



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"**

**PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: INSIGHT Y  
PRONÓSTICO, UN ESTUDIO COMPARATIVO**

Presenta la Tesis para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría

**IVONNE MORENO SIFUENTES**

**DRA. GABRIELA GARZA CONTRERAS**

**ASESOR TEÓRICO**

**DRA. NASHYIELA LOA ZAVALA**

**ASESOR METODOLÓGICO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Con profundo agradecimiento a mis padres Lourdes y Juan Manuel por ayudarme en la construcción de mi proyecto de vida.

A mis hermanos Nancy y Juan Carlos por su apoyo y motivaciones.

A mi pareja Ricardo por guiarme por el buen camino y a enseñarme a luchar por lo que quiero.

A mis supervisoras de tesis Dra. Nashyela Loa y Dra. Gabriela Garza por su disposición y paciencia para que este trabajo culminará exitosamente

A mis amigos de guardia Angel, Anabel, Betzabeth, Ricardo y Julio por compartir a lo largo de estos 4 años de residencia su amistad y conocimientos.

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	2
	ANTECEDENTES	12
III.	METODO	26
	• Justificación	26
	• Planteamiento del problema	27
	• Objetivo general	28
	• Objetivos específicos	28
	• Hipótesis	28
	• Variables	29
	• Muestra	30
	• Criterios de selección	30
	• Tipo de estudio	31
	• Unidades de medida	31
	• Procedimiento	34
	• Consideraciones éticas	34
IV.	RESULTADOS	35
V.	DISCUSIÓN	45
VI.	CONCLUSIÓN	47
VII.	BIBLIOGRAFÍA	48
VIII.	ANEXOS	53
	• Carta de consentimiento informado del paciente	
	• Encuesta Sociodemográfica	

## LISTA DE GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

- Tabla 1. Estudios clínicos de introspección que utilizan modelos categoriales
- Tabla 2. Sociodemográfico Género
- Tabla 3. Sociodemográfico Estado Civil
- Tabla 4. Sociodemográfico Escolaridad
- Tabla 5. Sociodemográfico Diagnóstico
- Tabla 6. Sociodemográfico Empleo
- Tabla 7. Media, Moda y Mediana de Escala de Insight Cognitivo de Beck y de Escala Pronóstica para Esquizofrenia de Strauss y Carpenter
- Tabla 8. Correlación de Insight Cognitivo con el pronóstico en pacientes con esquizofrenia
- Tabla 9. Comparación de Insight Cognitivo, pronóstico y severidad de síntomas en pacientes con esquizofrenia
- Tabla 10. Comparación de severidad de sintomatología en pacientes con esquizofrenia
- Gráfica 1. Edad
- Grafica 2. Edad y Género

- Gráfica 3. Resultado de Escala Pronóstica para la Esquizofrenia se Strauss y Carpenter
- Gráfica 4. Resultado de EICB
- Gráfica 5. Correlación de Insight Cognitivo en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia
- Gráfica 6. Correlación del pronóstico en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

#### ABREVIATURAS

- PANSS Positive and Negative Symptom Scale
- EIC: Escala de Insight Cognitivo de Beck

## **RESUMEN**

La esquizofrenia es considerada como uno de los trastornos más discapacitantes y de asistencia prioritaria en este siglo. Las personas con esquizofrenia muestran falta de conciencia de enfermedad o dificultad para realizar juicios acerca de sus experiencias, dificultad para reconocer que tienen una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento. Este fenómeno de falta de conciencia de enfermedad y pobre insight, tiene importancia clínica en función al pronóstico, debido a que se relaciona con la adherencia al tratamiento, reinserción a la sociedad y al funcionamiento psicosocial. El insight cognitivo se refiere a las ideas que tienen las personas para formar su propio juicio y razonamiento. Representa una forma de reflexión acerca de la naturaleza del propio pensamiento. Los principios básicos de las intervenciones psicoeducativas se representan por una simple, correcta y completa información acerca del trastorno y sus posibles métodos de tratamiento. Estas intervenciones psicoeducativas siguen un modelo cognitivo conductual. El aumento en el conocimiento de la enfermedad y en el insight permitirán a los pacientes con trastornos psicóticos hacer frente de una manera más efectiva a la enfermedad, por lo que el pronóstico mejora.

**Objetivo:** Comparar el insight cognitivo, el pronóstico y la severidad de los síntomas psicóticos de pacientes con esquizofrenia que recibieron psicoeducación versus los que no lo recibieron y correlacionar el insight cognitivo y la severidad de los síntomas psicóticos con el pronóstico en los grupos que recibieron psicoeducación y los que no la recibieron.

**Material y métodos:** Se utilizó un diseño transversal de una muestra no probabilística, los sujetos de estudio fueron 60 pacientes con esquizofrenia, 30 de ellos asisten a Hospital Parcial de Día y los otros 30 asisten al servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en la Ciudad de México. Se aplicaron a los pacientes los criterios diagnósticos de DSM IV-TR para Esquizofrenia y el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), se midió el nivel de Insight Cognitivo mediante la Escala de Insight Cognitivo de Beck y finalmente se evaluó el pronóstico mediante la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter.

**Resultados:** Indican que no hay correlación del insight cognitivo con la psicoeducación y el pronóstico. En cuanto a la correlación del pronóstico con psicoeducación se observó mejor pronóstico en pacientes que si han recibido proceso psicoeducativo. Al comparar al grupo de pacientes que reciben psicoeducación, éstos cursaron con menos sintomatología psicótica, y el pronóstico es mejor; que en aquellos pacientes que no recibieron psicoeducación.

**Discusión y resultados:** Los resultados se consideran relevantes ya que acentúan la importancia de intervenciones psicosociales, como la psicoeducación, en el tratamiento multidisciplinario de pacientes con Esquizofrenia, que se ha relacionado con mejor pronóstico. El insight cognitivo no difirió en pacientes que recibieron psicoeducación versus los que si la recibieron, concluyendo que lo adecuado es realizar futuros estudios con una muestra mayor de individuos para corroborar y dimensionar lo aportado en este estudio.

**Palabras claves:** esquizofrenia, insight cognitivo, psicoeducación, pronóstico.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Las personas con esquizofrenia comúnmente muestran falta de conciencia de enfermedad o dificultad para realizar juicios acerca de sus experiencias, dificultad para reconocer que tienen una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento. Este fenómeno de falta de conciencia de enfermedad y pobre insight, tiene importancia clínica en función al pronóstico, debido a que se relaciona con la adherencia al tratamiento, reinserción a la sociedad y al funcionamiento psicosocial. El insight cognitivo se refiere a las ideas que tienen las personas para formar su propio juicio y razonamiento. Representa una forma de reflexión acerca de la naturaleza del propio pensamiento.

Es importante determinar los predictores del funcionamiento en la esquizofrenia para poder analizar los procesos que afectan el curso de la enfermedad y evaluar la efectividad de los tratamientos. El objetivo claro en el tratamiento no solo es el control de síntomas, sino también prevenir fases agudas sintomáticas, llevar al paciente a cumplir con el plan de tratamiento prescrito, para restaurar el funcionamiento social y laboral y alcanzar una mejor calidad de vida.

Entre las intervenciones psicosociales, la psicoeducación se ha considerado como un modelo prometedor y exitoso en los últimos 30 años. Estas intervenciones psicoeducativas no solo disminuyen las fases agudas sintomáticas, también reducen el número de hospitalizaciones y mejora el cumplimiento al tratamiento, especialmente al farmacológico. Se encontró que el insight es el mayor predictor para una actitud positiva a la adherencia.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **ESQUIZOFRENIA**

Considerada por la OMS como uno de los trastornos más discapacitantes y de asistencia prioritaria en este siglo. Se trata de una enfermedad que afecta a la conducta, la percepción, la cognición y la afectividad, y que produce el deterioro de diferentes aspectos del funcionamiento normal. (14)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR, la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p.ej. dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). Clasificada en diferentes subtipos de acuerdo a sus características clínicas y evolución (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, residual). (4)

### **Historia**

A lo largo de la historia se encuentran descripciones sobre los síntomas que hoy día se suelen observar en pacientes con esquizofrenia. Los médicos griegos describieron delirios de grandeza, paranoia y deterioro de las funciones cognitivas, y trastornos de la personalidad. Sin embargo, la esquizofrenia no se convirtió en una enfermedad digna de estudio y tratamiento hasta el siglo XIX. Dos de las principales figuras en psiquiatría y neurología que estudiaron el trastorno fueron Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugene Bleuler (1857-1939). Anteriormente el psiquiatra francés Benedict Morel (1809-1873) había utilizado el término *démence précoce* para describir a los pacientes con deterioro cognitivo y cuya enfermedad había empezado durante la adolescencia.

(1)

## Emil Kraepelin

Kraepelin introdujo el término de Morel *démence précoce* como demencia precoz, un término que hacía hincapié en el cambio cognitivo (demencia) y el inicio temprano (precoz) del trastorno. Se identificó como pacientes con demencia precoz a los que presentaban una evolución de deterioro a largo plazo y tenían síntomas clínicos de alucinaciones e ideas delirantes. Kraepelin diferenció estos pacientes de aquellos que sufrieron distintos episodios de enfermedad alternos con periodos de actividad normal, a los que clasificó como pacientes con psicosis maníaco-depresiva. Otra enfermedad diferente, denominada paranoia se caracterizó por la presencia de una idea delirante de persecución persistente. Estos pacientes no presentaban la evolución de deterioro de la demencia precoz y los síntomas intermitentes de la psicosis maníaco-depresiva.

(1)

## Eugene Bleuler

Bleuler acuñó el término esquizofrenia, que sustituyó la demencia precoz de la bibliografía médica. Escogió el término para expresar la presencia de cismas entre el pensamiento, las emociones y el comportamiento en los pacientes con el trastorno. Bleuler subrayó que, a diferencia del concepto de la demencia precoz de Kraepelin, la esquizofrenia no tenía por qué presentar una evolución de deterioro. Este término se suele malinterpretar, especialmente entre las personas profanas, como un desdoblamiento de la personalidad. Dicha entidad, denominada trastorno de identidad disociativo, en el DSM IV TR es completamente diferente de la esquizofrenia. (1)

Bleuler identificó los síntomas fundamentales (o principales) específicos de la esquizofrenia para desarrollar su teoría sobre los cismas mentales internos de los pacientes. Entre estos síntomas se

encontraban trastornos asociativos del pensamiento, especialmente descarrilamiento (o asociación laxa), trastornos afectivos, autismo y ambivalencia. Bleuler también identificó los síntomas accesorios (secundarios), que eran los que Kraepelin sugirió como principales indicadores de la demencia precoz: alucinaciones e ideas delirantes. (1)

Kurt Schneider (1888-1926)

Schneider aportó la descripción de los síntomas de primer orden, de los cuales indicó que no eran específicos de la esquizofrenia y que no siempre se daban, pero eran útiles para llegar a un diagnóstico. Especificó que en los pacientes que no mostraban dichos síntomas, el trastorno únicamente se podía diagnosticar a partir de los síntomas de segundo orden y una clínica típica de otra apariencia. Con frecuencia, los médicos no tienen en cuenta sus advertencias, y a veces ven en la ausencia de síntomas de primer orden durante un único interrogatorio como la prueba de que la persona no sufre esquizofrenia (1)

Karl Jaspers (1883-1969)

Jaspers, un psiquiatra y filósofo, desempeñó un papel muy importante en el desarrollo del psicoanálisis existencial. Se interesó por la fenomenología del trastorno mental y los sentimientos subjetivos de los pacientes que sufrían estas enfermedades. Su trabajo sentó las bases para intentar comprender el significado psicológico de los signos y síntomas presentes en la esquizofrenia como las ideas delirantes y las alucinaciones (1)

### **Epidemiología:**

La epidemiología de la esquizofrenia ha progresado de lo descriptivo a el surgimiento de resultados epidemiológicos analíticos a lo largo de las últimas dos décadas. El punto de

prevalencia de la esquizofrenia es de 5/1000 en la población. La incidencia de la esquizofrenia es de 0.20/1000/año con un rango de 0.11 a 0.70. (2)

Se ha encontrado que la frecuencia de esquizofrenia es muy similar en diversas partes del mundo. Lo aceptado en la actualidad es que, en general, no hay diferencias importantes en las tasas de esquizofrenia en las distintas poblaciones y que las observadas entre los estudios epidemiológicos se deben más que todo a diferencias metodológicas, en particular cuando los criterios diagnósticos son más o menos inclusivos. (3)

El pico de morbilidad se da en los jóvenes adultos. La edad de inicio varia entre hombres y mujeres, siendo el inicio en hombres a edades más tempranas. El pico de incidencia para hombres y mujeres se da entre los 15 y 24 años de edad. El pico en jóvenes adultos es más marcado en hombres, y las mujeres tienen un segundo pico entre las edades de 55 y 64 años de edad. La evidencia sugiere que los hombres tienen más riesgo de presentar esquizofrenia: dos meta-análisis que abordan ese tema muestran que los hombres tienen cerca del 30% al 40% mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia. (2)

### **Criterios Diagnósticos**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR, la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de signos y síntomas de la fase activa (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o una enfermedad médica (Criterios D y E). En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno

generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes (Criterio F). Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. Clasificada en diferentes subtipos de acuerdo a sus características clínicas y evolución (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual). (4)

Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales. Los síntomas positivos (Criterios A1-A4) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes; la dimensión psicótica incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la dimensión de desorganización incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos (Criterio 5) comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). Las ideas delirantes (Criterio A1) son creencias

erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej. De persecución, autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos).

Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la rareza puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo (p. ej. Las incluidas entre la lista de síntomas de primer rango de Schneider); estas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior (ideas delirantes de control). Si las ideas delirantes son juzgadas como extrañas, solo se necesita este único síntoma para satisfacer el criterio A para la esquizofrenia. Las alucinaciones (Criterio A2) pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej. Auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p. ej. dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia y fueron incluidos en la lista de primer rango de Schneider. Si estos tipos de alucinaciones están presentes, son suficientes para satisfacer el criterio A. El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento, pérdida de las asociaciones) ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia.

El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede perder el hilo saltando de un tema a otro (descarrilamiento o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (tangencialidad); y en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (incoherencia o ensalada de palabras).

Durante los periodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave (Criterio C). El comportamiento gravemente desorganizado (Criterio A4) puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Los comportamientos motores catatónicos (Criterio A4) incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), al asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica).

Los síntomas negativos de la esquizofrenia (Criterio A5) constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y esta caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de fluidez y la productividad del habla. La abulia esta caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La

persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos a varios factores. El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo (p. ej. una idea delirante paranoide o una alucinación importante). La mejor prueba para establecer la presencia de síntomas negativos es su presencia durante un periodo de tiempo considerable.

El criterio A para la esquizofrenia requiere que al menos dos de los cinco ítems estén presentes de forma simultánea durante como mínimo un mes. Sin embargo, si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones implican voces que comentan o voces que conversan, entonces solo se requiere un único ítem. La presencia de esta agrupación relativamente grave de signos y síntomas se denomina fase activa. En aquellas situaciones en las que los síntomas de la fase activan remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, aún puede considerarse que se ha cumplido el criterio A si el clínico juzga que los síntomas habrían persistido durante un mes o en ausencia de un tratamiento eficaz.

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad (p. ej. las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo) (Criterio B). Típicamente, el funcionamiento es claramente inferior al que se habría alcanzado antes del inicio de los síntomas. La disfunción persiste durante parte sustancial del curso del trastorno y no parece ser resultado directo de algún síntoma en particular. Algunos signos de la alteración deben persistir durante un periodo continuo de por lo menos 6 meses (Criterio C). A lo largo de

este periodo de tiempo, debe haber al menos 1 mes (o menos de 1 mes si los síntomas han sido tratados con éxito) de síntomas que cumplan en criterio A de esquizofrenia (la fase activa). Los síntomas prodrómicos suelen estar presentes antes de la fase activa y los síntomas residuales aparecen a continuación. Algunos síntomas prodrómicos y residuales son formas relativamente leves o subumbrales de los síntomas positivos especificados en el criterio A. Los sujetos pueden expresar diversas creencias inhabituales o raras que no alcanzan una proporción delirante; pueden tener experiencias perceptivas poco habituales; su lenguaje puede ser generalmente comprensible, pero disgresivo, vago o excesivamente abstracto o concretista, y su comportamiento puede ser peculiar, pero no gravemente desorganizado. Además de estos síntomas similares a los positivos, en las fases prodrómica o residual son especialmente frecuentes los síntomas negativos, que en ocasiones presentan bastante gravedad. Sujetos que habían sido socialmente activos pueden volverse como ausentes, pierden interés en actividades previamente placenteras; pueden volverse menos habladores y no hacer nunca preguntas, y pueden pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal; finalmente, los familiares pueden explicar que observaron que el sujeto se alejaba gradualmente. (4)

### **Historia Natural**

Inicio. El inicio de la esquizofrenia es variado. En el estudio a largo plazo de Ciompi, cerca de 50% tiene un inicio agudo y 50% tiene un pródromo largo. El estudio intensivo de pródromos de Hafner y colegas sugieren que el inicio de los síntomas negativos tienden a presentarse 5 años antes del inicio de los síntomas psicóticos, siendo el inicio de síntomas positivos más cercanos a la hospitalización. (2)

Curso. En el estudio de Ciompi cerca de la mitad de los sujetos tiene un curso ondulante, con parcial o completa remisión seguida de recurrencias, con un patrón impredecible. Cerca de un tercio tiene un curso relativamente crónico, continuo, con pobre pronóstico. (2)

Pronóstico. Los predictores del pronóstico para la esquizofrenia permanecen aún incomprensibles. (2). Los pacientes con esquizofrenia presentan un curso heterogéneo (16). Después de 10 años de enfermedad el 25% de los pacientes se han recuperado, un 25% ha mejorado considerablemente, un 25% ha mejorado pero necesita soporte social, un 15% está hospitalizado y no mejora y el 10% restante ha muerto. (17,18)

En una revisión de 13 estudios prospectivos del curso de la enfermedad en cohortes de pacientes con recién inicio de la enfermedad, los síntomas negativos predicen pobre pronóstico en 4 estudios; y en pacientes con un inicio gradual de la enfermedad, los síntomas negativos también predicen un pobre pronóstico. (2)

Es menos probable que personas con esquizofrenia de países en vías de desarrollo permanezcan psicóticos crónicamente en el período que sigue al inicio de la enfermedad; y es más probable que no tengan síntomas residuales después de 5 años. Desde los pródromos a resultados posteriores, el curso de la esquizofrenia está influenciado por variables sociales, que incluyen la posición económica y el estado civil. Es más probable que un individuo que es diagnosticado con esquizofrenia se encuentre soltero que otros miembros en su edad de cohorte. Así mismo es más probable que los individuos que tienen esquizofrenia se encuentren desempleados algunos años antes de que se realice el diagnóstico de esquizofrenia y algunos años después. Aunque hay extensa literatura en relación a la posición económica baja como factor de riesgo para

esquizofrenia, algunos estudios sugieren que, los padres de personas que tienen esquizofrenia vienen de una posición social más alta que baja. (2)

La severidad y la cronicidad de la esquizofrenia han estimulado la investigación sobre las variables sociodemográficas y clínicas que se pueden considerar como predictoras de funcionamiento a largo plazo. (15)

Estas diferencias tan importantes en el pronóstico hacen necesaria la investigación sobre predictores del curso de la enfermedad con el objeto de disponer de instrumentos validados que puedan predecir el pronóstico de una forma fiable. De esta manera, es importante determinar los predictores del funcionamiento en la esquizofrenia para poder analizar los procesos que afectan el curso de la enfermedad y evaluar la efectividad de los tratamientos. (19). Disponiendo de predictores pronósticos robustos es posible diversificar el tratamiento. (20). Identificar a los pacientes con una evolución tórpida y que requerirán un mayor grado de intervención comunitaria es clave para diseñar planes asistenciales efectivos. (21).

## **ANTECEDENTES**

### **INSIGHT**

El término introspección (o insight) se ha utilizado para referirse a un cierto estado mental que se infiere a partir de la respuesta (verbal y conductual) del paciente a su enfermedad. Este concepto abarca diversos fenómenos basados en diferentes dimensiones y está muy difundido en la clínica psiquiátrica, sobre todo en la psicosis.

Históricamente ha sido difícil evaluar el insight, porque se trata de un fenómeno que carece de una definición universal. Además de su importancia en el curso de los trastornos psiquiátricos, el

insight se ha llegado a considerar un síntoma con importancia nosológica en enfermedades mentales como la esquizofrenia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó en 1973 un estudio internacional multicéntrico, donde la falta de insight fue el síntoma más común: se encontró en el 97% de los casos de pacientes con esquizofrenia. (5)

Entre 50 y 80% de pacientes diagnosticados con esquizofrenia han mostrado falta de insight parcial o total. Aunque se correlaciona el pobre insight con la pobre adherencia a tratamiento y por lo tanto pobre pronóstico y funcionamiento. Numerosos estudios han investigado la correlación del impacto a largo plazo y estos han mostrado diferentes resultados. (28)

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE INTROSPECCIÓN

La introspección ha sido de reciente caracterización en la psiquiatría. No obstante, desde la Antigüedad los griegos utilizaron términos como autoconocimiento y autoevaluación al referirse a un objetivo necesario para lograr algún bienestar.

El término insight fue introducido en el siglo XIX cuando Dagonet, en 1881, reportó los primeros estudios clínicos que observaron los efectos de la enfermedad en el autoconocimiento. Además en la segunda mitad del siglo XIX se le dio especial importancia a fenómenos neurológicos que implicaban la negación de la sintomatología; esto animó a los investigadores a buscar una ubicación específica de la lesión.

El insight ha tenido varias acepciones desde entonces y ha sido traducido al español como introspección por algunos investigadores, a pesar de que es una traducción literal. El concepto en inglés se define como una metáfora visual: visión interna, “con los ojos de la mente”, percepción interior, discernimiento, el hecho de penetrar con los ojos del entendimiento en el carácter interno o en la naturaleza oculta de las cosas.

En psiquiatría el constructo introspección se refiere a un “estado de la mente” o “un acto mental”, un conocimiento que se infiere de la respuesta del paciente a la enfermedad. (5)

## MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LA INTROSPECCIÓN

### PSIQUIATRÍA FENOMENOLÓGICA

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

La introspección sería una percepción correcta del tipo y de la gravedad de la enfermedad. Para Jaspers, una introspección transitoria puede ocurrir durante la psicosis aguda, pero no será duradera ni completa. Si la introspección persiste, es más posible que el paciente tenga un trastorno de personalidad que un trastorno psicótico. (6)

### TEORÍA PSICODINÁMICA

Freud usó insight o los términos alemanes einsicht/eiblick para denominar predominantemente la conciencia de estar enfermo. El psicoanálisis ha sostenido el enfoque de la introspección como la capacidad del individuo para pensarse a sí mismo y su ser. Para algunos autores, el objetivo fundamental de la terapia psicoanalítica es hacer conscientes los mecanismos inconscientes que, se supone subyacen a la psicopatología del paciente, incluyendo en la introspección no solo el conocimiento intelectual, sino también aspectos emocionales y volitivos. En el psicoanálisis, esta

afirmación ha sido criticada, debido a la ausencia de soporte empírico adecuado y a la poca claridad del término; para algunos la introspección se reduce a un mecanismo de autoconocimiento. (6)

## PSIQUIATRÍA CLÍNICA

El concepto moderno de introspección en la psiquiatría clínica parte de los trabajos de Aubrey Lewis en 1934. Lewis definió introspección como “la correcta actitud hacia los cambios mórbidos en sí mismo y, más aún, la comprensión de que la enfermedad es mental”. Este autor fue probablemente el primer psiquiatra que señaló la relación entre falta de introspección y anosognosia (falta de conciencia de enfermedad o discapacidad que usualmente sigue a un daño agudo en el hemisferio cerebral derecho), y notó también la relación entre la introspección escasa y esquizofrenia (22,23), lo que ha sido confirmado por estudios clínicos internacionales en los cuales la falta de introspección en el present state examination (PSE) es el síntoma más discriminativo (24-26)

En la definición de introspección es importante establecer que enfoque tiene, si es categórico o continuo. El primero indica que la variable esta presente o ausente y que no es graduable; el segundo se refiere a que la introspección es multidimensional y graduable. (27, 24, 25)

Tabla 1. Estudios clínicos de introspección que utilizan modelos categoriales

ESTUDIOS	DEFINICIONES	TIPOS DE INTROSPECCIÓN	LIMITACIONES
Eskey (1958)	Conciencia verbalizada por el	Completo, parcial y	No especifica el criterio de

	paciente de la existencia de una alteración en el funcionamiento intelectual.	nulo.	clasificación.
Van Putten (1976)	Reconocimiento por el paciente de cierta conciencia e enfermedad emocional.	Presente y ausente.	No especifica el criterio de selección.
Heinrichs y otros (1986)	Capacidad del paciente, en la fase inicial de la enfermedad, para darse cuenta del inicio de la recaída.	Presente y ausente.	Clasificación basada en la descripción de la historia y la discusión en grupo. Validez y fiabilidad cuestionables.
Barktó y otro (1988)	Reconocimiento del carácter patológico de su conducta y estado emocional y de la necesidad de recibir tratamiento según la	Cuatro grados de intensidad en la falta de introspección.	No especifica criterios de clasificación entre grados.

	visión del terapeuta.		
Takai y otros (1992)	No da una definición explícita.	Presente, parcialmente presente y ausente.	Clasificación basada en el ítem 104 de PSE
Cuesta y Peralta (1994)	No da una definición explícita	Presente, parcialmente presente, ausente.	Clasificación basada en el índice global de introspección de res ítems de AMPD.
Dickerson y otros (1997)	No da definición explícita.	Siete grados de intensidad, desde ausente hasta extremo.	Clasificación basada en el ítem G12 de PANNS

En su mayoría estos estudios empíricos han intentado relacionar los diferentes grados de introspección con otras variables, como el diagnóstico, la gravedad del trastorno mental, el nivel de coeficiente intelectual, la adherencia al tratamiento y el pronóstico.

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

Anthony David revisó el concepto de introspección en relación con la psicosis, y limitó el uso del término en dos sentidos: el reconocimiento de tener una enfermedad mental y la posibilidad de reconstruir algunos eventos mentales de la enfermedad como patológicos, Según David el concepto tiene al menos tres dimensiones que se solapan: conciencia de enfermedad, capacidad para redefinir la experiencia psicótica como anormal y adherencia al tratamiento. Además observó que los pacientes psicóticos pueden mantener dos creencias contradictorias, lo que reafirmaría la multidimensionalidad de la introspección. David diseñó en 1992 la SAI (scale of assessment of insight) basándose en su concepto multidimensional en 3 aspectos traslapados; junto con Roisin Kemp realizó una revisión de ésta concretándola en la SAI-E (scale of assessment of insight-expanded).

Xavier Amador propone que la introspección debe ser mirada como un fenómeno multidimensional. Asimila el término introspección a la conciencia de enfermedad, y en su estudio la define como la capacidad de reconocer las características esenciales del signo o síntoma que tenía el paciente y los efectos de los medicamentos. Este autor engloba estos aspectos en cuatro esferas de la introspección: A) conocimiento de los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad; B) atribución de la enfermedad; C) formación el autoconcepto, y D) mecanismos defensivos psicológicos. Con fundamento en estas esferas hizo la SUMD (scale of unawareness of mental disorder), con la cual llegó a la siguiente conclusión: el grado de introspección no está relacionado con la gravedad de la psicopatología, a pesar de que se muestra una tendencia a relacionarlas. Demuestra que los pacientes esquizofrénicos tienen escasa conciencia de varios de sus signos y síntomas- ante lo cual sugiere que en los programas de psicoeducación no se debe solo trabajar en el reconocimiento temprano de las recaídas, sino también en la autoconciencia de padecer los signos o síntomas- y que los déficits graves de

introspección son más comunes en la esquizofrenia. Agrega que a mayor déficit de introspección, mayor probabilidad de tener escasa funcionalidad psicosocial en el episodio presente y en el año previo, lo cual posiblemente está relacionado con déficit neuropsicológico o con mala respuesta al tratamiento. Los datos de sus estudios corroboran que la introspección tiene valor descriptivo y pronóstico en la esquizofrenia.

Markova y Berrios afirman que la introspección es una manera de conocerse a sí mismo que implica el autoconocimiento, la conciencia de padecer un trastorno mental y la forma en que dicho trastorno afecta la relación con el entorno; por lo tanto, consideran que el término no debe ser evaluado como fenómeno aislado, sino en relación con algún fenómeno psicopatológico. Además conciben la introspección de dos maneras: A) el concepto teórico o primario que se refiere a la conciencia del cambio producido por el trastorno mental en el paciente y B) un aspecto práctico, como lo son los fenómenos clínicos o procesos secundarios observables en el paciente, medidos por las escalas multidimensionales de introspección.

Cuesta y Peralta han trabajado la introspección como un constructo categórico, sin ofrecer un concepto como tal. Se han referido a diferentes hipótesis etiológicas ya trabajadas: A) la falta de introspección se debe a un mecanismo de defensa psicológico, la negación; B) el déficit de introspección es producido por una alteración neuropsicológica o C) dicho déficit puede ser parte de la evolución natural de la enfermedad y convertirse en síntoma primario de ésta. (5)

## **TIPOS DE INSIGHT**

### **INSIGHT CLÍNICO**

Los modelos de insight como los de Amador y David, Birchwood, Marks o McEvoy, por citar los más representativos, son modelos de insight clínico, pues consideran la autoconciencia del

sujeto sobre sus síntomas, la atribución de los mismos y la capacidad del sujeto para etiquetarlos como signos o síntomas de una enfermedad mental. Estos modelos han generado una gran cantidad de investigación y desde los mismos se aporta mucha información y muy valiosa para el conocimiento del insight y las variables con las que éste se relaciona, así como una asociación con el pronóstico de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Pero a pesar de la relevancia de esos modelos, en la investigación actual sobre el tema se consideran también otros tipos de insight menos orientados hacia la enfermedad, como el insight metacognitivo, que hace referencia a la conciencia del sujeto sobre sus déficits en cognición, y que se diferencia del concepto de insight cognitivo propuesto por Beck y colaboradores.

#### INSIGHT EMOCIONAL

Comprensión para modificar creencias disfuncionales y la afectividad asociada así como las consecuencias conductuales de esas creencias.

#### INSIGHT INTELECTUAL

Supone una adecuada comprensión de los síntomas por parte del paciente pero sin experimentar un cambio en el sistema delirante subyacente. (6)

#### INSIGHT COGNITIVO

Práctica de la autoreflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones adecuadas.

En el 2004 Beck et al. Publican los resultados con las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento, la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB; en inglés Beck Cognitive Insight Scale, BCIS), para la evaluación del insight desde una aproximación cognitiva.

El constructo que subyace a este instrumento es que la ausencia de insight se produciría por:

1. Un fallo en 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
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. Se pone el énfasis, pues, en el insight emocional en contraposición al insight intelectual. En el insight cognitivo se acentuaría el mecanismo de evaluación y corrección de interpretaciones inadecuadas y creencias distorsionadas. (7)

#### INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Los cambios en el tratamiento de la esquizofrenia nos permiten usar tanto antipsicóticos típicos y atípicos, así como las intervenciones psicosociales, con una eficacia segura para el tratamiento de los síntomas tanto positivos como negativos de la esquizofrenia.

El objetivo claro en el tratamiento de tal enfermedad no solo es el control de síntomas, sino también prevenir fases agudas sintomáticas, llevar al paciente a cumplir con el plan de tratamiento prescrito, para restaurar el funcionamiento social y laboral y alcanzar una mejor calidad de vida.

Entre las intervenciones psicosociales, la psicoeducación a los pacientes y a los familiares, ha sido considerado como uno de los más prometedores y exitosos en los últimos 30 años (8).

## PSICOEDUCACIÓN

El término psicoeducación ha sido popularizado por Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty de la Universidad de Pittsburgh, para referirse a una serie de principios metodológicos. El punto de partida del trabajo Psicoeducativo lo constituyeron las necesidades de las familias de los enfermos mentales en la década de los sesenta y debido a la manifestación del empleo de fármacos antipsicóticos para éstos, la ocupación de los Hospitales Psiquiátricos disminuyó de manera drástica, modificando en consecuencia la política sanitaria hasta entonces.

Es necesario señalar que el propósito general de este tipo de intervenciones nada tiene que ver con curar definitivamente las enfermedades mentales, ni mucho menos con volverse una alternativa de antagonismo con otras como la terapia farmacológica. Sino de evitar las recaídas y retrasar la enfermedad en los pacientes con enfermedades mentales, o bien para que estos tengan una mejor calidad de vida.

La psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona al paciente y a sus familiares información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Los principios básicos de las intervenciones psicoeducativas se representan por una simple, correcta y completa información acerca del trastorno y sus posibles métodos de tratamiento.

Estas intervenciones psicoeducativas siguen un modelo cognitivo conductual. Los efectos positivos de las intervenciones psicoeducativas tanto en el paciente como en los familiares, no solo disminuyen las fases agudas sintomáticas, también reducen el número de hospitalizaciones y mejora el cumplimiento al tratamiento, especialmente al farmacológico. Las intervenciones

psicoeducativas pueden facilitar a los pacientes la ganancia de habilidades necesarias para administrarse el medicamento. (8)

Se encontró que el insight es el mayor predictor para una actitud positiva a la adherencia, la necesidad de reforzar e incorporar psicoterapia enfocada a la adherencia y psicoeducación en la rutina clínica diaria para mejorar la adherencia y por lo tanto resaltaría un resultado a largo plazo.

Una revisión de la literatura muestra que los programas psicoeducativos se han realizado de diversas formas. La duración de los programas pueden ir de 1 a 18 meses. Consisten en 10 ó más sesiones, y la mayoría han sido en intervenciones grupales que incluyen a los pacientes y a los miembros de la familia.

Algunos estudios generalmente muestran que los programas psicoeducativos son efectivos para reducir recaídas, mejorar el estado mental del paciente, el insight y la adherencia al tratamiento. (9)

Se han desarrollado programas psicoeducativos para aumentar los conocimientos del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento y para mejorar el insight. Se supone que este aumento en el conocimiento y en el insight permitirán a los pacientes con trastornos psicóticos hacer frente de una manera más efectiva a la enfermedad, por lo que mejorará el pronóstico. (10)

En México, Valencia (1996), Marcelo Valencia (1997), Valencia y cols. (1999), han realizado estudios sobre el manejo psicosocial del paciente esquizofrénico, demostrando una relación directa entre la presencia de un programa de intervención psicosocial y la mejoría en los pacientes en aspectos claramente identificados, como sintomatología, funcionamiento

psicosocial, la estabilidad en el cuadro clínico y el desempeño cotidiano de los pacientes, así como un menor porcentaje de recaídas y hospitalizaciones (11-13)

En nuestro medio, dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la Ciudad de México, existen servicios como Hospital Parcial de Día que cuenta con programas multidisciplinarios para apoyar a la rehabilitación del paciente, así como brindando apoyo y la información necesaria a sus familiares, desde diversos esquemas de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos.

Los objetivos de los grupos psicoeducativos en Hospital Parcial de Día son:

1. Proporcionar información y conocimientos ordenados y sistematizados en forma clara, ágil, oportuna y cierta sobre las enfermedades mentales y su tratamiento integral, haciendo énfasis en conocimientos científicos actualizados.
2. Desmitificar la enfermedad y su tratamiento.
3. Explicar la comorbilidad biopsicosocial que se puede presentar en la evolución de la enfermedad y su tratamiento.
4. Enseñar a reconocer los signos y síntomas característicos de la enfermedad, así como las recaídas y agudización, para lograr facilitar, habilitar, y entrenar las competencias del enfermo y su familia para que participen en forma activa y consciente en el tratamiento.
5. Enseñar a actuar en momentos de crisis relacionados con agudizaciones.
6. Crear o fomentar una alianza terapéutica adecuada, que promueva una buena o mejor relación de trabajo entre el paciente, la familia y el equipo médico.

7. Lograr continuidad en el cuidado del paciente.
8. Reforzar las habilidades y competencias familiares, sin enfatizar las deficiencias, mediante el conocimiento sobre elementos alternativos para el manejo de dificultades generadas por la patología específica del paciente.

El grupo psicoeducativo para pacientes de Hospital Parcial de Día tiene una duración aproximada de 46 sesiones, dos por semana y su ciclo concluirá en 6 meses.

### **III MÉTODO:**

#### **Justificación:**

Los pacientes con esquizofrenia generalmente tienen disminuida la capacidad de reflexionar racionalmente en sus experiencias anormales y en reconocer que sus conclusiones son incorrectas. A esto se le denomina falta de insight cognitivo.

El desconocimiento grave y persistente de la enfermedad por parte del paciente es perjudicial tanto para sus relaciones, así como sus posibilidades de recuperarse y llevar una vida más satisfactoria y productiva.

El objetivo claro en el tratamiento de la esquizofrenia no solo es el control de síntomas o prevenir fases agudas, también es llevar al paciente a cumplir con el plan de tratamiento prescrito, para restaurar el funcionamiento social y laboral y obtener un mejor pronóstico.

Estudios muestran que los programas psicoeducativos son efectivos para reducir recaídas, mejorar el estado mental del paciente, mejorar el insight y la adherencia al tratamiento (8).

Por lo tanto, se deben desarrollar intervenciones dirigidas a mejorar directamente el insight; o intervenciones que les hagan reconocer las consecuencias negativas del pobre insight.

El propósito de este trabajo consiste en mostrar la relación entre el insight cognitivo y el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia y compararlo en aquellos pacientes que han recibido psicoeducación con aquellos que no han recibido alguno de estos programas.

## **Planteamiento del problema.**

- ▶ La esquizofrenia es considerada como uno de los trastornos más discapacitantes y de asistencia prioritaria en este siglo. Las personas con esquizofrenia comúnmente muestran falta de conciencia de enfermedad o dificultad para realizar juicios acerca de sus experiencias, dificultad para reconocer que tienen una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento. Este fenómeno de falta de conciencia de enfermedad y pobre insight, tiene importancia clínica en función al pronóstico, debido a que se relaciona con la adherencia al tratamiento, reinserción a la sociedad y al funcionamiento psicosocial. El insight cognitivo se refiere a las ideas que tienen las personas para formar su propio juicio y razonamiento. Representa una forma de reflexión acerca de la naturaleza del propio pensamiento. Los principios básicos de las intervenciones psicoeducativas se representan por una simple, correcta y completa información acerca del trastorno y sus posibles métodos de tratamiento. Estas intervenciones psicoeducativas siguen un modelo cognitivo conductual. Los efectos positivos de la psicoeducación es que no solo disminuyen las fases agudas sintomáticas, también reducen el número de hospitalizaciones y mejora el cumplimiento al tratamiento, especialmente al farmacológico. Se encontró que el insight es el mayor predictor para una actitud positiva a la adherencia; la necesidad de intervenciones psicoeducativas en la rutina clínica diaria mejora el pronóstico. Lo que nos lleva a la pregunta de investigación: ¿Mejora el pronóstico y el insight cognitivo de pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de Hospital Parcial de Día que han recibido psicoeducación en comparación con pacientes de la Consulta Externa que no la han recibido?

**Objetivo general:**

- Comparar el insight cognitivo, el pronóstico y la severidad de los síntomas psicóticos de pacientes con esquizofrenia que recibieron psicoeducación versus los que no lo recibieron.
- Correlacionar el insight cognitivo y la severidad de los síntomas psicóticos con el pronóstico en los grupos que recibieron psicoeducación y los que no la recibieron.

**Objetivos específicos:**

- Comparar el insight cognitivo y el pronóstico en pacientes con esquizofrenia que recibieron psicoeducación versus los que no lo recibieron de acuerdo al resultado en la subescala positiva de la escala PANSS
- Comparar el insight cognitivo y el pronóstico en pacientes con esquizofrenia que recibieron psicoeducación versus los que no lo recibieron de acuerdo al resultado en la subescala negativa de la escala PANSS
- Comparar el insight cognitivo y el pronóstico en pacientes con esquizofrenia que recibieron psicoeducación versus los que no lo recibieron de acuerdo al resultado en la subescala general de la escala PANSS
- Comparar el insight cognitivo y el pronóstico en pacientes con esquizofrenia que recibieron psicoeducación versus los que no lo recibieron de acuerdo al resultado total de la escala PANSS.

**Hipótesis:**

- ▶ Investigación: Los pacientes con esquizofrenia que han recibido psicoeducación cursan con mejor insight cognitivo, por lo que su pronóstico es mejor.

- ▶ Nula: Los pacientes con esquizofrenia que no han recibido psicoeducación no cursan con mejor insight cognitivo, por lo que su pronóstico no es mejor.

### **Variables:**

Variable dependiente:

- Pronóstico: Conjunto de datos que posee la ciencia médica sobre la probabilidad de que ocurran determinadas situaciones en el transcurso del tiempo o historia natural de la enfermedad. Es la predicción de los sucesos que ocurrirán en el desarrollo de una enfermedad en términos estadísticos.

Variables Independientes:

- Insight cognitivo: Práctica de la autoreflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones adecuadas.
- ▶ Severidad de síntomas de los pacientes con esquizofrenia: La Esquizofrenia es uno de los trastornos más discapacitantes y de asistencia prioritaria en este siglo. Se trata de una enfermedad que afecta a la conducta, la percepción, la cognición y la afectividad, y que produce el deterioro de diferentes aspectos del funcionamiento normal. Se mide a través de la escala PANSS que consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categorial que lo que hace es clasificar el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.

- **Psicoeducación:** Aproximación terapéutica en la cual se proporciona al paciente y a sus familiares información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

**Muestra:**

- ▶ **UNIVERSO DE TRABAJO:** pacientes que se encuentran en los servicios de Consulta Externa y Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Esquizofrenia
- ▶ **TAMAÑO DE LA MUESTRA:** muestra no probabilística. 60 pacientes.

**Criterios de selección:**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE**

1. Pacientes de ambos sexos
2. Edad entre 18 y 60 años
3. Que reúnan los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para Esquizofrenia
4. Que tengan al menos un año con el diagnóstico de Esquizofrenia
5. Que la sintomatología psicótica no predomine en cuadro clínico (medido por escala PANSS)
6. Que sepan leer y escribir
7. Aceptación por medio del consentimiento informado para participar en el estudio
8. Pacientes que se encuentren en Consulta Externa o en Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PACIENTE**

1. Pacientes con otro padecimiento médico grave

2. Pacientes con Retraso Mental
3. Pacientes consumidores activos de alguna sustancia ilegal.
4. Aquellos que no acepten participar en el estudio

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

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

#### **Tipo de estudio:**

Descriptivo, comparativo, correlacional, transversal

#### **Unidades de medida:**

#### **EICB (Escala de Insight Cognitivo de Beck)**

Instrumento para medir insight cognitivo: Escala de Insight Cognitivo de Beck. Ha sido diseñada para evaluar la capacidad de insight cognitivo esto es, la práctica de la autoreflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones inadecuadas. (7,29)

- Medida de auto-registro de 15 ítems que valora como los pacientes evalúan su propio juicio
- Consta de dos dimensiones: Auto-Reflexión (R) (9 ítems) y Auto-Certeza (C) (6 ítems)
- Formato de respuesta con 4 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.
- La suma de las puntuaciones permite obtener una puntuación total del insight cognitivo. A mayor puntuación, mejor insight cognitivo.
- Dimensiones R, C y R-C (con  $p=0,149$ ,  $p=0,312$  y  $p=0,436$ , respectivamente) se distribuía según una tendencia normal

- Fiabilidad: consistencia interna para R de 0.59, para C de 0.62
- Fiabilidad re-test: coeficiente de correlación intraclase 0.69 para R y 0.72 para C
- Validez convergente, insight correlaciona con AR, AC y el índice R-C, -0.35, 0.42 y -0.51 ( $p < 0.000$ ), respetivamente.

### **Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter**

Strauss y Carpenter desarrollaron y publicaron una escala que tiene como objetivo predecir de una forma más efectiva el pronóstico de pacientes con esquizofrenia. El instrumento surgió de un estudio longitudinal de 5 años e incluye variables predictoras del curso de la enfermedad. (14, 30)

- Heteroaplicada
- Consta de 17 ítems, de los cuales el 1 y el 3 se subdividen en dos y el 11 en tres.

Evalúa distintas áreas:

- Grado de ocupación principal (trabajo o estudios)
- Edad de inicio
- Clase social
- Historia familiar
- Grado de contactos sociales
- Factores precipitantes

- Grado de síntomas psicóticos
- Evolución de la enfermedad
- Número de días y condiciones de tratamiento hospitalario durante el último año.
- Los ítems son puntuados por escalas tipo Likert, de 0 a 4
- La suma de las puntuaciones permite obtener una puntuación total del pronóstico: a mayor puntuación, mejor pronóstico.
- Fiabilidad: correlación intraclase de la puntuación total de la escala de 0.94

### **Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS)**

Constituye un instrumento que introduce criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica. (31, 32, 33)

- ▶ La PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categorial que lo que hace es clasificar el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.
- ▶ Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema.
- ▶ La puntuación en las escalas positiva, negativa, y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La

puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre  $-42$  y  $+42$ .

## **PROCEDIMIENTO**

Se presentó el protocolo ante los asesores del proyecto. Posteriormente ante el Comité de Investigación y Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Una vez aceptado el protocolo: Se evaluaron a 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia (30 pacientes de Hospital Parcial de Día, y 30 pacientes de Consulta Externa) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cumplían con los criterios de inclusión antes mencionados, se les explicó ampliamente sobre las características del estudio y previa firma del consentimiento informado (Anexo I) por el paciente. Se les aplicó la encuesta sociodemográfica (Anexo II). Se aplicó la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS); la Escala de Insight Cognitivo de Beck; y la escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter.

Se recabaron los datos obtenidos realizando base de datos con Microsoft Excel 2010 y se realizó análisis estadístico a través del paquete estadístico SPSS 20.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se solicitó consentimiento informado explicado de forma verbal y escrita.

Artículo 17, título 20, Capítulo I, fracción 2: Investigación con riesgo mínimo.

#### IV. RESULTADOS

De los 60 pacientes que conformaron la muestra, se encontró que el 66.7% (40 pacientes) fueron del sexo masculino y el 33.3% (20 pacientes) fueron del sexo femenino.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	20	33.3
Hombre	40	66.7
Total	60	100.0

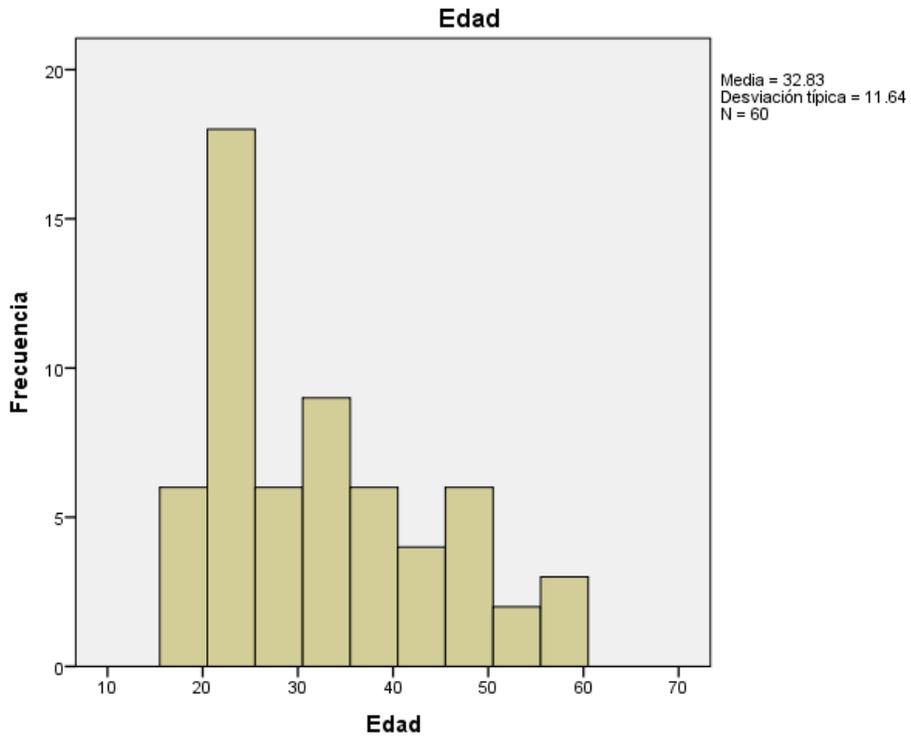
Tabla 2. Género

En cuanto a la edad total de pacientes incluidos, se encontró un promedio de 32.83 años (Desviación típica 11.64) de los participantes, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 59 años; de los cuales se reportaron respecto a su estado civil como solteros en un 88.3% (53 pacientes), 6.7% (4 pacientes) divorciados y 5% (3 pacientes) casados.

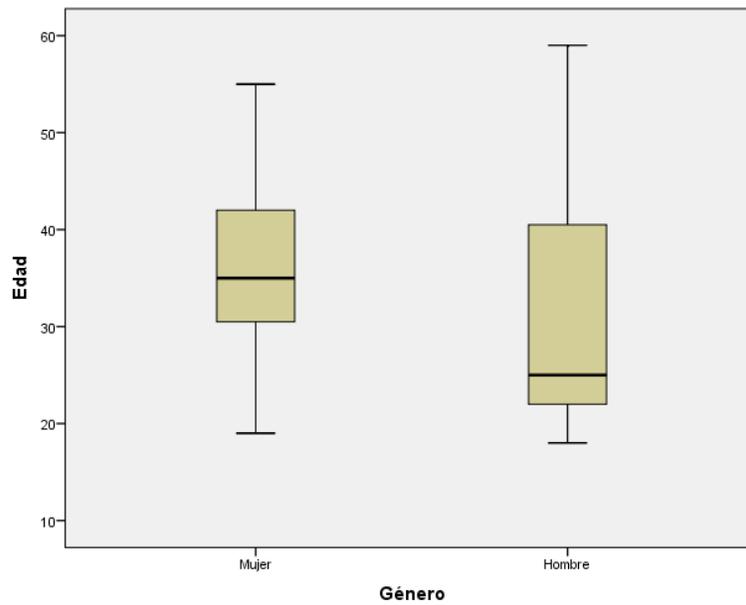
Con una escolaridad de secundaria 40% (24 pacientes), preparatoria 38.3% (23 pacientes), primaria 15.0% (9 pacientes) y licenciatura 6.7% (4 pacientes).

En torno al diagnóstico el total de la muestra cumplió criterios según DMS-IV TR para Esquizofrenia paranoide en un 88.3% (53) y para Esquizofrenia indiferenciada en un 11.7% (7).

En el área laboral se encontró pacientes con empleo 23.3% (14 pacientes), sin empleo 76.7% (46 pacientes).



Gráfica 1. Edad



Gráfica 2. Edad y Género

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SOLTERO	53	88.3
CASADO	3	5.0
DIVORCIADO	4	6.7
TOTAL	60	100.0

Tabla 3. Estado Civil

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PRIMARIA	9	15.0
SECUNDARIA	24	40.0
PREPARATORIA	23	38.3
LICENCIATURA	4	6.7
TOTAL	60	100.0

Tabla 4. Escolaridad

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	53	88.3
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	7	11.7
TOTAL	60	100.0

Tabla 5. Diagnóstico

<b>EMPLEO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	14	23.3
NO	46	76.7
TOTAL	60	100.0

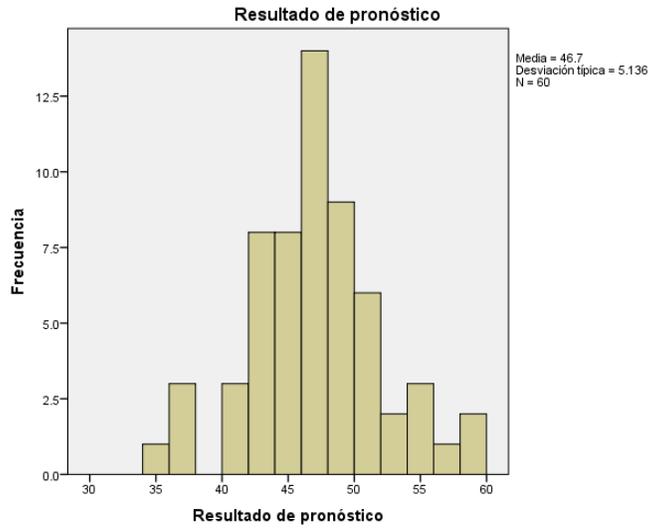
Tabla 6. Empleo

Resultados totales de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter que se aplicó a 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia; los datos estadísticos que se observan son una media de 46.70, una mediana de 47.00 y una moda de 47, con un puntaje mínimo de 35 y un puntaje máximo de 59.

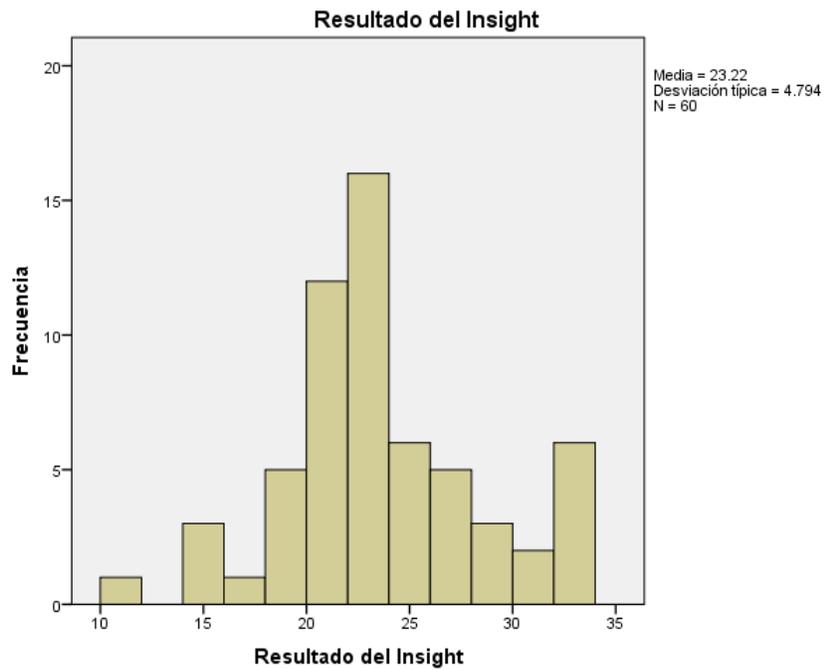
Resultados totales de la Escala de Insight Cognitivo de Beck que se aplicó a 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia; los datos estadísticos que se observan son una media de 23.22, una mediana de 23.00, una moda de 23, con un puntaje mínimo de 11 y un puntaje máximo de 33.

<b>ESTADÍSTICOS</b>	<b>RESULTADO DE ESCALA PRONÓSTICA</b>	<b>RESULTADO DE ESCALA DE INSIGHT COGNITIVO</b>
VALIDOS	60	60
MEDIA	46.70	23.22
MEDIANA	47.00	23.00
MODA	47	23
MINIMO	35	11
MAXIMO	59	33

Tabla 7. Media, Moda y Mediana de Escala de Insight Cognitivo de Beck y de Escala Pronóstica para Esquizofrenia de Strauss y Carpenter



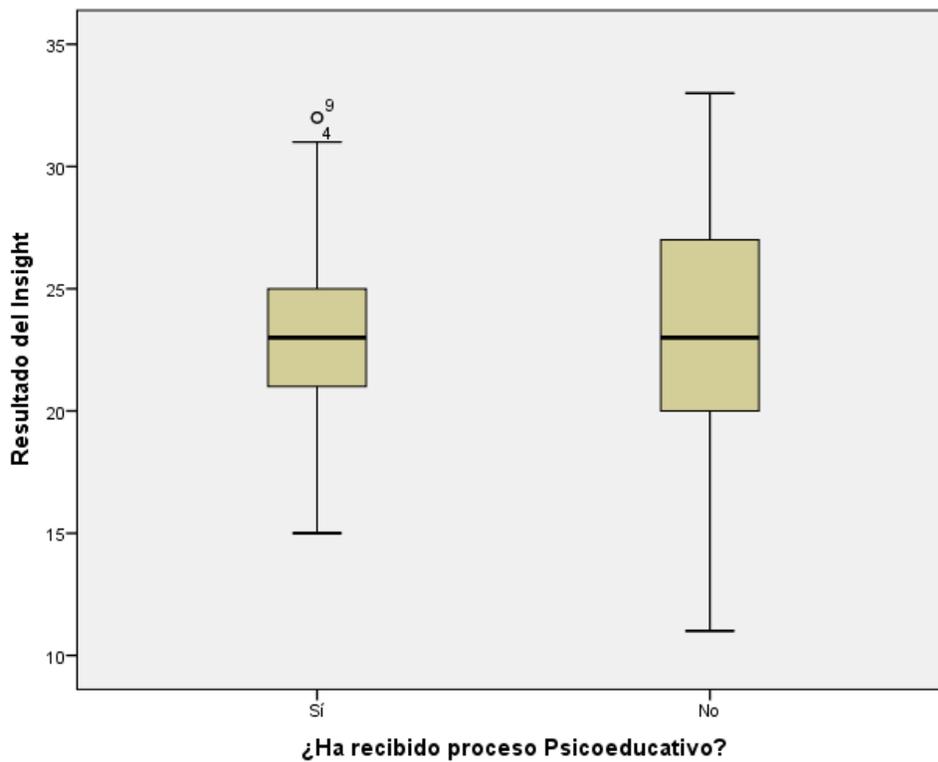
Gráfica 3. Resultado de Escala Pronóstica para Esquizofrenia de Strauss y Carpenter



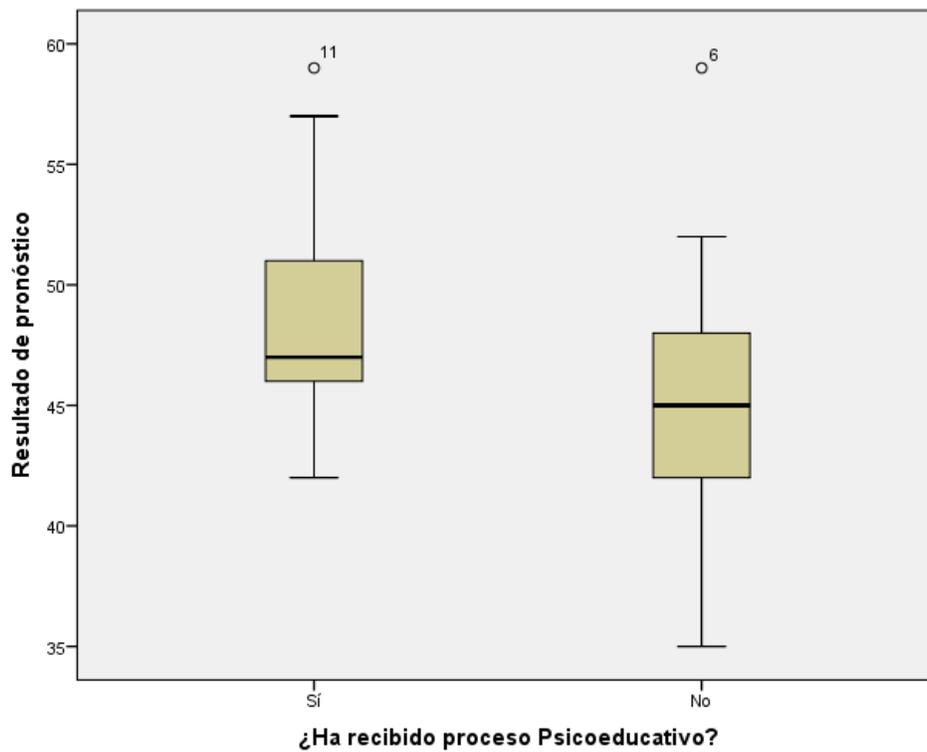
Gráfica 4. Resultado de Escala de Insight Cognitivo de Beck

Se correlacionó el grado de insight cognitivo en 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, grupo de 30 pacientes que han recibido psicoeducación, y otro grupo de 30 pacientes que no ha recibido psicoeducación. Observándose que en ambos grupos el resultado de insight cognitivo es similar en ambos grupos. Lo que indica que no hay relevancia en el insight cognitivo en cuanto a que los pacientes hayan tomado o no psicoeducación.

Gráfica 5. Correlación de Insight Cognitivo en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia



Correlación del pronóstico en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, en un grupo de 30 pacientes que ha recibido psicoeducativo y otro grupo de 30 pacientes que no ha recibido psicoeducativo. Observándose mejor pronóstico en pacientes que si han recibido psicoeducación, según la media del resultado de la escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter.



Gráfica 6. Correlación del pronóstico en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

## CORRELACIÓN DE INSIGHT COGNITIVO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Al correlacionar el insight cognitivo con el pronóstico, en una muestra de 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, sin importancia en el resultado; con una significancia de .346 y

una correlación de Pearson de .124, lo que indica que no se correlaciona el insight cognitivo con el pronóstico.

		RESULTADO DE PRONÓSTICO	RESULTADO DE INSIGHT COGNITIVO
	CORRELACIÓN DE PEARSON	1	.124
RESULTADO DE PRONÓSTICO	SIG (BILATERAL)		.346
	N	60	60
	CORRELACIÓN DE PEARSON	.124	1
RESULTADO DE INSIGHT COGNITIVO	SIG (BILATERAL)	.346	
	N	60	60

Tabla 8. Correlación de insight cognitivo y pronóstico en pacientes con Esquizofrenia

Se realizó prueba t de student para muestras independientes: resultado de pronóstico, resultado de insight cognitivo y PANSS total. Se compararon 60 pacientes con esquizofrenia, 30 que recibieron psicoeducación y 30 que no recibieron psicoeducación. Con significancia en el pronóstico y el resultado de PANSS total. Sin relevancia en el insight cognitivo.

Observándose que el grupo de pacientes que reciben psicoeducación cursan con menos sintomatología psicótica, y el pronóstico es mejor, que en aquellos pacientes que no reciben psicoeducación.

	<b>N</b>	<b>PSICOEDUCATIVO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>SIG (BILATERAL)</b>
PRONÓSTICO	30	SI	48.63	.003
PRONÓSTICO	30	NO	44.77	.003
INSIGHT COGNITIVO	30	SI	23.27	.936
INSIGHT COGNITIVO	30	NO	23.17	.936
PANSS TOTAL	30	SI	46.47	.013
PANSS TOTAL	30	NO	53.27	.013

Tabla 9: Comparación del insight cognitivo, pronóstico y severidad de sintomatología en pacientes con esquizofrenia.

Se realizó prueba t de student para muestras independientes: PANSS total, subescala positiva de PANSS, subescala negativa de PANSS, subescala general de PANSS. Se compararon 60 pacientes con esquizofrenia, 30 que recibieron psicoeducación y 30 que no recibieron psicoeducación. Con significancia en todas las muestras.

El grupo de pacientes con psicoeducación, cursa con menor sintomatología positiva, menor sintomatología negativa, menor puntaje en subescala general de PANSS. Traduciendo que los pacientes que reciben psicoeducación tienen mejor pronóstico que aquellos que no reciben psicoeducación.

	<b>N</b>	<b>PSICOEDUCATIVO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>SIG (BILATERAL)</b>
PANSS TOTAL	30	SI	46.47	.013
PANSS TOTAL	30	NO	53.27	.013
PANSS SUBESCALA POSITIVA	30	SI	9.33	.022
PANSS SUBESCALA POSITIVA	30	NO	11.00	.022
PANSS SUBESCALA NEGATIVA	30	SI	12.93	.026
PANSS SUBESCALA NEGATIVA	30	NO	15.03	.026
PANSS SUBESCALA GENERAL	30	SI	24.20	.021
PANSS SUBESCALA GENERAL	30	NO	27.23	.021

Tabla 10. Comparación de severidad de sintomatología en pacientes con Esquizofrenia

## V. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio era examinar la relación que existe entre el insight cognitivo, la severidad de los síntomas y el pronóstico en pacientes con esquizofrenia, y compararlo en aquellos pacientes que han recibido psicoeducación, de aquellos que no la han recibido; respondiendo a la pregunta ¿Mejora el pronóstico y el insight cognitivo de pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de Hospital Parcial de Día que han recibido psicoeducación en comparación con pacientes de la Consulta Externa que no la han recibido?

Los resultados obtenidos en esta investigación apoyan parcialmente lo propuesto en la hipótesis de este trabajo. Se observó que los pacientes con esquizofrenia que han recibido psicoeducación tienen menos severidad en la sintomatología medida por la escala PANSS, así como su pronóstico es mejor. Como se ha señalado en la literatura los resultados de investigaciones indican que a mayor severidad de sintomatología negativa y/o positiva el pronóstico empeora.

Cabe señalar que los pacientes que reciben psicoeducación, se encuentran en un modelo de Hospital Parcial de Día, donde se cuenta con intervenciones psicosociales como rehabilitación psicosocial, cognitiva, ocupacional y física, taller literario y psicodrama, entre otros, en el que integralmente apoyan al paciente y a su familia; y los objetivos están encaminados a reinsertar al paciente a la sociedad, por lo que esto contribuye a un mejor pronóstico.

Es importante mencionar que las personas con esquizofrenia comúnmente muestran falta de conciencia de enfermedad o dificultad para realizar juicios acerca de sus experiencias, dificultad para reconocer que tienen una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó en 1973 un estudio internacional multicéntrico, donde la falta de insight fue el síntoma más común: se encontró en el 97% de los casos de pacientes con esquizofrenia. (5).

En otro estudio más reciente se encontró que entre 50 y 80% de pacientes diagnosticados con esquizofrenia han mostrado falta de insight parcial o total. (28)

En este estudio se observó que la medida del insight cognitivo en ambos grupos es similar, puntuando baja tanto en pacientes que han recibido psicoeducación, como en aquellos que no la han recibido, sin correlacionarse con el pronóstico o con la severidad de los síntomas. Por lo que intervenciones psicosociales como la psicoeducación no contribuyen a mejorar el insight cognitivo. En contraste con un estudio citado en esta tesis donde se encontró que el insight es el mayor predictor para una actitud positiva a la adherencia, la necesidad de reforzar e incorporar una intervención psicosocial como la psicoeducación en la rutina clínica diaria para mejorar la adherencia y por lo tanto resultaría en un mejor resultado a largo plazo.

## **VI. CONCLUSIONES**

Los resultados de esta investigación se consideran relevantes ya que acentúan la importancia de intervenciones psicosociales, como la psicoeducación, en el tratamiento multidisciplinario de pacientes con Esquizofrenia, que se ha relacionado con mejor pronóstico.

Es importante señalar que en este estudio el insight cognitivo no difiere en pacientes en los que se realizan este tipo de intervenciones psicosociales, por lo que se concluye que lo adecuado es realizar futuros estudios con una muestra mayor de individuos para corroborar y dimensionar lo aportado en este estudio.

El emplear instrumentos como la Escala de Insight Cognitivo de Beck y la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter de rutina en los servicios encargados de la Rehabilitación de pacientes con Esquizofrenia nos ayudarían a llevar un mejor seguimiento de los pacientes con Esquizofrenia.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª edición. Lippincott Williams y Wilkins 2008; 467-469
- (2) Messias E, Chen E; Epidemiology of Schizophrenia: Review of findings and myths; Psychiatr Clin N Am, 2007; 30: 323-328
- (3) Renato D. Alarcón, Guido M, Humberto N, Psiquiatría 2ª edición. Organización Panamericana de la Salud 2005; 367-368
- (4) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM IV TR Masson 2002
- (5) Navarro M, Cardeño CA, Cano JF; Introspección en pacientes con psicosis, Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV/ No 1/ 2006
- (6) Sintés A, Insight clínico y metacognitivo en pacientes con un primer episodio psicótico, Tesis Doctoral, Barcelona, 2011
- (7) Gutierrez-Zotes JA. Valero J, Cortés María J, Labad A; Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos, Actas Españolas de Psiquiatría 2012; 40: 2-9
- (8) Aguglia E, Pascolo-Fabrizi E, Bertossi F; Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatry network; Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2007, 3:7
- (9) Prasko J, Vrbova K, Latalova K; Psychoeducation for psychotic patients; Biomed Pap Med Fac Univ Palcky Olomouc Czech Repub; 2011

- (10) Xia J, Merinder L; Psychoeducation for Schizophrenia; Schizophrenia bulletin 2011; 37: 21-22, 2011; Cochrane corner.
- (11) Valencia M; Manejo Psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Revista Salud Mental. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol 22. No 2, abril 1999
- (12) Valencia M., Saldibar G; Funcionamiento Psicosocial en Pacientes con Esquizofrenia: 30 meses de seguimiento comunitario. Revista Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 20, año 20, No 2, junio 1997; 28-37
- (13) Valencia M. Programa de Intervención Psicosocial para pacientes esquizofrénicos. Salud Mental. México. Número Especial. 1999; 128-136
- (14) Ahuir M, Bernardo M, de la Serna E, Adaptación y validación Española de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter; Rev. Psiquiatr Salud Ment (BARC.) 2009; 2 (4): 150-159
- (15) Siegel SJ, Irani F, Bresinger CM, Kohler CG, Bilker WB, Ragland JD, et al. Prognostic variables at intake and long term level of function in Schizophrenia; Am J. Psychiatry. 2006; 163: 433-41.
- (16) Ciompi L. Catamnestic long-term studies on the course of life of Schizophrenics. Schizopr Bull. 1980; 6: 606-18
- (17) Harris MJ, Jerte DV. Late-onset schizophrenia: An overview. Schizoph Bull. 1998; 14: 39-55

- (18) Howard R, Robins PV, Seeman MV, Late Onset Schizophrenia and very late schizophrenia-like psychosis an international consensus. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 172-8
- (19) Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in Schizophrenia. Five year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*. 1977; 34: 159-63
- (20) Lenior ME, Dingemans PM, Schene AH, Linszen DH. Predictor of the early 5-year course of schizophrenia: a path analysis. *Schizophr Bull*. 2005; 31: 781-91
- (21) Bernardo M, Fernández-Egea E, Torras A, Gutiérrez F, Ahuir M, Arango C. Adaptación y validación en castellano del Inventario para la Esquizofrenia Deficitaria. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129:91-3
- (22) Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992; 160; 850-60
- (23) David AS, Illness and insight. *Br J Hosp Med*. 1999; 175:210-6
- (24) World Health Organization. International pilot study of schizophrenia. 1973. Geneva: World Health Organization Press
- (25) Amador XF, Falum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:286-36
- (26) Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 122-5

- (27) Domínguez A, Markova I, Berrios G. Evaluación de la introspección en la psicosis. En: Balbuena A. editor. *Medición Clínica en psiquiatría y psicología*. Madrid, 200. P. 137-52
- (28) Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W; Correlates and long term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia bulletin* vol 33 no. 6 pp. 1324-1342, 2007
- (29) Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM; A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale; *Schizophrenia Research* 2004; 68: 319-329.
- (30) Moller HJ, Scharl W, Von Zerssen D. The Strauss-Carpenter Scale: Evaluation of its prognostic value for the 5-year outcome of schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatric Neurol Sci* 1984; 234:112-7
- (31) Wallwork RS, Fortgang R, Hashimoto R, Weinberger DR, Dickinson D, Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia; *Schizophrenia Research* 2012; 137: 246-250.
- (32) Herrera-Estrella M, Torner C, González G, Olivares M, Calzada JL, Guzmán I, et al. Estudio de la confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar la esquizofrenia; *Psiquis*, vol 2, num 2, 1993.
- (33) Fresán A, De la Fuente Sandoval, Loyzaga C, García Anaya M, Meyenberg N, Nicolini H, et al; A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the

Positive and Negative Syndrome Scales in Mexican schizophrenic patients;  
Schizophrenia Research 72 (2005) 123-129.

## ANEXO I

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (Usuario): \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**1. Propósito:** Le pedimos formar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo determinar la relación entre el insight cognitivo y el pronóstico en pacientes con trastornos mentales psicóticos.

**2. Procedimientos y duración:** Los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos diagnósticos. Si acepta participar en este taller, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:

Será entrevistado de manera breve por el entrevistador. Se le invitará a firmar este documento: EICB (Escala de Insight Cognitivo de Beck) y Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter, Escala PANSS

Los orientadores y consejeros que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación.

**3. Riesgos e incomodidades:** No tiene ningún riesgo al participar en esta investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en la salud mental (médico residente en Psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad

**4. Beneficios potenciales:** La participación en esta investigación solo le traerá beneficios a nivel personal, se le explicará brevemente lo que es el insight cognitivo y su posible relación con el pronóstico, se tomaran medidas pertinentes para el tratamiento oportuno.

**5. Derecho de retirarse de la investigación:** La participación en esta investigación es voluntaria, usted puede rehusarse a estar en el o a retirarse en cualquier momento.

**6. Confidencialidad:** Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. Esto

significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre, no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos, y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales, o desea informar acerca de un problema médico, que pueda estar relacionado con este estudio, a la médico residente Ivonne Moreno Sifuentes, comunicarse al cel: 0445532418448. También puede contactarnos vía mail [ivonnemrn@gmail.com](mailto:ivonnemrn@gmail.com)

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

FIRMA (USUARIO)

FIRMA TESTIGO

FIRMA INVESTIGADOR

## ANEXO II ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

### ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE:

NUMERO DE EXPEDIENTE

GENERO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

DIAGNÓSTICO: