosis [6]. However, some published data are contradictory or inconclusive. In terms of the severity of psychotic symptoms, some studies suggest a relationship between insight deficits and the severity of negative psychotic symptoms [7,8], whereas others have not observed this association [1]. A deficiency in insight has also been associated with severity of positive psychotic symptoms, although, again, these data are somewhat contradictory. McEvoy et al [9] found no statistically significant relationship between lack of insight and severity of acute positive psychopathology, although Amador et al [1] found a significant association between insight deficits and severity of delusions and conceptual disorganization. Subsequently, Sevy et al [10] found that deficits in awareness of having a mental disorder and of its social consequences were closely associated with positive symptom severity. Mintz et al [11] found that when patients were in a psychotic decompensation phase with predominantly positive symptoms, they presented greater deficits in insight, but when the acute episode passed and the symptoms abated, this relationship weakened.

Possible explanations for these inconsistencies have been suggested, including the diversity of interpretations and concepts captured by the term insight, the use of different assessment scales, small samples sizes, and/or mixed samples of patients in an acute state and clinically stable [4]. One of the most interesting proposals is that of Mintz et al [11], who suggested that studies may show contradictory results due to the almost exclusive use of analysis of linear relationships. Using a meta-analytic approach, these authors found that the severity of psychopathology played a limited role in insight deficits, suggesting that these variables have a nonlinear relationship that is being mediated by some other clinical factors, including cognition.

On the other hand, for some time, it has been suggested that there may be a link between lack of insight and neurocognitive problems [5], particularly those related to the functioning of the prefrontal cortex (eg, mental flexibility, abstract reasoning, concept formation, self-reflection) [12]. This seems to be supported by studies that found deficiency of insight to be related to poor performance on neuropsychological scales [13,14]. However, other studies have failed to confirm this relationship [15].

Taking into account that one of the main criticisms of the insight literature has been the use of small sample sizes and the mixing of acute and clinically stable patients, in recent years, the importance of carrying out studies in which patients have similar clinical features have been highlighted [16,17]. In this line, the objective of this study was to evaluate the relationship between 3 dimensions of insight and the presence and severity of psychotic symptoms in a

large sample of patients in an acute phase of the disease. We also explored the relationship between insight and the symptomatic profile of patients and whether general cognitive skills played a role in this relationship.

We hypothesized that lack of insight and its 3 dimensions would be related to the severity of psychosis but that these relationships would differ according to subjects' symptomatic profile. It was also hypothesized that impairment in general cognitive abilities would play a mediating role in these relationships.

## 2. Method

### 2.1. Participants

All subjects who met the following criteria were invited to participate in the study: (1) men and women between 18 and 65 years old, (2) who were admitted to the unit as inpatients, (3) who had been previously diagnosed with a psychotic spectrum disorder based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) criteria [18], (4) without mental retardation, and (5) without any history of head injury or neurological disease. A total of 103 subjects were identified, of which 7 refused to take part in the study. Table 1 shows the sociodemographic and clinical characteristics of the study sample (n = 96).

### 2.2. Measures

A questionnaire of demographic and clinical data was designed for the present study. The psychopathological assessment was performed using the Spanish version of the Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS), validated by Peralta and Cuesta [19].

To clarify the role of specific psychotic symptoms profile on insight, the sample was divided according to symptomatic profiles using the PANSS-C index. This is derived from the PANSS scale and obtained by subtracting the score on the negative subscale from the score on the positive subscale, so that patients with a positive valence (PANSS-C N0) were classified as the positive subtype and those with a negative valence (PANSS-C b0) as the negative subtype. Subjects who had no predominance of either type of symptom were excluded from this analysis (n = 7).

Insight and its dimensions, awareness of the disorder, awareness of the effects of medication, and awareness of the social consequences of the disease were assessed by means of the Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) adapted to Spanish by Ruiz et al [20]. This is a standardized scale that is scored based on a semistructured interview. All scores are in the range of 1 to 5, with higher scores indicating a lower level of insight.

General cognitive ability was assessed using the Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) [21]. The purpose of this scale is to provide a comprehensive and cost-effective evaluation of cognitive

Table 1  
Sociodemographic and clinical characteristics of the sample (n = 96)

	Mean	SD	Median	Min/Max
Age (years)	37.8	11.2	35.8	20-65
Disease evolution (years)	14.3	12.5	11.1	0.02-50.6
PANSS	86.9	21.0	85.5	45-139
Positive symptoms	21.1	5.3	22.0	10-37
Negative symptoms	21.5	8.7	20.0	7-46
General symptoms	44.2	10.6	43.0	24-74
SUMD	10.4	3.8	11.0	3-15
Awareness of disease	3.5	1.5	4.0	1-5
Awareness of the effects of the medication	2.9	1.6	3.0	1-5
Awareness of social consequences	3.9	1.5	5.0	1-5
Cognitive ability (SCIP)	45.8	19.1	44.5	2-84
At the limit of normality	11.1 (10)			
Mild deterioration	26.7 (24)			
Moderate deterioration	26.5 (23)			
Severe deterioration	36.7 (33)			
Sex				
Female	44.8 (43)			
Male	55.2 (53)			
Diagnosis				
Schizophrenia	61.5 (59)			
Nonspecific psychotic disease	18.8 (18)			
Schizoaffective disease	16.7 (16)			
Schizophreniform disease	3.1 (3)			
Marital status				
Single	64.6 (62)			
Partner	20.8 (20)			
Divorced	14.6 (14)			
Level of education				
Primary	46.9 (45)			
Secondary	39.6 (38)			
Higher	7.3 (7)			
No education (read and write only)	6.2 (6)			
Employment situation				
Active	10.5 (5)			
Unemployed	24.2 (23)			
Pensioner	65.3 (62)			
Psychopharmacological treatment				
Antipsychotics	100 (96)			
Oral antipsychotics	95.8 (91)			
Long-term intramuscular antipsychotics	39.6 (38)			
Benzodiazepines	71.9 (69)			
Antidepressives	13.5 (13)			
Mood stabilizer	12.5 (12)			
Drug consumption				
Alcohol	31.3 (30)			
Xanthines	77.1 (74)			
Cannabis	21.9 (21)			
Tobacco	62.5 (60)			
Cocaine	11.5 (11)			
Others	9.5 (9)			

PANSS indicates the total score for the PANSS scale; SUMD, total for items 1, 2, and 3 of the SUMD scale.

deficiency in psychosis and affective disorders and is especially well suited for evaluating patients in the acute phase. The SCIP includes subtests of working memory,

verbal learning, delayed recall, psychomotor speed, and fluency. SCIP results can be categorized into 4 groups: (1) within the normal limit, (2) mild impairment, (3) moderate impairment, and (4) severe impairment. A lower score indicates greater cognitive impairment.

### 2.3. Procedure

The study was carried out within the acute psychiatric inpatients unit of the Parc Taulí Health Corporation,

Sabadell, Spain. The study was approved by the Research Ethics Committee of Parc Taulí Health Corporation and followed both national and international ethical standards. All subjects were informed of the nature of the study and, having voluntarily agreed to participate, were asked to sign an informed consent form.

At the time of evaluation, all patients were in an acute phase of a psychotic disorder and were all receiving oral and/or intramuscular medication. Patients were evaluated between the first week and the second week after hospital admission. The evaluation began with the questionnaire of demographic and clinical data, which also collected information about the evolution of the psychiatric disorder. Diagnosis was confirmed by the research team according to the DSM-IV criteria [18] and using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinical version) [22]. The rest of the tests were applied in 2 consecutive sessions of 60 minutes, which took place within a maximum period of 48 hours. In the first session, the PANSS was administered, and in the second, the SUMD and SCIP scales. The instruments were applied by experienced psychologist and a psychiatrist previously trained in the assessment tests.

### 2.4. Statistical analysis

Statistical analyses were conducted using IBM SPSS Statistics version 19 (SPSS, Chicago, IL). A descriptive analysis was performed using the mean, SD, and median. We verified the normality distribution of the quantitative scales using Kolmogorov test. No significant skewness was found in any measure, so we used parametric tests. The relationships between the different variables were evaluated using the bivariate and partial Pearson correlation coefficients. Assessment of the differences between groups was performed using the Student t test or  $\chi^2$  test, as appropriate.

## 3. Results

Participants presented serious limitations in their general cognitive abilities, showing a very low average in the SCIP scores. The 3 dimensions of insight showed a moderate to severe deficit (see Table 1).

Table 2

Bivariate (r) and partial (r\*) Pearson correlation coefficients between insight and psychotic symptomatology

	Insight (SUMD)		Awareness of disease		Awareness of the effects of medication		Awareness of social consequences	
	r	r*	r	r*	r	r*	r	r*
PANSS	.319**	.271**	.367**	.344**	.250*	.236*	.154	.057
Positive symptoms	.415**	.410**	.456**	.454**	.379**	.380**	.163	.128
Negative symptoms	.109	.023	.087	.005	.051	.000	.128	.050
General symptoms	.333**	.264**	.424**	.394**	.262*	.233*	.118	-.007
Insight (PANSS-G item 12)	.814**	.791**	.931**	.923**	.611**	.584**	.426**	.359**

The partial correlations were controlled using the SCIP scale total.

PANSS indicates the total score for the PANSS scale; SUMD, total for items 1, 2, and 3 of the SUMD scale.

\*  $P \leq .05$ .

\*\*  $P \leq .01$ .

### 3.1. Analysis of correlations between insight and the severity of psychotic symptoms

The correlation analysis between the study variables is shown in Table 2. Total insight (SUMD) and 2 insight dimensions (awareness of disorder and of the effects of medication) were positively associated with the severity of psychotic symptoms (PANSS), especially with the general and positive subscales. Awareness of social consequences was not related with the severity of psychotic symptoms. The deficit of insight and its dimensions were not related with negative symptoms.

Subsequently, to investigate whether cognitive skills (SCIP) were involved in the relationship between insight and psychotic symptoms, a correlational analysis by introducing general cognitive skills as an adjustment variable was performed. No statistically significant changes were found (see Table 2).

### 3.2. Statistical analysis by symptomatic profile

Table 3 shows the clinical characteristics of the groups according to the symptomatic profile. Both groups were statistically comparable in terms of age ( $t = -1.39$ ,  $P = .17$ ) and sex ( $\chi^2 = 0.19$ ,  $P = .66$ ). A  $t$  test showed no statistically significant differences between the groups in terms of insight (SUMD,  $t = 0.41$ ,  $P = .68$ ) and its dimensions, awareness of disease ( $t = 0.99$ ,  $P = .32$ ), awareness of the effects on the medication ( $t = 0.86$ ,  $P = .39$ ), and awareness of social consequences ( $t = -0.94$ ,  $P = .35$ ).

### 3.3. Correlational analysis by symptomatic profile between insight and severity of psychotic symptoms

Table 4 shows the relationship of insight with the symptomatic profiles. In the positive symptomatic subgroup, awareness of the disease was positively associated with positive symptoms, particularly with delusions and hallucinations. Awareness of the disease was also positively related with the severity of general symptoms. In particular, negative correlations were found with feelings of blame and positive ones with lack of cooperation, self-absorption, and active social avoidance. Awareness of the

effects of medication was also positively related with severity of positive symptoms, especially with delusions, suspiciousness, and hostility. In this subgroup with a positive profile, awareness of the effects of medication was also positively associated with some negative symptoms, particularly with poor contact and social withdrawal. Awareness of effects of the medication was negatively related with feelings of blame and positively with self-absorption, active social avoidance, and unusual thoughts. Awareness of the social consequences of disorder was positively associated with the total score of positive symptoms and grandiosity. When the cognitive variable (SCIP) was introduced in the correlation analysis, previously observed relationships did not show any change.

In the subgroup with negative symptomatic profile, awareness of the disease and awareness of the effects of medication were positively associated with the severity of positive symptoms, especially with delusions and hostility. Awareness of the effects of medication was positively related with grandiosity. Awareness of the disease and of the effects of medication were positively related with general symptoms, especially with lack of cooperation. Awareness of the disease was also positively related to self-absorption and disorientation. Awareness of the social consequences of the disorder was only negatively related with somatic worry and anxiety.

Table 3

Clinical characteristics of groups according to symptomatic profile (n = 89)

	Positive symptomatic profile group		Negative symptomatic profile group		t	P
	Mean	SD	Mean	SD		
	Years of education	12.6	3.4	11.0		
Cognitive ability (SCIP)	51.9	15.9	38.5	19.3	3.46	.001
PANSS	78.6	16.0	97.3	20.3	-4.85	.001
Positive symptoms	22.6	4.8	19.6	5.1	2.85	.005
Negative symptoms	15.8	5.3	28.8	6.9	-9.95	.001
General symptoms	40.1	7.8	48.9	10.8	-4.41	.001

PANSS indicates the total score for the PANSS scale.



Table 4

Bivariate (r) and partial (r\*) Pearson correlation coefficients between insight and psychotic symptomatology

	Positive symptom profile group						Negative symptom profile group					
	Awareness of disease		Awareness of the effects of medication		Awareness of the social consequences		Awareness of disease		Awareness of the effects of medication		Awareness of the social consequences	
	r	r*	r	r*	r	r*	r	r*	r	r*	r	r*
Positive symptoms	.401**	.387**	.382**	.382**	.380**	.360**	.514**	.476**	.422**	.432**	-.128	-.260
Delusions	.338*	.356*	.324*	.350*	-	—	.454**	.479**	.313*	.306	-	—
Hallucinations	.338*	.292*	-	—	-	—	-	—	-	—	-	—
Suspiciousness	-	—	.361*	.377**	-	—	-	—	-	—	-	—
Hostility	-	—	.336*	.361*	-	—	.365*	.267	.319*	.260	-	—
Grandiosity	-	—	-	—	.335*	.375**	-	—	.353*	.387*	-	—
Negative symptoms	.276	.229	.279	.252	.204	.163	.162	.109	.062	.065	-.139	-.193
Poor contact	-	—	.285*	.298*	-	—	-	—	-	—	-	—
Social withdrawal	-	—	.324*	.318*	-	—	-	—	-	—	-	—
General symptoms	.529**	.528**	.371**	.375**	.208	.175	.518**	.422**	.313*	.249	-.075	-.253
Feelings of blame	-.352*	-.340*	-.446**	-.439**	—	—	—	—	—	—	—	—
Lack of cooperation	.374**	.372**	—	—	—	—	.395*	.322	.409**	.381*	—	—
Self-absorption	.474**	.449**	.389**	.368**	—	—	.371*	.346*	—	—	—	—
Active social avoidance	.378**	.360**	.382**	.375**	—	—	.254	.339*	—	—	—	—
Unusual thoughts	—	—	.339*	.356*	—	—	.293	.381*	—	—	—	—
Disorientation	—	—	—	—	—	—	.316*	.283	—	—	—	—
Somatic worry	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-.434**	-.533**
Anxiety	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-.397*	-.404*

The partial correlations were controlled using the SCIP scale total.

\* P ≤ .05.

\*\* P ≤ .01.

When the cognitive skills variable was introduced in the correlational analysis, some relationships changed. Awareness of the disease was no longer related with hostility, lack of cooperation, and disorientation. In contrast, active social avoidance and unusual thoughts became positively related with disease awareness. Previously found correlations between awareness of the effects of medication and delusions, hostility, and total score of general symptoms disappeared and so did the ones between awareness of the social consequences of the disease and the insight item of the PANSS.

#### 4. Discussion

The objective of this study was to evaluate the relationship between insight and the presence and severity of psychotic symptoms in a sample of patients in an acute phase of the disease and to explore the relationship between insight and the symptomatic profile they present. We also, explored whether general cognitive skills played a role in this relationship. Deficiency in insight and its dimensions (awareness of the disorder, awareness of the effects of medication, and awareness of social consequences) were related to the severity of psychotic psychopathology. Nevertheless, each of these dimensions was related in a particular way reflecting the multidimensional nature of insight. Also, the symptomatic profile of subjects played an important role in determining the relationship between

insight and its dimensions and the severity of psychotic symptoms. Finally, cognitive functioning influenced the relationships between insight and symptoms only in those patients with a negative symptom profile.

When exploring the relationship between insight and psychopathology in the total sample, both positive and general symptoms showed positive but low significant relationships with lack of disease awareness and effects of medication. These results are in line with previous findings [11]. In contrast, no relationships were found between insight and negative symptoms. Several studies have reported a modest relationship between symptom severity and insight, supporting the idea that insight might be dependent on trait rather than state [1]. It has already been argued that a complex system of different and overlapping variables may underlie insight impairment and that these variables may contribute to a different extent to specific dimensions of poor insight [23].

The severity of psychopathology was greater than that observed in other studies in which mixed (acute and chronic) samples were analyzed. However, the means obtained were comparable to those found in acute patients [16,24,25]. In this study, more than 50% of subjects had moderate or severe cognitive impairment. These data are similar to those observed by some authors who have concluded that between 60% and 80% of patients with psychosis experience severe cognitive impairment [26-28]. In this study, all participants were under different types of medication and, in some cases, with high doses. This fact

could have hindered their performance. It has been shown that both the type and the dosage of medication affect subjects' performance on cognitive tasks, most notably, some antipsychotics and benzodiazepines, which can cause significant sedation [29-31]. Another important factor to consider is the evolution time of the mental disorder, since cognitive decline seems to be dependent on time [32].

To explore in more detail the psychopathological characteristics of the sample, patients were divided according to their PANSS symptomatic profiles. In the subgroup with a negative symptom profile, the relationship between awareness of disease with active social avoidance and unusual thoughts was affected by the cognitive function. In line with this, some authors [13] have suggested that deficits in cognitive skills are related to abnormal interpretations that may hinder good insight.

Cognitive functions allow us to assess perceptions of our environment, thoughts, and behaviors. Thus, cognitive failures correspond to mistakes in the interpretation of the environment [33]. Also, in this subgroup with negative symptomatic profile, the relationship between the deficit in awareness of the disease with some symptoms (hostility, lack of cooperation, and disorientation) were affected by the cognitive function. We hypothesize that some subjects do not perceive their symptoms as the result of a severe mental disorder, but instead they recognize them as part of their own personality traits. This might indicate that the nature of insight might be different for each psychotic symptom.

It is important to note that the negative symptomatic profile subgroup was more cognitively impaired than the positive symptomatic profile subgroup. Similar data have been observed by others, who have suggested that negative psychotic symptoms (more than positive), such as apathy, distance the subject from the environment. In these cases, the subject is scarcely involved in the demands of the environment, which could in turn be reflected in a low motivation to perform neuropsychological evaluations [34]. It is also possible that the negative symptomatic profile subgroup were taking higher doses of medication than the positive subgroup, having a negative impact on their cognitive functioning [29]. Unfortunately, this was not controlled in the present analysis.

Subjects with a positive symptomatic profile and a lower deficit in awareness of the disorder and awareness of medication effects had more severe feelings of blame. Iqbal et al [35] have emphasized the important role played by the manner in which the subject perceives and interprets his mental illness. The presence of depressive symptoms is usually higher and worse, depending on how the subject interprets his mental illness, and research has shown that good insight is often accompanied by stigmatizing beliefs that cause feelings of anger, depression, fear, isolation, and/or guilt [36-38].

In our opinion, it is possible that previous studies have found contradictory or inconclusive results because they did not consider the symptomatic profile of subjects and/or

because insight is a multidimensional concept. Data from our study support a more complex approach. The general cognitive abilities also affect the relationships differently for each symptomatic profile and for each insight dimension. These observations should be kept in mind when considering the design of future studies.

The limitations of this study are those of cross-sectional observational studies. In addition, due to the complexity of the sample, it was not possible to control the type and dosage of antipsychotic medication at the time of evaluation. Other relevant variables that were not controlled were the history of drug abuse or duration of mental illness. These limitations should be kept in mind when interpreting the results.

## 5. Conclusion

Insight was related with the severity of positive symptoms but not with the severity of negative psychotic symptoms. The symptomatic profile of subjects played an important role, determining the relationship between insight and its dimensions and the severity of psychotic symptoms. In the negative symptomatic profile subgroup, general cognitive function was a moderator variable of these relationships. The findings presented here have important clinical implications, particularly when developing interventions aimed at increasing patients' insight. Considering the symptomatic profile of subjects in the design of the intervention could help targeting particular aspects that could improve the effectiveness of interventions.

## Acknowledgment

The authors acknowledge the support of the National Council of Science and Technology (CONACYT, Mexico, DF) doctoral scholarship program.

## References

- [1] Amador XF, Andreasen NC, Flaum MM, Strauss DH, Yale SA, Clark S, et al. Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:826-36.
- [2] Pini S, Cassano BG, Dell'Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2001;158:122-5.
- [3] Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 1998;21:27-42.
- [4] Amador XF, David AS. *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. 2nd ed. New York: Oxford University; 2004.
- [5] David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
- [6] Fennig S, Naisberg-Fenning S, Craig TJ. Assessment of insight in psychotic disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:175-87.
- [7] Buchy L, Torres JI, Liddle FP, Woodward ST. Symptomatic determinants of insight in schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2009;50:578-83.
- [8] Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000;26:193-200.

- [9] McEvoy JP, Apperson J, Appelbaum PS, Ortilip P, Brecosky J, Hammill K, et al. Insight in schizophrenia: its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43-7.
- [10] Sevy S, Nathanson K, Visweswaraiiah H, Amador X. The relationship between Insight and symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004;45:16-9.
- [11] Mintz RA, Dobson SK, Rommey MD. Insight in schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophr Res* 2003;61:75-88.
- [12] David AS. To see ourselves as others see us. Aubrey Lewis insight. *Br J Psychiatry* 1999;175:210-6.
- [13] Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006; 189:204-12.
- [14] Morgan KD, David AS. Neuropsychological studies of insight in patients with psychotic disorders. In: Amador XF, & David AS, editors. *Insight and psychosis*. New York: Oxford University; 2004. p. 177-93.
- [15] Freudenreich O, Deckersbach T, Goff DC. Insight into current symptoms of schizophrenia: association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:14-20.
- [16] Parellada M, Fraguas D, Bombín I, Otero S, Castro-Fornieles J, Baeza I, et al. Insight correlates in child- and adolescent-onset first episodes of psychosis: results from the CAFEPS study. *Psychol Med* 2009;39:1433-45.
- [17] Quee PJ, van der Meer L, Bruggeman R, de Haan L, Krabbendam L, Cahn W, et al. Insight in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Schizophr Bull* 2011;37:29-37.
- [18] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
- [19] Peralta VM, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22:171-7.
- [20] Ruiz IA, Pousa E, Duño R, Crosas MJ, Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:111-9.
- [21] Pino O, Guilera G, Rojo JE, Gómez-Benito J, Bernardo M, Crespo-Facorro A, et al. Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;99:139-48.
- [22] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID) axis I disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
- [23] Medalia A, Thysen J. A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2010;118:134-9.
- [24] Mintz RA, Addington J, Addington D. Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophr Res* 2004;67:213-7.
- [25] Rocca P, Crivelli B, Marino F, Mongini T, Portaleone F, Bogetto F. Correlations of attitudes toward antipsychotic drugs with insight and objective psychopathology in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2008;49:170-6.
- [26] Czobor P, Jaeger J, Berns SM, Gonzalez C, Loftus S. Neuropsychological symptom dimensions in bipolar disorder and schizophrenia. *Bipolar Disord* 2007;9:71-92.
- [27] Kéri S, Janka Z. Critical evaluation of cognitive dysfunctions as endophenotypes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110: 83-91.
- [28] Weickert WT, Terry Goldberg ET, Gold MJ, Bigelow BL, Egan FM, Weinberger R. Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:907-13.
- [29] Kishi T, Moriwaki M, Kawashima K, Okochi T, Fukuo Y, Kitajima T, et al. Investigation of clinical factors influencing cognitive function in Japanese schizophrenia. *Neurosci Res* 2010;66:340-4.
- [30] Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005;8:457-72.
- [31] Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry* 2009;70:22-9.
- [32] Simons CJ, Jacobs N, Jolles J, van Os J, Krabbendam L. Subclinical psychotic experiences and cognitive functioning as a bivariate phenotype for genetic studies in the general population. *Schizophr Res* 2007;92:24-31.
- [33] Drake R, Lewis S. Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62:165-73.
- [34] Gard DV, Fisher M, Garrett C, Genevsky A, Vinogradov S. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009;115:74-81.
- [35] Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Tower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 2000;177:522-8.
- [36] Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry* 2004;184:176-81.
- [37] Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007;33: 192-9.
- [38] Staring ABP, Ven der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009;115: 363-9.





## 5. DISCUSIÓN GENERAL

Esta tesis tuvo como finalidad analizar factores psicopatológicos, cognitivos y metodológicos implicados en el déficit de *insight* en pacientes psicóticos. Para ello, se presentaron tres trabajos empíricos (dos publicados y uno en revisión —ver anexo—). La siguiente discusión general se enfocará en los hallazgos encontrados en estos y se plantearán algunas sugerencias para futuras investigaciones.

Como se ha mencionado en la primera parte teórica de este trabajo, actualmente se sabe que el *insight*, la sintomatología psicótica y la cognición son variables que están relacionadas aunque, hoy en día la naturaleza de estas relaciones sigue siendo un tema controvertido. Ante tal situación, algunos autores han señalado la necesidad de pasar del estudio de relaciones lineales al de las relaciones curvilíneas o cuadráticas (Aleman et al., 2006; Mintz et al., 2003). Nuestros datos corroboran que la relación que se establece entre el *insight* y la severidad de los síntomas psicóticos, particularmente con los negativos, está mediada por el déficit en las habilidades cognitivas generales, por tanto, la relación entre estas variables no es lineal.

Una de las contribuciones más importantes de este trabajo es señalar que el perfil sintomático de los pacientes juega un importante papel en las relaciones que se establecen entre el *insight* y los síntomas psicóticos negativos. En un primer análisis, en el que se estudió la muestra en conjunto, éstas variables no resultaron estadísticamente significativas. Sin embargo, cuando los sujetos fueron divididos de acuerdo al perfil sintomático cobraron relevancia. Quizá las actuales inconsistencias en la literatura, respecto a la relación entre el *insight* y los síntomas psicóticos negativos (Amador, et al., 1994; Medalia y Thysen, 2010; Smith, et al., 2000), en parte pueden ser explicadas por el hecho de que no se ha considerado el perfil sintomático de los participantes.

En los pacientes con perfil sintomático negativo el deterioro en las habilidades cognitivas generales cobró mayor relevancia. Los síntomas negativos (en mayor medida que los positivos) suelen caracterizarse por distanciar al sujeto de su entorno (el contacto pobre, el retraimiento emocional, el embotamiento afectivo, etc.) y una de las consecuencias es la baja motivación para cumplir con las demandas que les exige su medio (Gard et al., 2009). Quizá, ésta baja motivación se haya reflejado en el desempeño de los pacientes en las tareas cognitivas. Al interpretar estos datos, es necesario recordar que la muestra analizada estuvo conformada por pacientes en fase aguda del trastorno psicótico, así que sería posible que se encontraran resultados diferentes en otros grupos. Los datos de nuestro estudio tendrían que revisarse en pacientes en otras fases de la enfermedad mental.

Otra sugerencia importante que se desprende de este trabajo es que es necesario fortalecer el estudio del *insight* analizando de manera independiente cada una de sus dimensiones, pues se observó que la relación entre el *insight* y la psicopatología se comportaba de diferente manera en función de la dimensión que se esté analizando. Por un lado, esto refleja la naturaleza multidimensional del *insight*, y por el otro, se entiende que existen diferentes vías para acercarse a la comprensión de un fenómeno tan complejo (David, 2004).

Por otra parte, al analizar los síntomas psicóticos en conjunto y, posteriormente de manera individual en su relación con el *insight* y con sus dimensiones, fueron encontrados interesantes datos. No todos los síntomas psicóticos están relacionados con el *insight* ni con sus dimensiones, y aquellos que si lo están no lo hacen con la misma fuerza. Domínguez et al., (2000) han señalado la necesidad de clarificar si el *insight* debe ser examinado en relación con los síntomas individuales o con la enfermedad como un todo. En este caso, los hallazgos aquí presentados sugieren que los síntomas psicóticos deben de ser analizados de manera independiente, considerando la complejidad y las particularidades de cada uno de ellos. Previamente, ya se había notado que algunos pacientes pueden tener conciencia de algunos síntomas y no de

otros y que las características de cada uno de ellos influyen de diferente manera en su relación con el *insight*. Por ejemplo, no será lo mismo ser consciente de padecer alucinaciones y/o delirios, a padecer embotamiento afectivo y/o retraimiento social (David, 1990). Posiblemente, algunos síntomas desempeñen un papel más importante en el déficit de *insight* que otros, futuras investigaciones podrían ahondar en esta observación.

De acuerdo con Mintz et al. (2003) el déficit de *insight* podría estar relacionado, principalmente, con la severidad de los delirios y las alucinaciones. En el caso de las alucinaciones, éstas ofrecen experiencias auditivas, visuales y/o olfativas, etc. (APA, 2000) que se presentan al sujeto como reales, lo que puede dificultar la comprensión de estas experiencias como resultado de un trastorno mental y no como parte de la realidad.

En uno de los estudios aquí presentados, se analizó, la relación entre el *insight*, sus dimensiones y las alucinaciones auditivas, considerando las particularidades de éste síntoma. En primer lugar, nuestros hallazgos no apoyan el planteamiento de los anteriores autores, pues se observó que no había diferencias estadísticamente significativas en el *insight* en pacientes con alucinaciones auditivas y en pacientes sin este síntoma. Previamente, Lera et al. (2011) observaron datos similares y encontraron que no había diferencia en el déficit de *insight* entre pacientes con alucinaciones auditivas no persistentes y pacientes sin alucinaciones auditivas. Aunque sí observaron que los sujetos con historia de alucinaciones crónicas o persistentes presentaban mayor déficit de *insight* que quienes no tenían alucinaciones o estas no eran persistentes. Así, parece ser que la cronicidad de éste síntoma podría tener una mayor implicación en el grado de *insight* que la mera presencia de las alucinaciones.

Los participantes que eran conscientes de sufrir alucinaciones auditivas, en comparación con los que no tenían consciencia de éste síntoma, reflejaban la convicción de que las voces eran generadas internamente y estaban relacionadas con ellos mismos; también eran quienes sufrían mayor ansiedad. Este dato es muy interesante porque contrasta con las bases teóricas de diversas terapias psicológicas cognitivo-conductuales

que tienen como objetivo lograr que el sujeto interiorice las alucinaciones y de ésta manera pueda controlarlas, reduciendo la ansiedad que estas le producen (Aleman y Laroi, 2008; Mortan, et al., 2011). Posiblemente, para la reducción de la ansiedad causada por las voces sea más importante enseñar al paciente estrategias para controlarlas que aprender a interiorizarlas, lo que, de acuerdo con nuestros hallazgos, podría resultar contraproducente. Cabe aclarar que esto es simplemente una hipótesis, que no se habla de una relación de causalidad entre estas variables, pues este aspecto no fue analizado en el estudio. Nayani y David (1996) identificaron algunas estrategias de afrontamiento que ayudaban a los sujetos a reducir la ansiedad provocada por las voces y que no estaban relacionadas con la internalización, sino con el control, como por ejemplo, pensar en algo diferente y escuchar música. También observaron que había una relación positiva entre el número de estrategias de afrontamiento utilizadas y el *insight*.

Hasta ahora, no existen otros estudios previos que hayan analizado la relación entre el *insight* y las alucinaciones auditivas considerando las dimensiones de éste síntoma, por ello no podemos contrastar todos nuestros hallazgos. Para avanzar en el entendimiento del fenómeno del *insight* y en la comprensión de éste síntoma, sería conveniente que se diseñaran investigaciones que exploren ésta relación, ya que es bien sabido que las alucinaciones auditivas son uno de los síntomas más frecuentes en la esquizofrenia (Frangou y Murray, 1996) y de los más disruptivos en la vida de los sujetos (WHO, 1973).

Por otro lado, en la parte introductoria de éste trabajo se mencionaron los principales instrumentos psicológicos con los que se valora el *insight* en la psicosis (Amador y Strauss, 1990; Kemp y David, 1997; McEvoy et al., 1989a, b). Estos, tienen como denominador común que se centran en el reconocimiento de una enfermedad mental y en sus implicaciones inmediatas, por ejemplo, en la identificación de síntomas precisos, en la necesidad de tratamiento, etc. Si bien se reconoce que estos instrumentos logran capturar algunas dimensiones claves en el estudio del *insight*, para algunos autores también han dejado fuera algunas otras. Para llegar a comprender el fenómeno del *insight* es necesario que no sólo se consideren las variables propias del paciente,

sino también su interacción con el entorno (Domínguez et al., 2000; Marková y Berrios, 1995b; Vaz, et al., 1997). Al respecto, Larøi et al. (2004) han señalado que para avanzar en el conocimiento del *insight* es necesario que se cuente con herramientas que sean capaces de capturar diferentes dimensiones de éste fenómeno.

La versión castellana de la escala de *Insight* de Marková y Berrios, aquí propuesta, tiene validez psicométrica y constituye una herramienta útil que permite recabar información que las escalas tradicionales no contemplan. Podría decirse que explora una parte ‘más subjetiva’ del *insight* en el sentido de que profundiza en la capacidad del paciente para detectar cambios en su persona (“algo va mal”) y cómo estos influyen en la manera en la que se relaciona con su entorno. Concretamente, engloba las siguientes dimensiones: 1) conciencia de tener pensamientos extraños y la pérdida de control sobre la situación, 2) sentimientos de sentirse diferente, de percibirse extraño, 3) sentimientos vagos de que algo va mal y 4) percepción de sufrir cambios físicos.

Un valor añadido a ésta escala es que ofrece la ventaja de que la evaluación se realiza desde la propia interpretación del paciente y no desde la mirada del clínico, como en las escalas tradicionales. Esta característica diferencial es apoyada por autores que consideran que no siempre la conducta verbal y no verbal del paciente coincide con el grado de *insight* que este posee, a pesar de que el observador debe basar su juicio en la inferencia a partir de estas conductas. Factores como la capacidad del paciente para expresar su conocimiento, el contexto en que se da (deseo de conseguir el alta hospitalaria o una reducción de la medicación, etc.) etc., pueden distorsionar la expresión del verdadero grado de *insight* alcanzado por el sujeto (Baier et al., 2000; Villagrán y Luque, 2000).

La escala de *Insight* de Marková y Berrios, es una propuesta válida, útil y nos acerca al conocimiento de algunos factores del *insight* hasta el momento olvidados. Es necesario que se diseñen estudios en los que ésta batería sea analizada en diferentes

muestras clínicas.

Queda un amplio recorrido en el estudio del *insight*. Dada su complejidad, los avances van siendo lentos, y cada uno de ellos, poco a poco nos permite acercarnos al entendimiento de la psicosis (Quee et al., 2011). “Interesarse por qué piensa una persona sobre lo que le está pasando, cómo es la sensación de lo que le ocurre, dónde encuentra una explicación a lo que le pasa, supone aceptar la subjetividad de toda experiencia humana ...” (Ruiz, et al., 2008, pag. 118).

*Limitaciones*

- Limitaciones características de los estudios transversales
- Los análisis fueron realizados en pacientes con psicosis en general, posiblemente los resultados podrían variar si se analizaran separadamente por grupos diagnósticos.
- La población estudiada mayoritariamente fue de pacientes agudos, los hallazgos presentados podrían ser diferentes en pacientes clínicamente estables o en remisión.
- El impacto de la medicación psiquiátrica y del uso/abuso de sustancias psicotrópicas sobre el rendimiento cognitivo no fue controlado.
- La escala de *Insight* de Marková y Berrios ha sido poco utilizada en el campo de la investigación, por lo cual no existen muchos datos con los que se puedan contrastar los resultados aquí observados.
- Dado el diseño que se utilizó para analizar las propiedades psicométricas de la escala de *Insight* de Marková y Berrios no fue posible estudiar otros tipos de validez divergente o la validez predictiva.

## 6. CONCLUSIONES

- El perfil sintomático en pacientes psicóticos agudos juega un importante papel en las relaciones que se establecen entre el *insight* y sus dimensiones con la psicopatología.
- La relación entre el *insight* y sus dimensiones con los síntomas psicóticos negativos no es lineal; las habilidades cognitivas generales moderan éstas relaciones.
- Las dimensiones del *insight*: conciencia de trastorno, conciencia de los efectos de la medicación y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno deben de ser analizadas de manera independiente, ya que pueden existir diferentes mecanismos para comprenderlas, reflejando el carácter multidimensional del *insight*.
- El análisis individual de los síntomas psicóticos en su relación con el *insight*, puede acercarnos al entendimiento, tanto de éste fenómeno, como al de los síntomas en sí mismos. También, puede aportar información útil para el desarrollo de técnicas terapéuticas.
- La presencia de alucinaciones auditivas, por sí misma, no es un indicador de mayor déficit de *insight*, ni de sus dimensiones.
- Los pacientes con conciencia de alucinaciones auditivas atribuyen el origen de las voces a causas internas y relacionadas con ellos mismos; también experimentan mayor estrés en comparación con los participantes sin conciencia de éste síntoma.



- Es necesario que para futuras investigaciones se diseñen estudios que analicen en los pacientes con conciencia de alucinaciones auditivas la relación causal entre la internalización de las voces y el estrés.
- La adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios a nivel psicométrico presenta validez. Es una herramienta que permite valorar dimensiones del *insight* que no han sido consideradas por las escalas tradicionales. Esta escala rescata la visión y la atribución de los cambios experimentados por el paciente a través de la enfermedad mental y también la forma en cómo los articula.

## 7. REFERENCIAS

- Acosta, A.F., Aguilar, G-I.E., Cejas, M.M., Gracia, M.R., Caballero, H.A. y Siris, S. (2009). A prospective study of the psychopathological variables associated with suicidality among schizophrenic patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (1), 42-48.
- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K.D. y David, A.S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 189, 204-212.
- Aleman, A., Hijman, R., De Haan, E.H.F. y Kahn, R.S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1358-1366.
- Aleman, A. y Larøi, F. Treatment of hallucinations. En: Aleman, A. and Larøi, F. (2008). *Hallucinations. The science of idiosyncratic perception*. American Psychiatric Association: Washington, D.C.
- Almeida, O.P., Levy, R., Howard, R.J. y David, A.S. (1996). Insight and paranoid disorders in late life (late paraphrenia). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 653-658.
- Amador, X. (2007). *¡No estoy enfermo, no necesito ayuda!*. Barcelona: Mayo.
- Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight an Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- Amador, X.F., Flaum, M.M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A. y Clark, S.C. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
- Amador, X.F., Friedman, J.H., Kasapis, C., Yale, S.A., Flaum, M. y Gorman, J.M. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1185-1188.
- Amador, X.F. y Gorman, J.M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North of America*, 21(1), 27-42.
- Amador, X.F. y Kronengold, H. Understanding and assessing insight. En: Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight an Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.

- 
- Amador, X.F. y Paul-Oudouard, R. (2000). Defending the unabomber: anosognosia in schizophrenia. *Psychiatric Quaterly*, 71, 363-371.
  - Amador, X.F. y Strauss, D.H. (1990). The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
  - Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J.E. y Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
  - Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A. y Gorman, J.M. (1991). Awareness of illness in schizoprhenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-132.
  - American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV, 4th edn.)*. Washington, DC: Author.
  - American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV, 4th edn. Text revised)*. Washington, DC: Author.
  - Anton, G. (1899). Ueber die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns durch den Kranken bei Rindenblindheit und Rindentaubheit. *Archie fur Psychiatric und Nervenkrankheit*, 32, 86-127. En: Bulbena, V.A., Berrios, G.E. y Fernández de Larrinoa, P., editores (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
  - Antonius, D., Prudent, V., Rebani, Y., D'Angelo, D., Ardekani, B.A., Malaspina, D. y Hoptman, M.J. (2011). White matter integrity and lack of insight in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 128 (1-3), 76-82.
  - Babinski, M.J. (1914). Contribution à l'Étude des Troubles Mentaux dans l'Hémiplégie organique cérébrale (Anosognosie). *Revue Neurologique*, 27, 845-848. En: Bulbena, V.A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa, P., editores (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
  - Baier, M., DeShay, E., Owens, K., Robinson, M., Lasar, K., Peterson, K. y Bland, R.S. (2000). The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 259-265.
  - Barr, W.B. Neurobehavioral disorders of awareness and their relevance to schizophrenia. En: Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight and Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
  - Bayard, S., Capdevielle, D., Boulenger, J.P. y Raffard, S. (2009). Dissociating self reported cognitive complaint from clinical insight in schizophrenia. *European Psychiatry*, 24, 251-258.

- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A. y Warman, D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68 (2-3), 319-29.
- Bengochea, S.R., Gil, S.D., Fernández, M.M., Arrieta, R.M., Sánchez, C.R., Prat, S.R., Arce, L.A. y Álvarez, S.A. (2010). Percepción subjetiva de déficit cognitivos en esquizofrenia: su relación con insight y otras medidas cognitivas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3 (2), 55–60.
- Berrios, G.E. Consciousness and its disorders. En: Berrios, G. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: University Press.
- Birbing, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. y Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-95.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F. y Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 62-67.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press: New York.
- Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1, 27-51.
- Buckley, P.F., Hasan, S., Friedman, L. y Cerny, C. P. (2001). Insight and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (1), 39-41.
- Buckley, P.F., Wirshing, D.A., Bhushan, P., Pierre, J.M., Resnick, S.A. y Wirshing, W.C. (2007). Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS Drugs*, 21 (2), 129-141.
- Caldwell, C.B. y Gottesman, I.I. (1992). Schizophrenia: a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 479–493.
- Camprubi, N., Almela, A. y Garre-Olmo, J. (2008). Psychometric properties of the Spanish validation of the Insight Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (6), 323-330.

- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I, Owens, D.G.C. y Johnstone, E.C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35, 247-253.
- Collins, A.A., Remington, G.J., Coulter, K. y Birkett, K. (1997). Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 27, 37-44.
- Cooke, M.A., Peters, E.R., Fannon, D., Anilkumar, P.P.A., Aasen, I., Kuipers, E. y Kumari, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94, 12-22.
- Cooke, M.A., Peters, E.R., Kuipers, E. y Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial?. Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 4-17.
- Corrigan, P.W. y Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46, 42-48.
- Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Lane, A., Kinsella, A., Larkin, C. y O'Callaghan, E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 449-455.
- Cuesta, M.J. y Peralta, V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 359-366.
- Cuesta, M.J., Peralta, V. y Zarzuela, A. (2000). Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 233-240.
- Dagonet, M.H. (1881). *Conscience et Aliénation Mentale*. *Annales Médico-Psychologiques*, 5: 368-97; 6: 19-32. En: Berrios, G. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: University Press.
- David, A.S. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal Psychiatry*, 156, 798-808.
- David, A.S. (1999). 'To see ourselves as others see us'. Aubrey Lewis's insight. *British Journal of Psychiatry*, 175, 210-216.
- David, A.S. The clinical importance of insight: an overview. En: Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight and Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.

- David, A.S., Buchanam, A., Reed, A. y Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599-602.
- David, A.S., van Os, J., Jones, P., Harvey, I., Foerster, A. y Fahy, T. (1995). Insight and psychotic illness: cross-sectional and longitudinal associations. *British Journal of Psychiatry*, 167, 621-628.
- Dickerson, F.B., Boronow, J.J., Ringel, N. y Parente, F. (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 48, 195-199.
- Dickerson, F.B., Sommrville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B. y Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143-155.
- Domínguez, P.A.I., Marková, I.S., Berrios, G.E. y Bulbena, V.A. Evaluación del insight en la psicosis. En: Bulbena, V.A., Berrios, G.E. y Fernández de Larrinoa, P., editores (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, 137-154.
- Drake, R.J., Kinderman, P., Bentall, R.P., Dunn, G. y Lewis, S.W. (2000). Insight, attribution and symptoms in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 41, A27.
- Drake, R. y Lewis, S. (2003). Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 165-173.
- Drake, R.J., Pickles, A., Bentall, R.P., Kinderman, P., Haddock, G., Tarrier, N. y Lewis, S.W. (2004). The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 285-292.
- Fennig, S., Everett, E., Bomet, E.J., Jandorf, L., Fennig, S.R., Tanenberg-Karant, M. y Craig, T.J. (1996). Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 22, 257-263.
- Fiske, S.T. y Taylor, S.E. (1991). *Social cognition*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw Hill.
- Flashman, L.A., McAllister, T.W., Johnson, S.C., Rick, J.H., Green, R.L., y Saykin, A.J. (2001). Specific frontal lobe subregions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: a preliminary study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13 (2), 255-257.
- Frangou, S. y Murray, R.M. (1996). Imaging as a tool in exploring the neurodevelopment and genetics of schizophrenia. *British Medical Bulletin*, 52 (3), 587-596.

- Freudenreich, O., Deckersbach, T. y Goff, D.C. (2004). Insight into current symptoms of schizophrenia: association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 14-20.
- Gard, D.V., Fisher, M., Garrett, C., Genevsky, A. y Vinogradov, S. (2009). Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115, 74-81.
- Ghaemi, S.N., Hebben, N., Stoll, A.L. y Pope, H.G. Jr. (1996). Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report. *Psychiatry Research*, 65, 113-120.
- Ghaemi y Rosenquist (2004). Insight in mood disorders: an empirical and conceptual review. En: Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight an Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- Gold, J.M. y Harvey, P.D. (1993). Cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* 16, 295–312.
- González-Suárez, B., Gomar, J.J., Pousa, E., Ortiz-Gil, J., García, A., Salvador, R., Sans-Sansa, B., Pomarol-Clotet, E. y McKenna, P.J. (2011). Awareness of cognitive impairment in schizophrenia and its relationship to insight into illness. *Schizophrenia Research*, 133, 187-192.
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *American Journal of Psychiatry*, 153 (3), 321-330.
- Greenfeld, D., Strauss, J.S., Bower, M.B. y Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 245-252.
- Gur, R.C. y Sackeim, H.A. (1979). Self-deception: a concept in search of a phenomenon. *Personality and Social Psychology*, 37, 142-169.
- Guy, W. y Ban, T. (1982). *The AMDP-System. Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology*. Berlin, West Germany: Springer-Verlag.
- Ha., T.H., Youn, T., Ha, K.S., Rho, K.S., Lee, J.M., Kim, I.Y., Kim, S.I. y Kwon, J.S. (2004). Graymatter abnormalities in paranoid schizophrenia and their clinical correlations. *Psychiatry Research*, 132 (3), 251-260.
- Heinrichs, D.W., Cohen, B.P. y Carpenter, W.T. (1985). Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 133-138.

- Jaspers, K. (1959). *General Psychopathology*. En: Marková, I.S. y Berrios, G.E. (1992). *The meaning of insight*. *British Journal Psychiatry*, 160, 850-860.
- Kampman, O., Laippala, P., Väänänen, J., Koivisto, E., Kiviniemi, P., Kilkku, N. y Lehtinen, K. (2002). Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 15, 110 (1), 39-48.
- Kay, S.R., Fiszbeins, A. y Opler, L.A. (1978). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Keefe, R.S. (2008). Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia?. *World Psychiatry*, 7 (1), 22-28.
- Keefe, R.S.E., Eesley, V.E. y Poe, M. (2005). Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 57, 688–691.
- Kemp, R.A. y David, A.S. *Insight and compliance*. En: Blackwell, B., editor (1997). *Treatment Compliance and the Treatment Alliance in Serious Mental Illness*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers, 61-84.
- Kemp, R.A. y Lambert, T.J.R. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 18, 21-28.
- Keshavan, M.S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P.D. y Schooler, N. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 70, 187-194.
- Kim, C.H., Jayathilake, K., y Meltzer, H.M. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 60, 71-80.
- Kim, Y., Sakamoto, K., Kamo, T., Sakamura, Y. y Miyaoka, H. (1997). Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 117-123.
- Konstantakopoulos, G., Tchanturia, K., Surguladze, S.A. y David, A.S. (2011). Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychological Medicine*, 41, 1951-1956.
- Koren, D., Seidman, L.J., Poyurovsky, M., Goldsmith, M., Viksman, P., Zichel, S. y Klein, E. (2004). The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Schizophrenia Research*, 70, 195-202.



- 
- Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G. y Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (10), 892-909.
  - Larøi, F., Barr, W.B. y Keefe, R.S.E. (2004). The neuropsychology of insight in psychiatric and neurological disorders. En: Amador, X.F., David A, editors. *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. 2nd Ed. New York: Oxford University Press, 119-156.
  - Larøi, F., Fannemel, M., Rønneberg, U., Flekkøy, K., Opjordsmoen, S., Dullerud, R. y Haakonsen, M. (2000). Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Research* 100 (1), 49-58.
  - Lecardeur, L., Briand, C., Prouteau, A., Lalonde, P., Nicole, L., Lesage, A. y Stip, E. (2009). Preserved awareness of their cognitive deficits in patients with schizophrenia: Convergent validity of the SSTICS. *Schizophrenia Research*, 107, 303-306.
  - Lee, S., Chiu, M.Y., Tsang, A., Chui, H. y Kleinman, A. (2006). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 62, 1685-1696.
  - Lele, M.V. y Joglekar, A.S. (1998). Poor insight in schizophrenia: neurocognitive basis. *Journal of Postgraduate Medicine*, 44, 50-55.
  - Lera, G., Herrero, N., González, J., Aguilar, E., Sanjuán, J. y Leal, C. (2011). Insight among psychotic patients with auditory hallucinations. *Journal of clinical psychology*, 67 (7), 1-8.
  - Levine, D.N., Calvanio, R. y Rinn, W.E. (1991). The pathogenesis of anosognosia for hemiplegia. *Neurology*, 41, 1770-1781.
  - Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, 14 (4), 332-348.
  - Lin, I.F., Spiga, R. y Forstch, W. (1979). Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 430-432.
  - Lincoln, T.M., Arens, E., Berger, C. y Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 984-994.

- Lincoln, T.M., Lüllmann, E. y Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 6, 1324-1342.
- Lysaker, P.H. y Bell, M.D. (1994). Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 656-660.
- Lysaker, P.H., Bryson, G.J. y Bell, M.D. (2002) Insight and work performance in schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190 (3), 142-146.
- Lysaker, P.H., Roe, D. y Yanos, P.T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 192-199.
- Lysaker, P.H., y Salyers, M.P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 290-298.
- Macpherson, R., Jerrom, B. y Hughes, A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168 (6), 718-22.
- Marková, I.S. y Berrios, G.E. (1992a). The meaning of insight in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 160, 850-860.
- Marková, I.S. y Berrios, G.E. (1992b). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159-164.
- Marková, I.S. y Berrios, G.E. (1995a). Insight in clinical psychiatry revised. *Comprehensive Psychiatry*, 367, 367-376.
- Marková, I.S. y Berrios, G.E. (1995b). Insight in clinical psychiatry. A new model. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 743-751.
- Marková, I.S. y Berrios, G.E. (2001). The 'object' of insight assessment: relationship to insight 'structure'. *Psychopathology*, 34, 245-452.
- Marková, I.S., Roberts, K.H., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P.J. y Berrios, G.E. (2003). Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Schizophrenia Research*, 119, 81-88.
- Marks, K.A., Fastenau, P.S., Lysaker, P.H. y Bond, G.R. (2000). Self-appraisal of illness questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and

- neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45, 203-211.
- Mayer-Gross, W. (1920). Ueber die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten psychose. *Zeltschripte fur die Gesmata Neurologie und Psychiatrie*, 60, 160-212. En: Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight an Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
  - McCabe, R., Quayle, E., Beirne, A.D., Anne Duane, M.M. (2002). Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 519-525.
  - McEvoy JP. The relationship between insight into psychosis and compliance with medications, 311–333. En: Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight an Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
  - McEvoy, J.P., Appelbaum, P.S., Apperson, L.J., Geller, J.L. y Freter, S. (1989a). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed?. The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 13-17.
  - McEvoy, J.P., Apperson, L.J., Appelbaum, P.S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., Geller, J.L. y Roth, L. (1989b). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 42-47.
  - McEvoy, J.P., Freter, S., Merritt, M., Apperson, L.J. (1993). Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 883-884.
  - McGlashan, T.J. y Carpenter, W.T.Jr. (1976). Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 231-239.
  - McGlashan, T.J. y Carpenter, W.T. (1981). Does attitude towards psychosis relate to outcome?. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1649-1653.
  - McGlynn, S.M. y Schacter, D.L. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological Syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 143-205.
  - Medalia, A. y Lim, R.W. (2004). Self-awareness of cognitive functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 71(2), 331-338.
  - Medalia, A. y Thysen, J. (2010). A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 118, 134-9.

- Medalia, A. y Thyssen, J. (2008). Insight into neuro-cognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (6), 1221-1230.
- Mintz, A.R., Addington, J. y Addington J. (2004). Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 67, 213-217.
- Mintz, A.R., Dobson, K.S. y Rommey, D.M. (2003). Insight in schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.
- Mohamed, S., Fleming, S., Penn, D.L. y Spaulding, W. (1999). Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 525-531.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S. y Lieberman, J.A. (2009). Cross-sectional longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (2), 336-346.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A. y O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*, 14, 264-269.
- Morgan K.D., y David, A.S. (2004). Neuropsychological studies of insight in patients with psychotic disorders. En: Amador, X. y David, A., editores (2004). *Insight an Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- Morgan, K.D., Dazzan, P., Morgan, C., Lappin, J., Hutchinson, G., Suckling, J., Fearon, P., Jones, P.B., Leff, J., Murray, R.M., David, A.S. (2010). Insight, grey matter and cognitive function in first-onset psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 197 (2), 141-148.
- Morgan, K.D., Tarrant, J., Dazzan, P., Chapple, B., Lloyd, T., Morgan, C., Sharply, M., Hutchinson, G., Orr, K., Vearnals, S., Mallet, R., David, A., Jones, P., Leff, J. y Murray, R.M. (2002). Poor insight, diagnosis, symptoms and mode of admission in AESOP first-onset study. *Schizophrenia Research*, 58, 48.
- Moritz, S., Ferahli, S. y Naber, D. (2004). Memory and attention performance in psychiatric patients: lack of correspondence between clinician-rated and patient-rated functioning with neuropsychological test results. *International Neuropsychological Society*, 10, 623-633.
- Mortan, O., Tekinsav Sütçü, S. y German Köse, G. (2011). A pilot study on the effectiveness of a group-based cognitive behavioral therapy program for coping with auditory hallucinations. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22 (11), 1-9.

- Mullen, R., Howard, R., David, A. y Levy, R. (1996). Insight in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 645-651.
- Mutsatsa, S., Joyce, E.M., Hutton, S.B. y Barnes, T.R.E. (2006). Relationship between insight, cognitive function, social function, and symptomatology in schizophrenia: the West London first episode study, 256, 356-363.
- Myslobodsky, M.S. (1986). Anosognosia in tardive dyskinesia: «tardive dysmentia» or «tardive dementia»? *Schizophrenia Bulletin*, 12, 1-6.
- Nayani, T.H., David, A.S. (1996). The auditory hallucinations: A phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26, 177-189.
- Northoff, G. y Bermpohl, F. (2004). Cortical midline structures and the self. *Trends in Cognitive Sciences*, 8 (3), 102-107.
- Novak-Grubic, N. y Tavcar, R. (2002). Predictores del incumplimiento terapéutico en varones con primer episodio de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo. *European Journal of Psychiatry (edición en español)*, 9, 373-379.
- Nuechterlein, K.H., Barch, D.M., Gold, J.M., Goldberg, T.E., Green, M.F. y Heaton, R.K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 29-39.
- Obiols, E.J. (2000). *Una mente escindida: la esquizofrenia*. Barcelona: Océano.
- Obiols, E.J. y Pousa, E. La Teoría de la Mente como módulo cerebral evolutivo. En Sanjuán, J. y Cela, C.J. (2005). *La profecía de Darwin*. Ars Médica. ISBN: 84-9751-090-9.
- Paillot, C., Ingrand, P., Amador, X.F., Senon, J., L., Olié, J.P. y Jaafari, N. (2010). Traduction et validation Française de l'échelle d'évaluation de la conscience des troubles mentaux des patients schizophrènes: The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 36 (6), 472-477.
- Parellada, M., Boada, L., Fraguas, D., Reig, S., Castro-Fornieles, J., Moreno, D., Gonzalez-Pinto, A., Otero, S., Rapado-Castro, M., Graell, M., Baeza, I. y Arango, C. (2011). Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (1), 38-51.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Lack of insight: its status within schizophrenic psychopathology. *Biological Psychiatry*, 36, 559-561.

- 
- Pia, L., Neppi-Modona, M., Ricci, R. y Berti, A. (2004). The anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis. *Cortex*, 40 (2), 367-77.
  - Pia, L. y Tamietto, M. (2006). Unawareness in schizophrenia: neuropsychological and neuroanatomical findings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (5), 531-537.
  - Pini, S., de Queiroz, V., Dell'Osso, L., Abelli, M., Mastrocinque, C., Sacttoni, M., Catena, M. y Cassano G.B. (2004). Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaf- fective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *European Psychiatry*, 19 (1), 8–14.
  - Pompili, M., Amador, X.F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., Krausz, M., Lester, D., Meltzer, H.Y., Modestin, J., Montross, L.P., Mortensen, P.B., Munk-Jørgensen, P., Nielsen, J., Nordentoft, M., Saarinen, P.I., Zisook, S., Wilson, S.T. y Tatarelli, R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 16, 6-10.
  - Pousa, E., Duñó, R., Blas-Navarro, J., Ruiz, A.I., Obiols, J.E., David, A.S. (2008). Exploratory study of the association between insight and Theory of Mind (ToM) in stable schizophrenia patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13 (3), 210-232.
  - Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the Chimpanzee have Theory of Mind?. *Behavioral and Brain Science*, 4, 515-526. Traducción castellana en Martí, E. (1997). *Construir una Mente*. Barcelona: Paidós.
  - Prigatano, G.P. Disturbances of self-awareness of deficit after traumatic brain injury. En: Prigatano, G.P., Schacter, D.L., editores (1991). *Awareness of deficit after brain injury*. Oxford: Oxford University Press, 40-52.
  - Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinharz, D. y Stip, E. (2004). Self-assessed cognitive dysfunction and objective performance in outpatients with schizophrenia participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research*, 69, 85-91.
  - Pyne, J.M., Bean, D. y Sullivan, G. (2001). Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 146-153.
  - Quee, P.J., van der Meer, L., Bruggeman, R., de Haan, L., Krabbendam, L., Cahn, W., Mulder, C.L.N., Wiersman, D. y Aleman, A. (2011). Insight in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 29-37.

- Raij, T.T., Riekkki, J.J.T. y Hari, R. (2012). Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex. *Schizophrenia Research*, doi:10.1016/j.schres.2012.05.011.
- Reed, B.R., Jagust, W.J. y Coulter, L. (1993). Anosognosia in Alzheimer's disease: relationship to depression, cognitive function, and cerebral perfusion. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 231-244.
- Roback, H.B. y Abramowitz, S.I. (1979). Insight and hospital adjustment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 233-236.
- Rossell, S.L., Coakes, J., Shapleske, J., Woodruff, P.W. y David, A.S. (2003). Insight its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 111-119.
- Roth, N. (1994). Unusual types of anosognosia and their relation to the body image. *Journal Nervous and Mental Disease*, 100, 35-43.
- Rubens, A.B. y Garrett, M.F. (1991). Anosognosia of linguistic deficits in patients with neurological deficit. En: Prigatano, G.P., Schacter, D.L. (editors). (1991). *Awareness of deficit after brain injury*. Oxford: Oxford University Press, 40-52.
- Ruiz, I.A., Pousa, E., Duño, R., Crosas, M.J., Cuppa, S. y García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (2), 111-119.
- Sanjuán, J., Aguilar, E.J., Olivares, J.M., Ros, S., Montejo, A.L., Mayoral, F., Gonzalez-Torres, M.A., Bousoño, M. (2006). Subjective Perception of Cognitive Deficit in Psychotic Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (1), 58-60.
- Sanz, M., Constable, I., López-Ibor, I., Kemp, R. y David, A. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine*, 28, 437-446.
- Sapara, A., Cooke, M., Fannon, D., Francis, A., Buchanan, R.W., Anilkumar, A.P., Barkataki, I., Aasen, I., Kuipers, E. y Kumari V. (2007). Prefrontal cortex and insight in schizophrenia: a volumetric MRI study. *Schizophrenia Research*, 89 (1-3), 22-34.
- Schultz, P.W. y Searleman, A. (2002). Rigidity of thought and behavior: 100 years of research. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 128 (2), 165-207.
- Schwartz, R.C. (2000). Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 235-237.

- Schwart, R.C., Skaggs, J.L. y Petersen, S. (2000). Critique of recent empirical research on insight and symptomatology in schizophrenia. *Psychological Reports*, 86,471-474.
- Schwartz, R.C. (2001). Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 401-403.
- Schwartz, R.C. y Smith, S.D. (2004). Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of Psychiatry Research*, 38, 185-191.
- Schwartz-Stav, O., Apter, A. y Zalsman, G. (2006). Depression, suicidal behavior and insight and adolescents with schizophrenia. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 352-359.
- Shimshoni, Y., Reuven, O., Dar, R. y Hermesh, H. (2011). Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (3), 389-396.
- Siris, S.G. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15, 127-135.
- Smith, T.E., Hull, J.W., Israel, L.M. y Willson, D.F. (2000). Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 193- 200.
- Smith, T.E., Hull, J.W. y Santos, L. (1998). The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*, 33, 63-67.
- Soriano, P.F.M., Jiménez E.J.F. y Martínez, L.R. (2004). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia: Algo más que investigación básica. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 4 (2), 131 – 145.
- Staring, A.B.P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H.J. y Mulder, C.L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115 (2-3), 363-369.
- Startup, M. (1996). Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychological Medicine*, 26, 1277-1281.
- Sturman, E.D. y Sproule, B.A. (2003). Toward the development of a mood disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale. *Journal of Affective Disorders*, 77 (1), 21-30.



- 
- Takai, A., Uematsu, M., Ueki, H. y Sone, K. (1992). Insight and its related factors in chronic schizophrenic patients: A preliminary study. *European Journal of Psychiatry*, 6, 159-170.
  - Tolor, A. y Reznikoff, M. (1960). A new approach to insight: a preliminary report. *Journal Nervous and Mental Disease*, 130, 286-296.
  - Tumkaya, S., Karadag, F., Oguzhanoglu, N.K., Tekkanat, C., Varma, G., Ozdel, O. y Atesçi, F. (2009). Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison. *Psychiatry Research*, 165, 38-46.
  - van der Meer, L., Costafreda, S., Aleman, A. y David, A.S. (2010). Self-reflection and the brain: a theoretical review and meta-analysis of neuroimaging studies with implications for schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34 (6), 935-946.
  - van der Werf-Eldering, M.J., van der Meer, L., Burger, H., Holthausen, E.A.E., Nolen, W.A. y Aleman, A. (2011). Insight in bipolar disorder: Associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar Disorders*, 13 (4), 343-354.
  - Van Putten, I., Crompton, E. y Yale, C. (1976). Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1443-1446.
  - Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M.L., Góis, C., Santos, J. y Marková, I. (2010). Adaptação para português da escala de *Insight* Marková y Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1011-1016.
  - Varga, M., Babovich, A., Flekkoy, K., Ronneberg, U., Landro, N.I., David, A.S. y Opjordsmoen, S. (2009). Reduce insight in bipolar I disorder: Neurofunctional and neurostructural correlates. A preliminary study. *Journal of Affective Disorders*, 116, 56-63.
  - Vaz, F.J., Béjar, A., Casado, M. y Penasa, B. (1997). Conciencia de enfermedad y síndrome positivo/negativo en la esquizofrenia. *Actas Luso Españolas de Neuropsiquiatria y Ciencias Afines*, 25, 153-158.
  - Villagrán, J.M. y Luque, R. (2000). Psychopathology of insight. *Psiquiatria Biológica*, 7 (5), 202-215.
  - Weiler, M.A., Fleisher, M.H. y McArthur-Campbell, D. (2000). Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophrenia Research*, 45, 29-36.

- Weinstein, E.A. y Kahn, R.L. (1955). Denial of illness: symbolic and physiological aspects. Springfield: Thomas.
- White, R., Bebbington, P., Pearson, J., Johnson, S. y Ellis, D. (2000). The social context of insight in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 500-507.
- Wiffen, D.R.B., Rabinowitz, J., Lex, A. y David, A.S. (2012). Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, doi: 10.1016/j.schres.2012.03.005.
- Wing, J.K., Cooper, J.E. y Sartorius, N. (1974). Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization (1973). Report of the international pilot study of schizophrenia. Vol. 1 Geneva, Switzerland.
- Yen, C.F., Cheng, C.P., Huang, C.F., Ko, C.H., Yen, J.Y., Chang, Y.P. y Chen, C.S. (2009). Relationship between psychosocial adjustment and executive function in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission: The mediating and moderating effects of insight. *Bipolar Disorders*, 11 (2), 190-197.
- Yen, C.F., Chen, C.S., Ko, C.H., Yeh, M.L., Yang, S.J., Yen, J.Y., Huang, C.F. y Wu, C.C. (2005). Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59 (4), 403-409.
- Young, D.A., Davila, R. y Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10, 117-124.
- Young, D.A., Zakzanis, K.K., Bailey, C., Davila, R., Griese, J., Sartory, G. y Thom, A. (1998). Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 44-50.



# ANEXO I

---

## **TRABAJO III**



**Nieto, L., Pousa, E., Cobo, J., Blas-Navarro, J., García-Parés, G., Palao, D., Obiols, J.E. Insight and awareness of auditory hallucinations in patients with acute-phase psychosis. Submitted Schizophrenia Research.**

Lourdes Nieto <nietoglourdes@gmail.com>

---

S u b m i s s i o n C o n f i r m a t i o n

1 mensaje

---

Lynn E. Delisi <delisi76@aol.com>  
Para: nietoglourdes@gmail.com

10 de julio de 2012 18:08

Dear Mrs. Lourdes Nieto,

Your submission entitled "Insight and awareness of auditory hallucinations in patients with acute-phase psychosis" has been received by Schizophrenia Research

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <http://ees.elsevier.com/schres/>.

If you need to retrieve password details, please go to: [http://ees.elsevier.com/schres/automail\\_query.asp](http://ees.elsevier.com/schres/automail_query.asp)

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System  
Schizophrenia Research

**Title:**

**Insight and awareness of auditory hallucinations in patients with acute-phase psychosis**

Authors:

**Lourdes Nieto <sup>a</sup>, Esther Pousa <sup>b</sup>, Jesús Cobo <sup>b</sup>, José Blas-Navarro <sup>c</sup>, García-Parés<sup>b</sup>, G., Palao<sup>b</sup>, Jordi E. Obiols <sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Department of Clinical and Health Psychology, Psychopathology and Neuropsychology Research Unit, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Spain, 08193.

<sup>b</sup> Salut Mental Parc Taulí. Parc Taulí, Sabadell. Hospital Universitari-UAB. Universitat Autònoma de Barcelona, Campus d'Excel·lència Internacional, Bellaterra, Spain, 08193.

<sup>c</sup> Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Spain.

<sup>d</sup> Research and Development Unit, Parc Sanitari San Joan de Déu. CIBERSAM. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.

This article is part of the doctoral thesis of the first author Lourdes Nieto.

Address of correspondence:

Mrs. Lourdes Nieto

Department of Clinical and Health Psychology, Psychopathology and Neuropsychology Research Unit, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Spain, 08193.

Tel. +34 937458350

Fax. +34937458349

nietoglourdes@gmail.com

Declaration of interest: None related to this study.

Role of the Funding Source:

National Council of Science and Technology (CONACYT, México, D.F.) scholarship grant for the first author (Mrs. Lourdes Nieto).

## **Insight and awareness of auditory hallucinations in patients with acute-phase psychosis**

### **Abstract**

The aim of this study was to compare the deficit of insight in acute psychotic patients with and without auditory hallucinations (AH). Moreover, the physical, emotional and cognitive factors of the AH in patients with and without awareness of this symptom were analysed. Cross-sectional observational study of 135 psychotic adults. No statistically significant differences were found in insight and its three dimensions between patients with and without AH. In those with AH, subjects without awareness of this particular symptom also had a greater deficit of general insight and of its three dimensions than subjects with awareness of AH. The beliefs about origin of voices ( $B = -0.69$ ,  $p \leq 0.05$ ) and intensity of distress ( $B = 0.51$ ,  $p \leq 0.05$ ) were the variables with greatest influence in determining these differences. Aware patients attributed the origin of the voices to internal causes associated with themselves but reported a greater amount and intensity of distress than unaware patients. The presence or absence of AH does not seem to have an impact on insight or any of its three dimensions. Having no insight into AH is associated with a worse insight in general. The intensity of distress and the beliefs about the origin of voices (internal or external causes) seem to play a role in determining the awareness of AH, supporting psychological explanations of the phenomena of poor insight in psychosis. Psychological interventions for voices that work on the reattribution of voices to internal causes should also aim patients to gain and internal control of the voices.

**Keywords:** Insight, awareness, auditory hallucinations, psychosis, schizophrenia.



# Insight and awareness of auditory hallucinations in patients with acute-phase psychosis

## 1. Introduction

Hallucinations are an intriguing psychological phenomenon. A person perceives something: a sound, a voice, an image. However, there is no corresponding source in the outside world. Auditory hallucinations (AH) are often reported as being the most prevalent symptom in psychosis, especially in schizophrenia. Over 60% of patients with a diagnosis of psychosis report having experienced them (WHO, 1973). AH are defined as a sensory perception that has a compelling sense of reality but which occurs without external stimulation of the sensory organ (APA, 1994) generating a sufficient sense of reality to appear as true perceptions, under good conditions of consciousness, and without control on the part of the patient (David, 2004).

Haddock et al. (1999) identify three main phenomenological dimensions of AH: physical, emotional and cognitive. The physical factor refers to *frequency*, *duration*, *location* and *loudness*. Nayani and David (1996) in a sample of 100 psychotic patients observed that the voices were heard frequently and for long periods most or all of the time (52%) and over 1 hour duration (42%). The form of the voices was of normal conversational volume (73%). An intriguing aspect of auditory hallucinations is their spatial attribute that can be external, internal or in some cases both. Presumably, this attribute is perceived as part of the “impression” of the overall feature of the voices.

The emotional factor refers to the *amount and degree of negative content*, *amount and intensity of distress* and *disruption*. According to the World Health Organization (1973), AH are one of the most disruptive positive symptom in schizophrenia: they can be severely distressing, they disrupt the normal functioning and frequently represent a clinical problem (Ey, 1973). AH described by patients often have a negative, maladaptive quality (Davis et al., 2001; Delespaul et al., 2002). Chadwick and Birchwood (1994) observed that 46% of their schizoaffective and schizophrenic patients with hallucinations believed their voices to be malevolent. Boschi et al. (2000) found that a majority of patients with psychosis (57%) indicated that their symptoms

were highly stressful. Johns et al. (2002) observed that the majority of their schizophrenic patients with a history of AH reported negative emotional responses to their hallucinations.

The cognitive factor refers to *beliefs about origin of voices* and *control* of these. Generally, psychotic patients attribute the origin of the voices to causes not related with a mental disorder and have no control over them. Nayani and David (1996) observed a relationship between awareness of AH and the number of coping skills. Half of the subjects (51 %) were able to exercise some control over their voices: 38% could start at least some of their voices, by concentrating on the voice, or asking it questions, whereas 21% said that they could sometimes stop them. In contrast, few could exert control over the content (5 %), speed (2 %), or volume (2 %) of delivery of the voice.

New models have been proposed to understand the origin of AH, based on neural networks and neurodevelopment (Hoffman and McGlashan, 1997), neurological (David, 1994; Frith, 1999; Plaze et al., 2006), and social functionality approaches (Behrendt, 1998). However, the pathological mechanisms underlying AH are still not clearly understood (Waters et al., 2010). The most influential theory proposes that AH occur because of a failure to recognize self-generated thoughts and actions, which is accompanied by false beliefs that these arise from an external agent (Bentall, 1990; Hofman, 1986). In support of this theory, experimental studies show that patients with AH have difficulties in identifying their own actions and thoughts, and commonly misattribute self-generated behaviors to an external source (Brebion et al., 2000; Böcker et al., 2000; Keefe et al., 2002).

Insight in psychosis is understood as a multidimensional phenomenon that includes; awareness of having a mental disease, awareness of the effects of medication, awareness of the social consequences of the disease, awareness of specific signs and symptoms of disorder and attribution of symptoms to the disorder. Awareness of symptoms represents the ability to recognize that a particular experience is strange or unusual, whereas the attribution of symptoms requires the capacity to interpret this experience as a symptom, caused by a disease (Amador and David, 2004). Lack of insight has been found to negatively correlate with the severity of positive and negative

symptoms, although the size of these correlations is small (Mintz et al., 2003). However, these relationships have mostly been explored analyzing dimensions of symptoms rather than individual symptoms in particular. Several previous studies have pointed the importance of analyzing insight into each particular symptom, since it is possible that the nature of insight differs depending on the symptom. All the same, it is possible that the relations established between insight and psychotic symptoms as a whole are not the same as those observed analyzing each symptom separately.

Lack of insight and AH in psychotic patients has been scarcely studied. Johns et al. (2002) analyzed AH in a group of psychotic patients and compared them with non psychotic subjects. They found that the two groups differed mainly in their deficit of insight and lack of control, with psychotic subjects scoring higher. González (2006) observed that the awareness of suffering AH is usually kept in normal people, in medical or neurological patients and in patients using drugs of abuse. Moreover, they are able to criticize their hallucinations after the acute episode while psychotic patients often develop delusional explanations of their AH. Recently, Lera et al (2011) studied whether patients with AH had less insight than those without AH and explored which hallucinations characteristics were related to patients' insight. They observed that patients with persistent hallucinations showed significantly less insight than patients without persistent hallucinations and patients without hallucinations. The further away the hallucinations were located, the greater the lack of patients' insight. Patients who heard the hallucinations "inside" their head rather than "outside" showed better insight, possibly because such patients can understand the voices as being created by their own mind.

Since AH are one of the most prevalent and disruptive symptom of psychosis, analyzing the role of insight into this particular symptom is crucial for the design of psychotherapeutic techniques that try to reduce or control their appearance. Considering this background, the aims of this study were to compare the deficit of insight and its dimensions in acute phase psychotic patients with and without AH. Moreover, the physical, emotional and cognitive factors of the AH in patients with and without awareness of this symptom were analysed. It was hypothesized that the deficit of insight and its dimensions would be greater in the patients with AH than in the patients without

AH. Moreover, the factors of AH would play an important role in the awareness of this symptom.

## **2. Method**

### **2.1 Participants**

All subjects who met the following criteria were invited to participate in the study: 1) men and women older than 18 years, 2) who were admitted to the unit as inpatients, 3) who had been previously diagnosed with a psychotic spectrum disorder based on the DSM-IV-TR criteria (APA, 2000), 4) without mental retardation and 5) without a history of head injury or neurological diseases. A total of 140 subjects were identified, 5 of which refused to take part in the study. Finally, the sample was splitted into two groups according to presence or absence of AH. Subjects with a score  $< 3$  in the third item of the PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) positive subscale were considered without hallucinations, while subjects with a score  $\geq 3$  were considered with hallucinations. Taking into account the information given by the patients and their psychiatrist, only AH were included. At the moment of evaluation all participants were on antipsychotic treatment. The sociodemographic and clinical data of the groups are shown in Table 1.

### **2.2. Measures**

#### **2.2.1. Psychopathology**

The severity of psychopathology was assessed by the Spanish version of the PANSS validated by Peralta and Cuesta (1994). Item 2 from the general subscale of this instrument was used for the assessment of the severity of anxiety. This item refers to the subjective experience of nervousness, apprehension or worry, ranging from excessive worry about the present or the future and experience of panic.

### **2.2.2. Hallucinations**

The presence and severity of hallucinations was assessed by item-3 of the PANSS positive subscale. The characteristics of the hallucinations were assessed by the subscale of AH of the PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales) adapted to Spanish by González et al. (2003). This is a instrument that consists of 11 items including; frequency, duration, location, loudness, beliefs concerning the origin of voices (varying from the belief that they are solely internally generated to solely from external causes), amount of negative content of voices, degree of negative content, amount of distress, intensity of distress, disruption of life caused by voices, and controllability of voices. These items are grouped into three factors: emotional (items of stress and negative content), physical (description of voices, with items such frequency, duration, loudness, location) and cognitive (items on beliefs about the origin and control of the voices). For the score of the scale we used the using 5 point Liker scale, where 0 indicates absence and 4 extreme presence.

### **2.2.3. Insight**

Item 12 of the general subscale of the PANSS (PANSSG-12) was used to assess the awareness of disease and life situation. This is manifested by the difficulty in recognizing the past or present mental disorders, denial to be under psychiatric treatment or to be hospitalized, assumed decisions characterized by poor sense of anticipation or of their consequences and by presence unrealistic projects both at short and long term.

The characteristics of insight were measured by the Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) adapted to Spanish by Ruiz et al. (2008). This is a standardized scale based on a semistructured interview. This scale assesses the deficit of insight and its dimensions; awareness of the disorder (item 1), awareness of the effects of medication (item 2) and awareness of the social consequences of the disease (item 3). It also assesses the deficit in the awareness of each specific psychotic symptom as well as its attribution. For the purposes of this study, only item 4 assessing the awareness and

attribution of hallucinations was evaluated. All these scores are in the range of 1 to 5, with higher scores indicating a lower level of insight.

#### **2.2.4. General cognitive ability**

General cognitive ability was assessed using the Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) (Pino et al., 2008). The purpose of this scale is to provide a comprehensive and cost-effective evaluation of cognitive deficiency in psychosis and affective disorders, and it is especially well suited for evaluating patients in the acute phase. The SCIP includes subtests of working memory, verbal learning, delayed recall, psychomotor speed and fluency. A lower total score indicates greater cognitive impairment. The results can be also categorized into four groups related to the general population: 1) within the normal limit, 2) mild impairment, 3) moderate impairment, and 4) severe impairment. In previous studies, general cognitive skills measures by the SCIP showed modulatory effects in the relationship between the different dimensions of insight and psychopathological characteristics of psychotic patients (Nieto et al., 2012).

### **2.3 Procedure**

The study was carried out in different psychiatric departments of the Corporation *Parc Taulí* Sabadell, Barcelona. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Corporation and followed both national and international ethical standards. All subjects were informed of the nature of the study and, having voluntarily agreed to participate, were asked to sign an informed consent form.

The evaluation began with the questionnaire of demographic and clinical data which also collected information about the evolution of the psychiatric disorder. All participants diagnosis was confirmed by the research team according to the DSM-IV criteria (APA, 2000). The psychological tests were applied in two sessions of approximately 60 minutes each. In the first session we applied the PANSS and PSYRATS scales. In the second session we applied the SUMD and SCIP scales. In all cases the time between one and another session was one day. All assessments were

performed by an experienced psychologist. In an attempt to reduce inter-rater variability, all raters were trained to administer the psychometric tools according to common standards.

## **2.4 Statistical analyses**

Statistical analyses were conducted using IBM SPSS Statistics version 19. A descriptive analysis was performed using means, standard deviations and medians. Normal distribution of the quantitative scales was verified using Kolmogorov test. No significant skewness was found in any measure, so parametric tests were used. Assessment of the differences between groups was performed using the *Student t-test*. The relationships between the different variables were evaluated using the partial Pearson correlation coefficients introducing general cognitive skills as an adjustment variable. The relationship between the different variables were evaluated using the partial Pearson correlation coefficients. Also, a multiple regression analysis was performed to analyze the factors of AH that had a greater influence in awareness of AH.

## **3. Results**

### **3.1 Lack of insight in patients with and without AH**

Table 1 shows there were no statistically significant differences between the groups in the deficit of insight and its dimensions. The groups did not differ either in the severity of psychotic psychopathology, anxiety and general cognitive skills (SCIP). Statistically significant differences between the groups were found in the number of hospital admissions over the life, these being higher in the patients with AH.

### **3.2 Clinical differences between patients with and without awareness of AH**

The subjects with AH were split into two subgroups according to the scores on the item-4 of awareness of hallucinations of the SUMD scale; scores  $\leq 2$  indicated awareness of the presence of AH, while score  $\geq 3$  indicated no awareness of AH. Table 2 shows there were no statistically significant differences between patients with and

without awareness of AH in severity of PANSS symptoms nor in the PSYRATS. However, the subjects without awareness of AH showed a greater deficit of general cognitive abilities than patients with awareness of this symptom. Also, they showed a greater deficit of insight (PANSSG-12 and SUMD) and its three dimensions.

### **3.3 Physical, emotional and cognitive factors of AH in patients with and without awareness of this symptom**

As shown in Table 2, patients with unawareness of AH attributed the origin of the voices to external causes, while aware patients attributed the origin of the voices to internal causes, listened the voices with greater loudness and experienced more amount and intensity of distress.

Subsequently, to identify the physical, emotional and cognitive factors of AH that were related to awareness of this symptom, a partial correlational analysis was performed introducing general cognitive skills as an adjustment variable. Then, in order to identify the factors of AH that had the greatest influence in awareness of this symptom, a multiple regression analysis was performed. The data showed that the beliefs about origin of voices ( $B = -0.69, p \leq 0.05$ ) and intensity of distress ( $B = 0.51, p \leq 0.05$ ) were the variables with greatest influence in awareness of AH.

## **4. Discussion**

The aim of this study was to compare the deficit of insight and its dimensions in acute psychotic inpatients with and without AH, as well as to analyze the physical, emotional and cognitive factors of the hallucinations in patients with and without awareness of this particular symptom. It was hypothesized that subjects with AH would have a greater deficit of insight and its dimensions than those without. However, no statistically significant differences were observed between the groups. Interestingly, similar data was reported by Lera et al. (2011) with a sample of outpatients. They found no significant differences in the deficit of insight between subjects without AH and subjects with non-persistent hallucinations. Interestingly, though, they found that



patients with a history of chronic or persistent AH suffered a more severe lack of insight than patients with episodic hallucinations or without hallucinations. They argued that possibly, the deficit of insight is more related to the chronicity of hallucinations than with the mere presence or absence of this symptom. It could be that patients who “get used” to the hallucinations finally “believe” them to be real (Lera et al, 2011). However it is important to note that in Lera et al.’s study insight was evaluated by means of the PANSS item-12 and not with a specific scale to assess unawareness such as the SUMD. Moreover, general cognitive abilities were not controlled in this study and this may have skewed their results.

On the other hand, some authors have reported that psychotic patients with hallucinations experience higher levels of anxiety when compared with patients without hallucinations, and that anxiety in particular, is implicated in triggering and maintaining hallucinations (Andrew et al., 2008; Boschi et al., 2000; Smith et al. 2006; van der Gaag et al., 2003). In this study no significant differences in the severity of anxiety were observed between the subjects with and without AH. Similar data was reported by Shinn et al. (2011) also found a lack association between AH and lifetime history of anxiety disorders. Probably, this discrepancy is due to the clinical differences between the samples and to the use of difference assessment tools. Clearly, more studies are required to clarify this question.

As expected, participants with AH had a higher number of hospitalizations over life compared with patients without this symptom. In this line Shinn et al. (2011) found that the presence of AH was related with lower rates of employment and highest rates of suicide.

In the present study, patients without awareness of AH had higher deficits in general cognitive ability than patients with awareness of this symptom. This suggests that lack of insight into AH might be highly related to cognitive impairment. This result has an interesting clinical relevance since it this may be taken into account when designing therapeutic strategies to ameliorate AH. For example, in order to improve patient’s awareness of AH it may be relevant to work on cognitive strategies which enhance cognitive functioning.

The patients with awareness of AH had a better insight and attributed the origin of voices to internal causes. They also listened the voices with a greater loudness and experienced more amount and intensity of distress. These data are interesting because current psychological therapies designed for patients that suffer from AH resistant to pharmacological treatments, have among their goals that patients learn to internalize the voices produced by hallucinations and they can control them with the finality of reducing the distress (Aleman and Larøi, 2008; Mortan, et al., 2011). However, data from the present study show that the subjects that attributed the origin of voices to internal causes suffer more distress. Possibly, in order to reduce the distress caused by the voices it may be more important to get an increased control over them rather than to internalize them. In this respect, Nayani and David (1996) asked a group of psychotic patients questions about coping strategies adopted to relieve their hallucinations. Results revealed that 76% of the patients were able to identify at least one activity that helped them deal with AH. Talking to somebody (63%), going to sleep (43%), thinking of something else (39%), listening to music (30%), and shouting at the voices to go away (28%) were among those most frequently reported by subjects. Participants who regularly used several coping mechanisms tended to experience less distress, and insight was positively associated with the number of coping mechanisms used (i.e., the higher the insight, the greater the chance they attempt coping strategies).

On a clinical level, taking into account the phenomenological diversity of hallucinations may help patients to provide the clinician with important information (e.g., offering new or different coping strategies), improve patient-clinical relations (e.g., revealing to the patient that the clinician is taking his or her experiences seriously), help individualize treatment and provide information concerning changes in the patient's mental and emotional condition (Aleman and Larøi, 2008).

The limitations of this study are those of cross-sectional research and thus limit our ability to make inferences about causality. In addition, the history of drug abuse or the duration of the mental illness were not controlled, nor was the degree of persistence of AH. At present there are very few studies with which to compare our data. These limitations should be kept in mind when interpreting the results.

## 5. Conclusions

The presence or absence of AH does not seem to have an impact on insight or any of its three dimensions in acute schizophrenic patients. Having no insight into AH seems to be associated with a worse insight in general. The intensity of distress and the beliefs about origin of voices (internal or external causes) seem to play a role in determining the awareness of AH, supporting psychological explanations of the phenomena of poor insight in psychosis. Further studies should analyze the role of internalization of AH as related to the distress experienced by patients. Psychological interventions for voices should stress the importance of gaining an internal control of the voices perhaps more importantly than working on the reattribution of voices to internal causes.

## 6. References

Aleman, A., Larøi, F., 2008. Hallucinations. The science of idiosyncratic perception. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Amador, X.F., David, A.S. (Eds.), 2004. Insight and psychosis. Awareness of Illness in schizophrenia and related disorders, 2nd edn. Oxford University Press, New York.

American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4<sup>th</sup> Fourth edn. text revised. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Andrew, E.M., Gray, N.S., Snowden, R.J., 2008. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: A study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. *Psychol. Med.* 38, 1409–1417.

Behrendt, R.P., 1998. Underconstrained perception: A theoretical approach to the nature and function of verbal hallucinations. *Compr. Psychiatry* 39, 236-248.

Bentall, R.P., 1990. The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol. Bull.* 107, 82-95.

Böcker, K.B.E., Hijman, R., Kahn, R.S., de Haan, E.H.F., 2000. Perception, mental imagery and reality discrimination in hallucinating and no hallucinating schizophrenic patients. *Brit. J. Clin. Psychol.* 39, 397-406.

Boschi, S., Adams, R.E., Bromet, E.J., Lavelle, J.E., Everett, E., Galambos, N., 2000. Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *Am. J. Orthopsych.* 70, 242-252.

Brébion, G., Amador, X., David, A., Malaspina, D., Sharif, Z., Gorman, J.M., 2000. Positive symptomatology and source monitoring failure in schizophrenia: An analysis of symptom specific effects. *J. Psychiatr. Res.* 95, 119-131.

Chadwick, P., Birchwood, M., 1994. The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br. J. Psychiatry* 164, 190-201.

David, A.S., 1994. The neuropsychology of auditory-verbal hallucinations. In David, A.S., Cutting, J.C. (Eds). *The Neuropsychology of Schizophrenia*, pp. 269-313. Mahwah, N.J.: Erlbaum.

David, A.S., 2004. The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations: An overview. *Cogn. Neuropsychiatry* 9 (1-2), 107-123.

Davis, M.F., Griffin, M., Vice, S., 2001. Affective reactions to auditory hallucinations in psychotic, evangelical and control groups. *Brit. J. Clin. Psychol.* 40, 361-370.

Delespaul, P., de Vries, M., van Os, J., 2002. Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Soc. Psychiatry and Psychiatr. Epidemiol.* 37, 97-104.

Ey, H., 1973. *Treatise on hallucinations* (Vols. 1-2). Paris: Masson.

Frith, C., 1999. How hallucinations make themselves heard. *Neuron* 22, 414-415.

González, J.C., Sanjuán, J., Cañete, C., Echánove, M.J., Leal, C., 2003. Assessment of auditory hallucinations by the PSYRATS. [La evaluación de las alucinaciones auditivas mediante la escala PSYRATS]. *Actas Esp. Psiquiatri.* 31 (1), 10-17.

González, J.C., 2006. Auditory hallucinations in psychotic patients: phenomenological characteristics and biologic correlates. PhD Thesis. Department of Medicine. University of Valencia. [Alucinaciones auditivas en pacientes psicóticos: características fenomenológicas y correlatos biológicos. Tesis doctoral. Departamento de Medicina. Universitat de Valencia].

Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., Faragher, E.B., 1999. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol. Med.* 29, 879-889.

Hoffman, R.E., 1986. Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia. *Behav. Brain Sci.* 9, 503-548.

Hoffman, R.E., McGlashan, T.H., 1997. Synaptic elimination, neurodevelopment, and the mechanism of hallucinated “voices” in schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 154, 1683-1689.

Johns, L.C., Hemsley D, Kuipers E., 2002. A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non- psychiatric group. *Br. J. of Clin. Psychol.* 41, 81-6.

Keefe, R., Arnold, M., Bayen, U., McEvoy, J., Wilson, W., 2002. Source monitoring deficits for self-generated stimuli in schizophrenia: multinomial modeling of data from three sources. *Schizophr. Res.* 57, 51-67.

Lera, G., Herrero, N., González, J., Aguilar, E., Sanjuán, J., Leal, C., 2011. Insight among psychotic patients with auditory hallucinations. *J. Clin. Psychol.* 67 (7), 1-8.

Mintz, R.A., Dobson, S.K., Rommey, M.D., 2003. Insight in schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophr. Res.* 61, 75-88.

Mortan, O., Tekinsav Sütçü, S., German Köse, G., 2011. A pilot study on the effectiveness of a group-based cognitive-behavioral therapy program for coping with auditory hallucinations. *Turk. Psikiyatri. Derg.* 22 (11), 1-9.

Nayani, T.H., David, A.S., 1996. The auditory hallucinations: A phenomenological survey. *Psychol. Med.* 26, 177-189.

Nieto, G., Cobo, J., Pousa, E., Blas-Navarro, J., García-Parés, G., Palao, D., Obiols, E.J., 2012. Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (5), 502-508.

Peralta, V.M., Cuesta, M.J., 1994. Validation of the scale of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic. [Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles]. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.* 22 (4), 171-177.

Plaze, M., Bartrés-Faz, D., Martinot, J.L., Januel, D., Bellivier, F., De Beaurepaire, R., Chanraud, S., Andoh, J., Lefaucheur, J.P., Artiges, E., Pallier, Paillère-Martinot M.L. (2006). Left superior temporal gyrus activation during sentence perception negatively correlates with auditory hallucination severity in schizophrenia patients. *Schizophr. Res.* 87, 109-115.

Ruiz, I.A., Pousa, E., Duño, R., Crosas, M.J. Cuppa, S., García-Ribera, C., 2008. Spanish adaptation of the Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD). [Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD)]. *Actas Esp. Psiquiatr.* 36 (2), 111-119.

Smith, B., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth H., Garety, P., 2006. Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr. Res.* 86, 181–188.

Shinn, A.K., Pfaff, D., Young, S., Lewandowski, K.E., Cohen, B.M., Öngür, D., 2011. Auditory hallucinations in a cross-diagnostic sample of psychotic disorder patients: a descriptive, cross-sectional, study. *Compr Psychiatric* (Epub a head of print).

van der Gaag, M., Hageman, M. C., Birchwood, M., 2003. Evidence for a cognitive model of auditory hallucinations. *J. Nerv. Ment. Dis.* 191, 542–545.

Waters, F., Woodward, T., Allen, P., Aleman, A., Sommer, I., 2010. Self-recognition deficits in schizophrenia patients with auditory hallucinations: A meta-analysis of the literature. *Schizophr. Bull.* 8, 1-10.

World Health Organization, 1973. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Vol. 1. WHO: Geneva.

	Subjects without Auditory Hallucinations (n= 84, 62.2%)		Subjects with Auditory Hallucinations (n= 51, 37.8%)		<i>t</i>	<i>p</i>
	n	%	n	%		
<b>Gender</b>						
Women	31	(36.9)	22	(43.1)		
Men	53	(63.1)	29	(56.9)		
<b>Diagnosis</b>						
Schizophrenia	53	(63.1)	33	(64.7)		
Non-specific psychotic disorder	17	(20.2)	5	(9.8)		
Schizoaffective disorder	10	(11.9)	12	(23.5)		
Schizophreniform disorder	4	(4.8)	1	(2.0)		
<b>Psychopharmacological Treatment</b>						
Oral Antipsychotics	77	(92.8)	45	(90.0)		
Long term intramuscular Antipsychotics	33	(39.8)	23	(45.1)		
Benzodiazepines	55	(66.3)	35	(68.6)		
Antidepressives	17	(20.5)	10	(19.6)		
Mood stabilizer	15	(18.1)	7	(13.7)		
<b>Age (years)</b>	37.6 ± 10.8		38.0±13.6		-0.19	0.84
<b>Disease evolution</b>	14.9 ± 10.7		15.6±13.9		-0.32	0.74
<b>Hospitalizations over the life</b>	3.2 ± 2.3		4.6±3.8		-2.7	0.006
<b>Psychopathology</b>						
PANSS	81.3 ± 21.6		85.8±19.1		-1.22	0.22
PANSS Positive Symptoms	17.5 ± 5.5		17.9±4.4		-0.38	0.69
PANSS Negative Symptoms	21.3 ± 8.9		22.8±8.7		-0.93	0.35
PANSS General Symptoms	42.4 ± 11.2		45.1±10.0		-1.36	0.17
Anxiety	2.6 ± 1.2		2.4±1.2		0.78	0.43
Hallucinations			5.1±1.0			
<b>Insight</b>						
Item-12 PANSSG subscale	4.5 ± 2.4		5.0±2.1		-1.34	0.18
SUMD	9.5 ± 4.1		10.1±3.7		-0.86	0.39
Awareness of disease	3.2 ± 1.7		3.5±1.5		-0.96	0.33
Awareness of the effects of medication	2.5 ± 1.6		2.7±1.6		-0.76	0.44
Awareness of social consequences	3.7 ± 1.7		3.8 ±1.6		-0.35	0.72
Awareness of hallucinations			1.9±1.7			
Attribution of hallucinations			2.3±2.0			
<b>General Cognitive Ability (SCIP)</b>	51.3 ± 16.2		47.7±17.7		1.05	0.29

**Table 1. Clinical characteristic of the sample and clinical comparison between subjects with and without AH (N= 135).** PANSS= Total score for the PANSS scale; SUMD= Total for items 1, 2 and 3 of the SUMD scale. SCIP= Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry.



	Subjects without awareness of auditory hallucinations (n= 14, 27.5%)	Subjects with awareness of auditory hallucinations (n= 37, 72.5%)	<i>t</i>	<i>p</i>
PANSS	97.2±17.0	88.6±20.2	1.40	0.16
PANSS Positive Symptoms	24.1±2.9	22.6±5.3	0.99	0.32
PANSS Negative Symptoms	24.9±8.2	22.0±8.8	1.05	0.29
PANSS General Symptoms	48.1±8.2	43.9±10.5	1.32	0.19
Anxiety (PANSSG-2)	2.4±0.9	2.4±1.3	-0.14	0.88
Hallucinations (PANSSP-3)	5.2±1.2	5.0±1.0	0.38	0.70
General Cognitive Ability (SCIP)	35.8±19.1	52.2±15.2	-2.83	0.007
Insight (PANSSG-12)	6.2±1.5	4.6±2.2	2.39	0.02
Insight (SUMD)	12.8±2.6	9.0±3.6	3.52	0.001
Awareness of disease	4.2±1.2	3.2±1.5	2.28	0.02
Awareness of the effects of medication	3.8±1.4	2.3±1.4	3.19	0.002
Awareness of social consequences	4.7±1.0	3.4±1.7	2.47	0.01
<b>PSYRATS</b>	23.5±8.8	26.1±7.6	-1.07	0.29
<b>Physical characteristics factor</b>				
Frequency	2.2±1.1	2.1±1.1	0.07	0.94
Duration	2.0±1.0	2.1±0.7	-0.53	0.59
Location	2.2±1.4	2.2±1.4	0.09	0.92
Loudness	1.7±0.5	2.2±0.7	-1.86	0.06
<b>Emotional characteristics factor</b>				
Amount of negative content	1.7±1.7	2.3±1.7	-0.96	0.33
Degree of negative content	1.7±1.7	1.8±1.5	-0.21	0.83
Amount of distress	1.7±1.7	2.8±1.2	-2.7	0.009
Intensity of distress	1.7±1.7	2.7±1.2	-2.3	0.02
Disruption	2.3±1.3	2.5±1.0	-0.64	0.52
<b>Cognitive interpretation factor</b>				
Beliefs about origin of voices	3.0±1.3	1.8±1.2	2.8	0.006
Control	2.8±1.6	3.0±1.2	-0.52	0.60

**Table 2. Clinical data and comparison of patients with and without awareness of auditory hallucinations.** PANSSG-2= item 2 of the general subscale of the PANSS; PANSSP-3= item 3 of the positive subscale of the PANSS; PSYRATS= Total score of the Psychotic Symptom Rating Scales; PANSSG-12= item 12 of the general subscale of the PANSS; SUMD= Total for items 1, 2 and of the SUMD scale.

