



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**INSIGHT DE ENFERMEDAD MENTAL EN PACIENTES  
VARONES CON PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**DAISY JUAREZ MUÑOZ**

DIRECTORA: DRA. NAZIRA CALLEJA BELLO

REVISORA: DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

SINODALES

DRA. CLAUDIA MARGARITA RAFFUL LOERA

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Dedicatoria

*A todas las personas que de alguna forma contribuyeron para la realización de este trabajo.*

*Mi familia, amigos, compañeros, mentores, pacientes e instituciones.*

*Espero que este sea el comienzo de futuros aportes que pueda brindar a mi profesión.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	5
<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD MENTAL</b>	
1.1. Salud Mental	9
1.2. Proceso salud-enfermedad	10
1.3. Definición de Enfermedad mental	11
1.4. Trastornos mentales según la CIE-10	12
1.5. Epidemiología de los trastornos mentales en México	14
1.6. Impacto individual y social de la enfermedad mental en México	17
<b>CAPÍTULO 2. INSIGHT EN LA ENFERMEDAD MENTAL</b>	
2.1. Historia del concepto y definición	21
2.2. Modelos sobre el déficit de insight	25
2.3. Evaluación del insight	29
2.4. Estudios sobre el insight	34
2.5. Efectos del déficit de insight	43
<b>CAPÍTULO 3. ENTREVISTA Y EXAMEN MENTAL</b>	
3.1. Entrevista, definiciones y características	46
3.1.1. Tipos de entrevista	48
3.1.2. Ventajas y Desventajas de la entrevista	50
3.1.3. Confiabilidad y validez	51
3.2. Examen del estado mental	52
3.3. Consideraciones en la entrevista de pacientes con padecimiento psiquiátrico	59
<b>CAPÍTULO 4. MÉTODO</b>	
Justificación	60
Planteamiento del problema	61
Pregunta de investigación	62
Objetivo general	63
Objetivos específicos	63
Hipótesis	63

VARIABLES	64
Variables	64
Participantes	71
Instrumentos	72
Procedimiento	73
Tipo de estudio	76
Análisis de resultados	76
Consideraciones éticas	77
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS</b>	
Análisis descriptivo	78
1. Diagnóstico psiquiátrico y estancia hospitalaria	78
2. Funciones mentales superiores	79
3. Conductas de riesgo	81
Inferenciales	
Prueba de hipótesis	81
<b>CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN</b>	89
<b>CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES</b>	
Limitaciones	95
Aportaciones	96
<b>REFERENCIAS</b>	97
<b>ANEXOS</b>	112
1. Modelos del proceso Salud Enfermedad	113
2. Clasificación de los trastornos mentales, según la CIE-10	114
3. Evaluación del insight-consciencia e insight-orientación	116
4. Entrevista Semiestructurada del examen mental	118
5. Resultados de los análisis no paramétricos	120

## **Resumen**

---

El insight en la enfermedad mental se refiere a la correcta atribución de los pacientes hacia su enfermedad, consideración de los síntomas como patológicos, un mayor conocimiento de las implicaciones de la enfermedad y sus síntomas en la sociedad y la necesidad de tratamiento. Los pacientes con enfermedad mental son susceptibles de tener déficit de insight, dificultando el manejo, pronóstico y planificación terapéutica. Se realizó un estudio de campo ex post facto, transversal y correlacional con el objetivo de comparar los niveles de insight de enfermedad mental de pacientes con padecimiento psiquiátrico efectuada mediante dos métodos de evaluación y relacionar características sociodemográficas, de diagnóstico, estancia hospitalaria y funciones mentales superiores con el nivel de insight de enfermedad mental. Se evaluó a 300 pacientes varones hospitalizados en una institución psiquiátrica a partir de una entrevista semiestructurada y evaluación del estado mental. Se efectuaron análisis descriptivos y análisis inferenciales de la información obtenida de la cual se extrajeron los siguientes resultados: el nivel de insight fue bajo y estuvo relacionado con la actividad laboral, la religión, el nivel educativo, diagnóstico previo, motivos de ingreso, presencia de delirios, intentos suicidas, nivel de orientación sensorio-cognitiva y planeación a futuro. Se recomienda utilizar la definición de insight-consciencia como concepto para evaluar el insight.

*Palabras clave:* Insight, enfermedad mental, déficit de insight, varones, hospitalización, examen mental, funciones mentales superiores.

## ***Introducción***

---

En México, los trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de ansiedad se encuentran entre las diez principales causas de los años de vida asociados con discapacidad. (Lozano et al., 2013). En la enfermedad mental, donde los procesos cognitivos y afectivos están alterados, la persona podría tener déficit de insight, es decir dificultad para tener consciencia de padecer un trastorno mental, de sus síntomas, de necesitar un tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno.

El déficit de insight es un fenómeno frecuente en los pacientes con un trastorno psicótico. En el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud (1973) se observó que el 81% de 811 pacientes presentaban déficit de insight. En estudios con pacientes psicóticos no institucionalizados se ha hallado que 57% de los pacientes con esquizofrenia presenta un déficit moderado-grave de insight, 32% manifiesta una marcada alteración respecto a las consecuencias sociales de su enfermedad y 22% niega la necesidad o el beneficio de la medicación (Ruiz, Pousa, Duño, Crosas, Cuppa & Garcia 2008).

Este déficit de insight tiene costos materiales, emocionales, familiares y sociales; específicamente repercute en la adherencia al tratamiento, el pronóstico de la enfermedad, el funcionamiento social, la reducción de la productividad, la exclusión social y los costos económicos de atención (Amador et al., 1993; David et al., 1992; Heinrichs et al., 1985; Kane, 2007; Lang, et al., 2009; McEvoy et al., 1989).

Las recaídas también se tornan un evento frecuente en la vida de los pacientes con déficit de insight (Kane, 2007). Entre las consecuencias de las recaídas según Kane (2007) está la pérdida de logros laborales, pérdida de autoestima, peligro potencial para el mismo y otros, sobrecarga familiar y enajenación, costo de la atención médica, el padecimiento probablemente se torna más resistente al tratamiento, potenciales secuelas neurobiológicas, aumento del riesgo de suicida, menor calidad de vida y claras repercusiones en los cuidadores y las familias.

La falta de insight sobre las repercusiones de la enfermedad mental y la enfermedad en sí, es una complicación rutinaria a la que se enfrentan los clínicos en la salud mental, ya que una persona que no se considera enferma difícilmente seguirá el tratamiento médico o cualquier otra medida terapéutica, puede llegar a pensar que lo quieren perjudicar, lo engañan o que no necesita tratamiento (Amador, 2007).

Históricamente el termino insight ha sido utilizado para referir un estado mental que se infiere a partir de la respuesta (verbal y conductual) del paciente a su enfermedad. Actualmente el insight se entiende como un fenómeno multidimensional que incluye no solo la consciencia del paciente de sus síntomas o enfermedad, sino también una mayor elaboración, es decir, una correcta atribución, una consideración de los síntomas como patológicos, o un mayor conocimiento de los efectos de los síntomas o enfermedad en el individuo o en el contexto de su ambiente (Amador, Strauss, Yale y Groman, 1991; David, 1990; Markova y Berrios, 1992).

El estudio del insight ha sido desarrollado desde distintas perspectivas teóricas, desde psicodinámicas hasta neurológicas. En la investigación empírica, los estudios se han centrado en determinar la relación entre el nivel de insight y variables como la gravedad de la psicopatología, deterioro neuropsicológico, entre otras (Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott, & Gorman, 1993; Fennig, Everett y Bomet, 1996; McEvoy et al., 1989). Paralelamente se han desarrollado instrumentos de evaluación cada vez más sistematizados con el objetivo de adaptarse a nuevas condiciones y capturar las diferentes dimensiones del insight (Dominguez, Markova, Berrios, & Bulbena, 2000)

Este estudio surge a partir de la oportunidad de realizar servicio social y prácticas profesionales en un hospital psiquiátrico en el área de hospitalización sección hombres. La hospitalización en psiquiatría se especializa en atender condiciones psiquiátricas agudas, situaciones que conllevan riesgos para el paciente o para terceras personas. La estancia de los pacientes en el área de hospitalización prioriza el diagnóstico y estabilización del paciente; desestimando la importancia de la correcta evaluación del insight, el personal en psiquiatría llega a caer en el supuesto de que todos los pacientes cuentan con un nulo o bajo nivel de insight, repercutiendo en el manejo, pronóstico y planificación terapéutica del paciente.

El presente trabajo tiene como propósito brindar un panorama sobre este fenómeno mediante las variables exploradas en la entrevista y evaluación del estado mental en los pacientes con enfermedad mental de la sección de hombres, por lo que no será posible integrar al trabajo la perspectiva de género.

En el primer capítulo se parte del concepto de salud mental, enfatizando lo dinámico y cambiante de este proceso, se abordan distintas definiciones de enfermedad mental y su categorización basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10<sup>ma</sup> edición (OMS, 1994). Se revisa la epidemiología de la enfermedad mental en México y los Estados Unidos y por último las repercusiones tanto en el paciente, la familia y sociedad.

En el capítulo 2 se explica el concepto de insight en la enfermedad mental, la manera en que el insight pasó de ser una característica dicotómica que se posee o no, a un fenómeno continuo y multidimensional. Se abordan diversos modelos teóricos, que tratan de explicar el déficit de insight, la evaluación del insight y estudios sobre los efectos del insight. El capítulo termina con una revisión de los efectos del déficit de insight en la enfermedad mental.

El tercer capítulo hace una revisión de las principales características, confiabilidad y validez de la entrevista como instrumento de evaluación. Se revisa la evaluación del examen mental como parte de la entrevista y consideraciones prácticas en la entrevista con pacientes con padecimiento psiquiátrico.

El cuarto capítulo corresponde a la metodología; se precisa la justificación, plantamiento del problema, preguntas de investigación, los objetivos de la investigación, las hipótesis, la población de estudio, las variables y su definición; se describen los instrumentos, el procedimiento, el tipo de estudio, análisis de resultados y las consideraciones éticas. En el quinto capítulo se expone los resultados obtenidos, mediante análisis descriptivo y prueba de hipótesis. En el capítulo seis se revisa la discusión de los resultados; finalmente el capítulo siete corresponde a las conclusiones de este estudio.

# Capítulo 1

## Enfermedad mental

---

A lo largo de la historia, la enfermedad mental ha tenido diversos cambios conceptuales, que van desde las explicaciones sobrenaturales hasta las científico-rationales. Es una condición que altera el bienestar de las personas que lo padecen y de quienes las rodean. El presente capítulo presenta una breve descripción de las características implicadas en la enfermedad mental: la salud mental, el proceso salud-enfermedad mental, los trastornos mentales y su sistema de clasificación, su epidemiología y su impacto individual y social.

### **1.1. Salud Mental**

Al hablar de enfermedad mental necesariamente hay que referirse al concepto de salud mental. Ésta se define como un estado de bienestar y consciencia sobre la capacidad de enfrentar las tensiones diarias de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a la comunidad (OMS, 2013). La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona ya que influye en la manera en que un sujeto piensa, siente, actúa y reacciona. También determina cómo se enfrenta el estrés, las relaciones con las demás personas y la toma de decisiones.

Dubos (1975) menciona que la salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Esto es aplicable de igual manera a la salud mental ya que continuamente se sufre de alteraciones en el estilo de vida, lo que lleva a permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos. Así, se considera a un individuo mentalmente saludable a aquel capaz de relacionarse con su medio de manera fructífera, dúctil, constructiva y adaptativa, donde las percepciones de sí mismo y del entorno promueven el equilibrio cognitivo-afectivo, relaciones interpersonales sanas y un patrón de comportamiento funcional (Mebarak, Castro, Salamanca y Quintero, 2009).

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la

vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi, 1978).

No existe una línea divisoria rígida que separe a un individuo mentalmente sano de uno que no lo está. Existe diversos grados de salud o enfermedad mental pues nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental completa.

## **1.2. Proceso salud-enfermedad mental**

No existe una definición universal para el proceso salud-enfermedad, dado su carácter polisémico y multidimensional (López y Carvallo, 2009). La epidemiología lo concibe de manera dinámica y reconoce que el individuo pasa de un estado a otro, repetidamente a lo largo de su vida. En el ámbito de lo mental, este proceso expresa la dinámica y adaptación del ser humano ante los cambios y necesidades de lo social, biológico, psíquico que genera estabilidad o inestabilidad.

Los modelos que explican el proceso salud-enfermedad son diversos, debido a las diferentes explicaciones que se han dado sobre el significado de salud y enfermedad, dependen del nivel científico, tecnológico y de los patrones culturales predominantes de la época (Anexo 1).

La causa de la enfermedad mental aún es desconocida en gran medida, sin embargo, expertos en este tema consideran que es resultado de un conjunto complejo de determinantes biológicos, psicológicos y socioculturales (Halgin y Whitbourne, 2009). A continuación, se exponen algunos de los factores involucrados de cada tipo de determinantes.

**Determinantes biológicos:** balance anormal de neurotransmisores, herencia genética, condiciones médicas (infecciones), lesiones cerebrales, daño prenatal, abuso de sustancias, exposición a toxinas y mal nutrición.

**Determinantes psicológicos:** experiencias traumáticas o problemáticas en la vida (abuso emocional, físico o sexual, terrorismo, relación de pareja violenta, etc.), poca capacidad para relacionarse con los demás y pérdidas importantes.

Determinantes socioculturales: experiencias problemáticas en diversos círculos sociales del sujeto, expectativas sociales o culturales, perturbaciones en las relaciones íntimas, agitación política o social, discriminación hacia el propio grupo social, nivel socioeconómico (pobreza), trabajo, educación (bajo nivel educativo), situación de calle.

### **1.3. Definición de enfermedad mental**

Las enfermedades mentales son variadas, multicausales y con características distintas. Generalmente son manifestaciones de un estado alterado de los procesos de razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de las emociones, todas estas consideradas anormales dentro del grupo social de referencia de la persona que la padezca.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición define la enfermedad mental como un “síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significancia clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (American Psychiatric Association, 2014, p. 5). Además, especifica, que puede implicar estrés o discapacidad en los ámbitos sociales de la persona, respuestas culturalmente aceptables a eventos estresantes no son un trastorno mental y que un comportamiento socialmente extremista por si solo tampoco se considera como trastorno mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define los trastornos mentales como: “alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás” (p. 1). Esto provoca dificultad al sujeto para adaptarse a su entorno cultural y que crea una forma de malestar subjetivo.

La Clasificación Internacional de Enfermedades-10<sup>ma</sup> edición (CIE-10, OMS, 1994) utiliza el término “trastorno” para indicar la presencia de un comportamiento o grupo de síntomas en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Se resalta que los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales que no sean consecuencia de padecer un trastorno.

Bruno (1986) explica el trastorno mental como un estado patológico caracterizado por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada. Esta patología puede

tener un origen orgánico o funcional. Los trastornos mentales orgánicos tienen fundamentos biológicos; por ejemplo, bioquímica cerebral o lesión en su sistema nervioso central. Los trastornos mentales funcionales tienen una base psicológica, son resultado de conflictos emocionales o de una conducta aprendida.

En este estudio se considera a la enfermedad mental como una alteración orgánica o funcional que afecta las funciones mentales, relaciones sociales y el bienestar subjetivo. Se manifiesta en síntomas y signos que provocan dificultad al paciente para adaptarse en su ambiente cultural.

#### **1.4. Trastornos mentales según la CIE-10**

El establecimiento de criterios clínicos objetivos para definir los diferentes diagnósticos es una tarea que asociaciones en materia de salud mental como la CIE-10 se han dado a la tarea de elaborar. Esta clasificación cuenta con validez legal y científica reconocida; es un sistema multiaxial ampliamente establecido y utilizado internacionalmente para el diagnóstico de los trastornos mentales (OMS, 1994). Está construida por 3 ejes (diagnósticos clínicos, discapacidad social y factores ambientales) y 10 categorías diagnósticas que a su vez contienen diversas subclasificaciones correspondientes a los trastornos mentales.

A continuación se describen brevemente los trastornos mentales que padece la población de este estudio, con base en la clasificación de la CIE-10. Los trastornos contenidos aquí tienen especificaciones que los particularizan y se pueden revisar a profundidad en el Anexo 2.

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos (F00-F09)

Los trastornos mentales orgánicos en su mayoría comienzan en la edad adulta. Estos trastornos pueden ser atribuidos a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. En caso de los trastornos sintomáticos son secundarios a un trastorno o enfermedad sistémica extracerebral. Pueden llegar a ser irreversibles y progresivos o transitorios y responder a tratamientos específicos.

### Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10- F-19)

Esos trastornos son secundarios al consumo de una o varias sustancias psicotrópicas (alcohol, tabaco, cannabinoides, opiáceos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, disolventes, etc.). La gravedad puede ir desde la intoxicación o un consumo perjudicial hasta la manifestación de delirium o psicosis. El uso de otras sustancias psicótropas de manera patológica deberá ser clasificado como abuso de sustancias que no crean dependencia (F55).

### Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-F29)

Están caracterizados por una ruptura en la percepción de la realidad que bien puede producirse de forma brusca o de forma insidiosa, afectando las capacidades y habilidades psicosociales de la persona y distorsionando su propia identidad.

### Trastornos del humor (afectivos, F30-F39)

La principal alteración en estos trastornos está en la afectividad del sujeto que generalmente se encuentra en los extremos (depresión o euforia). Estas alteraciones se ven acompañadas de un nivel de vitalidad también en los extremos y, como consecuencia, el resto de los síntomas son resultantes de estos dos componentes (afectividad y vitalidad). La aparición de los trastornos suele estar relacionada con acontecimientos o situaciones estresantes y la edad no es un factor discriminante.

### Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F49)

La presencia de estrés psicológico es lo que define a este tipo de trastornos, además de la mezcla de síntomas como la ansiedad y depresión, aunque para el diagnóstico se toma en cuenta el síntoma predominante.

### Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69)

Se componen por alteraciones y modos de comportamiento con relevancia clínica por sí misma que representan desviaciones extremas, o significativas, del modo como el individuo percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás en una cultura determinada. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y

de dificultades de adaptación social. Se diferencian de los demás trastornos por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. La transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

### Retraso mental (F70)

Se trata de un trastorno definido por un desarrollo mental incompleto o detenido, que se caracteriza principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. La categoría diagnóstica (leve, moderada y grave) debe basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concreta.

## 1.5 Epidemiología de los trastornos mentales en México

El Atlas de Salud Mental publicado por la OMS en 2016 revela que, a nivel mundial, los trastornos mentales representan el 13% de la enfermedad en personas entre 15 y 35 años. En México, de acuerdo con un estudio realizado por Lozano et al. (2013), el trastorno por consumo de sustancias, los trastornos de ansiedad y el trastorno bipolar, se encuentran entre las diez principales causas de los años de vida asociados con discapacidad. La OMS a través de su Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo (2001) reportó que entre las quince principales causas de los años de vida saludable perdidos en México, se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas. Específicamente en México los últimos datos epidemiológicos sobre las enfermedades mentales disponibles corresponden al año 2003, obtenidos por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) forma parte de la iniciativa 2000 de la OMS en materia de salud mental en la que se describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica entre otras. Esta

encuesta utilizó un diseño probabilístico, en una población de más de 2500 habitantes de un rango de edad de 18 a 65 años (Medina-Mora et al., 2003).

Esta encuesta el 28.6% de la población mexicana presentó alguna vez en su vida algún trastorno mental. En general, los hombres presentan prevalencia globales más altas (30.4%) que las mujeres (27.1%). La edad promedio de inicio de cualquier trastorno mental se encuentra entre los primeros 25 años de edad, lo cual impacta directamente en la estabilidad económica y emocional de las personas que padecen los trastornos mentales.

En el estudio se agruparon 23 trastornos mentales en 4 grandes categorías: trastornos afectivos, de ansiedad, por uso de sustancias y cualquier otro trastorno mental. De acuerdo con esto, la ENEP (2003) informó que en la población mexicana el 9.1% ha presentado alguna vez en su vida un trastorno afectivo, 14.3% algún trastorno de ansiedad, 9.2% trastornos relacionados con sustancias y 28.6% algún otro trastorno. Con respecto al sexo el 30.4% de los hombres y el 27.1% de las mujeres han padecido en la vida algún trastorno mental.

De acuerdo con la ENEP (Medina-Mora et. al, 2003) la prevalencia de los trastornos afectivos con relación al sexo, las mujeres presentan con mayor frecuencia alguna vez en la vida los trastornos de depresión mayor, depresión menor y distimia con una prevalencia de 4.3%, 2.1% y 1.1% respectivamente. Mientras que la hipomanía (2.4%) y la manía en el trastorno bipolar (1.6 %) son los trastornos presentados con mayor frecuencia por los hombres. Dentro de los trastornos de ansiedad, en los hombres se observa una prevalencia de 1.9% para el trastorno de estrés postraumático, 0.7% la ansiedad generalizada, 4.0% fobia específica y 3.8% fobia social. Las mujeres presentan prevalencias mayores a las de los hombres, siendo la fobia específica (9.8%), la fobia social (5.4%) y la agorafobia sin trastorno de pánico (3.8%) las de mayor frecuencia. Con respecto a la prevalencia para cualquier trastorno por consumo de sustancias fue de 17.6% en hombres y 2.0% en mujeres, en particular 2.4% para consumo perjudicial de drogas y 0.0% en mujeres. Por último, en la categoría de cualquier otro trastorno mental, el trastorno disocial se presenta con mayor frecuencia en hombres, 10.3%; por el contrario, el trastorno de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa son más frecuentes en mujeres, 3.5% y 1.8% respectivamente.

Por otra parte, el trastorno disocial desafiante y opositor presento muy poca diferencia entre sexos.

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (S.A.P.) de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Gestión de Servicios, realiza un "Anuario Estadístico" desde 2010, cuyo objetivo principal es contar con información básica anual sobre los servicios y recursos de cada una de las unidades adscritas a los SAP. En la Tabla 1 se presenta información relevante y actualizada sobre las consultas externas que brindaron estas instituciones en el 2017.

Tabla 1

*Consulta externa de Psiquiatría por afección principal, 2017*

Afección principal	Porcentaje
F00-F09 T. Mentales orgánicos	5.53
F10-F19 T. Mentales debidos al consumo de sustancias	4.11
F20-F29 Esquizofrenia, T. Esquizotípico y de ideas delirantes	22.00
F30-F39 T. Del humor (afectivos)	27.14
F40-F49 T. Neuróticos y somatomorfos	18.54
F50-F59 T. Asociados a disfunciones fisiológicas	0.40
F60-F69 T. De la personalidad	7.07
F70-F79 Retraso mental	6.74
F80-F89 Del desarrollo psicológico	4.12
Otras	4.30
<b>Total</b>	100

**Nota.** Adaptado de SAP (2017).

Se observa que en población adulta los trastornos afectivos tienen más presencia en la consulta externa. En este grupo de padecimientos el 30.7% eran hombres que asistían a consulta subsecuente o por primera vez. Los siguientes con mayor prevalencia fueron la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico e ideas delirantes (22%) y los trastornos neuróticos y somatomorfos (18.5%).

El National Institute of Mental Health (NIMH) de los Estados Unidos, en 2017, estimó que 46.6 millones de adultos (18.9% de la población estadounidense) padecían alguna enfermedad mental (Tabla 2). Los trastornos con mayor prevalencia en población estadounidense fueron los de ansiedad (19.1%) seguidos por los trastornos de personalidad (9.1%). El padecimiento con menor prevalencia fue la esquizofrenia (0.64%).

Tabla 2  
*Prevalencia de enfermedades mentales en Estados Unidos*

Enfermedad	Prevalencia población adulta
Depresión mayor	7.1%
Trastorno de estrés postraumático	3.6%
Trastornos de ansiedad	19.1%
Trastorno bipolar	2.8%
Trastorno obsesivo compulsivo	1.2%
Esquizofrenia	0.6%
Trastornos de personalidad	10.5%

**Nota.** Adaptado de National Survey on Drug Use and Health 2017.

En México se requiere mayor conocimiento de la salud mental y su epidemiología. La información es insuficiente sobre el tema y su difusión es mínima; además, el acceso a dicha información es limitada. El poder contar con mejor información epidemiológica permitirá poder crear mejores planes de intervención y prevención especializados.

### 1.6 Impacto individual y social de la enfermedad mental en México

En virtud de la alta prevalencia de los trastornos mentales, el impacto sobre los individuos, familias y comunidades es alto. La OMS (2004) reportó que los costos van desde un nivel de atención sanitaria hasta costos emocionales (Tabla 3).

Tabla 3  
*La carga económica de los trastornos mentales*

	Costos de atención	Costos de productividad	Otros costos
Persona con enfermedad mental	Tratamiento y pago de servicios	Discapacidad laboral; pérdida de ingresos	Angustia/ Sufrimiento; efectos colaterales del tratamiento; suicidio
Familia y amigos	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	-
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y médica general	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; enfermedades no tratadas, necesidades no satisfechas, exclusión social.

**Nota.** Adaptada de OMS, 2004

La mortalidad derivada de padecer algún trastorno mental es baja; sin embargo, el comienzo, de estos ocurre en edades tempranas y los costos indirectos derivados son altos, por ejemplo, los costos de la atención, tratamiento, servicios o el valor del tiempo de los cuidadores familiares, así como el costo a nivel económico para la sociedad medido en la pérdida de productividad laboral (OMS, 2004).

Con respecto a la calidad de vida de las personas que padecen trastornos mentales, se ha encontrado que el impacto negativo es importante y prolongado (Burns et al., 1999), y que, aún en la recuperación, la calidad de vida sigue siendo afectada por factores como la discriminación, el estigma, y las necesidades básicas insatisfechas, tanto sociales como de funcionamiento.

En México el impacto específico de la enfermedad mental no está documentado. Sin embargo, diversos organismos gubernamentales reportan información que refleja la carga de este fenómeno en nuestro país.

La OMS (2010) reportó que los costos directos e indirectos de la salud mental a nivel mundial alcanzaron los \$2, 493,000 de dólares. Anualmente, el costo por país ronda entre el 2.5 y el 4.5% del PIB correspondiente (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión de México, 2018). En México el presupuesto designado a salud mental en 2017 fue de 2,586 millones de pesos lo que equivale al 2.2% del presupuesto de la Secretaría de Salud del cual 80% es designado a los hospitales psiquiátricos y el restante 20% a los establecimientos de primer nivel de atención (Méndez, 2017). En consecuencia, la detección temprana de la enfermedad mental es entorpecida debido a los escasos recursos con que se cuenta.

Los servicios que existen para el tratamiento de la salud mental están concentrados en las grandes urbes, dificultando el acceso a éste de las poblaciones rurales e indígenas distantes a estas ciudades. Además los recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogos, enfermeros), que trabajan en el sector público es reducido (OPS-OMS, 2011). Por tanto debido a la inequidad de acceso y a la desinformación, son pocos los mexicanos que pueden ejercer su derecho a la salud mental.

Sobre la situación social y emocional de las personas con enfermedad mental en México, la Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2003) las cataloga como un grupo en situación de vulnerabilidad y discriminación. A su vez, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en México (2003), considera a las personas con problemas de salud mental como un grupo en situación de discriminación.

En el ámbito laboral, en México el 20% de los establecimientos de salud mental tienen acuerdos con empresas privadas o instituciones públicas para que proporcionen trabajo a los pacientes con trastornos mentales graves. Además, se cuenta con disposiciones legislativas para contratar un determinado porcentaje de empleados discapacitados; sin embargo, aún son pocas las empresas o instituciones públicas que implementan esta política (OPS-OMS, 2011). Finalmente, del total de la población que recibe asistencia o apoyo financiero por parte del Estado, el 36% presenta alguna discapacidad generada por una enfermedad mental (OPS-OMS, 2011).

Con respecto al impacto en la familia del paciente, estudios como el de Mondragón (2018) y el de Saenz (2018) sobre el síndrome de carga del cuidador en los acompañantes de pacientes psiquiátricos, revelan una carga moderada entre su población de estudio, que se relaciona con el rol de cuidador y la carga emocional que implica el cuidado de un paciente con trastorno mental.

El impacto de las enfermedades mentales a nivel individual también se ve reflejado en la tasa de suicidios. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) reporta que en 2016 ocurrieron 6 291 suicidios. De 2013 y 2016, la tasa de suicidios en el país pasó de 4.9 a 5.1 casos por cada 100 mil habitantes. El INEGI (2018) relaciona los trastornos mentales y lesiones auto infligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones dentro de los principales factores de riesgo para el suicidio. En relación con la edad, las personas de entre 20 y 24 años son la tasa más alta de suicidio (INEGI, 2018). A su vez la ENEP (Medina-Mora et al., 2003) reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico en el 75% de los casos de intento de suicidio. Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) reportaron que el 85 %

de los adolescentes de la región metropolitana del Distrito Federal con un intento de suicidio tenían antecedentes de algún trastorno mental.

En conclusión, el impacto de la enfermedad mental en México se comporta de acuerdo con lo reportado en la literatura internacional, que incluye efectos a nivel social (costo económico, pérdida de población productiva, desigualdad de oportunidades e incremento en la tasa de suicidios) y en la esfera individual, como problemas para tener acceso a un trabajo, a salud de calidad y a alimentación y educación, así como sufrir discriminación, por mencionar algunos (OMS, 2004). La enfermedad mental en México es un tema con graves repercusiones, desatendido por el gobierno del país.

En este capítulo se revisó el concepto de salud mental y enfermedad mental como referencia de que como individuos nadie puede mantener durante toda la vida las condiciones de una salud mental completa. También se expusieron los diferentes sistemas de clasificación de los trastornos mentales, la epidemiología tanto de México como de los Estados Unidos y los costos individuales y sociales de la enfermedad mental. El siguiente capítulo pretende mostrar un breve panorama sobre que es el insight en la enfermedad mental, su estudio a lo largo de la historia, los modelos y métodos de evaluación su relación con diversas variables clínicas relacionadas con la enfermedad mental y los efectos del déficit de insight en pacientes con enfermedad mental.

## Capítulo 2

### Insight en la enfermedad mental

---

La palabra insight es un vocablo inglés que se refiere a la capacidad de tener una comprensión clara, profunda y, en ocasiones, repentina de un problema o situación (Cambridge Dictionary, 2018). En la enfermedad mental, donde los procesos cognitivos y afectivos están alterados, la persona podría tener dificultad para comprender de manera clara y profunda que sus vivencias, conductas o percepciones están alteradas y no corresponden a la realidad, produciéndole un malestar significativo a nivel personal, orgánico y social. Este capítulo hace una revisión histórica del concepto y definición del insight, sus modelos teóricos, tipos, su evaluación y etiología así como los efectos de un déficit de éste.

#### **2.1. Historia del concepto y definición**

En el ámbito de la psiquiatría y la psicología clínica, el término insight es intercambiable con vocablos como consciencia, introspección, autoconocimiento (Fernández, 2010; Lincoln, Lüllmann y Rief, 2008). Se trata de un constructo sin definición universal, pero que se utiliza para referirse a la comprensión que tiene un paciente de la naturaleza, causas y consecuencias de sus problemas mentales (Martínez, Moreno y Soriano, 2004).

Hasta principios del siglo XIX la “locura” se basaba en la presencia de delirios donde la falta de insight no era una variable, sino un parámetro para la definición de la enfermedad mental (Berrios, 1996). Durante el siglo XVIII el tema de consciencia de enfermedad fue planteado por los abogados, desde un punto de vista jurídico. En esta época, la psicosis era entendida como una “locura total”. A principios del siglo XIX nuevamente desde una perspectiva legal se cuestiona la visión de una “locura total” y se apoya la noción de “locura parcial”, que se refiere a periodos de “locura” con intervalos de lucidez (Nieto, 2012). Además del término “locura parcial”, a principios del siglo XIX hubo otro desarrollo importante para la historia del insight. Pinel, Prichard y Esquirol entre otros propusieron una definición de “locura” en términos de facultad psicológica, la cual a su vez hizo posible la creación de categorías como las de

“locura emocional y volitiva”, aunque posteriormente se dieron cuenta que estas no estaban relacionadas ya que pacientes con depresión severa, manía o abulia no reconocían estar enfermos (Berrios y Gili, 1995). La visión de “locura parcial” tuvo implicaciones importantes a futuro para el desarrollo del término insight, principalmente, porque se admitía la posibilidad de coexistencia de locura y cordura en la misma persona (Villagran y Luque, 2000).

A mediados del siglo XIX se incorporan algunos términos subjetivos al estudio del insight tales como: consciencia, autoconsciencia e introspección (Berrios, 1996). En este periodo también se comienza a cuestionar el valor clínico de la actitud de los pacientes ante su propia enfermedad mental y la importancia de entender la forma en la que estos experimentaban su enfermedad (Amador & Gorman, 1998). Esta creencia abrió el camino para el desarrollo de técnicas de entrevista y de preguntas científicas en cuanto al valor y legitimidad de la introspección (Lyons, 1986). El facilitador final para el desarrollo de una ciencia del insight fue la llegada del concepto “Verstehen” (entender, comprender) y, más tarde, el de autoconsciencia (Amador y David, 1998).

El término insight fue introducido en la psiquiatría occidental a finales del siglo XIX en trabajos como los de Henri Dagonet (1881), este autor estudiaba los efectos de la enfermedad mental sobre el autoconocimiento y propuso entender los trastornos relacionados con la consciencia, con base al estudio de los síntomas mentales en sí mismos. Para Dagonet una de las funciones de la consciencia era la detección del cambio; ésta captaba todos los fenómenos de la vida del sujeto y los confinaba en la memoria. Por consiguiente, sería capaz de sentir cualquier transformación de la misma causada por la enfermedad mental.

Aubrey Lewis (1934) en su artículo “The psychopathology of insight”, ofrece como definición de insight “La correcta actitud hacia los cambios mórbidos en sí mismo” (p. 110), es decir el conocimiento del cambio en uno mismo y el enjuiciamiento o valoración de tal cambio. El autor aclaró que el proceso de detección de la “enfermedad” por parte del paciente se puede dar con base en percepciones inmediatas por él mismo o por percepciones basadas en datos secundarios, es decir, construcciones externas al paciente expresadas por otros.

Karl Jaspers (1959) definió el insight como la capacidad del individuo para juzgar lo que pasa en la psicosis y las razones por las cuales esto está ocurriendo. Estos juicios dependían

de la inteligencia, la educación y de la personalidad. Señaló que tras “un periodo inicial de perplejidad frente a los síntomas de la psicosis, los pacientes intentan distanciarse de ellos, ya sea por evitación o indiferencia” (Jaspers, 1948 p. 3). En otras palabras, en la etapa temprana de la psicosis los pacientes están confundidos y desconcertados no saben qué hacer o pensar sobre su enfermedad, pero a medida que ésta progresa tratan encontrar sentido a sus experiencias mediante elaboraciones delirantes. Por consiguiente el autor distinguió entre la consciencia de estar enfermo (o de haber cambiado), pero sin involucrar el conjunto de los síntomas, ni las consecuencias o naturaleza de la enfermedad que son elementos propios de una noción de enfermedad. Para Jaspers la autoobservación de los pacientes era una de las fuentes más importantes de conocimiento de la vida psíquica, pretendía destacar, delimitar, diferenciar y describir los fenómenos mentales que vivían sus pacientes para que quedara plasmado lo que realmente sucedía en ellos, lo que verdaderamente vivenciaban y hacer énfasis en que toda esa información era obtenida directamente por su conciencia. “Se trata de ahondar en los síntomas tanto externos como subjetivos, los que se manifiestan en la intimidad del sujeto, que son los de mayor valor diagnóstico” (Jaspers, 1977, p. 30). Este autor fue de los primeros en reconocer la dificultad que suponía teorizar sobre el insight y hasta qué punto podía esperar el observador comprender las actitudes del paciente ante su enfermedad (Nieto, 2012).

La corriente psicoanalítica es parte de la línea histórica del insight, si bien no fue utilizado explícitamente por Freud en su obra, ha ido ganando un lugar importante en la literatura psicoanalítica (Valdivieso y Ramírez, 2002). En la terapia psicoanalítica se hacen conscientes los mecanismos inconscientes que subyacen a la psicopatología del paciente. Se pueden 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, el paciente obtiene el conocimiento a través de la transferencia (Birbin, 1954).

Con el paso del tiempo surgieron nuevas propuestas con el objetivo de tener una visión más consensuada sobre el entendimiento del insight. Se comenzó a concebir de manera categórica: como un síntoma más de la enfermedad mental que podía estar presente o ausente, pero no graduable. De esta postura surgen estudios como los de Eskey (1958) quien pretendía encontrar relación significativa entre el insight y el pronóstico, según la duración de

la hospitalización en pacientes psicóticos. Definió el insight como la expresión verbal del paciente sobre una alteración sobre su capacidad intelectual, evaluándolo como completo, parcial y nulo. Posteriormente Van Putten et al. (1976) definieron el insight como la expresión verbal del paciente sobre padecer o no una enfermedad emocional, evaluándolo como ausente o presente. Heinrichs, Cohen y Crpenter (1986) utilizan el término insight como una capacidad para predecir recaídas por parte del paciente, evaluando el insight como completo o ausente.

Entender el insight de manera categórica fue desestimado y criticado por su poca utilidad para la investigación (Nieto, 2012), dando paso a un enfoque continuo del insight, donde éste es visto como un fenómeno multidimensional y graduable. Entre los representantes que siguieron esta línea de investigación se encuentran Greenfeld, Strauss, Bower y Mandelkern. (1989); proponiendo un modelo multidimensional del insight, las dimensiones de su modelo se relacionaban con las especulaciones sobre las causas de la enfermedad mental, la existencia de la enfermedad misma, la vulnerabilidad de las recaídas, la valoración del tratamiento y su concepción de los síntomas. Mc Evoy et al. (1989) estudiaron el insight de manera continua, observaron que los pacientes pueden llegar a reconocer en los demás la enfermedad, sin embargo, no tiene la capacidad de reconocerla en sí mismos. Describen cómo algunos pacientes agudos poseen un insight conservado, es decir, a pesar del paso del tiempo y la condición de su enfermedad, su insight no se modifica; además, un episodio psicótico agudo remitido no necesariamente mejoraba el insight, pues el paciente nunca atribuiría su estado a una enfermedad mental (Mc Evoy, et al., 1989).

Posteriormente David (1990) utilizó una visión del insight de tres dimensiones distintas (pero que se sobreponían entre sí): 1) el reconocimiento de que uno tiene una enfermedad mental, 2) la capacidad para entender las experiencias psicóticas como anormales, y 3) la adherencia al tratamiento (la necesidad de la medicación y la percepción de los beneficios) Amador et al. (1991) propusieron un modelo de insight más complejo compuesto por: 1) la atribución general acerca de la enfermedad y la atribución específica acerca de los síntomas y sus consecuencias, 2) el conocimiento de los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad, 3) la formación del autoconcepto y 4) los mecanismos defensivos psicológicos. Estos autores también observaron que el nivel de insight no está relacionado con la gravedad

de la psicopatología y que, entre mayor déficit de insight, mayor probabilidad de tener escasa funcionalidad psicosocial. También distinguieron entre el conocimiento y la atribución retrospectiva de la enfermedad y síntomas (Amador et al., 1994).

Markova y Berrios (1992) proponen un modelo de insight como un autoconocimiento sobre el paciente respecto de sí mismo (cómo se encuentra), de su trastorno (lo que le pasa) y los efectos que la enfermedad provoca en su interacción con el mundo. Este concepto, implica la evaluación de datos cualitativos e incluye no solo la consciencia particular de la experiencia (enfermedad) sino también el juicio (opinión razonada). Además, postularon una división conceptual, la primera se refiere a un modelo unitario de insight, como una función mental homogénea versus un modelo multidimensional o multifactorial, donde se asume que es una función mental compleja con diversos componentes que si llegara a deteriorarse afectaría a distintas conductas, por lo que el término no debe ser evaluado como fenómeno aislado, sino en relación con algún fenómeno psicopatológico, es decir, deben estudiarse los procesos que pueden inducir este estado mental, enfatizando en la importancia del aspecto interactivo del insight.

Las conceptualizaciones actuales consideran a la conciencia de enfermedad como un fenómeno continuo y multidimensional, que incluye una conceptualización más elaborada de correcta atribución de los pacientes hacia su enfermedad (Amador et al., 1991), consideración de los síntomas como patológicos (David, 1990), y un mayor conocimiento de las implicaciones de la enfermedad y sus síntomas en la sociedad (Markova y Berrios, 1992). Se trata de un constructo complejo y no exento de ambigüedad, que genera controversias teóricas (Berrios y Markova, 2003).

## **2.2. Modelos sobre el déficit de insight**

Son diversas las hipótesis que han tratado de explicar el déficit de insight en la enfermedad mental, aunque el origen del déficit aún es desconocido destacan tres posturas: el modelo neuropsicológico, el modelo de defensa psicológica y el modelo clínico (Cuesta, Peralta y Zarzuela, 1994).

## Modelo neuropsicológico

Se explica el déficit de insight debido a un deterioro cognitivo secundario a anormalidades cerebrales (David, 1999; Lewis, 1934). Las similitudes sintomáticas del déficit de insight en la esquizofrenia y las observadas en la anosognosia, permitieron el desarrollo de este modelo (Amador et al., 1991). El término anosognosia se refiere a la falta de conciencia de otros síndromes neurológicos de un déficit neurológico específico y objetivamente evidente (afasia, traumatismo craneal, ceguera cortical, demencia, síndrome amnésico, etcétera). Babinski (1914) introdujo este término para describir la “negación” de problemas motores debido a la pérdida de capacidades intelectuales. Los pacientes con anosognosia tratan de explicar sus déficits por circunstancias ajenas a un trastorno similar a pacientes con padecimiento psiquiátrico que tienen déficit de insight (Amador, 1994). Sin embargo, Markova et al. (2003) señalaron que la anosognosia, al referirse a la inconsciencia de un problema neurológico específico, no se relaciona con el déficit de insight, ya que éste va más allá del reconocimiento de alguna anomalía pues el insight incluye la comprensión de lo que significa para el paciente el objeto del que es consciente.

Diversos estudios empíricos han buscado dar sustento a este modelo. Se ha examinado la relación entre la anatomía del cerebro y el déficit de insight. Antonius, et al. (2011) encontró una reducción de la densidad de materia gris y alteración en la materia blanca, principalmente en el corte del cíngulo posterior. Parallada et al. (2010) reportaron que la reducción inicial basal en la sustancia gris frontal y parietal en pacientes con primer episodio psicótico se asocia con peor insight de los síntomas psicóticos. Raij et al. (2012) encontraron evidencia de que las estructuras medias corticales y el cortex frontopolar están asociados a procesos relacionados con el insight en sujetos sanos y por tanto estarían entre las estructuras afectadas en pacientes esquizofrénicos con déficit de insight.

Se ha sugerido que las estructuras de la línea media cortical que se encargan de procesar la información de autorreferencia podría tener relación con el insight (Northoff y Bermophl, 2004). El proceso de autorreferencia se refiere a la capacidad de evaluar información como un adjetivo, puede aplicarse a uno mismo (Van der Meer, Costafreda, Aleman, y David, A.S., 2010).

Este modelo ha sido aceptado y ha recibido apoyo empírico. Sin embargo, es necesario, seguir explorando las bases neuropsicológicas y neurobiológicas (Amador et al. 1991) debido a que los estudios diseñados bajo éste aún presentan dificultades y datos controvertidos (Nieto, 2012)

### Modelo de defensa psicológica

En el modelo de defensa psicológica el déficit de insight se entiende como la negación de la enfermedad, como un mecanismo de defensa o como una estrategia de afrontamiento dirigida a la preservación de la integridad de la persona (Ghaemi y Rosenquist, 2004). Es decir, la falta de consciencia está causada por el propio paciente de manera más o menos “voluntaria”, motivada por la carga afectiva o negativa, y dolorosa asociada al admitir padecer una enfermedad. Este es el modelo más antiguo que pretende explicar el déficit de insight. Mayer-Gross (1920) hablaba de un déficit de la autoconciencia en la esquizofrenia como una defensa psicológica o estrategia adaptativa.

Weistein y Kahn (1955) sugieren que las personas tienen diferentes grados de motivación al negar la presencia de alguna incapacidad o enfermedad para autoprotegerse del sufrimiento consecuente al reconocimiento. Procesos mentales inconscientes o los mecanismos de defensa usados en la protección contra la angustia fue la explicación que estos autores dieron al déficit de insight. Sugieren también rasgos premórbidos de personalidad como la preocupación excesiva por las opiniones de otras, concebir a la enfermedad como debilidad y las ansias de perfección y éxito como predisponente al desarrollo de la negación.

Este modelo sugiere que las personas que utilizan como mecanismo de afrontamiento la negación sufren menor estrés y tienen mejor autoestima, aunque haya déficit de insight. Por lo contrario, quienes tienen mayor insight sufren más estrés. Varios estudios han observado mayor estrés, sintomatología depresiva (Mintz, Dobson y Romey, 2003), desesperanza, ansiedad (Lysaker y Salyers, 2007) y mayor riesgo de suicidio (Pompili, et al., 2007; Schwartz y Smith, 2004,) en pacientes con un mayor nivel de insight. Ya en la década de los setenta McGlashan y Carpenter (1976) encontraron relación entre la depresión postpsicótica y la

negación en pacientes con esquizofrenia, sugieren que la aceptación de sufrir experiencias psicóticas causa mayor vulnerabilidad al sufrir depresión.

Este modelo no ha sido muy utilizado principalmente por la dificultad de investigar de manera empírica sus posturas además de críticas en la diferente manera de entender y utilizar el término de negación (Nieto, 2012), ya que se ha observado que éste vocablo puede tener un significado general y otro más específico que al no diferenciarse pueden plantear problemas (McGlynn y Schacter, 1989). Sería pertinente elaborar estudios que enfatizen la relación entre el insight y los mecanismos de afrontamiento, también estudios longitudinales que aborden la relación del estrés y la sintomatología depresiva para descartar que la relación de estas variables sea solo casualidad.

### Modelo clínico

El déficit de insight es visto como parte de la manifestación psicopatología, ya sea como síntoma independiente o como una manifestación de síntomas positivos (exageración de las funciones normales) o negativos (disminución o pérdida de las funciones) (Nieto, 2012). Collins, Remington, Coulter y Birkett (1997) consideraron que un bajo insight proviene directamente del proceso de enfermar como un síntoma primario y básico, es decir, que es un proceso paralelo que acompaña la formación de los trastornos o está relacionado ligeramente con los síntomas psicóticos.

Markova y Berrios (1992) proponen un modelo jerárquico de formación del síntoma en el que el insight se considera un proceso omnipresente, es decir el insight se forma sobre la misma línea de la mayoría de síntomas. Estos autores parten del supuesto de que los síntomas son constructos conceptualizados por el paciente al identificar un cambio. En el momento en que el paciente tiene una señal de que algo está ocurriendo se le aporta un nivel de conocimiento (primer nivel de insight), la misma estructura del síntoma contendrá información sobre el insight mantenido por el paciente en relación con la experiencia. Posteriormente, el paciente obtiene un conocimiento consciente una vez que el síntoma existe como tal (segundo nivel de insight). El juicio de los efectos del síntoma (tercer nivel de insight) sobre el paciente, en sí mismo, en su funcionamiento y en sus relaciones con factores externos dependerá de las características individuales (inteligencia, cultura, experiencia,

etcétera). Todo esto bajo el matiz de que no todos los síntomas tienen el mismo peso sobre el grado de insight (por ejemplo, alucinaciones frente intento suicida) y que los síntomas y el insight repercuten el uno sobre el otro, es decir, que el grado de insight puede determinar la expresión de la enfermedad.

En conclusión los modelos sobre el déficit de insight pueden llegar a ser vistos como complementarios, las propuestas de cada modelo no son necesariamente excluyentes y todos tienen un papel importante en la comprensión del déficit de insight en la enfermedad mental.

### **2.3. Evaluación del insight**

La evaluación del insight se ha efectuado desde diversas perspectivas. En la clínica es imprescindible utilizar la entrevista para realizar una primera evaluación; en la investigación se utilizan instrumentos estandarizados para medir el insight. Los primeros estudios del insight, como se revisó anteriormente, se hacían mediante entrevista y elaboración de historias de casos donde se describían las creencias y valoraciones de los pacientes sobre su enfermedad. A continuación se revisan algunos de los instrumentos utilizados a lo largo de la historia del insight para evaluarlo.

#### **Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ)**

McEvoy et al. (1989) exploraron la relación entre la consciencia de estar enfermo y la necesidad de tratamiento en 52 pacientes con esquizofrenia en psicosis aguda. Se enfocaron en evaluar las actitudes o creencias del paciente sobre padecer un trastorno mental y a la necesidad de tratamiento. El ITAQ consiste en un entrevista semiestructurada de 11 reactivos valorados como 0 (sin insight), 1 (insight parcial) o 2 (insight completo). Las puntuaciones de 0-7 indica pobre insight, de 8-14, insight moderado y de 15-22, buen insight. En este estudio los autores concluyen que el mecanismo que explica el deterioro del insight de la esquizofrenia puede ser resistente al tratamiento con medicamentos neurolépticos.

#### **The Schedule of Assessment of Insight (SAI)**

David et al. (1992) desarrollaron la Escala de Evaluación del Insight (Schedule of assessment of insight SAI). El insight en esta escala se componía de tres dimensiones: 1) reconocimiento de padecer una enfermedad mental; 2) capacidad para identificar los síntomas

mentales como patológicos, y 3) la adhesión al tratamiento. Con el objetivo de explorar la consciencia de trastorno, la necesidad de tratamiento y la capacidad del paciente para considerar la opinión de otra persona. Los resultados de su investigación señalan relación entre el coeficiente intelectual y el cumplimiento al tratamiento y el reconocimiento de la enfermedad. La edad, el sexo, el diagnóstico y el número de ingresos hospitalarios anteriores tuvieron poco efecto. Sus resultados apoyaron la noción de que el insight no es un concepto unitario.

Posteriormente Kemp y David (1997) publicaron una versión ampliada (SAI-E) donde incluyeron reactivos relacionados a la consciencia al cambio, dificultades resultantes de padecer un trastorno mental y síntomas claves. Estos autores concluyen que el insight y el cumplimiento están íntimamente relacionados porque uno de los componentes del insight es el reconocimiento de la necesidad de tratamiento y de los beneficios del tratamiento.

### Insight Scale

Markorva y Berrios (2003) construyeron una escala autoaplicable de 30 reactivos con respuestas dicotómicas (sí, no) y una entrevista semiestructurada donde se evalúa la actitud sobre la hospitalización, la enfermedad mental, la percepción de estar enfermos, los cambios posibles en el yo, la percepción del entorno, el control sobre la situación vivida y el deseo de comprender la situación actual. Los ítems fueron elegidos dividiendo el concepto de insight en componentes que representaran aspectos relevantes en el autoconocimiento de la enfermedad del paciente. Mientras que la entrevista semiestructurada profundizaba en la exploración del insight y corroboraba la veracidad de las respuestas obtenidas en la escala de autoaplicación.

Su población fue de 43 pacientes divididos en dos grupos. Las preguntas pertenecientes a los grupos A (perspectiva positiva) y B (percepción negativa) se analizaron por separado mediante el análisis factorial. El Grupo A arrojó cinco factores, que explicaron el 63.5% de la varianza. El grupo A arrojó un alfa estandarizado = 0.71 y el grupo B un alfa = 0.55 (Tabla 4).

Tabla 4

*Factores de Insight Scale del Grupo A y del Grupo B (con porcentaje de varianza explicada)*

Grupo A (perspectiva positiva)	Grupo B (percepción negativa)
Factor 1 (23% de varianza). Sus elementos se relacionan con la percepción de estar enfermo y con la conciencia de los cambios que ocurren dentro del yo. También reconocimiento de que otras personas reconocen un cambio en el paciente.	Factor 1 (28.3% de la varianza). Se relaciona con la percepción de estar enfermo y también con las actitudes hacia la enfermedad mental en general.
Factor 2 (12.4% de la varianza). Relaciona con reconocimiento de los pacientes de los procesos de pensamiento que se ven afectados por la enfermedad	Factor 2 (19.1% de la varianza). Refiere a la percepción de los cambios en el entorno y puede indicar un pensamiento delirante.
Factor 3 (10.1% de la varianza). Relaciona la conciencia de los pacientes sobre los cambios dentro de ellos y el reflejo de tales cambios en su interacción con su entorno.	Factor 3 (16.2% de varianza). Refiere a las actitudes hacia la hospitalización. Confiabilidad
Factor 4 (9.3% de la varianza). Refleja la conciencia general de los cambios dentro de uno mismo y las dificultades resultantes en el funcionamiento.	
Factor 5 (8.7% de varianza). Relaciona el reconocimiento del autocambio y la necesidad de ayuda.	

Vanelli et al. (2010) han validado esta escala en población portuguesa obteniendo buena consistencia interna y fiabilidad test-retest. Señalan que es una escala de fácil aplicación y comprensión para los pacientes, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

#### A Self-report Insight Scale for Psychosis (SISP)

Se trata de una escala de auto-reporte constituida por 8 reactivos creada por Birchwood, et al. (1994) con la finalidad de ser un instrumento rápido y autoaplicable. Evalúa dimensiones del insight como: conciencia de trastorno, de la necesidad de medicación y el reconocimiento de los síntomas psicóticos como experiencias patológicas. Un buen nivel de insight era indicado por puntuaciones altas. Para determinar la confiabilidad y validez, se reclutaron distintos grupos de sujetos en diferentes etapas del estudio. Los grupos fueron: una muestra de 30 pacientes agudos, muestra de 36 pacientes en psicosis crónica, muestra de validez

concurrente conformada por 37 pacientes y una muestra de confiabilidad test-retest de 20 pacientes. Se realizó un análisis factorial utilizando el método de componentes principales con puntajes de sub-escala utilizados como elementos en el análisis donde se extrajo un factor que representó el 60% de la varianza, alfa de Crombach fue de 0.75. Los autores concluyen que en efecto se trata de una escala rápida y aceptable que puede tener aplicación en investigaciones de cuidados agudos, terapia cognitiva de síntomas psicóticos y como un método para aumentar los juicios clínicos de percepción.

### Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)

En esta escala Beck et al. (2004) proponen la evaluación del insight cognitivo, comparado con el insight puramente clínico en el que se enfatizan los síntomas para el diagnóstico y tratamiento, en el insight cognitivo se enfatiza la capacidad de auto-reflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la reevaluación continua de interpretaciones inadecuadas. El déficit de insight se produciría por: 1) fallo de la objetividad; 2) pérdida de la habilidad para poner en perspectiva la objetividad; 3) resistencia a corregir información a partir de otras opiniones y 4) exceso de confianza en las conclusiones. Con base en esta visión diseñaron la escala BCIS, se trata de una medida de autorregistro de 15 reactivos que calcula como los pacientes evalúan su propio juicio. Consta de dos dimensiones Auto-Reflexión (R) (9 reactivos) y Auto-Certeza (C) (6 reactivos). Se obtiene un Índice Compuesto de Insight Cognitivo (resta de auto-certeza a autor-reflexión). Su formato de respuesta está compuesto con cuatro opciones tipo Likert: nada de acuerdo (0), un poco de acuerdo (1), bastante de acuerdo (2) y totalmente de acuerdo (3). La consistencia interna de cada dimensión de la escala fue de 0.68 para la dimensión de Auto-Reflexión y 0.60 para la dimensión de Auto-Certeza.

Cabe mencionar que Beck et al. (2004) enfatizan en el insight intelectual en contraposición al insight emocional, ya que este último implica una comprensión suficiente de creencias disfuncionales, la afectividad asociada y las consecuencias conductuales de estas creencias, para así poder modificarlas; el insight intelectual limita al sujeto a la comprensión de los síntomas pero sin experimentar un cambio en el sistema delirante. Sin embargo, Beck y colaboradores (2004), en su modelo teórico y empírico del insight cognitivo plantean que ambos constructos, insight clínico y cognitivo, se complementan, ya que los pacientes con

mayor insight cognitivo tienden a tener vidas más independientes, y menos síntomas (Garay, Pousa y Pérez, 2014).

### Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)

Amador et al. (1993), realizaron una escala con formato de una entrevista semiestructurada basada en 5 supuestos teóricos: a) el insight es un fenómeno complejo compuesto de dimensiones; b) está influido por factores culturales, c) es una dimensión continua y no dicotómica; d) el nivel de insight varía junto con las 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 escala SUMD se compone de tres ítems generales: la consciencia de tener un trastorno mental, la consciencia de los efectos de la medicación y la consciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental, y de 17 reactivos para síntomas específicos, de cada uno de estos se evaluaba la consciencia y la atribución que el paciente realizaba de él mismo. Esta escala distingue entre consciencia y atribución de los síntomas, también permite valorar la diferencia entre consciencia presente y pasada de cada uno de ellos. Se puntúa en un rango de 1 a 5, puntuaciones más altas indican mayor déficit de insight. Los resultados de su escala correlacionan el déficit de insight con una pobre adherencia al tratamiento médico. Hubo correlación moderada entre el curso de la enfermedad, la edad de inicio, el número de hospitalizaciones y el nivel de insight. El nivel de educación no se asoció con el nivel de insight mientras que la depresión y el insight correlacionaron positivamente.

### Adaptaciones al español

De las escalas anteriormente revisadas solo BCIS, SUMD e Insight Scale han sido traducidas y adaptadas para población hispanohablante (Tabla 5)

Tabla 5  
*Escalas para evaluar el insight adaptadas a población hispanohablante*

Escala y muestra	Resultados	Autores de la adaptación
Markova and Berrios Insight Scale 170 pacientes psicóticos SUMD	Coeficiente de alfa de Cronbach para toda la escala fue de 0.824. Confiabilidad test-retest 0.85 con un intervalo de confianza del 95% de 0.586 a 0.956.	Nieto, Ruiz, Blas-Navarro, Pousa, Cobo, Cuppa & Obiols, (2012)
32 pacientes con trastornos esquizofrénico y esquizoafectivo BCIS	Validez interna: Coeficiente de correlación intraclase 0.70. La validez externa, medida a través de la convergencia con el reactivo 12 del PANSS, da resultados parciales	Ruiz, Pousa, Duñó, Crosas, J., Cuppa, & García-Ribera, (2008)
129 pacientes esquizofrénicos	El análisis de componentes principales semejantes a la original: auto-reflexión (consistencia interna = 0.59) y auto-certeza (consistencia interna = 0.62) con similar confiabilidad a la versión americana. Confiabilidad test-retest: coeficientes de correlación fueron de 0.69 a 0.72.	Gutiérrez-Zotes, Valero, Cortés, Labad, Ochoa, Ahuir, M.,... Salamero, (2012)

**Nota.** Adaptado de Gutiérrez-Zotes et al. 2012; Nieto et al. 2012; Ruiz et al. 2008

A lo largo de la historia del estudio del insight han surgido diversas formas de estudiarlo y evaluarlo. Sin embargo, la falta de consenso en su definición constituye un gran problema al momento de comparar resultados de los diferentes instrumentos. Todos los autores de los instrumentos coinciden en que la complejidad del insight se ve reflejada en las múltiples variables a considerar en el momento de evaluarlo. Además, es importante tomar en cuenta el efecto que pueden tener las actitudes del clínico, su formación teórica y su experiencia al evaluar el insight (Markova y Berrios, 1995).

## 2.4 Estudios sobre el insight

El estudio del insight ha dado pie a diversas investigaciones empíricas que determinan el papel de variables clínicas en el déficit de insight en la enfermedad mental, entre ellas; la relación entre la psicopatología psicótica (Amador, et al., 1994; Collins, et al., 1997; David et al., 1992), la cognición (Cuesta y Peralta, 1994; David et al., 1992; Síntes, 2011) y las características del paciente (Amador et al., 1993). A continuación, dada la finalidad del presente estudio, se precisará en la relación entre las características demográficas,

diagnóstico y estancia hospitalaria, alteraciones en las funciones mentales superiores, conductas de riesgo del paciente y el insight.

### Insight y características demográficas

Diversos autores han examinado dentro de sus estudios la relación entre el insight y las características demográficas de los pacientes, tales como la edad del paciente (Beck et al., 2004; Navarro, et. al., 2006; Markova y Berrios, 1992), el estado civil (Aguilar, 2016; Lang, et al., 2003), la religión (Doering et al. 1998; Mohr y Huguelet, 2004), el nivel educativo (García, Alfaro, Rodríguez y Sánchez, 2011; Quintanilla, Haro, Vega, González, y Ramírez, 2004) y la situación laboral (Mur y Maqueda, 2011; OMS, 2017).

Respecto de la edad y su relación con el insight, Vaz, Bejar y Casado (2002), Amador y Gorman (1998) reportaron una moderada relación entre la edad de inicio del tratamiento de la enfermedad mental y un escaso nivel de insight. Kim, Sakamoto, Kamo, Sakamura y Miyaoka (1997) reportaron menos insight en personas que padecieron un trastorno mental a mayor edad. Lang et al. (2003) refieren que los pacientes más jóvenes mostraron puntuaciones significativamente mayores de insight que los pacientes de mayor edad. Sin embargo, Beck et al. (2004), Markova y Berrios (1992) y Navarro et al. (2006), no encontraron relación entre la edad y el nivel de insight.

Lang et al. (2003), reportaron que el estado civil o el poseer un confidente íntimo fue un factor discriminativo, los pacientes casados o en unión libre presentaban un insight moderado y los pacientes viudos o sin pareja mostraron un pobre insight y los pacientes con “muy pobre insight” generalmente no poseían confidentes íntimos. Fennig et al., (1996) también encontraron que el insight correlaciona con estar casado. Esto podría deberse a que una pareja significa una red de apoyo que protege socialmente a los pacientes, evitando o disminuyendo los riesgos de exclusión social y, por ende, el empeoramiento de su salud (Aguilar, 2016). Sin embargo, estudios como el de Dolores (2009), Turpo (2018) y Tizon (1980) no encontraron relación entre el insight y el estado civil de los pacientes.

No se encontraron estudios que informen la relación del nivel de insight en la enfermedad mental y el trabajo. Sin embargo Mc Glashan (1981 citado en García, 2015) en su estudio de la actitud hacia la enfermedad encontró que una actitud realista se correlacionó con una

mayor deseabilidad de empleo y un mejor funcionamiento social. Mur y Maqueda (2011) señalan que contar con un empleo protege la salud mental, ya que contribuye a mejorar la autoestima, las relaciones sociales, la salud, da sentido a la propia existencia y brinda estatus socioeconómico; también recalcan que los pacientes con esquizofrenia que pueden mantener su empleo muestran menor nivel de ansiedad y mayor nivel de iniciativa y de actividad. De acuerdo con la OMS (2017), el trabajo es beneficioso para la salud mental y estar desempleado constituye un factor de riesgo para problemas mentales, así como una barrera para la integración social del paciente mental y para su recuperación. También Agüero (2010) menciona que no sólo están en juego aquí las consecuencias económicas que la desocupación puede acarrear, sino que queda planteado el impacto subjetivo del desempleo, ya que confronta con la desaparición del vínculo social.

Existe poca investigación respecto del papel de la religión en las enfermedades mentales. De acuerdo con Doering et al. (1998), la religión puede significar estrés, generar situaciones emocionales intensas y experiencias inquietantes. Mohr y Huguelet (2004) expusieron que la imaginaria religiosa con frecuencia desafía las creencias comunes de lo que es realista y natural en el mundo; en consecuencia, experimentar la religiosidad de manera intensa puede desencadenar episodios psicóticos en las personas que son vulnerables "... la religión a menudo requiere que el creyente suspenda su idea habitual de lo que es posible e imposible..." (Mohr y Huguelet, 2004, p. 370). La religión también puede impactar en la adherencia al tratamiento, dependiendo de la radicalidad de la filosofía religiosa que profese el paciente. Borrás et al. (2007) en una muestra de más de cien pacientes con esquizofrenia encontraron que la falta de adherencia parcial o total determinada por fármacos en sangre era del 32%, manifestaron que sus creencias religiosas se oponían a la toma de psicofármacos. En el total de la muestra el 57% de los enfermos consideraban que su enfermedad estaba influida por sus creencias espirituales, 31% de forma positiva y el 26% de forma negativa. Mitchell y Romans (2003) en una muestra de pacientes con trastorno bipolar hallaron que el 78% manifestaba fuertes convicciones religiosas y en su mayoría eran practicantes. Reportan que los pacientes relacionaban su enfermedad con sus creencias; donde la quinta parte sufría algún tipo de conflicto entre las creencias y las recomendaciones del médico. No obstante, la religión puede constituir un factor protector en los pacientes psiquiátricos, debido a que puede brindarles una red de apoyo social y generar pautas de conducta que los aleje del consumo

de sustancias y de otras conductas de riesgo (González, 2004). No se encontró información que evalué el nivel de insight y el tener o no religión.

En la enfermedad mental, un alto nivel educativo es un factor protector debido a que aumenta las oportunidades para el individuo, tiene influencia en la autoestima, en las aspiraciones y en las habilidades de afrontamiento, que pueden motivarlo para generar nuevas aptitudes y comportamientos (García, Alfaro, Rodríguez y Sánchez, 2011). De la Cruz, Feu y Vizuete, M. (2013) estudiaron el nivel educativo alcanzado con el bienestar emocional y la salud mental de 29,478 personas con nacionalidad española, encontraron que un nivel educativo bajo se asocia con peor salud mental, valoración mala o muy mala de la salud, menor apoyo social y sedentarismo. A su vez la escolaridad puede promover la búsqueda de atención por profesionales especializados en el problema que se padece, por ejemplo, en la enfermedad mental buscar la intervención de un psicólogo o psiquiatra (Quintanilla, Haro, Vega, González, y Ramírez, 2004). A su vez, las personas con mayor escolaridad muestran una mayor adherencia al tratamiento, se interesan más por recibir o investigar sobre las características de su enfermedad y del tratamiento (García et al., 2011). Menor nivel educativo estaría relacionado con menor poder de decisión del paciente, con una actitud pasiva frente al personal médico, sin generar preguntas o indagar sobre su tratamiento. Sin embargo Amador, et al. (1993), en su creación de la escala SUMD el nivel de educación no se asoció con el nivel de insight.

### Insight, diagnóstico y estancia hospitalaria

El estudio del insight se ha desarrollado principalmente en padecimientos psicóticos aunque es importante recordar que este fenómeno también se presenta en diversas patologías de índole mental. Por ejemplo, en los trastornos del ánimo, específicamente en el trastorno bipolar Ríos et al. (2015) midieron el grado de consciencia de enfermedad en 38 pacientes bipolares en eutimia, los resultados revelaron que un 47% de la muestra presentaba algún grado de compromiso de consciencia de enfermedad. Los autores explicaron que el nivel de insight es mayor cuando remiten los síntomas anímicos y el paciente regresa a la eutimia, mientras si se encuentra en una fase maniaca el deterioro en el insight es más evidente, el cual se relaciona con un pobre funcionamiento global, mayor severidad en la presentación de fenómenos psicopatológicos y menor adherencia al tratamiento (Ríos et al.,

2015). Por su parte Fenning et al. (1996) encontraron que el insight en pacientes con esquizofrenia era menor que las personas que padecían trastorno bipolar, depresión mayor u otros trastornos psicóticos. En contraparte Amador et al. (1994) señalaron que las dimensiones del insight de los pacientes con trastorno bipolar eran más bajas al compararlos con los de otros grupos diagnósticos.

En la esquizofrenia diversos estudios (Carpenter, Strauss y Bartko 1973; David et al. 1992; Fennig, Everett & Bomet 1996;) relacionaron un bajo nivel de insight con el diagnóstico de esquizofrenia y con los trastornos orgánicos. Por ejemplo, Carpenter et al. (1973) demostraron que el 81% del total de los pacientes con esquizofrenia en su estudio carecían de insight. Morgan y David (2004) encontraron que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia mostraban un nivel bajo de insight, de IQ y de memoria. Se presume que requiere un nivel de IQ alto para la elaboración de juicios complejos que conlleven a la autorreflexión y a la identificación de experiencias ambiguas o inusuales. El diagnóstico de esquizofrenia está altamente relacionado con deficiencias, por lo que puede ser un factor asociado con el insight (Alemán, Agrawal, Morgan y David, 2004). En la esquizofrenia hay otras deficiencias cognitivas que podrían no favorecer el insight, como el déficit de funciones ejecutivas y la atención. Medalia, Thysen y Freilich (2008), al desarrollar una escala para evaluar el insight en déficits cognitivos, encontraron que el 52% no tenía consciencia de sus déficits cognitivos y muchos menos podían atribuirlo a una enfermedad mental.

El bajo insight en los trastornos por consumo de sustancias puede deberse al factor adicción, que tiene un componente neurobiológico (circuito de recompensa autogratificante). Las adicciones causan neuro degeneración (Crews y Boettiger, 2009) y trastornos de los circuitos neuronales, principalmente del lóbulo prefrontal (George, Mandyam, Wee et al., 2008); éstos deterioran la racionalidad, el comportamiento ético y el control inhibitorio de impulsos agresivos, lo cual impacta el proceso de insight, ya que se requiere razonar sobre el motivo de los síntomas, la necesidad del tratamiento y las consecuencias sociales del padecimiento. Los pacientes con trastorno de consumo no se sienten parte de la comunidad psiquiátrica, comprenden que el consumo de sustancias es incorrecto y, en ocasiones, dañino para su salud, pero, al no sentir malestar, no se perciben enfermos y pasan por alto la incapacidad para contenerse, el síndrome de abstinencia y el deterioro psicoorgánico cerebral

(Nizama, 2015). Esto puede deberse a una disfunción neuronal en regiones que regulan la interocepción (sentir malestar en los órganos internos), el monitoreo del comportamiento, la auto-evaluación y la formación de hábitos. Sin embargo, la evidencia empírica de dicho deterioro es aún escasa (Goldstein y Volkow, 2002).

En la literatura la relación entre insight e impresión clínica global aún es poca. Los estudios presentan en este sentido resultados inconsistentes. Amador et al. (1991), por ejemplo, señalaron cómo la mayoría de los estudios realizados nunca han examinado la asociación entre psicopatología y nivel de insight.

Con respecto a la estancia hospitalaria de los pacientes con enfermedad mental, Saracco (2006) reporta que en la hospitalización el insight de los pacientes internados cambia, sin embargo este cambio estaría influenciado por otros factores, como los administrativos cuyo objetivo es el control agudo del cuadro y no el insight. Van Os, et al. (1996) estudiaron 166 pacientes con primer episodio psicótico en el que observaron que la falta inicial de insight fue predictiva del tiempo de estancia en el hospital. Lang et al. (2003) no encontraron relación significativa del insight con el tiempo y la duración en los servicios hospitalarios; sin embargo, reportaron que los pacientes con un insight pobre tendieron a reingresar al menos una vez a lo largo de su estudio. El número de internamiento se relaciona con recaídas y éstas, a su vez, con una baja adherencia al tratamiento médico, la cual es una característica del bajo nivel de insight (Thieda, 2003).

### Insight y las funciones mentales superiores

En este estudio se entiende como funciones mentales superiores a la percepción, el pensamiento, sensoriocognición, orientación y juicio; en las cuales se buscan alteraciones propias de éstas, como son ideas delirantes, ideación suicida, ideas de muerte, ideas homicidas, alteraciones sensorioceptuales (alucinaciones auditivas, visuales, olfativas), déficit en la orientación y planeación a futuro. A continuación se expondrán diversos estudios que relacionan el nivel de insight del enfermo mental y la presencia de alteraciones en alguna de las ya mencionadas funciones mentales superiores.

La relación entre las alteraciones perceptuales (alucinaciones), alteraciones de pensamiento (delirios) y el insight en pacientes con enfermedad mental, ha sido estudiada por

Amador et al. (1994) en pacientes con esquizofrenia, pero en su mayoría en un contexto psicótico. Amador et al. (1994) describieron una relación negativa entre la severidad de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, agitación, etcétera) y el déficit de insight en pacientes con esquizofrenia, pero no con la sintomatología negativa (abulia, anhedonia, falta de respuesta emocional, etcétera). Es decir que los pacientes que presentaban alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado de forma más severa presentaban mayor déficit de insight.

Por su parte Smith, et al. (2000) hallaron una pequeña relación negativa entre la severidad de los síntomas y el déficit de insight. Medalia y Thysen (2010) no encontraron relación entre la severidad de los síntomas psicóticos y el déficit de insight. Mintz et al. (2003) encontraron que los síntomas psicóticos y su relación con el insight eran más fuertes en la fase aguda del trastorno (episodio psicótico), sin embargo, cuando esta se resolvía, esta relación era inconsistente. Mientras que Dickerson et al. (1997) concluyeron que el déficit de insight es un rasgo clínico relativamente estable y no un reflejo de la gravedad de los síntomas; esto debido a que observaron que el déficit de insight persistía en los pacientes aun clínicamente estables.

Contradicciones similares se observan en los estudios de síntomas depresivos y el insight. Mintz et al. (2004) describieron la relación entre tener mejores niveles de insight y el riesgo de sufrir depresión y de conductas suicidas en pacientes con primer episodio psicótico. Amador et al. (1996) sugirieron que los pacientes con insight pueden desarrollar sentimientos de desesperanza y desmoralización ante su enfermedad llevando al paciente al suicidio. Al contrario, Acosta et al. (2009) no observaron diferencia en el déficit de insight entre pacientes con antecedentes de suicidio y sin antecedentes de suicidio. Con base en un meta-análisis donde se examinaron 40 estudios para determinar la relación entre el insight y los síntomas en la esquizofrenia, de los cuales se utilizaron 15 estudios con un total de 1218 sujetos para calcular el tamaño medio del efecto entre el insight y los síntomas depresivos, este análisis resultó en una media tamaño del efecto de 0.18 (IC= 0.14-0.49) lo que indica que a medida que aumentaban los síntomas depresivos, aumentaba el nivel de insight (Mintz et al. 2003)

Tomando en cuenta la literatura revisada anteriormente queda poco claro la relación entre el insight y la sintomatología psicótica, ya que se muestra contradictoria y posiblemente sesgada debido a las diversas definiciones operacionales del insight en cada estudio (Mintz et

al., 2003). Nieto (2012) sugirió que al analizar los síntomas psicóticos en conjunto y, posteriormente de manera individual en su relación con el insight y con sus dimensiones, 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, esto podría explicarse debido a que algunos pacientes pueden tener consciencia de algunos síntomas y no de otros y que cada uno de ellos influyen de distinta manera en su relación con el insight. Al analizar la relación entre el déficit de insight y las alucinaciones auditivas no persistentes y pacientes sin este tipo de alucinaciones no se encontraron diferencias significativas, aunque sí se encontró que los sujetos con historia de alucinaciones crónicas o persistentes presentaban mayor déficit de insight, pareciera que la cronicidad de este síntoma podría tener mayor implicación en el nivel de insight que solo la presencia (Lera, et al., 2011).

El reconocimiento de la patología se logra mediante la puesta en duda de las creencias y de ser accesible a argumentos lógicos. El modelo evasivo del insight plantea el rol que ofrece el delirio como aliciente en la vida cotidiana del paciente (Fuentenebro, Valiente, Diez-Alegría y Nieto 2007); de tal manera que, aunque implique menor insight, el paciente prefiere vivir en su delirio que enfrentar el malestar, la incertidumbre y la inseguridad de la enfermedad (Olivos, 2009). De acuerdo con Mintz et al. (2003) el déficit de insight podría estar relacionado, principalmente con la severidad de los delirios y las alucinaciones que se presentan al sujeto como reales, dificultando la comprensión de éstas como parte de un trastorno mental y no como parte de la realidad.

No se encontraron estudios que correlacionen el déficit de insight y el nivel de orientación sensorio cognitiva. La desorientación y orientación son parte del procesamiento (cognición) de información que permite al individuo conocer la realidad natural, comprender su relación con el espacio, el contexto situacional y el tiempo. La orientación es parte del procesamiento (cognición) de información que permite al individuo conocer la realidad natural, comprender su relación con el espacio, el contexto situacional y el tiempo. La desorientación compromete procesos de consciencia (biológico), atención y memoria, y puede verse afectada por fallos en estos procesos (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). Un nivel de orientación correcto y alto es requisito para lograr el insight de la enfermedad mental, pero es diferente de éste. La orientación es un proceso con implicaciones neurobiológicas, ya que la desorientación total

indica padecimientos orgánicos, como la anosognosia (situación patológica que no permite percibir déficits funcionales cognitivos de quien lo padece); además, la desorientación puede deberse a estados de psicosis y puede ser temporal (Serra, 2013).

Con respecto a la planeación a futuro y el nivel de insight, David (1990) concluyó que una adecuada idea de anticipación ante los acontecimientos futuros se relaciona con un deseo de cambio, búsqueda de mejoría, recuperación y adherencia al tratamiento, debido a que perciben los beneficios que conlleva, además de reconocer la necesidad de la medicación. Esto refleja capacidad del paciente de interpretar el ambiente correctamente y orientar su conducta en forma apropiada y, finalmente, actuar. Tampoco se encontró mayor información sobre estudios que desarrollen la planeación a futuro y el insight.

### Insight y conductas de riesgo

En este estudio se evaluaron conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicotrópicas, la heteroagresividad y los intentos suicidas, aunque éstas podrían ser reflejo de los síntomas psicóticos como tal.

Como se revisó anteriormente la relación entre los síntomas depresivos y el insight es aún muy poco clara. Los intentos de suicidio han correlacionado significativamente con menor insight (Amador, et al., 2009; Kim, et al., 2003; Mintz et al, 2004). De acuerdo con Drake, Pickels, Bentall, et al., (2004), el nivel alto de insight en una fase aguda de la enfermedad representa un riesgo. Cuando los pacientes empiezan a tomar consciencia de la enfermedad que padecen y a reconocer los síntomas, se atribuyen un juicio o condiciones falsas (estigmas sociales internalizados), lo que hace surgir la sintomatología depresiva. Sin embargo, los estudios sobre el insight y su relación con el suicidio, continúan arrojando hallazgos heterogéneos (Hawton, et al, 2005). Por ejemplo, se ha encontrado que el incremento en el insight respecto del tratamiento se asocia con menos conductas suicidas (Bourgeois et al., 2004) mientras que otros estudios no han hallado diferencias en el déficit de insight y pacientes con antecedentes de suicidio (Acosta, et al., 2009).

La relación entre consumo de sustancias psicotrópicas y el nivel de insight fue explorado por Lang et al., (2003); relacionaron la dependencia del alcohol o de las drogas con un insight moderado. Pero, ¿el hecho de que los pacientes psiquiátricos consuman drogas es una

variable antecedente del desarrollo de la enfermedad mental o el consumo posterior es debido a la búsqueda de alivio de los síntomas de la enfermedad? Khantzian (1985) señala que las drogas alivian el sufrimiento y que la preferencia por una droga supone algún grado de especificidad psicofarmacológica. Este autor reportó que los estimulantes contrarrestan la hipotonía, calman la depresión o compensan la hiperactividad y los déficits de atención; los depresores del sistema nervioso central, como el alcohol, calman los sentimientos de aislamiento, vacío y ansiedad, y los opiáceos mitigan los sentimientos de cólera o violencia. Esta automedicación, que implica cierto nivel de insight por la búsqueda de tratamiento ante la sintomatología de las enfermedades mentales, podría llevar a desarrollar adicción, generando un menor nivel de insight. Cabe mencionar que el abuso de drogas puede provocar los síntomas de otra enfermedad mental, el hecho de que algunos usuarios de marihuana con vulnerabilidades preexistentes exhiban un mayor riesgo de desarrollar psicosis sugiere esta posibilidad (NIDA, 2011).

### **2.5. Efectos del déficit de *insight***

Las creencias y la actitud de las personas hacia su propia enfermedad tienen repercusiones (positivas o negativas) sobre sí mismas y quienes los rodean. El insight o déficit de insight en la enfermedad mental influye en diversas áreas. Por ejemplo, el estudio de la relación del insight y la funcionalidad ha sido abordado por Segarra (2012) quien mencionó que el nivel de insight predijo significativamente el curso clínico en general, la adherencia al tratamiento y el resultado funcional tras un año de seguimiento en 577 pacientes con primer episodio psicótico. Cuesta y Peralta (1994) también encontraron correlación entre el nivel de funcionamiento global y el insight con el número de hospitalizaciones previas.

El pobre insight también refleja una mayor frecuencia en el establecimiento de tratamiento involuntario. McEvoy et al. (1989) describen cómo el 46% de los pacientes que requirieron internamiento involuntario estaban más gravemente enfermos, tenían menos consciencia de enfermedad, cumplían peor las pautas terapéuticas y volvían a ingresar involuntariamente un mayor número de ocasiones. Pignon et al. (2014) afirmaron que en los trastornos psicóticos el nivel de insight es un criterio esencial a tener en consideración en las recomendaciones para el establecimiento de una atención psiquiátrica involuntaria.

Arango et al. (1999) estudiaron el efecto directo del insight sobre las conductas violentas, sus resultados asocian significativamente el déficit de insight y el aumento de actos violentos aun cuando los pacientes estaban recibiendo medicación, por lo cual los autores asocian el pobre insight como un factor de riesgo para el aumento conductas violentas en pacientes con tratamiento. Una publicación más detallada sobre el insight y la gravedad de la conducta violenta en pacientes masculinos con psicosis que habían sido acusados de delitos graves, demostró que el déficit de insight era el cuarto factor más importante en el aumento de los comportamientos violentos (Alia-Klein et al., 2007).

Con respecto al efecto del nivel de insight y otras variables, Heinrich et al. (1985) describieron cómo los pacientes que tuvieron un mejor insight requirieron, desde su primera recaída, menos reingresos que los que carecían de insight. Sendt et al. (2015), en una revisión sistemática de 13 estudios observacionales, encontraron que la actitud positiva hacia la medicación y la consciencia de enfermedad fueron los únicos factores consistentemente asociados con una mayor adherencia al tratamiento. En la Tabla 6 se resumen las repercusiones (positivas o negativas) del déficit y de la presencia de insight en la enfermedad mental.

Tabla 6  
*Efectos del déficit y de la presencia de insight en la enfermedad mental*

Déficit de insight	Insight
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja adherencia al tratamiento</li> <li>• Mal pronóstico</li> <li>• Recaídas</li> <li>• Pérdida de logros laborales</li> <li>• Afectaciones en la autoestima</li> <li>• Peligro potencial para él mismo y los otros</li> <li>• Sobrecarga familiar y enajenación</li> <li>• Costos en la atención médica</li> <li>• El padecimiento puede tornarse resistente a los medicamentos</li> <li>• Pocos contactos sociales (peor funcionamiento social)</li> <li>• Menor conducta suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada adherencia al tratamiento</li> <li>• Buen pronóstico</li> <li>• Previene recaídas</li> <li>• Mejor calidad de vida</li> <li>• Menores costos en la atención médica</li> </ul>

**Nota.** Compilación Amador et al., 1993; David et al., 1992; Heinrichs et al. 1985; Kane, 2007; Lang, et al. 2009; McEvoy et al., 1989.

A lo largo de este capítulo se ha revisado el estudio del insight desarrollado desde distintas posturas teóricas, en diversas situaciones clínicas, con falta de consenso en su definición, generando resultados heterogéneos y, en ocasiones, contradictorios. Los métodos de evaluación son distintos, pero todos con un objetivo en común: lograr un mejor entendimiento de este fenómeno. El siguiente capítulo profundiza en la entrevista, el instrumento de evaluación aplicado en este estudio. La entrevista, como técnica de investigación del insight, ha sido utilizada en diversas investigaciones (Amador, 1993; Markova y Berrios, 2003; McEvoy et al., 1989). En el presente estudio, la entrevista fue el recurso disponible para obtener información sobre el insight.

## Capítulo 3

### Entrevista

---

La entrevista es una conversación y/o relación interpersonal entre dos o más personas (Sullivan, 1954) donde se puede indagar sobre diversos temas dependiendo los objetivos del contexto. Este capítulo expone las principales características de la entrevista, su adaptación para realizar un examen mental, su uso en la psicosis y en la indagación del insight.

#### 3.1. Entrevista, definiciones y características

La entrevista tiene sus raíces en la combinación de diversas disciplinas: medicina, pedagogía, filosofía, periodismo y psicología.

Bleger (2007) define la entrevista como un instrumento o técnica que se utiliza en el método clínico y como procedimiento de investigación científica en psicología. Posee procedimientos empíricos para verificar y aplicar el conocimiento científico.

Sullivan (1973) describe a la entrevista como una situación donde la comunicación vocal entre dos personas (experto-cliente) “voluntariamente” integrados tienen el propósito de esclarecer el estilo de vida del entrevistado, y aquellas conductas que le producen dificultades. Como técnica de recolección de información va desde la conversación libre hasta un cuestionamiento estandarizado con el fin de obtener respuestas sobre el tema de interés.

En la psicología la entrevista se ha modificado, especializado y perfeccionando en función de sus objetivos y tiempos. Según Silva (1998) la entrevista psicológica se caracteriza por ser una relación entre dos o más personas, ser una vía de comunicación simbólica bidireccional preferentemente oral, con roles prefijados por el entrevistador, con un propósito definido y con el fin de traspasar información del entrevistado por parte del entrevistador.

La entrevista como todo instrumento metodológico tiene etapas que deben seguirse para alcanzar el objetivo propuesto. Colín (2009) divide la entrevista en tres etapas: 1) inicio o *rapport*, cuyo objetivo es lograr que el entrevistado se sienta cómodo y dispuesto a hablar lo más desinhibido posible en presencia del entrevistador, 2) desarrollo o cima, la cual constituye

el núcleo de la entrevista donde se recaba la mayor parte de la información y 3) cierre, donde se consolida los logros alcanzados, se ofrece la oportunidad de aclarar malentendidos y se brinda la posibilidad de expresar cualquier información que hubiera quedado retenida.

En toda entrevista existen elementos que son comunes sin importar la postura teórica, estilo o tipo, los cuales son:

- Entrevistador: receptor, está a cargo de la entrevista, define los roles, tiempos y los temas a tratar.
- Entrevistado: emisor, quien responde las preguntas, posee la información requerida.
- Mensaje: información que envía el emisor al receptor.
- Ruido: interferencia de cualquier tipo que entorpezca el proceso de comunicación y la efectiva transmisión del mensaje.
- Canal: medio por el que se transmite el mensaje, en la entrevista el canal puede ser verbal y no verbal.

En la Tabla 7 se recopilan los factores que influyen en cada elemento de la entrevista, debido a que pueden modificar el desarrollo de la entrevista y la información obtenida (Migallon, 2018) los cuales van desde la personalidad del entrevistado y entrevistador, los componentes verbales y no verbales del mensaje, factores técnicos, entre otros.

Tabla 7  
*Factores a considerar en la entrevista*

Entrevistador	Entrevistado	Mensaje	Contexto	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidad</li> <li>• Formación</li> <li>• Estilo</li> <li>• Experiencia profesional</li> <li>• Enfoque teórico</li> <li>• Destrezas y habilidades personales en la comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidad</li> <li>• Motivación</li> <li>• Grado de insight</li> <li>• Actitud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje verbal y no verbal</li> <li>• Contenido verbal y componentes verbales y no verbales: tono emocional, olvidos, repeticiones, elocuencias, etcétera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuadre o enmarcación de la reunión</li> <li>• Factores técnicos (luminosidad, ventilación, aislamiento de ruido, etcétera)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivaciones de ambos</li> <li>• Actitudes que se derivan de los roles específicos de cada uno</li> </ul>

**Nota.** Adaptado de Migallon, 2018.

El trabajo del entrevistador con cualquier tipo de entrevistado, consiste en facilitar la comunicación, reduciendo la inhibición del paciente, a través de competencias similares a las mencionadas por Díaz (2010):

- Mostrar seguridad en sí mismo y una actitud compasiva, sensible y profesional.
- Ponerse a nivel del entrevistado; esto puede conseguirse con una buena preparación del entrevistador en el tema que va a tratar con el entrevistado.
- Despojarse de prejuicios y, en lo posible de cualquier influencia emocional.
- Su voz y movimientos deben ser serenos, audible y segura, además de utilizar lenguaje accesible para el paciente.
- Establecer *rapport* o empatía con naturalidad y agilidad, en forma oportuna.
- Mantener contacto visual con el paciente más del 80% del tiempo, sobre todo al principio de la entrevista.
- Tomar los datos básicos completos, con precisión y agilidad.
- Razonar las preguntas, pero no titubear o generar silencios prolongados.
- Promover que el paciente se exprese suficientemente en sus respuestas. Pero evitar con habilidad y prudencia que el paciente se extienda innecesariamente manteniendo el control y ritmo de la entrevista.
- Después de preguntar el motivo de la consulta las preguntas deben ser lógicas para explorar factores hipotéticos que podrían intervenir directa o indirectamente en el cuadro sintomático, considerando también la definición de salud mental.
- Explorar sistemáticamente la presencia de factores físico-biológicos que puedan estar participando en el cuadro de síntomas.
- No preguntar aspectos de la vida íntima del paciente que no sean realmente necesarios para la comprensión del caso.
- Evitar dar consejos moralistas así como hacer sentir culpable, tonto o irresponsable al entrevistado.

### 3.1.1. Tipos de entrevista

La clasificación de la entrevista es diversa, depende del modelo teórico, la disciplina científica, el modo en que se aplica. Acevedo (2009) clasifica la entrevista mediante dos criterios: la forma de conducción o estructura, y el propósito u objetivo.

## Por estructura

Por estructura se refiere al grado de especificación y estandarización de sus distintos elementos tales como: preguntas, respuestas, secuencia de las preguntas, registro y elaboración de la información e incluso la interpretación (Perpiña, 2012). La forma como se conduce la entrevista y la estructura de las interrogantes hacia el entrevistado forman esta clasificación (Morga, 2012). Puede ser estructurada o cerrada, no estructurada o abierta y semiestructurada.

### a) Entrevista estructurada o cerrada

Es una entrevista donde el entrevistador cuenta con un guión estructurado, que consiste en una serie de preguntas, con un orden y redacción predeterminada a los que se ciñe fielmente y no se pregunta nada fuera de él. Es una entrevista rígida, con preguntas directas (Gorráez, et al., 2009). Este tipo de entrevista intenta recoger de manera sistemática y precisa, más información concreta sobre los aspectos a explorar de una forma fija y determinada (Acevedo & Lopez, 2004). Por su falta de flexibilidad puede resultar incómoda para el entrevistado y generar una menor profundidad en el análisis de la información obtenida, pero es recomendada para la investigación ya que facilita la posibilidad de estandarizar, cuantificar y someter los resultados a comparaciones numéricas debido a que a todos los entrevistados se les hacen las mismas preguntas y se obtiene información más uniforme, válida y fiable (Díaz, Torruco, Martínez y Varela 2013; Perpiña, 2012).

### b) Entrevista no estructurada o abierta

Este tipo de entrevista se realiza en función de algunas líneas muy generales; el tipo y orden de las preguntas se formulan con base en el propio proceso de interacción (Segal y Hersen, 2010). Vargas (2012) propuso formular preguntas abiertas que impliquen una idea principal que refleje el tema central del porqué de la entrevista. Su flexibilidad permite mejor adaptación a los sujetos y a las condiciones (Díaz, et al. 2013). Realizada adecuadamente es posible obtener un gran volumen de información por parte del entrevistado por lo que exige mayor esfuerzo por parte del entrevistador, pues depende de él evitar pasar por alto aspectos importantes para la evaluación posterior, y no perderse en divagaciones y repeticiones (Acevedo & López, 2004).

### c) Entrevista semiestructurada

En la entrevista semiestructurada existe un guión con preguntas estructuradas por áreas concretas dentro de las cuales el entrevistador tiene libertad de ahondar en aquellos temas que no queden claros o le interesen (Halgin & Whitbourne, 2009). Díaz, et al. (2013) refieren que se tiene la posibilidad de motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismo lo que le da mayor profundidad a este tipo de entrevista. También consideran que las entrevistas semiestructuradas ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar el propósito del estudio. Flick (2009) hizo alusión a este tipo de entrevista la expectativa de que hay mayor probabilidad que los entrevistados expresen su punto de vista de manera relativamente abierta en comparación en una entrevista o un cuestionario. Sin embargo, también puede producir respuestas no esperadas y caer en la divagación.

#### Por objetivos

La clasificación por objetivos de la entrevista psicológica se divide en cinco campos: entrevista de investigación, entrevista psicopedagógica o psicoeducativa, entrevista de orientación vocacional, entrevista clínica y entrevista laboral (Gorráez et al., 2009). Para fines de este estudio solo se revisará con mayor detalle la entrevista de investigación.

- a) Entrevista de investigación: se refiere a la conversación que se da entre el investigador (entrevistador) y el sujeto de estudio (entrevistado). Tiene como objetivo recabar información relevante para responder una pregunta de investigación, se conduce en función del paradigma de investigación usado (Díaz, et al. 2013). Las preguntas de este tipo de entrevista se orientan a obtener la información requerida por un estudio puntual.

### 3.1.2 Ventajas y desventajas de la entrevista

Entre las ventajas y desventajas del empleo de la entrevista en la investigación Díaz (2010) y Heinemann (2003) reportan las siguientes:

### Ventajas

- Es eficaz para obtener datos relevantes y significativos con un amplio espectro de aplicación ya que es posible averiguar hechos no observables como: significados, motivos, puntos de vista, opiniones, emociones, etc.
- No se somete a limitaciones espacio-temporales debido a que es posible preguntar por hechos pasados y por situaciones planeadas para el futuro.
- La entrevista posibilita centrar el tema, es decir, orientarse hacia un objetivo determinado o centrarlas en un tema específico.
- Los mismos actores sociales proporcionan los datos referentes a su conducta, opinión, expectativas, actitudes, etc. Lo cual permite una observación propia y ajena, porque da la posibilidad de averiguar tanto informaciones propias, como observaciones realizadas referentes a un suceso o a otra persona.
- La condición oral y verbal por sí misma permite obtener mayor información permitiendo que se pueden captar los gestos, tonos de voz y énfasis del entrevistado.

### Desventajas

- Tanto el entrevistador como el entrevistado puede tener limitaciones en la expresión oral.
- Es difícil llegar a un acuerdo sobre el peso que se le da a las respuestas.
- Pueden presentarse mentiras, deformaciones o exageraciones de las respuestas.
- Es probable que el entrevistado se inhiba.

#### **3.1.3 Confiabilidad y validez**

La naturaleza de la entrevista como se mencionó anteriormente varía dependiendo del propósito perseguido. En la entrevista de investigación se procura reunir datos útiles, válidos y confiables.

De acuerdo con Arbeláez (2010) la confiabilidad en la entrevista es obtener la misma información, si se entrevista en más de una ocasión a la misma persona, en el mismo lapso. Según este autor se puede obtener confiabilidad, por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- Dos entrevistadores diferentes interactúan con el mismo paciente y obtienen la misma información (confiabilidad interclase).

- Se entrevista al mismo paciente en dos ocasiones diferentes y se obtiene la misma información (test-retest).
- Se aumenta la confiabilidad cuando se solicita información específica y factual en lugar de información vaga o con carga emocional.

La validez en la entrevista se encuentra cuando la información obtenida se compara con un criterio externo para determinar su precisión (Arbeláez, 2010). Por ejemplo, las entrevistas estructuradas al poderse comparar con otros resultados resultan tener mayor validez.

### **3.2 Examen del estado mental**

En psicología, el término estado mental se utiliza para referirse al qué y cómo piensa, habla y actúa la persona (Halgin y Whitbourne, 2009). Trzepacz y Baker (1993) han propuesto el uso del examen del estado mental para evaluar el comportamiento y el funcionamiento de una persona particularmente a los síntomas asociados con perturbación psicológica. La evaluación consiste en la valoración de las funciones mentales superiores mediante el contenido del discurso (Díaz, 2010).

El Examen Mental se divide en apartados correspondientes a diferentes funciones mentales. En la Tabla 8 se muestra un esquema del contenido del examen mental, el orden, el número y el nombre de los apartados pueden variar de acuerdo con la fuente que se consulte (Kaplan, et al., 1994).

Tabla 8

*Esquema de la evaluación del estado mental*


---

1. Descripción general	a. Aspecto b. Comportamiento y actividad psicomotora c. Actitud hacia el examinador
2. Humor y afecto	
3. Lenguaje	
4. Percepción	a. Ilusiones b. Alucinaciones c. Despersonalización d. Desrealización e. Supuesto reconocimiento
5. Pensamiento	a. Proceso o curso b. Contenido
6. Sensorio y cognición	a. Alerta y nivel de conciencia b. Orientación c. Memoria d. Concentración y atención e. Capacidad para leer y escribir f. Capacidad visoespacial g. Pensamiento abstracto h. Inteligencia
7. Control de impulsos	
8. Juicio e Insight	
9. Fiabilidad	

---

**Nota.** Recuperado de Kaplan, et. al, (1994)

La exploración del estado mental consiste en la evaluación y descripción de las áreas mencionadas en el cuadro anterior. A continuación se revisa cada una de acuerdo a Kaplan et al. (1994):

#### 1. Descripción general

Aspecto: consta de la observación de la apariencia general del paciente, incluyendo aspectos como su vestuario, arreglo, limpieza corporal, postura, etcétera. Se debe reparar en si su aspecto es apropiado para la edad, sexo, grupo cultural y clase social. Los términos que se utilizan habitualmente para describir la apariencia son: sanos, desaliñados, juveniles, añiñados o extraños. Los signos del aspecto pueden brindar información sobre la situación social, la personalidad del paciente o ser un primer señalamiento de la presencia de alguna enfermedad mental.

Comportamiento y actividad psicomotora: se observan la marcha y libertad de movimientos del paciente, su postura (rigidez, tensión), nivel de actividad (agitación, retardo, inquietud, inhibición, etcétera) y la expresión facial (emoción, enfado, ansiedad, llanto, etcétera). Cualquier movimiento involuntario o anormal como temblores, tics, muecas, manierismos o movimientos estereotipados debe ser tomado en cuenta.

Actitud hacia el examinador: reacción general del paciente sobre el examinador (amigable, colaboradora, atenta, etcétera) durante la entrevista, lo cual proporciona información de cómo el paciente se relaciona con el entorno. Se utilizan términos como confiado, colaborador, indiferente, receloso, agresivo, etcétera.

## 2. Humor y afecto

Humor: se refiere a la emoción persistente y mantenida de la percepción del mundo que el paciente tiene, debe determinarse si el paciente realiza voluntariamente comentarios sobre sus sentimientos o se debe preguntar. Al describir el humor debe determinarse la profundidad, duración y fluctuaciones. Para la descripción se usan adjetivos como expansivo, depresivo, eufórico, irritable, ansioso, lábil, etcétera.

Afecto: es la respuesta emocional del paciente en un momento específico, esto lo infiere el examinador al observar la expresión facial. Este puede o no ser congruente con el humor. Se describe como dentro del rango de la normalidad, constreñido, embotado o plano. En el contexto de las respuestas las respuestas emocionales del paciente debe reportarse si son propias al contexto u objeto a discusión. Se utiliza el término “afecto inapropiado” cuando el afecto del paciente es incongruente a lo que verbaliza.

## 3. Lenguaje

Se describe las características físicas del lenguaje es decir la cantidad, velocidad de producción y calidad. Pueden utilizarse términos para describir el lenguaje del paciente como hablador, poco espontáneo, reactivo, taciturno y voluble. Los trastornos del lenguaje incluyen problemas relacionados con sus características físicas y todo lo referente al vocabulario y riqueza. Se puede observar alteraciones del lenguaje como: retardo en el lenguaje, mutismo, disartria, tartamudez, estereotipas verbales, afasia (motriz, sensorial, psicógena) y neologismos.

#### 4. Percepción

Esta función psíquica ayuda a captar el mundo externo y la corporalidad por medio de la estimulación de los órganos sensoriales, por lo tanto se compone de una percepción sensorial del objeto externo que está en el espacio (objeto) y una representación del objeto en el estado mental (subjetivo). Pueden presentarse alteraciones sensoperceptivas como las ilusiones, alucinaciones, despersonalización o desrealización. En el examen mental se identifica el sistema sensorial alterado (auditivo, visual, olfatorio, táctil o gusto) junto con el contenido de la alteración.

Ilusiones: alteración perceptiva que consiste en una interpretación errónea (deformación) de un estímulo externo real, generalmente son de tipo visual o auditivo. No son necesariamente patológicas ya que pueden ocurrir en situaciones de miedo, ansiedad, escasa atención, etcétera.

Alucinaciones: consiste en una percepción sensorial en ausencia de objeto o estímulo externo, muy similar a la percepción normal y con total certeza de realidad por parte de quien la padece. Se pueden experimentar en cualquier sistema sensorial, y según el área afectada se clasifican en: auditivas (percepción de ruidos, sonidos, voces que no se deben a procesos orgánicos y que con certeza no ocurren en la realidad) visuales (percepción de formas elementales o complejas, que no están presentes en el mundo real) y somáticas o cenestésicas (falsa percepción de sensaciones corporales particulares como electricidad, quemaduras, impresión de movimiento bajo la piel, etcétera).

Despersonalización y desrealización: se describe como un sentimiento de extrañeza e irrealidad con respecto a uno mismo, hasta el punto de perder temporalmente el sentido de la realidad. El paciente tiene cierta consciencia de distorsión de la experiencia a menos que alcance niveles delirantes. Mientras que la desrealización se refiere a la sensación de que el entorno (personas, objetos, etcétera) es de diferente, extraño o irreal de algún modo, generalmente se asocia con la despersonalización.

#### 5. Pensamiento

Esta función psíquica se explora a través de su expresión por el lenguaje y se buscan en alteraciones del curso y contenido del pensamiento. El curso indica la manera en que el paciente enlaza y asocia las ideas (su forma de pensar) que puede ser claro, fácil de seguir,

lógico y coherente o ilógico e incoherente. Las alteraciones correspondientes al curso del pensamiento son los trastornos en el flujo (taquipsiquia, bradipsiquia y bloque del pensamiento) y trastornos en la forma (fuga de ideas, pensamiento circunstancial o tangencial, perseveración, disgregación, incoherencia y alogía).

El contenido del pensamiento refiere a lo que la persona está pensando en hechos (ideas, creencias, preocupaciones), los trastornos del contenido del pensamiento son: delirios, preocupaciones, rumiaciones, ideas suicidas, ideas sobrevaloradas, ideas obsesivas, ideas fóbicas y pensamiento mágico.

En este apartado también se añaden los trastornos que afectan a la propia conceptualización de la vivencia del pensamiento, las cuales son de difícil exploración y requieren más que la respuesta afirmativa del paciente a la pregunta, la descripción de la experiencia. Entre las alteraciones de la experiencia del pensamiento se encuentran la difusión del pensamiento, inserción del pensamiento, robo del pensamiento y lectura.

### 6. Sensorio cognición

Este apartado del examen del estado mental trata de determinar la función orgánico-cerebral, la inteligencia del paciente, el nivel de insight, juicio y su capacidad para pensamiento abstracto. Se buscan alteraciones a nivel de conciencia (estado de alerta) ya que habitualmente indica deterioro orgánico cerebral. Las funciones a evaluar son: orientación, memoria, concentración, atención, inteligencia y abstracción (Tabla 9).

Tabla 9  
*Funciones sensorio cognitivas evaluadas en el insight*

Función Orgánica	Alteración
Orientación	Alteraciones en la orientación temporal, espacial y personal, suelen ocurrir en ese orden.
Memoria	Alteraciones en la memoria remota, memoria del pasado reciente. Se identifica el proceso afectado (registro, retención, o evocación).
Concentración	Alteraciones por trastornos cognitivos (ansiedad, alteraciones del humor o de la conciencia o déficit en el aprendizaje).
Atención	Incapacidad para mantener interés en una labor. Los trastornos de la atención pueden estar presentes más en trastornos orgánicos y afectivos.
Inteligencia	Alteraciones del nivel de inteligencia global del paciente, puede ser a través del vocabulario utilizado o habilidades sociales.
Abstracción	Dificultad para expresar conceptos y generalizar. La presencia de dificultades se denomina pensamiento concreto y es sugerente de trastornos orgánicos, pobreza intelectual o cultural.

**Nota.** Adaptado de Kaplan et al. 1994

## 7. Control de impulsos

Se evalúa la conciencia del paciente sobre el comportamiento socialmente correcto y su potencialidad de peligro para los demás y para sí mismo. La incapacidad de controlar impulsos puede ser secundaria a trastornos cognitivos, psicóticos o defectos caracterológicos crónicos.

## 8. Juicio e Insight

Durante la realización del examen mental se valora el juicio social del paciente y el grado de conocimiento y consciencia de estar enfermo (insight). Se refleja la capacidad tomar decisiones correctas y actuar a partir de ellas adecuadamente en situaciones sociales.

Insight: se refiere a una conceptualización más elaborada de correcta atribución de los pacientes hacia su enfermedad, es decir el reconocimiento de padecer una enfermedad mental, además, considerar los síntomas como patológicos, reconocer la necesidad de tratamiento y conocimiento de las implicaciones de la enfermedad y sus síntomas en la sociedad (Amador et al., 1991; David, 1990; Markova y Berrios, 1992). Su valoración tiene importancia tanto para el manejo, el pronóstico y la planificación terapéutica. El paciente puede exhibir el insight en diferentes niveles, que van desde la negación hasta una intelectualización o un verdadero insight. A continuación se presenta un resumen de los niveles de insight de acuerdo con Kaplan, et al. (1994):

- Completa negación de la enfermedad.
- Ligera consciencia de enfermedad y de necesitar ayuda, pero negándolo al mismo tiempo.
- Consciencia de enfermedad, pero culpando a los demás, a factores exógenos u orgánicos.
- Atribución de la enfermedad a algo desconocido en el paciente.
- Insight intelectual. Se admite la enfermedad y que los síntomas o déficit en lo social se deben a sus propios sentimientos irracionales u otras alteraciones, sin aplicar este conocimiento a experiencias futuras.

- Verdadero insight emocional. Consciencia emocional de los motivos y sentimientos en el paciente y en las personas a su alrededor, que pueden llevar a cambios básicos en el comportamiento.

### Insight-orientación

En la institución mental donde se desarrolló este estudio el psicólogo responsable de efectuar la entrevista y evaluación del examen mental determinaba el nivel de insight del paciente con base en criterio propio y nivel de orientación sensorio cognitiva del paciente en las áreas autopsíquica, alopsíquica temporal, alopsíquica espacial y en circunstancia. Este se clasificaba en los siguientes niveles:

- Nivel alto: si el paciente se encuentra orientado en las tres áreas (autopsíquica, alopsíquica temporal, alopsíquica espacial) y en circunstancia.
- Nivel regular: estar orientado en dos áreas y en circunstancia.
- Nivel bajo: estar orientado en una sola área y en circunstancia (incluso parcialmente).
- Nivel nulo: no estar orientado en ninguna de las áreas.

### 9. Fiabilidad

La evolución del estado mental concluye con la impresión del entrevistador sobre la capacidad del paciente para informar de modo apropiado y veraz su situación, acompañada de la estimación de la impresión sobre la veracidad del paciente.

### **3.3. Consideraciones en la entrevista de pacientes con padecimientos psiquiátricos**

Algunos pacientes con padecimientos psiquiátricos son claros y establecen comunicación fácilmente. Otros, en cambio tienen pensamientos paranoides y desorganizados. Pacientes con distintos diagnósticos difieren en su capacidad para participar en la entrevista y en las dificultades que presentan para el entrevistador. Específicamente, la entrevista con pacientes psicóticos debe tener una estructura, de forma que el paciente sepa qué esperar (Kaplan, et al., 1994). El desarrollo de la entrevista con un paciente psicótico varía dependiendo la situación clínica y el tipo de delirio. Kaplan et al. (1994) recomienda evitar la exploración directa e intrusiva del delirio y negar su veracidad; en su lugar propone explorar el delirio

preguntando sobre las causas, por ejemplo, preguntar por qué cree que la gente le observa de cierta manera, si ha sentido que la gente está en su contra, si le ha preocupado que su pareja le sea infiel, etcétera.

En pacientes violentos no existen pautas de conducta a seguir en caso de agitación o agresividad, importa el nivel de seguridad del entrevistador en sí mismo, mostrarse calmado, evitar utilizar mandatos o comentarios críticos y mantener una distancia prudencial. Se debe establecer si puede hacerse un contacto verbal efectivo o si el sentido de realidad del paciente está deteriorado y no permite la entrevista. Un paciente violento no debe entrevistarse a solas; debe al menos estar presente otra persona además del entrevistador (Kaplan et al. 1994; Palao 2009).

Los pacientes deprimidos pueden estar enlentecidos y presentar problemas de concentración, por lo que el entrevistador debe dirigir mucho las preguntas, repitiéndolas o reformulándolas si es necesario. El riesgo potencial de suicidio es de especial relevancia, se puede indagar formulando preguntas que exploren ideas estructuradas de morir, planes específicos, notas suicidas, intentos previos o antecedentes familiares de suicidio (Palao, 2009)

---

## Método

---

### **Justificación**

En La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003) se reporta que el 28.6% de la población mexicana presentó alguna vez en su vida algún trastorno mental. El déficit de insight es un fenómeno frecuente en los pacientes con un trastorno mental. Amador et al. (1994) en un estudio con 412 pacientes psicóticos hallaron que la mayoría tenía dificultades para identificar sus síntomas y los pacientes que podían identificarlos los atribuía a causas ajenas al trastorno mental.

Este déficit de insight tiene costos materiales, emocionales, familiares y sociales; a su vez representa una dificultad para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento. A su vez el déficit de insight ha sido relacionado con mayor agresividad, impulsividad, incremento con el abuso comórbido de sustancias, mayor empobrecimiento psicosocial, menor adherencia terapéutica y con pronóstico desfavorable global de la enfermedad (Drake et al., 2000; Kampman et al., 2002; Lacro et al., 2002; McEvoy, 2004; Tavcar, 2002).

Como se mencionó anteriormente en México la investigación sobre el insight en la enfermedad mental se ha enfocado mayoritariamente en los trastornos orgánicos y psicóticos y en la esquizofrenia, así como en identificar la presencia del insight, en su clasificación, efecto de la psicoeducación, su relación con la adherencia al tratamiento y en el efecto de la hospitalización en él (Jiménez, 2017; Novelo, 2011; Ponce, 2015; Saracco, 2006; Silva y Ramos, 2018).

Existen diversas áreas del insight que aún requieren investigación en nuestro país. Tal es el caso de la propia definición del constructo y de los métodos utilizados en su evaluación del insight, de la descripción de las características de los pacientes psiquiátricos que poseen alto o bajo nivel del insight y del estudio de la relación del insight con funciones mentales superiores.

La falta de consenso en la definición del insight ha constituido un problema, particularmente para su evaluación objetiva. Por ejemplo, en la institución mental donde se efectuó el presente estudio, el personal de psicología responsable de realizar la entrevista y de llevar a cabo la

evaluación del examen mental del paciente, determina, con base en su propio criterio y no en un protocolo específico, su nivel de insight, así como su orientación sensorio cognitiva en las áreas autopsíquica, alopsíquica temporal, alopsíquica espacial y en circunstancia.

Esta investigación pretende ser una fuente de información que motive la realización de futuros estudios sobre el insight en pacientes que padecen una enfermedad psiquiátrica. El conocimiento generado permitirá comprender la forma en que el paciente vive su enfermedad y se percibe a sí mismo; además, puede apoyar un manejo, pronóstico y planificación terapéutica más adecuados que mejoren su calidad de vida.

### **Planteamiento del problema**

El insight en la enfermedad mental es un fenómeno continuo y multidimensional que se refiere a la correcta conceptualización y atribución de los pacientes hacia su enfermedad, consideración los síntomas como patológicos, la necesidad de tratamiento y de una mayor conocimiento de las implicaciones de su enfermedad en la sociedad (Amador et al., 1991; David, 1990; Markova y Berrios, 1992). En pacientes con enfermedad mental, los procesos cognitivos y afectivos están alterados, la pérdida de la realidad puede estar presente en distinto grado en muchos trastornos psiquiátricos, por lo que podría presentarse déficit de insight.

Se considera déficit de insight cuando los pacientes no creen padecer ningún tipo de enfermedad mental, no aceptan tratamiento y si lo hacen es debido a otras razones que no implican el reconocimiento de necesitarlo, encuentran una explicación ajena a padecer una enfermedad mental a su sintomatología psicótica como los delirios o alucinaciones (Nieto, et al. 2012).

En las instituciones clínicas la valoración del insight tiene importancia tanto para el manejo, pronóstico y planificación terapéutica (Amador, 2007). En México, la hospitalización en psiquiatría es de corta duración, cuyo objetivo principal es estabilizar al paciente y darlo de alta. Indagar en el nivel de insight no es una prioridad y si se lleva a cabo es basándose en el nivel de orientación del paciente y el criterio propio del clínico asignado. En la investigación se utilizan diversas escalas para evaluar el insight (Amador, et al. 1993; Beck et al. 2004; Markova y Berrios, 2003) que consideran este fenómeno como multidimensional que no sólo

incluye la consciencia del paciente de sus síntomas o enfermedad. Por lo que el nivel de insight podría discrepar al utilizar diferentes conceptualizaciones de éste y más si al evaluarse solo se toma en cuenta una dimensión del insight.

La investigación en relación con el insight se ha enfocado en determinar el papel de variables clínicas en el déficit de insight. Ejemplo de esto son los estudios sobre la edad de inicio del trastorno, el deterioro cognitivo, el tiempo de evolución de la enfermedad, la severidad de la psicopatología, etcétera. Sin embargo, en México, los estudios se han centrado en identificar la presencia del insight, en su clasificación y en el efecto de la hospitalización en él (Jiménez, 2017; Novelo, 2011; Ponce, 2015; Saracco, 2006).

### **Pregunta de investigación**

En este estudio se plantean dos cuestionamientos generales:

- a) ¿Existe diferencia entre la evaluación del nivel de insight del paciente con padecimiento psiquiátrico efectuada por el entrevistador con base en su propio criterio, a partir del nivel de orientación sensorio cognitiva en las áreas autopsíquica, alopsíquica temporal, alopsíquica espacial y en circunstancia (insight-orientación) y el nivel de insight obtenido de acuerdo con los criterios propuestos por Amador et al. (1991), David (1990) y Markova y Berrios (1992), que se refieren a la consciencia de padecer un trastorno mental, de necesitar tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno, así como la capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos?
- b) ¿Qué características sociodemográficas, de diagnóstico, estancia hospitalaria y funciones mentales superiores guardan relación con el nivel de insight de enfermedad mental en los pacientes con padecimiento psiquiátrico?

### **Preguntas específicas**

1. ¿Cuál es el nivel de insight-consciencia en los pacientes psiquiátricos?
2. ¿Existe diferencia entre el nivel de insight-consciencia y el nivel de insight-orientación de los pacientes psiquiátricos?
3. ¿Existe relación entre las características sociodemográficas de los pacientes y su nivel de insight?

4. ¿Existe relación entre las variables de diagnóstico y la estancia hospitalaria de los pacientes y su nivel de insight?
5. ¿Existe relación entre las variables funciones mentales superiores de los pacientes (percepción, pensamientos, cognición, juicio y conductas de riesgo) y su nivel de insight?

### **Objetivo General**

Comparar los niveles de insight de enfermedad mental de pacientes con padecimiento psiquiátrico efectuada mediante dos métodos de evaluación (insight-orientación e insight-consciencia) a través de entrevista y relacionar el nivel de insight con las características sociodemográficas, de diagnóstico, estancia hospitalaria y funciones mentales superiores de los pacientes con enfermedad psiquiátrica.

### **Objetivos específicos**

1. Evaluar el nivel del insight-consciencia en los pacientes con padecimientos psiquiátricos.
2. Determinar la diferencia existente entre el nivel insight-orientación y el nivel de insight-consciencia de los pacientes con padecimientos psiquiátricos.
3. Evaluar la relación que existe entre las variables sociodemográficas de los pacientes con padecimientos psiquiátricos y el nivel de insight.
4. Evaluar la relación que existe entre las variables de diagnóstico y estancia hospitalaria de los pacientes con padecimientos psiquiátricos y el nivel de insight.
5. Evaluar la relación que existe entre el nivel de insight y las variables de las funciones mentales superiores (percepción, pensamientos, cognición, juicio y conductas de riesgo).

### **Hipótesis**

1. El nivel de insight-consciencia en los pacientes con padecimientos psiquiátricos es nulo o bajo.
2. Existen diferencias estadísticamente significativas del nivel de insight cuando se evalúa en términos de consciencia (insight-consciencia) y en términos de orientación (insight-orientación) en los pacientes con padecimientos psiquiátricos.

3. Existe relación positiva entre las variables sociodemográficas de los pacientes con padecimientos psiquiátricos (edad, estado civil, escolaridad, situación laboral, religión) y su nivel de insight.
4. Existe relación positiva entre las variables de diagnóstico y estancia hospitalaria de los pacientes con padecimientos psiquiátricos (estancia hospitalaria, diagnóstico psiquiátrico, número de internamiento y motivo de ingreso) y su nivel de insight.
5. Existe relación positiva entre las funciones mentales superiores de los pacientes con padecimientos psiquiátricos (percepción, pensamientos, cognición, juicio y conductas de riesgo) y su nivel de insight.

### **Definición de variables**

Para fines de la investigación y exposición de resultados las variables independientes se conjuntaron en 4 categorías: datos sociodemográficos, diagnóstico y estancia hospitalaria, funciones mentales superiores y conductas de riesgo. Funciones mentales superiores, a su vez, contiene 4 subcategorías (percepción, pensamiento, sensorio cognición y juicio), por lo que no deben confundirse el nombre de las categorías y subcategorías como una variable independiente más a medir.

#### Variables independientes

##### Datos sociodemográficos:

- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Situación laboral
- Residencia
- Religión

##### Diagnóstico y estancia hospitalaria:

- Estancia hospitalaria
- Diagnóstico psiquiátrico
- Número de internamiento
- Motivo de ingreso

### Funciones mentales superiores:

- Percepción: alteraciones sensorio perceptuales
- Pensamiento:
  - a) Ideas delirantes
  - b) Ideación suicida
  - c) Ideas de muerte
  - d) Ideas homicidas
- Sensorio cognición:
  - a) Orientación: autopsíquica, alopsíquica espacial, alopsíquica temporal y circunstancia
  - b) Juicio: planeación a futuro

### Conductas de riesgo:

- Heteroagresividad
- Consumo de sustancias
- Intento suicida

### Variables dependientes

- Insight-consciencia
- Insight-orientación

### Definición conceptual de las variables

#### Edad:

Años biológicos cumplidos.

#### Estado civil:

Estar casado o vivir en unión libre con una persona.

#### Escolaridad:

Niveles de educación formal que la persona ha cursado.

#### Situación laboral:

Todas aquellas situaciones o elementos vinculados de alguna forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración (Bembibre, 2008), antes de ser hospitalizado.

**Residencia:**

Entidad federativa en la que reside la persona.

**Religión:**

Profesar a alguna creencia religiosa.

**Estancia hospitalaria:**

Cada uno de los días que está el paciente en el hospital.

**Diagnóstico psiquiátrico:**

Al no existir una definición específica, ya que son un sustantivo y un adjetivo daremos la definición de ambos elementos. Diagnóstico se define como la determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas (RAE, 2014) y psiquiátrico como adjetivo es perteneciente o relativo a la psiquiatría (RAE, 2014). Expuesto lo anterior y para uso de esta investigación, señalaremos como diagnóstico psiquiátrico como el padecimiento mental según el diagnóstico efectuado por el psiquiatra, con base en la CIE-10.

**Número de internamiento:**

Al no existir una definición específica, ya que son un par de sustantivos daremos la definición de ambos elementos. Número se refiere a la expresión de una cantidad con relación a su unidad (RAE, 2014) e internamiento se refiere a la acción y efecto de internar o internarse, especialmente en establecimientos como un hospital, una clínica o una prisión (RAE,2014). Expuesto lo anterior y para uso de esta investigación, señalaremos como número de internamiento como cantidad de internamientos en la institución psiquiátrica que el paciente ha requerido desde su diagnóstico.

**Motivo de ingreso:**

Al no existir una definición específica, ya que son un par de sustantivos daremos la definición de ambos elementos. Motivo se refiere a la causa o razón que mueve para algo (RAE, 2014) e ingreso a la acción de ingresar (RAE, 2014). Expuesto lo anterior y para uso de esta investigación, señalaremos como motivo de ingreso la causa o razón por la que se ingresa a la unidad médica.

**Alteraciones sensoriales:**

Perturbación de la función psíquica percepción, resultando en una representación alterada del objeto externo. Pueden presentarse alteraciones sensoriales como las ilusiones, alucinaciones, despersonalización o desrealización, identificando el sistema sensorial alterado

(auditivo, visual, olfatorio, táctil o gusto) junto con el contenido de la alteración (Kaplan et al. 1994)

#### Ideas delirantes:

Creencias o interpretaciones falsas, fijas o distorsionadas sobre la realidad, que no guardan relación con el origen cultural del paciente (Kaplan et al. 1994)

#### Ideación suicida:

Serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte (Pérez, 1999)

#### Ideas de muerte:

Creencia falsa hipocondriaca donde el paciente cree que está condenado a morir (Kaplan, et al. 1994)

#### Ideas homicidas:

Término médico para referirse a pensamientos acerca de homicidio. Hay una gama de pensamientos homicidas que van desde las vagas ideas de venganza a detallado y formulado de planes sin que el acto se lleve a cabo (Thienhaus, J. y Piasecki, 1998).

#### Orientación:

Conocimiento del paciente sobre sí mismo (autopsíquico), el lugar (alopsíquico espacial), el tiempo (alopsíquica temporal) y la circunstancia en los que se encuentra actualmente (Gazitúa, 2007).

#### Planeación a futuro:

Idea de anticipación, determinando las acciones que se llevarán a cabo ante acontecimientos y situaciones futuras (Perez y Gardey, 2008)

#### Heteroagresividad:

Disposición o tendencia a reaccionar de forma violenta hacia el exterior (Ortega, 2010)

#### Consumo de sustancias:

Consumo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas (Amerian Psychiatric Association, 2010)

#### Intento suicida:

Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir (Robles, Sanchez, Acinas, Perez, 2013)

#### Insight-consciencia:

Consciencia de padecer un trastorno mental, de necesitar tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno, así como la capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos (Amador et al., 1991; David, 1990; Markova y Berrios, 1992).

Insight-orientación:

Nivel de orientación sensorio cognitiva del paciente en las áreas autopsíquica, alopsíquica temporal, alopsíquica espacial y en circunstancia (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2018).

Definición operacional de las variables

Edad:

Años biológicos cumplidos identificados a través de la revisión del expediente del paciente.

Estado civil:

Estar casado o vivir en unión libre con una persona identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Escolaridad:

Niveles de educación formal (primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura) que la persona ha cursado, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Situación laboral:

Actividad de la persona antes de ser hospitalizado: labora, no labora o nunca ha laborado, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Residencia:

Entidad federativa en la que reside la persona: Ciudad de México y zona metropolitana u otros estados del país, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Religión:

Profesar a alguna creencia religiosa, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Estancia hospitalaria:

Tiempo de internamiento en el hospital, en días, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Diagnóstico psiquiátrico:

Padecimiento mental según el diagnóstico efectuado por el psiquiatra, con base en la CIE-10, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Número de internamiento:

Cantidad de internamientos en la institución psiquiátrica que el paciente ha requerido desde su diagnóstico, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Motivo de ingreso:

Conducta expresada por parte del paciente, familiar o autoridad por la que se solicita atención hospitalaria. Clasificándose en: errores de juicio y conducta, Heteroagresividad, negativismo a medicamentos, negativismo a alimentos, alteraciones perceptuales (delirios, alucinaciones) atentados contra su vida y consumo de sustancias, identificado a través de la revisión del expediente del paciente.

Alteraciones sensoperceptuales:

Alteraciones sensoperceptivas como las ilusiones, alucinaciones, despersonalización o desrealización, identificando el sistema sensorial alterado (auditivo, visual, olfatorio, táctil o gusto) junto con el contenido de la alteración. Identificadas a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente y reportadas como: ausente, presentes negadas y presentes aceptadas.

Ideas delirantes:

Creencias o interpretaciones falsas, fijas o distorsionadas sobre la realidad, que no guardan relación con el origen cultural del paciente. Identificadas a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente y reportadas como: ausente, presentes negadas y presentes aceptadas.

Ideación suicida:

Preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte. Identificadas a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente y reportadas como: ausente, presentes negadas y presentes aceptadas.

Ideas de muerte:

Creencia falsa hipocondriaca acerca de estar condenado a morir. Identificadas a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente y reportadas como: ausente, presentes negadas y presentes aceptadas.

**Ideas homicidas:**

Pensamientos acerca del homicidio, que van desde las vagas ideas de venganza a detallado y formulado de planes sin que el acto se lleve a cabo. Identificados a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente y reportadas como: ausente, presentes negadas y presentes aceptadas.

**Orientación:**

Conocimiento del paciente sobre sí mismo (autopsíquico), el lugar (alopsíquico espacial), el tiempo (alopsíquica temporal) y la circunstancia en los que se encuentra actualmente. Identificado a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente y reportado como: desorientado, parcialmente orientado, orientado.

**Planeación a futuro:**

Idea de anticipación, determinando las acciones que se llevarán a cabo ante acontecimientos y situaciones futuras. Identificado a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente y reportado como: nula, baja, regular y alta.

**Heteroagresividad:**

Disposición o tendencia a reaccionar de forma violenta hacia el exterior. Identificado a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente, verificadas en el expediente del paciente y reportadas como: ausente, presentes negadas y presentes aceptadas.

**Consumo de sustancias:**

Consumo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas. Identificado a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente, verificadas en el expediente del paciente y reportadas como: ausente, presentes negado y presente aceptado.

**Intento suicida:**

Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Identificado a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente, verificadas en el expediente del paciente y reportadas como: ausente, presente negado y presente aceptado.

**Insight-consciencia:**

Identificado a través de las respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada al paciente.

El contenido de las respuestas debe presentar los siguientes elementos: 1) consciencia de padecer un trastorno mental, 2) consciencia de necesitar un tratamiento, y 3) capacidad para reconceptualizar sus síntomas como patológicos, de acuerdo con la información recabada en la entrevista del examen mental. El nivel de insight se determinó de la siguiente manera: nivel alto: 6 puntos (presencia de los tres elementos); nivel regular: 3-5 puntos; nivel bajo: 1-2 puntos; nivel nulo: 0 puntos (ausencia de los tres elementos)

**Insight-orientación:**

Nivel de orientación determinado por el psicólogo a partir de la siguiente escala: nivel alto, si el paciente se encuentra orientado en las áreas (autopsíquica, alopsíquica temporal, alopsíquica espacial) y en circunstancia; nivel regular, estar orientado en dos áreas y en circunstancia; nivel bajo, estar orientado en una sola área y en circunstancia (incluso parcialmente); nivel nulo. No estar orientado en ninguna de las áreas (Véase Anexo 3 para observar a detalle el método de evaluación).

**Participantes**

Participaron en el estudio 300 pacientes varones hospitalizados con padecimientos psiquiátricos. El muestreo fue no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron: presentar un padecimiento psiquiátrico que ameritara internamiento, estar hospitalizado en el momento del estudio, no presentar cuadros de catatonia, mutismo selectivo, hipersexualidad y agresividad, y expresar su voluntad de ser entrevistado. El rango de edad osciló entre los 17 y 59 años (media= 32.86; desviación estándar= 10.74) el nivel de estudios con más frecuencia entre los pacientes fue de preparatoria trunca, el 87.2% de los pacientes no mantenían una relación de pareja al momento de la hospitalización, no se encontraban laborando antes de su internamiento, residían en la Ciudad de México y eran profesantes alguna religión (Tabla 10).

Tabla 10

*Distribución porcentual de la muestra de acuerdo con sus características sociodemográficas.*

Variables	Categoría	Frecuencia o N*	Porcentaje
Edad	17-40 años	222	74.0
	41-50 años	57	19.0
	51-60 años	21	7.0
Estado civil	Sin pareja	261	87.0
	Con pareja	39	13.0
Escolaridad	Primaria trunca	17	6.0
	Primaria	18	6.4
	Secundaria trunca	51	18.0
	Secundaria	29	10.2
	Preparatoria trunca	76	26.9
	Preparatoria	28	9.9
	Licenciatura trunca	39	13.8
	Licenciatura	25	8.8
Situación laboral	No labora	237	79.5
	Labora	61	20.5
Residencia	CDMX** y Área metropolitana	271	91.9
	Otro estado	24	8.1
Religión	Sin religión	64	21.5
	Con religión (católica u otras)	234	78.5

**Nota.** \*N= tamaño de la muestra. \*\* CDMX= Ciudad de México. El tamaño de la muestra difiere en cada variable debido a los valores perdidos (se desconoce la información o el paciente se negó a responder)

## Instrumentos

La información sobre las variables de estudio se obtuvo de dos fuentes: el expediente del paciente y la entrevista semiestructurada que incluye la evaluación del examen del estado mental.

- a) El expediente del paciente contiene información recabada por los departamentos de urgencias, trabajo social, nutrición, rehabilitación y psiquiatría. Del expediente se extrajo información sobre datos sociodemográficos, diagnóstico, número de internamientos, motivo de ingreso y conductas de riesgo, en caso del que paciente no fuera capaz de proporcionarlas correctamente.

La entrevista semiestructurada que contiene el examen mental, explora datos para la historia clínica, alteraciones en las funciones mentales superiores, conductas de riesgo e insight. Las preguntas exploran las siguientes temáticas:

1. Datos para la historia clínica y estado de orientación sensorio cognitiva.
2. Consumo de sustancias.
3. Alteraciones sensoriales.
4. Intento suicida, ideas de muerte, suicidas y homicidas.
5. Ideas delirantes.
6. Planeación a futuro.

Las preguntas específicas de cada área presentan en el Anexo 4

### **Procedimiento**

Se solicitó la autorización de los directivos del hospital psiquiátrico para utilizar la información de las entrevistas realizadas por el área de psicología, sección hombres.

Diariamente, los pasantes de la carrera de Psicología (entre quienes se encontraba la autora de este trabajo) identificaron a los pacientes de nuevo ingreso en la central de enfermería, y les pidieron autorización para realizar una entrevista. Una vez que aceptaban, se les explicó que dicha entrevista formaba parte del protocolo que se realiza al ser ingresado a ese servicio, debido a que se requiere conocer más sobre él para poder brindarle un mejor servicio en el hospital. Se les informó que era posible que la información fuera compartida. Se les invitó a asistir al consultorio de Psicología, o se realizó la entrevista en su cama.

En la parte inicial de la entrevista de la evaluación del examen mental se efectuaron preguntas para crear un ambiente en el que el paciente se sintiera cómodo y con confianza para expresarse.

La entrevista se llevó a cabo con sensibilidad y seguridad, así como con una actitud despojada de prejuicios y, en lo posible, de cualquier influencia empática por parte de los entrevistadores. Se cuidó que el lenguaje utilizado fuera entendible para el paciente, se procuró mantener contacto visual con él la mayor parte del tiempo y se evitó refutar agresivamente u ofenderlo. Las preguntas se plantearon con naturalidad y precisión, sin sugerir cómo responderlas. En todo momento se promovió que el paciente detallara sus respuestas, sin extenderse innecesariamente.

Una vez se establecía el rapport con el paciente, se realizaron las preguntas relacionadas con la valoración de las funciones mentales superiores del paciente y con parte de su historia clínica. Las preguntas relacionadas con la orientación del paciente incluían: “¿Sabe cómo se llama?, ¿Qué día es hoy?, ¿Sabe dónde estamos?, ¿Por qué lo trajeron aquí?” posteriormente, se realizaron preguntas relacionadas con el consumo de sustancias, alteraciones sensorio perceptuales, ideas delirantes, sueño, planeación a futuro, historia familiar o personal de enfermedades mentales, intentos suicidas y heteroagresividad.

Para cerrar la entrevista, se cuestionó al paciente sobre su deseo de expresar alguna duda o de agregar algo más a lo ya expuesto. No se hicieron recomendaciones, consejos o propuestas. Por último, se agradeció por el tiempo brindado y se realizó una despedida, recordando al paciente que podría acudir al área de Psicología si tenía dudas, quería conversar o realizar alguna actividad recreativa. Al terminar la entrevista, se acudió a la central de enfermería para obtener el expediente del paciente y se redactó la nota clínica. Del expediente se obtuvo la información referente al diagnóstico, los datos sociodemográficos, el motivo de ingreso y el número de internamientos, a su vez se verificó la información obtenida de la entrevista semiestructurada.

Una vez que se obtuvo la información, se procedió a identificar características que tenían en común los pacientes para establecer variables independientes que de acuerdo con la literatura revisada y expuesta en la sección estudios sobre el insight del marco teórico tuvieran relación con el nivel de éste. Resultando 20 variables independientes de tipo nominal, las cuales se categorizaron dependiendo el contenido que medían y las diferentes hipótesis a comprobar. Las categorías que se obtuvieron fueron: sociodemográficas, diagnóstico y estancia hospitalaria, funciones mentales superiores y conductas de riesgo. Funciones mentales superiores a su vez se dividió en cuatro subcategorías (percepción, pensamiento, sensorio cognición y juicio), esto con el fin de obtener un mayor orden al momento de presentar resultados.

Los datos se capturaron en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25. Donde se definió los valores de las variables de cada categoría de la siguiente manera:

En las variables de la categoría sociodemográfica, la edad se capturó en los siguientes rangos, 17-40 años, 41-50 años y 51-60 años y así distribuir los datos. La escolaridad también se capturó en 8 categorías (primaria trunca, primaria, secundaria trunca, secundaria, preparatoria trunca, preparatoria, licenciatura trunca y licenciatura). Las demás variables de esta categoría fueron capturadas dicotómicamente.

En las variables del diagnóstico y estancia hospitalaria, el diagnóstico se capturó en 5 categorías (trastornos mentales orgánicos, incluidos somáticos, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, trastornos del humor y trastornos neuróticos y de personalidad) éstas basadas en la CIE-10 y para obtener una mejor distribución de los datos. Los días de estancia hospitalaria también se agruparon en dos categorías (menos de una semana y una semana o más). El internamiento se registró como primer internamiento y más de un internamiento. Finalmente, el motivo de ingreso fue capturado dicotómicamente para cada categoría.

Las variables de funciones mentales superiores y conductas de riesgo se capturaron de acuerdo con las siguientes categorías: ausentes, presentes, pero negadas y presentes. Por ejemplo, en la variable ideas delirantes, si el paciente no presentaba ideas delirantes se registró como ausentes, si el paciente presentaba ideas delirantes, las negaba pero dentro de su discurso se identificaban, se registró como presentes pero negadas, y si el paciente presentaba ideas delirantes se registró como presentes.

En las variables de orientación, las categorías de captura fueron las siguientes: orientado, parcialmente orientado y no orientado. Por ejemplo, en la variable orientación autopsíquica, si el paciente se mostraba orientado (mencionaba su nombre completo y su edad correcta), se registró como orientado, si el paciente no recordaba su nombre completo y/o no recordaba su edad, se registró como parcialmente orientado, y si el paciente no recordaba su nombre completo y su edad, se registró como no orientado.

Por último, se definieron los valores de las variables dependientes. Los elementos que se consideraron en el puntaje de insight fueron: 1) consciencia de padecer un trastorno mental, 2) consciencia de necesitar un tratamiento, y 3) capacidad para reconceptualizar sus síntomas

como patológicos, de acuerdo con la información recabada en la entrevista del examen mental. No se incluyó la consciencia de las consecuencias sociales del trastorno, ya que se carecía de esta información en el examen mental. Para obtener el puntaje, por cada uno de los elementos de la definición de insight que estaban presentes en el paciente se asignaron dos puntos; si estaban presentes parcialmente, un punto, y si no estaban presentes, cero puntos. El rango posible del puntaje de insight iba de 0 a 6. El nivel de insight se determinó de la siguiente manera: nivel alto: 6 puntos (presencia de los tres elementos); nivel regular: 3-5 puntos; nivel bajo: 1-2 puntos; nivel nulo: 0 puntos (ausencia de los tres elementos).

### **Tipo de estudio**

El estudio efectuado fue no experimental ex post-facto, ya que se trabajó con variables ya existentes, no hubo manipulación de las variables independientes y las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Además, es una investigación transversal y correlacional, ya que describe las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado sin manipulación de variables y no hay una asignación aleatoria de los participantes (Kerlinger, 1981).

En esta investigación se busca indagar la relación entre el nivel de “insight-consciencia en los pacientes con padecimientos psiquiátricos y las variables sociodemográficas, de diagnóstico y estancia hospitalaria y funciones mentales superiores.

### **Análisis de los datos**

En el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25, se construyó una base de datos con la información recabada, se realizaron análisis descriptivos para caracterizar a la población estudiada.

Se efectuaron pruebas de Kolmogorov Smimow y de Levene, con el fin de evaluar los supuestos de la estadística paramétrica: distribución normal de la variable dependiente y homocedasticidad (tener varianzas similares). Los resultados de estas pruebas no cumplieron las condiciones para utilizar análisis no paramétrico, sin embargo, Pérez-Tejada (2008) afirma:

Cuando las muestras son grandes, mayores que 30 datos, aunque no se cumplan los requisitos establecidos para las pruebas no paramétricas, se sugiere analizarlos empleando ambos modelos; y si los resultados son equivalentes, esto significa rechazar la misma hipótesis, se reportan los resultados con los dos métodos, o únicamente con la conclusión paramétrica, así como también si los resultados no son equivalentes. Esto es debido a que la estadística paramétrica es más poderosa que la no-paramétrica. (p. 309)

Considerando lo anterior, se realizaron ambos modelos para los análisis inferenciales (paramétricos: prueba t, chi cuadrada, ANOVA; no paramétricos: U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis) para someter a prueba las hipótesis planteadas, y se observó una equivalencia en los resultados, por lo que se tomó la decisión de reportarlos con la conclusión no paramétrica. Los resultados no paramétricos se pueden consultar en el Anexo 5.

### **Consideraciones éticas.**

Todos los procedimientos realizados en el presente estudio, cumplieron con lo estipulado en el título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1984), en relación con las investigaciones sin riesgo. Estos estudios que emplean técnicas de investigación documental, métodos retrospectivos y no realizan ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Entre ellos se consideran los cuestionarios, las entrevistas y la revisión de expedientes clínicos, entre otros, en los que no se identifica ni se tratan aspectos sensitivos de la conducta de los participantes. En las investigaciones sin riesgo no requiere consentimiento informado.

Los datos generados en la presente investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Villanueva, 1999) y se mantendrá la confidencialidad de los datos, conforme a los artículos 61 y 62 del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010).

## Resultados

---

Los resultados del estudio se presentan en dos partes: descriptivos e inferenciales. Inicialmente se exponen los datos descriptivos de los pacientes integrantes de la muestra de estudio relativos: 1) al diagnóstico psiquiátrico, sus días de internamiento, el número de internamientos y el motivo de ingreso, y 2) a las variables de las funciones mentales superiores y las conductas de riesgo de los participantes. Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos al someter a prueba estadística las hipótesis planteadas.

Las variaciones en el tamaño de la muestra al analizar los datos se debieron a los valores perdidos (se desconoce la información, el paciente no presenta la categoría o el paciente se negó a responder).

### Análisis descriptivo

#### 1. Diagnóstico psiquiátrico y estancia hospitalaria

El diagnóstico psiquiátrico podía combinar algún trastorno no psiquiátrico (trastornos neuróticos y trastornos de personalidad) o retraso mental. Como se observa en la Tabla 11, casi la mitad de la muestra tenía como diagnóstico principal algún trastorno esquizotípico, de ideas delirantes o esquizofrenia. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias fueron los segundos en frecuencia (una cuarta parte de la muestra), seguidos por el trastorno del humor y los trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos. Los trastornos neuróticos y trastornos de personalidad fueron de baja frecuencia en este estudio.

Tabla 11

*Distribución porcentual de los pacientes que conformaron la muestra de acuerdo con su diagnóstico.*

Diagnóstico psiquiátrico agrupados	N	Porcentaje
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos (F00-F09) y combinaciones.	27	9.0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19) y combinaciones	76	25.3
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-F29) y combinaciones.	131	43.7
Trastornos del humor (afectivos, F30-F39) y combinaciones	56	18.7
Trastornos neuróticos y trastornos de personalidad	10	3.3

**Nota.** Basado en la CIE-10

Los pacientes habían permanecido internados entre 1 y 33 días (media= 7.58; D.E.= 6.08). El número de internamientos osciló entre 1 y 21 (media= 2.58; D.E.= 2.59).

Como se observa en la Figura 1, los motivos de ingreso más frecuentes fueron los errores de juicio y conducta y las conductas heteroagresivas, mientras que los menos frecuentes fueron el negativismo a alimentos y consumo de múltiples sustancias. Es importante resaltar que los pacientes podrían encajar en más de una de las categorías de motivo de ingreso. Por ejemplo podría tener como motivo de ingreso, Heteroagresividad y atentados contra su vida.

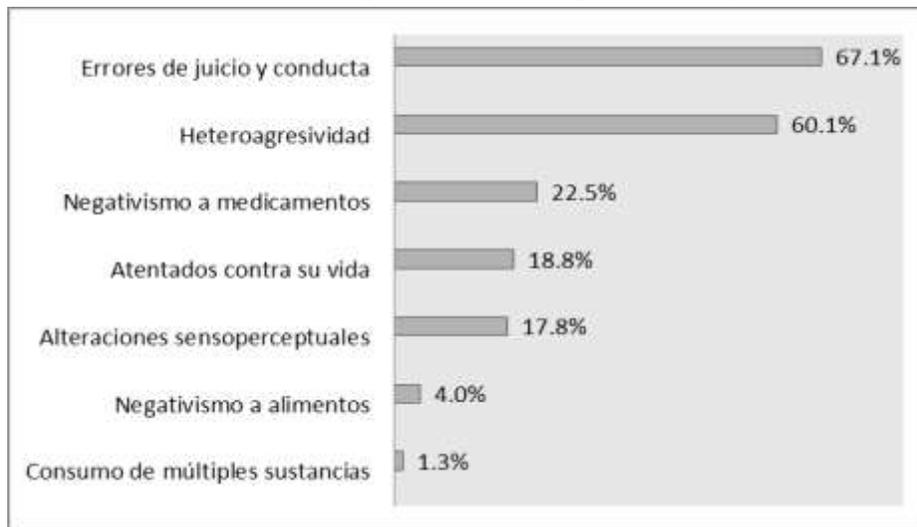


Figura 1. Distribución porcentual de la muestra por motivo de ingreso. N=300

## 2. Funciones mentales superiores.

Percepción, pensamiento y conductas de riesgo.

De acuerdo con la evaluación del examen mental, las alteraciones sensoriales se encontraron presentes en poco más de la mitad de los pacientes (Tabla 12); de ellos 27.7% negaba la presencia de tales alteraciones. En el área de pensamiento, 61.6% de los pacientes presentaban ideas delirantes, aunque casi todos las negaron; la ideación suicida estuvo presente en una tercera parte de la muestra; la presencia de ideas de muerte y homicidas fue baja.

**Tabla 12**

*Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con la ausencia/presencia de alteraciones en las funciones mentales superiores en las áreas de percepción y pensamiento.*

Área	Variable	Ausente		Presente					
				Negado		Aceptado		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Percepción	Alteraciones sensoperceptuales	107	35.7	83	27.7	110	36.7	193	64.3
	Ideas delirantes	119	39.7	158	52.7	23	7.7	181	61.6
	Ideación suicida	200	66.7	17	5.7	83	27.7	100	33.4
	Ideas de muerte	238	79.3	5	1.7	57	19.0	62	20.7
Pensamiento	Ideas homicidas	265	88.3	9	3.0	26	8.7	35	12.0

#### Sensoriocognición: Orientación.

En general, la evaluación sensorio cognitiva de los pacientes indicó orientación autopsíquica y alopsíquica espacial (Tabla 13). Sin embargo, la orientación alopsíquica temporal estuvo ausente en más de la mitad de los pacientes, y nueve de cada diez estuvieron desorientados en circunstancia.

**Tabla 13**

*Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su orientación (área sensorio cognitiva).*

Tipo de orientación	No orientado				Orientado			
	Desorientado		Parcialmente orientado		Total		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Alopsíquica temporal	49	28.2%	124	71.8%	173	56.7%	127	43.3%
Alopsíquica espacial	31	44.1%	39	55.9%	70	22.7%	230	77.3%
Autopsíquica	4	13.4%	25	85.5%	29	9.0%	271	91.0%
Circunstancia	113	42.9%	150	57.0%	263	87.7%	37	12.3%

El juicio de los pacientes fue evaluado mediante la planeación a futuro en el examen mental, en su mayoría fue clasificado como bajo o nulo, solo una décima parte de la muestra manifestó una planeación a futuro estructurada. El resto de la muestra puntuó en niveles bajos y el 33.7% no expresa planeación a futuro alguna (Tabla 14).

**Tabla 14**

*Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su nivel juicio.*

Juicio	Alta		Regular		Baja		Nula	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Planeación a futuro	1	0.3%	33	11%	165	55.0%	101	33.8%

### 3. Conductas de riesgo.

En cuanto a las conductas de riesgo, solo una cuarta parte de los pacientes no consumió alguna sustancia o droga ilícita. Las lesiones auto infligidas se presentaron con baja frecuencia en la muestra; la frecuencia de las personas con heteroagresividad e intentos suicidas fue de 15.6% y 15.0%, respectivamente (Tabla 15).

**Tabla 15**

*Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con la ausencia/presencia de conductas de riesgo.*

Conductas de riesgo	Presente							
	Ausente		Negado		Aceptado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Heteroagresividad	253	84.3	13	4.3	34	11.3	47	15.6
Consumo de sustancias	73	24.3	12	4.0	215	71.7	227	75.7
Intento suicida	255	85.0	10	3.3	35	11.7	45	15.0

### Inferenciales.

#### Prueba de hipótesis.

A continuación, se exponen los resultados respecto de las hipótesis planteadas.

Hipótesis 1. El nivel de insight-consciencia en los pacientes psiquiátricos es nulo o bajo.

Como se muestra en la Tabla 16, casi la mitad de los pacientes no mostró insight, y sólo el 5.1% poseía un nivel alto de insight.  $\chi^2 = 88.01$ ,  $gl = 3$ ,  $p < .001$ . (Tabla 16).

**Tabla 16**

*Distribución porcentual de los pacientes por su nivel insight-consciencia*

Nivel de insight-consciencia							
Nulo		Bajo		Regular		Alto	
0 puntos		1-2 puntos		3-5 puntos		6 puntos	
N	%	N	%	N	%	N	%
118	46.5%	67	26.4%	56	22.0%	13	5.1%

**Nota.** El tamaño de la muestra difiere a los 300 participantes debido a los valores perdidos (se desconoce la información o el paciente se negó a responder)

Hipótesis 2. Existen diferencias estadísticamente significativas del nivel de insight cuando se evalúa en términos de consciencia (insight-consciencia) y en términos de orientación (insight-orientación) en los pacientes con padecimientos psiquiátricos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2= 68.867$ ,  $gl = 9$ ,  $p<.001$ ) entre el nivel de insight evaluado en términos de consciencia, de acuerdo con la definición de David (1990) y Amador et al. (1991), y el insight reportado por los psicólogos evaluadores en términos de orientación. Se concentró un mayor porcentaje de pacientes en el nivel nulo cuando fue definido por orientación que por consciencia, y en el nivel regular ocurrió lo opuesto (Tabla 17).

**Tabla 17**

*Porcentaje de pacientes en cada nivel de insight-consciencia e insight-orientación.*

Nivel	Insight-Consciencia		Insight-Orientación	
	N	%	N	%
Nulo	118	46.5	168	56
Bajo	67	26.4	94	31.3
Regular	56	22.0	37	12.3
Alto	13	5.1	1	0.3

**Nota.** El tamaño de la muestra difiere en los tipos de insight (consciencia, orientación) debido a los valores perdidos (se desconoce la información o el paciente se negó a responder)

El análisis de las hipótesis 3, 4 y 5 se efectuó con los puntajes (0 a 6) del insight-consciencia, ya que parte de los objetivos de este estudio, es utilizar una definición de insight basada en literatura. La media de insight para la muestra fue 1.48 (D.E.= 1.82).

Hipótesis 3. Existe relación positiva entre las variables sociodemográficas de los pacientes con padecimientos psiquiátricos (edad, estado civil, escolaridad, situación laboral, religión) y su nivel de insight.

Si bien, las variables edad y el estado civil no mostraron una asociación significativa en los puntajes del insight (Tabla 18), sí lo hicieron la situación laboral y la religión. Obtuvieron puntajes más altos en insight los pacientes que laboraron (en comparación con los desempleados) y quienes dijeron no tener religión (comparados con aquellos que sí la tenían).

**Tabla 18**  
Diferencias en el insight por las variables sociodemográficas

Variable	Categorías	Media* (DE)	Prueba estadística
Edad	17-40 años	1.46 (1.82)	F(2,251)***= 2.234, p = 0.109
	41-50 años	1.81 (1.81)	
	51-60 años	0.80 (0.80)	
Estado civil	Sin pareja	1.42 (1.79)	t(252)**** = 1.366, p = 0.173
	Con pareja	1.80 (1.91)	
Situación laboral	No labora	1.34 (1.74)	t(250) = 2.256, p = <b>0.025</b>
	Labora	1.96 (1.96)	
Religión	Sin religión	1.96 (2.09)	t(250) = 2.184, p = <b>.030</b>
	Con religión (católica u otras)	1.35 (1.72)	

**Nota.** Se señala en negrita las diferencias estadísticamente significativas entre el insight y la variable. Los grados de libertad en la columna de prueba estadística varían debido a los valores perdidos de la variable.

No se agregan pruebas post hoc del Anova porque ningún contraste de las medias resultó significativo.

DE= desviación estándar, F= Anova de un factor (grado de similitud entre las medias comparadas), entre paréntesis, grados de libertad entre grupos, y grados de libertad dentro de grupos t= prueba t para muestras independientes (comparación de medias), entre paréntesis, grados de libertad.

\*Media teórica: 3; rango: 0 a 6

En cuanto a la escolaridad, no se mostró una asociación significativa con los puntajes del insight (F (7,233)= 2.075, p= 0.047) sin embargo, sí se encontró una distribución de los datos donde las personas con preparatoria y licenciatura concluidas obtuvieron los puntajes más altos de insight, y quienes tenía primaria o primaria trunca obtuvieron los más bajos. Los

puntajes de las personas que truncaron sus estudios fueron menores que los de aquellas que los concluyeron (Figura 2).

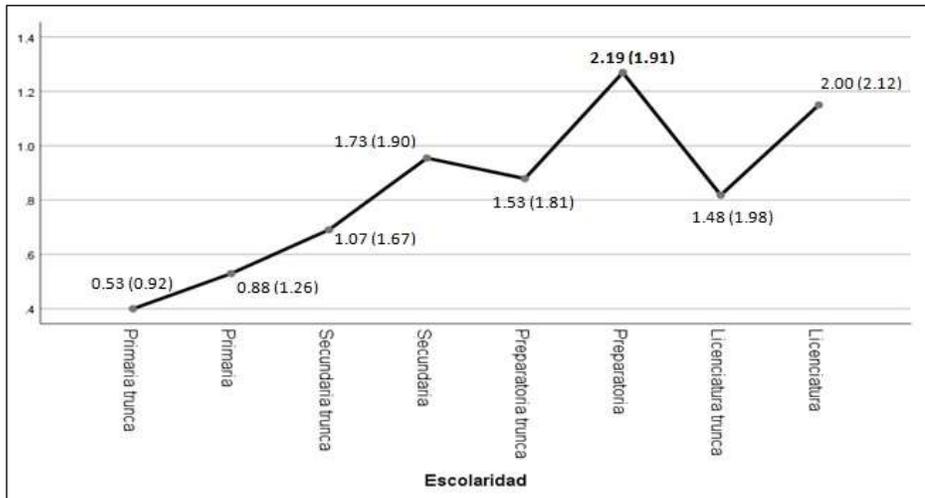


Figura 2 Media de insight por nivel de escolaridad.

Hipótesis 4. Existe relación positiva entre las variables de diagnóstico y estancia hospitalaria de los pacientes con padecimientos psiquiátricos (estancia hospitalaria, diagnóstico psiquiátrico, número de internamiento y motivo de ingreso) y su nivel de insight.

Las variables de diagnóstico y de motivo de ingreso mostraron una asociación significativa en los puntajes del insight, pero no lo hicieron los días de estancia hospitalaria y el número de internamiento (primero o más de uno). Como se observa en la Tabla 19, los pacientes con diagnóstico de trastornos del humor obtuvieron puntajes más altos de insight en comparación con los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, trastornos orgánicos incluidos los somáticos y trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas. Las personas con padecimientos neuróticos y de personalidad también puntuaron más alto en insight que quienes habían sido diagnosticados con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas o esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes. Respecto del motivo de ingreso, los pacientes que ingresaron al hospital psiquiátrico a causa de errores de juicio y conducta, heteroagresividad y negativismo a alimentos obtuvieron puntuaciones más bajas en insight, en comparación con aquellos cuyo motivo de ingreso fueron las alteraciones sensoriales y los atentados contra su vida.

Tabla 19

*Diferencias en el insight por las variables del diagnóstico y estancia hospitalaria*

Variable	Categorías	Media* (DE)	Prueba estadística	Pruebas post hoc de Tukey (p<.05)
Diagnóstico	Ts. mentales orgánicos, incluidos somáticos	1.13 (1.51)	F(4,259) = 15.446, p < .001	Ts. del humor y: -Ts. Orgánicos incluidos los somáticos. -Ts. Mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas -Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
	Ts. mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	1.17 (1.65)		
	Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	1.03 (1.39)		
	Ts. del humor	3.17 (2.15)		
	Ts. neuróticos y de Personalidad	3.00 (2.00)		
				No psiquiátricos y:Ts. de consumo Mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas Esquizofrenia
Motivo de ingreso	Errores de juicio y conducta	Sí	2.12 (2.14)	t(126)=3.574, p<.001
		No	1.18 (1.55)	
	Heteroagresividad	Sí	2.04 (1.96)	t(184)=3.86, p<.001
		No	1.13 (1.62)	
	Negativismo a medicamentos	Sí	1.55 (1.85)	t(250)=1.047, p=0.29
		No	1.27 (1.69)	
	Negativismo a alimentos	Sí	1.52 (1.83)	t(14)=5.286, p<0.001
		No	0.38 (0.51)	
	Alteraciones sensorceptuales (delirios, alucinaciones)	Sí	1.35 (1.76)	t(250)=2.732, p=0.007
		No	2.20 (1.93)	
Atentados contra su vida	Sí	1.17 (1.61)	t(250)=6.425, p<.001	
	No	2.93 (1.98)		
Consumo de sustancias	Sí	1.48 (1.82)	t(251)=0.295, p=0.767	
	No	1.75 (1.25)		
Días en hospital	Menos de una semana	1.55 (1.92)	t (251)=0.751, p=0.453	
	Una semana o más	1.38 (1.68)		
Internamiento	Primer internamiento	1.61 (1.90)	t(251)=1.132, p=0.259	
	Más de un internamiento	1.35 (1.72)		

**Nota.** Los grados de libertad en la columna de prueba estadística varían debido a los valores perdidos de la variable. Se señala en negrita las diferencias estadísticamente significativas entre el insight y la variable. TS = Trastornos, DE= desviación estándar, F= Anova de un factor (grado de similitud entre las medias comparadas), entre paréntesis, grados de libertad entre grupos, y grados de libertad dentro de grupos t= prueba t para muestras independientes (comparación de medias), entre paréntesis, grados de libertad.\*Media teórica: 3; rango: 0 a 6

Hipótesis 5. Existe relación positiva entre las funciones mentales superiores de los pacientes con padecimientos psiquiátricos (percepción, pensamientos, cognición, juicio y conductas de riesgo) y su nivel de insight.

Respecto de la percepción (Tabla 20), no mostraron una asociación significativa en los puntajes del insight entre quienes presentaban alteraciones sensorceptuales (media=1.83; D.E.=1.81), quienes las presentaron, pero las negaron (media=1.10; D.E.=1.81) y quienes no las presentaron (media=1.33; D.E.=1.76).

Tabla 20

*Diferencias en el insight por las variables correspondientes al pensamiento*

Variable	Categorías	Media* (DE)	Prueba estadística	Pruebas post hoc de Tukey (p<.05)
Ideas delirantes	Ausentes (A)	1.73 (1.91)	F (2,251)= 5.574, p=.004	A y PN
	Presentes, pero negadas (PN)	1.15 (1.59)		P y PN
	Presentes (P)	2.35 (2.25)		
Ideación suicida	Ausentes (A)	1.05 (1.52)	F (2,251)= 14.924, p<.001	A y PN
	Presentes, pero negadas (PN)	2.23 (2.12)		A y P
	Presentes (P)	2.32 (2.05)		
Ideas de muerte	Ausentes (A)	1.23 (1.69)	F (2,251) = 10.608, p<.001	A y P
	Presentes, pero negadas (PN)	1.00 (1.41)		
	Presentes (P)	2.51 (1.99)		
Ideas homicidas	Ausentes (A)	1.47 (1.80)	F (2,251) = 0.010, p=.990	
	Presentes, pero negadas (PN)	1.43 (2.14)		
	Presentes (P)	1.52 (1.91)		

**Nota.** Los grados de libertad en la columna de prueba estadística varían debido a los valores perdidos de la variable. Se señala en negrita las diferencias estadísticamente significativas entre el insight y la variable. DE= desviación estándar, F= Anova de un factor (grado de similitud entre las medias comparadas), entre paréntesis, grados de libertad entre grupos, y grados de libertad dentro de grupos t= prueba t para muestras independientes (comparación de medias), entre paréntesis, grados de libertad.\*Media teórica: 3; rango: 0 a 6

Las variables correspondientes al pensamiento en el Examen Mental mostraron una asociación significativa en los puntajes del insight. Los pacientes que presentaban (y aceptaban) ideas delirantes, obtuvieron puntajes más altos en insight, en comparación con aquellos que las presentaban y las negaban, y estos más altos que quienes no las

presentaban. Los pacientes que no presentaban ideación suicida o ideas de muerte puntuaron más alto en insight que aquellos que las presentaban o las presentaban y negaban. Las ideas homicidas no implicaron diferencias en el insight.

Respecto de las variables sensorio cognitivas, se observó una asociación significativa entre la orientación alopsíquica temporal, la orientación alopsíquica espacial, la orientación en circunstancia y los puntajes del insight. Los pacientes orientados puntuaron más alto en comparación con los parcialmente orientados y los no orientados. Aunque los orientados autopsíquicamente obtuvieron puntajes más altos que los no orientados y los parcialmente orientados, la diferencia no resultó significativa (Tabla 21).

Tabla 21

*Diferencias en el insight por las variables sensorio y cognición*

Variable	Categorías	Media* (DE)	Prueba estadística	Pruebas post hoc de Tukey (p<.05)
Orientación alopsíquica temporal	Orientado (O)	2.00 (1.85)	F (2,251) = 13.671, p<.001	NO y PO PO y O
	Parcialmente orientado (PO)	1.32 (1.81)		
	No orientado (NO)	0.36 (0.92)		
Orientación alopsíquica espacial	Orientado (O)	1.62 (1.81)	F (2,251) = 7.230, p=.001	NO y O NO y PO
	Parcialmente orientado (PO)	1.58 (2.07)		
	No orientado (NO)	0.17 (0.48)		
Orientación autopsíquica	Orientado (O)	1.55 (1.83)	F (2,251)= 1.964, p=.143	
	Parcialmente orientado (PO)	0.85 (1.63)		
	No orientado (NO)	0.33 (0.57)		
Orientación circunstancia	Orientado (O)	2.77 (1.94)	F (2,251)= 23.877, p<.001	NO y O NO y PO O y PO
	Parcialmente orientado (PO)	1.80 (1.91)		
	No orientado (NO)	0.64 (1.17)		

**Nota.** Los grados de libertad en la columna de prueba estadística varían debido a los valores perdidos de la variable. Se señala en negrita las diferencias estadísticamente significativas entre el insight y la variable. DE= desviación estándar, F= Anova de un factor (grado de similitud entre las medias comparadas), entre paréntesis, grados de libertad entre grupos, y grados de libertad dentro de grupos t= prueba t para muestras independientes (comparación de medias), entre paréntesis, grados de libertad.\*Media teórica: 3; rango: 0 a 6

En relación con el juicio, los niveles de planeación a futuro mostraron una asociación significativa en los puntajes del insight. Quienes poseían un nivel regular de planeación a

futuro puntuaron más alto en insight (media=2.97; D.E.=2.24, en comparación con los de nivel bajo (media=1.48; D.E.=1.70) o nulo (media=0.87; D.E.=1.43),  $F(2,250) = 7.228, p < .001$ .

Finalmente, en relación con las conductas de riesgo, el intento suicida mostro una asociación significativa en los puntajes del insight, quienes lo habían presentado, puntuaron más alto que quienes lo presentaron, pero lo negaron y que quienes no lo presentaron. En la heteroagresión y en el consumo de sustancias las diferencias no resultaron significativas (Tabla 22).

Tabla 22

*Diferencias en el insight por las conductas de riesgo*

<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>Media* (DE)</i>	<i>Prueba estadística</i>	<i>Pruebas post hoc de Tukey (p&lt;.05)</i>
Heteroagresividad	Presentes	1.61 (1.70)	F (2,251)= 0.112, p=.894	
	Presentes, pero negadas	1.33 (1.87)		
	Ausentes	1.47 (1.83)		
Consumo de sustancias	Presentes	1.58 (1.86)	F= (2,251) = 1.775, p=.172	
	Presentes, pero negadas	0.60 (1.07)		
	Ausentes	1.29 (1.72)		
Intento suicida	Presentes	2.32 (2.08)	F= (2,251)= 4.485, p= <b>.012</b>	Ausentes y Presentes
	Presentes, pero negadas	1.63 (1.40)		
	Ausentes	1.33 (1.75)		

**Nota.** Los grados de libertad en la columna de prueba estadística varían debido a los valores perdidos de la variable. Se señala en negrita las diferencias estadísticamente significativas entre el insight y la variable. DE= desviación estándar, F= Anova de un factor (grado de similitud entre las medias comparadas), entre paréntesis, grados de libertad entre grupos, y grados de libertad dentro de grupos t= prueba t para muestras independientes (comparación de medias), entre paréntesis, grados de libertad. \*Media teórica: 3; rango: 0 a 6

## Discusión

---

Esta investigación, se realizó con el fin de comparar los niveles de insight de enfermedad mental de pacientes con padecimiento psiquiátrico, efectuada mediante dos métodos de evaluación (insight-orientación e insight-consciencia) y relacionar el nivel de insight con las características sociodemográficas, de diagnóstico, estancia hospitalaria y funciones mentales superiores de los pacientes con enfermedad psiquiátrica.

En la institución psiquiátrica en la que se llevó a cabo el estudio, la evaluación del insight es efectuada generalmente con base en la información sobre la orientación autopsíquica, temporal, espacial y en circunstancia del paciente, la cual es consignada en el examen mental, y se categoriza en nivel de insight nulo, bajo, regular y alto. En el presente estudio el insight fue evaluado de acuerdo con la definición de David (1990) y Amador et al. (1991), en términos de la consciencia de padecer un trastorno mental y de necesitar un tratamiento, así como de la capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos. De esta manera, fue posible asignar un puntaje de insight (de 0 a 6) para cada paciente y, a partir de éste, categorizarlo de acuerdo con su nivel de insight. Al comparar el porcentaje de pacientes categorizados en cada nivel, con base en el primer criterio (insight-orientación) con los del segundo (insight-consciencia), se encontraron diferencias significativas, ya que con el insight-orientación quedan más pacientes asignados en el nivel nulo, en tanto que con el insight consciencia se distribuyen comparativamente más en los niveles regular y alto. El insight, al ser considerado multidimensional (compuesto de diversos fenómenos, incluidos los ya mencionados en las definiciones de David y Amador), evaluarlo con base en una categoría dicotómica (se tiene o no se tiene una enfermedad mental) significaría regresar a las primeras conceptualizaciones del insight, lo que nos alejaría de un mejor entendimiento.

Los resultados mostraron que alrededor de la mitad de los pacientes psiquiátricos de la muestra no presentaron indicios de insight de enfermedad mental. Es posible que se encuentren en negación; podría suponerse que están en un proceso de defensa psicológica, ante la señal de que algo les está ocurriendo y tratan de evitar la carga negativa, amenazante y dolorosa asociada con admitir padecer una enfermedad (Ghaemi y Rosenquist, 2004). Igualmente, puede considerarse que el insight bajo provendrá del proceso de enfermar como un síntoma primario y básico (Collins, et al. 1997). La mayoría de los pacientes en los que el

insight está presente, posee un nivel bajo de insight, lo cual puede deberse al tiempo de evolución de la enfermedad. Los pacientes en estado de psicosis tienen un insight limitado y su pensamiento puede ser concreto y estar distorsionado (Kaplan et al., 1994). McEvoy, et al. (1989) describieron como algunos pacientes agudos cuentan con un insight conservado, es decir, un episodio psicótico agudo remitido, no necesariamente mejora el insight, pues el paciente no atribuye su estado a una enfermedad mental.

Los pacientes con un nivel regular de insight sólo lograron verbalizar cuestiones relacionadas con padecer una enfermedad mental y señalaron que sus síntomas se debían a esto; sin embargo, aún culpaban a terceros, creían innecesario un tratamiento o no consideraban que su padecimiento fuera grave, ni tenían consciencia de las consecuencias sociales que conlleva padecer una enfermedad. Podría decirse que se encuentran en un insight aún intelectual, ya que admiten la enfermedad y los síntomas o el déficit social, sin generar motivación para el cambio (Kaplan, et al. 1994). Markova y Berrios (1992) señalaron que los pacientes que padecen una enfermedad mental generaran un juicio de los efectos del síntoma sobre sí mismo, en su funcionamiento y en sus relaciones con factores externos, también podría estar relacionado con las características individuales del paciente (inteligencia, cultura, experiencia, etcétera).

Respecto a la relación entre las variables sociodemográficas de los pacientes y el insight, se observó que las personas que laboraban poseen un nivel de insight más alto que los desempleados. McGlashan (1976) encontró que una actitud realista, se correlacionaba con una mayor deseabilidad de empleo y un mejor funcionamiento social, esta actitud realista hacia la situación que se vive (enfermedad mental) puede relacionarse con un nivel de insight mayor. Otros estudios resaltan el factor del empleo como protector contra la enfermedad mental (Mur y Maqueda, 2011; OMS, 2017).

Los pacientes sin religión (la quinta parte de la muestra), tuvieron un mayor nivel de insight que aquellos que profesaban una religión. En la literatura, la religión se presenta como un desencadenante de la enfermedad mental (Doering et al., 1998; Mohr y Huguelet, 2004), o un inconveniente para la adecuada adherencia al tratamiento (Borras et al., 2007). No se encontró información que evalúe la relación entre el nivel de insight y el tener o no religión. No obstante, Gonzalez (2004), encontró que la religión puede brindar una red de apoyo social y

generar pautas de conducta que aleje a los pacientes psiquiátricos del consumo de sustancias y de otras conductas de riesgo. En este estudio, se considera que la religión tendría un efecto positivo en el insight de los pacientes, si el contenido de sus delirios o alucinaciones no tiene un componente psicológico.

Los pacientes psiquiátricos con educación media superior y superior que concluyeron sus estudios, obtuvieron puntajes altos en insight, en comparación con quienes habían alcanzado menores niveles educativos. La educación proporciona formación en destrezas, hábitos, costumbres y conocimientos (García et al., 2011), que pueden generar mayor nivel de insight y la búsqueda de tratamiento médico ante los síntomas de la psicopatología (Quintanilla et al., 2004). También se ha observado mayor adherencia al tratamiento en pacientes con mayor nivel educativo (García et al., 2011). No obstante, los mecanismos de la influencia del nivel de insight en el nivel educativo aún se desconocen y en este estudio no mostraron resultados significativos.

La edad no implicó diferencias significativas en el insight. Como se revisó anteriormente, no hay datos concluyentes respecto de la relación entre la edad del paciente y el insight (Beck et al., 2004; Lang et al. 2003; Markova y Berrios, 1992; Navarro et. al., 2006;). Sin embargo, los hallazgos de investigación sugieren que, a mayor edad, menor nivel de insight (Amador y Gorman 1998; Kim et al., 1997; Lang et al., 2003; Vaz et al., 2002). El estado civil tampoco fue una variable significativa con respecto al insight, aunque algunos estudios han encontrado relación del insight con poseer una pareja (Fennig et al., 1996; Lang et al., 2003). Cabe señalar que en la muestra del presente estudio sólo uno de cada diez pacientes dijo tener pareja.

El diagnóstico correspondiente a la enfermedad psiquiátrica que se padece, implicó diferencias en los puntajes del insight. Los pacientes con diagnóstico de trastornos del humor, en comparación con los de esquizofrenia, de trastornos orgánicos y de trastornos de consumo, mostraron niveles más altos de insight. Resultados similares en el diagnóstico de trastornos del humor han sido reportados por Fenning et al. (1996) y Ríos et al. (2015), los cuales dan un peso importante a los momentos en que el paciente regresa a la eutimia y remiten los síntomas anímicos para reconsiderar su estado de la salud actual y favorecer el nivel insight. Los pacientes con trastornos de personalidad o neuróticos principalmente

relacionados con la ansiedad, también obtuvieron puntuaciones comparativamente altas en insight. Son trastornos que pueden ser graves y ameritar internamiento, pero, por lo general, tienen una pronta estabilización. A pesar de que también puede haber déficit de insight en los pacientes con trastornos de personalidad, como ocurre en los pacientes con trastornos del humor, hay estados de eutimia que ayudan a reconsiderar la posibilidad de necesitar un tratamiento o a tener la consciencia de que sus síntomas se deben a una enfermedad.

Diversos estudios relacionan un bajo nivel de insight con el diagnóstico de esquizofrenia y trastornos orgánicos (Carpenter, Strauss y Bartko, 1973; Fennig, Everett & Bomet 1996; David et al., 1992). Estos estudios apuntan a que el déficit de insight en la esquizofrenia está principalmente relacionado con las deficiencias cognitivas (déficit de atención y en funciones ejecutivas) propias de este padecimiento. Algunos otros autores explican el déficit tan alto de insight debido a un deterioro cognitivo secundario a anomalías cerebrales (Anonius, et al. 2011; David, 1999; Lewis, 1934; Northoff y Bermophl, 2004; Parallada et al., 2010; Raij et al., 2012).

Se obtuvieron bajas puntuaciones de insight en los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas. En la literatura, el déficit de insight en este tipo de trastornos, se relaciona principalmente al factor adicción, que tiene componentes neurobiológicos, causa neurodegeneración y trastornos de circuitos neuronales como el lóbulo prefrontal (Crews y Boettiger, 2009; George, et al., 2008; Nizama, 2015), que deterioran el proceso de racionalidad en los pacientes.

Tampoco el consumo de sustancias tuvo efecto sobre el insight en el presente estudio y, aunque aún no queda claro si el consumo de drogas es una variable antecedente del desarrollo de la enfermedad o si su consumo posterior es debido a un tipo de automedicación para aliviar los síntomas de la enfermedad, la dependencia de drogas se ha relacionado con un insight moderado (Lang, et al. 2003).

Ghaemi y Pope (1994) y Kelly (2004) reportaron que el insight se relaciona con el ingreso voluntario vs involuntario. Aquellos pacientes con ingresos involuntarios presentaban falta de insight. Sin embargo, en este estudio no se tiene conocimiento sobre si el ingreso al hospital de los pacientes fue de manera voluntaria o involuntaria.

Los motivos de ingreso, es decir, los actos que hicieron que los pacientes ameritaran internamiento, fueron también variables significativas en el insight. Si los pacientes fueron hospitalizados debido a errores de juicio y conducta, heteroagresividad y negativismo a alimentos, su insight se encontraba en niveles bajos. Estas conductas reflejan un desconocimiento de que el propio actuar dista de la realidad y muestra una percepción alterada; hay reacciones desadaptativas, irracionales y violentas ante los estímulos del medio ambiente. El haber ingresado por la presencia de síntomas psiquiátricos y atentados contra su vida, se relacionó con un mayor insight. Asistir en busca de atención especializada y detectar que la sintomatología corresponda a una alteración psiquiátrica indica un adecuado insight. De acuerdo con el modelo del insight como defensa psicológica, el reconocimiento de la enfermedad puede ocasionar sentimientos de ansiedad y depresión, e incluso, en casos extremos, llevar al paciente a atentar contra su vida, lo que podría señalarse como un síntoma negativo de la presencia de insight. Varios estudios han observado más estrés, sintomatología depresiva (Mintz et al., 2003), desesperanza, ansiedad (Lyzaker y Salyers, 2007) y mayor riesgo de suicidio (Pompili, et al., 2007; Schwartz y Smith, 2004) en pacientes con un mayor nivel de insight.

Algunos autores señalan que el déficit de insight al ingreso hospitalario puede predecir el tiempo de estancia en el hospital o recaídas (Lang et al., 2003; Thieda, 2003; Van Os, et al., 1996), sin embargo, en el presente estudio el número de internamiento, así como los días de estancia hospitalaria no implicaron diferencias en el insight.

Un propósito central del presente estudio, fue analizar la relación existente entre las funciones mentales superiores (percepción, pensamiento, orientación y juicio) y el insight. Las ideas delirantes se relacionaron significativamente con el insight. La relación entre las ideas delirantes y el déficit de insight podría asociarse principalmente con la severidad de los delirios (Mintz et al., 2003) y con el modelo evasivo, donde el paciente prefiere vivir en su delirio que enfrentar el malestar e inseguridad de la enfermedad (Olivos, 2009). Navarro et al. (2006) indica que aquellos pacientes con la capacidad de reconocer estos estados mentales como patológicos muestran señales de un mayor insight, lo cual se verificó en el presente estudio, ya que los pacientes que aceptaron y cuestionaron la idea delirante puntuaron más alto en insight.

En el estudio se hallaron diferencias significativas en el insight entre los pacientes que presentaron ideación o intentos suicida y los que no lo hicieron. La puntuación de insight fue mayor en los pacientes que reconocieron tener estas ideas e intentos. Autores como Amador et al. (1996), sugieren que a mayor nivel de insight es más probable que se presenten conductas suicidas, debido a los sentimientos de desesperanza y desmoralización ante su enfermedad. Es necesario efectuar más estudios que evalúen aspectos psicológicos del insight, como los estilos de afrontamiento (Birchwood y Iqbal, 1998).

La variable orientación, en sus categorías alopsíquica temporal, alopsíquica espacial y en circunstancia, se relacionó significativamente con el insight. No se encontraron estudios que correlacionaran el déficit de insight y el nivel de orientación sensorio cognitiva, sin embargo, un nivel de orientación correcto y alto es requisito para lograr insight, debido a que es un proceso que permite al paciente conocer la realidad y comprender su relación con ésta (Kaplan et al., 1994).

Los pacientes con planeación a futuro regular tuvieron puntajes de insight más altos que quienes carecían de ella. Esto refleja capacidad del paciente de interpretar el ambiente correctamente y orientar su conducta en forma apropiada y, finalmente, actuar (David, 1990).

Las alteraciones senso-perceptuales, las ideas homicidas y la heteroagresividad, no se relacionaron con el insight. Respecto de la gravedad de la manifestación de estos síntomas, no hay datos concluyentes. Algunos estudios muestran que una mayor intensidad de los síntomas se asocia con escaso insight (Lang et al., 2003). Markova y Berrios (1992) señalan que no todos los síntomas tienen el mismo peso sobre el grado de insight, y que el grado de insight puede determinar la expresión de la enfermedad, es decir, a mayor insight, menor intensidad de los síntomas. David et al (1990) menciona que posiblemente algunos síntomas desempeñen un papel más importante en el déficit de insight que otros. Futuras investigaciones pueden ahondar en estas observaciones.

## Conclusiones

---

Los resultados muestran que un mayor insight se relaciona con poseer una actividad laboral, no profesar una religión, poseer un nivel educativo alto, ser diagnosticado con algún trastorno del humor, presentar motivos de ingreso como reconocimiento de síntomas psiquiátricos y atentados contra su vida, reconocimiento de delirios, ausencia de ideas suicidas y de muerte, tener orientación alopsíquica en tiempo, espacio y circunstancia, poseer planeación a futuro y el reconocimiento de haber presentado intentos suicidas.

De forma específica, esta información y forma de evaluar para los psicólogos clínicos puede ser un primer paso para el manejo, pronóstico y planificación terapéutica debido a su sencillez. Adicionalmente las dimensiones elegidas de acuerdo con la literatura (la consciencia de tener un trastorno mental, de necesitar un tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno, así como la capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos) prueban que son válidas para evaluar el insight.

### *Limitaciones*

El presente estudio enfrentó las siguientes dificultades y restricciones: el instrumento utilizado fue la entrevista del examen mental que se aplica rutinariamente en el hospital psiquiátrico, la cual carece de preguntas específicas para obtener una evaluación completa del insight-consciencia, como consecuencia, el componente relacionado con las repercusiones sociales de la enfermedad mental, no pudo ser incluido en este estudio. Además, no se contó con un instrumento que evaluara específicamente el insight en las personas que padecen una enfermedad mental, ya que las preguntas en el examen mental no están orientadas hacia este fenómeno.

Es necesario realizar estudios para determinar las características psicométricas de las medidas del insight, ya que los resultados de esta investigación no pueden ser comparados del todo con otros, dada la gran diversidad de medidas heterogéneas utilizadas, que se basan en diferentes conceptualizaciones del insight. Además, la población en su totalidad era masculina. Se requiere desarrollar un instrumento consensuado, válido y confiable.

No se cuenta con información de los pacientes anterior al internamiento en el hospital psiquiátrico sobre el desarrollo del insight, el desarrollo de su patología, cuantas hospitalizaciones han tenido que no sea en esta institución, el estatus de su ingreso (voluntario o no) o si tuvieron algún proceso psicoterapéutico anteriormente. Contar con esta información probablemente podría brindarnos más indicios del nivel de insight en los pacientes.

La falta de información teórica sobre el insight en el personal de psicología, pudo generar categorías equivocadas, prejuicios y poca objetividad. Por todo lo anterior los resultados deben ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones propias del estudio.

#### *Aportaciones.*

Existen pocas investigaciones sobre el insight en población psiquiátrica hospitalizada. El presente estudio se efectuó en población mexicana y brinda información sobre el insight en diversas enfermedades mentales, que puede ser utilizada para generar mejores diagnósticos y tratamientos.

Se señala la importancia de abordar otras variables para el estudio del insight, ya que existen diversas vías para llegar a comprenderlo. Las técnicas de afrontamiento, variables del entorno, aspectos emocionales en relación con el insight. Son temas que se propone investigar para futuros trabajos.

Este estudio pretende enfatizar en la existencia del insight en la enfermedad mental sin importar el tipo y gravedad del manejo, pronóstico y planificación terapéutica, esto con el fin de luchar contra los prejuicios que cuestionan esta capacidad de insight en los pacientes psiquiátricos, y vislumbrar un área de oportunidad para mejorar los tratamientos y las condiciones de vida de esta población.

Se recomienda utilizar el concepto de insight formulado por Amador et al. (1991), David, (1990), Markova y Berrios, (1992), en este estudio denominado insight-consciencia, como concepto para evaluar el insight, debido a que en esta investigación resultó ser un término más objetivo que permite una comprensión multidimensional del insight, además que permite

estandarizar la recogida de información de manera que puede ser procesada cuantitativamente.

## Referencias

- Acevedo, I. & Lopez, M. (2009). *El proceso de la entrevista*. México: Limusa.
- Acosta, A., Aguilar, G-I., Cejas, M., Gracia, M., Caballero, H. & Siris, S. (2009). A prospective study of the psychopathological variables associated with suicidality among schizophrenic patients. *Actas españolas de Psiquiatría*, 37 (1), 42-44.
- Agüero (2010). La psicosis, un defecto en la identificación. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Aguilar, I. (2016). La importancia de las redes de apoyo [Mensaje en un blog]. Recuperado en febrero del 2019 de <https://mariajoseaguilaridanez.wordpress.com/2016/10/11/la-importancia-de-las-redes-de-apoyo/>
- Alemán, A., Agrawal, N., Morgan, K. & David, A. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 189, 204-212.
- Alia-Klein, N., O'Rourke, T., Goldstein, R. & Malaspina, D. (2007). Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behavior*, 33(1), 86-89.
- Amador, X. & David, A. (1998). *Insight and Psychosis*. Oxford University Press: New York.
- Amador, X. & Gorman, J. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatry Clinique North America*, 21, 27-42.
- Amador, X. (2007). ¡No estoy enfermo, no necesito ayuda!. Barcelona: Mayo
- Amador, X., Andreasen, N., Flaum, N., Strauss, D., Yale, S.,...Clark, S. (1994). Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
- Amador, X., Strauss, D., Yale, S. & Gorman, J. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113-132.
- Amador, X., Strauss, D., Yale, S., Flaum, M., Endicott, J. & Gorman, J. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, (1) 873-879.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Andero, O. (2020). Psicología y mente. ¿Qué es la "Heteroagresividad"? Causas y trastornos asociados. Recuperado en Mayo del 2020 en <https://psicologiyamente.com/forense/heteroagresividad>

- Antonius, D., Prudent., V., Rehani Y., D'angelo, D., Ardekani, B., Malaspina, D., & Hoptaman, M.J. (2011). White matter integrity and lack of insight in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 128 (1-3), 76-82.
- Arango, C., Calcedo, B., González-Salvador, T. y Calcedo O. (1999). Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 493-503.
- Arbeláez, O. (12 de mayo 2010). Generalidades entrevista Psicológica [Mensaje de un blog]. Recuperado en Octubre del 2018 en <http://teoriaytecnicasentrevista.blogspot.com/2010/05/generalidades-entrevista-psicologica.html>
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Salúde Pública*, 8 (3), 254-261.
- Babinsky, M. (1914). Contribution à l'Étude des Troubles Mentaux dans l'Hémiplégie organique cérébrale (Anosognosie). *Revue Neurologique*, 27, 845-848. En: Bulbena, V., Berrios, G.,...Fernandez de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A. & Warman, D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68 (2-3), 319-329.
- Bembibre, V. (2008). *Definición de situación laboral*. Recuperado en Mayo dos 2020 en <https://www.definicionabc.com/social/laboral.php>
- Bernal, Y. (2012). Antecedentes epistemológicos y metodológicos de la tradición de pensamiento psicodinámica. En G. Alvarez, J. Molina, Z. Monroy Y. & Bernal (Ed.), *Historia de la psicología* (pp. 53-66). México: Facultad de Psicología UNAM.
- Berrios & Gili (1995). Will and its disorders: a conceptual history. *History of psychiatry*, 6 (21), 81-104.
- Berrios, G. & Marková, I. (2003). The self and psychiatry: a conceptual history. En T. Kircher y A. David. (Ed.), *The self in neuroscience an psychiatry* (pp. 9-39). Reino unido: Cambridge University.
- Berrios, G. (1996). *The history of mental sympoms: 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. & Iqbal, Z. (1998). Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. *Chi Chester: John Wiley and Sons*, 7, 81-100.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, F., Macmillan, F. & Slade, M. (1994). A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (1), 62-67.
- Bleger, J. (2007). *Temas de psicología: entrevista y grupos*. España: Nueva visión.
- Borras L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguelet P. Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull*. 2007 Sep;33(5):1238-46.
- Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Amador, X., Pini, S. & Cassano, G. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the International Suicide Prevention Trial. *American Journal Psychiatry*, 161, 1494-1496.
- Bruno, F. (1986). *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Barcelona: Paidós.
- Bulbena, V., Berrios, G.,...Fernandez de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Burns, T., Creed F, Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P. & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomized trial. *The Lancet*, 353, 23-32.
- Cambridge Dictionary. (2018). *Definition of insight*. Recuperado en enero del 2018 de <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/insight>
- Carpenter, W., Strauss, J. & Bartko, J. (1973). Flexibel systems for the diagnosis of schizophrenia. Report from the World Health Organization International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*, 182, 1278-1973.
- Cavleres, A. (2013). ¿Pérdida de la conciencia de enfermedad o percepción subjetiva en personas enfermas de esquizofrenia? *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 9 (1), 59-63.
- Colín, G., Galindo, H. & Saucedo. (2009). *Introducción a la entrevista psicológica*. México: Trillas.
- Collins, A.A., Remington, G.J., Coulter, K. & Birkett, K. (1997). Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94, 12-22.
- Crews, F. & Boettiger, C. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacol Biochem Behavior*, 93 (3), 237-247.

- Cuesta, M., Peralta, V. & Zarzuela A. (1994). Reappraising insight in psychosis: multi-scale longitudinal study. *British Journal Psychiatry* 2000, 233-240.
- Dagonet, M. H. (1881). Conscience et alienation mentale. *Annales Médico-Psychologiques*, 5, 368-397.
- David, A. S. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 156 (6), 798-808.
- David, A. S. (1990). On insight and psychosis: discussion paper. *The Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 325-329.
- David, A. S., Buchanan, A., Reed, A. & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161 (5), 599-602.
- David, A.S. (1999). To see ourselves as others see us. Aubrey Lewis insight. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 210-216.
- Davini, Gellon de Salluzi & Rossi. (1978). *Psicología General*. Argentina: Kapelusz.
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu & Vizquete-Carriosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40.
- Díaz, L. (2010). *Indagación*. México: Facultad de Psicología.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. & Varela M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162-167.
- Dickerson, F.B., Boronow, J.J., Ringel, N. & Parente, F. (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 48, 195-199.
- Doering, S., Muller, E., Kopcke, W., Pietzcher, A., Gaebel, W.,...Linden, M. (1998). Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 24, 87-98.
- Dolores, M. (2009). Insight y calidad de vida objetiva y subjetiva en la esquizofrenia. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad de Barcelona facultad de psicología.
- Dominguez, P., Markova, I., Berrios, C., & Bulbena, v. Evaluación del insight en la psicosis. En: Bulbena A, editor. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Madrid; 2000. p. 137-52.
- Drake, R., Pickles, A., Bentall, R., Kinderman, P., Haddock, G., Tarrier, N. & Lewis, S. (2004). The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychiatric Medicine*., 34 (2), 285-292.

- Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Eskey, A. (1958). Insight and prognosis. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 426-429.
- Fenning, S., Everett, E. & Bomet, E. (1996). Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 22, 257-263.
- Fernández, M. (2010). Relación entre conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y las actividades de la vida diaria. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*, 8, 3-7.
- Flick U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata Paideia.
- Fuentenebro, F., Valiente, C., Díez-Alegría, C. & Niet, M. (2007) Psicopatología de la psicosis: Delirio. *Dialnet Informaciones Psiquiátricas*, 189, 67-85.
- Garay M., Pousa V. & Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y la autoestima con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (123), 459-475.
- García, C., Alfaro, C., Rodríguez, D. & Sánchez, A. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. *Actualidades en psicología*, 25 (112), 37-55.
- Gazitúa, R. (2007). *Manual de semiología. Conciencia y estado psíquico (examen mental)*. Recuperado en Mayo de 2020 de <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/140ExamenMental.htm>
- George, O., Mandym, C., Wee, S. & Koob, G. (2008). Extended access to cocaine self-administration produces long-lasting prefrontal cortex-dependent working memory impairments. *Neuropsychopharmacology*, 33(10), 2474-2482.
- Ghaemi SN, Pope HG Jr. Lack of insight in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*. 1994;2(1):22-33.
- Ghaemi, SN. & Rosenquist, K. (2004). Is Insight in Mania State-Dependent?: A Meta-Analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (11), 771-775.
- Goldstein, R. & Volkow, N. (2002). Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *The American Journal of Psychiatry* 159(10), 1642-1652.
- Gonzalez, V. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7 (2) 19-29

- Gorráez, C., Galindo, L. & Saucedo, P. (2009). *Introducción a la entrevista psicológica*. México: Trillas.
- Greendfeld, D., Strauss, J. Bower, M. & Mandelkern (1989). *Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis*. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 245-252.
- Guillermo, B. (2006). Teoría del apego y psicología del self: una integración posible. Recuperado en diciembre del 2018 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000371>
- Halgin, R. P. & Whitbourne, S. K. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: McGraw-Hill.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal Psychiatry*, 187, 9-20.
- Heinemann K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte*. Barcelona: Paidotribo;
- Heinrichs, D.W., Cohen, B.P. & Carpenter, W.T. (1985). Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 113-1985.
- Hernandez S., Fernández, C. & Baptista L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Educación.
- INCyTU (Oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión). (2018). *Salud mental en México*. Recuperado en mayo del 2019 en [https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU\\_18-007.pdf](https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf)
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2018). "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio" (Datos nacionales). Recuperado en Mayo de 2019 en [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf)
- International Pilot Study of Schizophrenia & World Health Organization. (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. World Health Organization. Recuperado en mayo de 2018 en <http://www.who.int/iris/handle/10665/39405>
- Jaspers, K. (1948). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer.
- Jaspers, K. (1959). General Psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 141 (3), 310-312.

- Jaspers, K. (1977). *Escritos Psicopatológicos*. Madrid: Gredos.
- Jiménez, A. (2017). *Conciencia de enfermedad y actitud hacia la medicación en pacientes, discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental en familiares como factores que influyen en la utilización de servicios de pacientes diagnosticados con esquizofrenia que acuden al HPFBA*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, 15-78.
- Kane J.M. (2007). Treatment Adherence and long-term outcomes. *CNS Spectr*. 10 (17), 21-26.
- Kaplan, H., Sadock B. & Grebb J. (1994). *Sinopsis de Psiquiatría* (7a ed.). Argentina: Editorial panamericana.
- Kelly, BD, Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Kamali, M., Gervin, M., Kinsella, A., Lane, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2004). Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatr*, 19(2), 67-71.
- Kemp, R. & David A. (1997). Insight and compliance. *Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance*, 8 (1), 61-84.
- Kerlinger, F. (1981). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. Interamericana: México.
- Khantzian, E. (1985). Psychoterapeutic intervention with substance abusers: The clinical context. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 83-88.
- Kim, Y., Sakamoto, K., Kamo, T., Sakamura, Y. & Miyaoka H. (1997). Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 117-23.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*, New York: International Universities Press.
- Lang, A., Berghofer, G., Kager, A., Steiner, E., Schmitz, M., Schmidl, F. & Rudas, S. (2003.) Los predictores de "insight" con respect a la enfermedad mental entre los pacientes psicóticos y no psicóticos. *The European Journal of Psychiatry*, 17 (4), 199-209.
- Lera, G., Herrero, N., González, J., Aguilar, E., Sanjuán, J. & Leal, C. (2011). Insight among psychotic patients with auditory hallucinations. *Journal of clinical psychology*, 67 (7), 1-8.
- Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, 14 (4), 332-348.
- Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario oficial de la federación, Estado Unidos Mexicanos, 6 de enero de 1987.

- Lincoln, T., Lüllmann, E. & Rief, W. (2008). Correlates and Long-Term Consequences of poor insight in patients with schizophrenia: a systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1324-1342.
- Lledo, J. (2009). La exploración psicodinámica en salud mental. España: Club Universitario.
- López, B. & Carvallo, G. (2009). Aproximación al proceso salud-enfermedad. *Odus científica*, 10 (1), 33-43.
- Lozano, R., Gómez, D. H., Garrido, F.L, Jiménez, A. C., Campuzano, J.C., Franco, F. M.,... Murray, C. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública México*, 55(6), 580-531.
- Lyons, W. (1986). The disappearance of introspection. Cambridge, MA: MIT.
- Lysaker, P.H. & 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.
- Marková, I. & Berrios, G. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86, 159-164.
- Markova, I., Roberts, K., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P. & Berrios, G. (2003). Assessment of insight in psychosis: A re-standardization of a new scale. *Psychiatry Research*, 119 (2), 81-88.
- Martinez, L., Moreno, K., Soriano, P., (2004). Falta de insight en la esquizofrenia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 4(2), 146-158.
- Mayer-Gross, W. (1920). Ueber die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten psychose. *Xelttschritte fur die Gesmata Neurologie und Psychiatrie*, 60, 160-212. En: Amador, X. y David A., editores (2004). *Insight and Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- McEvoy, J. P., Applebaum, P. S., Apperson, L. J., Geller, J. L. y Freter, S. (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry*, 30(1), 13-17.
- McEvoy, P. J., Apperson, J. L., Appelbaum, S. P., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K.,... Roth, L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 43-47.
- McGlashan, T. & Carpenter, W. (1976). Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 231-239.
- McGlynn, S. & Schacter, D. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological Syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 123-205.

- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. & Quintero, M., (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte Barranquilla*, 23, 83-11. 1
- Medalia, A., Thysen, J. & Freilich, B. (2008). Do people with schizophrenia who have objective cognitive impairment identify cognitive deficits on a self report measure? *Schizophrenia Research*, 105 (3), 1156-164.
- Medina-Mora, M., Guilherme, B., Lara M., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, B., Villatoro, V.,... Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26 (4), 1-16.
- Méndez, M. (2017). Gasto en salud mental. CIEO Recuperado en abril del 2019 de <https://mariajoseaguilaridanez.wordpress.com/2016/10/11/la-importancia-de-las-redes-de-apoyo/>
- Merino, R. y De la Fuente Blanco, G. (2007). Sociología para la intervención social y educativa. España: Complutense
- Migallon, I. (2018). *Entrevista Psicológica: Definición, Tipos y Etapas*. PSICOCODE. Recuperado en noviembre del 2018 de <https://psicocode.com/psicologia/entrevista-psicologica-definicion-tipos-etapas/>
- Mintz, A.R., Dobson, K.S. & Romey L. (2003). Insight in schizophrenia: it's a relationship to measures of executive functions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 525-531.
- Mitchell L, Romans S. (2003). Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 247-57.
- Mohr, S. & Huguelet, P. (2004). The relationship between schizophrenia and religión and its implications for care. *Swiss Medical Publishers*, 134, 369-376.
- Mondragon, D. (2018). Síndrome de carga del cuidador en los acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 50-58.
- Morga, R. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México: Red tercer milenio.
- Morgan, K. & David, A. (2004). Neuropsychological studies of insight in patients with psychotic disorders. En X.F. Amador y A. S. David (Ed.), *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorder* (pp. 275-298). England: Oxford University Press.

- Mur, V. & Maqueda, B. (2011). Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (1), 1-3.
- National Institute of Mental Health. (2017). *Mental Illness*. Recuperado en noviembre del 2018 en <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- Navarro, M., Cardeño, C., Cano, J., Gomez, J., Jimenez, K., Palacio, C. & Garcia, J. (2006). Introspección en pacientes con psicosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (1), 61-70.
- NIDA. (2012). La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales. Recuperado <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-comorbilidad-entre-la-adiccion-y-otros-trastornos-mentales> en 2019, May 29
- Nieto, G. M. (2012). *Factores psicopatológicos, cognitivos y metodológicos en el déficit de insight en pacientes psicóticos*. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 9-89.
- Nizama, V. (2015). Innovación conceptual en adicciones. (Primera parte). *Revista Neuropsiquiátrica*, 78 (1), 22-29.
- Northoff, G. y Bermpohl, G. (2004). Cortical midline structures and the self. *Trends in Cognitive Sciences*, 8 (3), 102-107.
- Novelo, A. (2011). *Nivel de conciencia de enfermedad mental en pacientes con esquizofrenia bajo tratamiento con antipsicóticos de acción prolongada y psicoeducación en el hospital psiquiátrico fray Bernardino Alvares: estudio comparativo*. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, 6-50.
- OACNUDH (Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México). (2003) Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México. México: Iprint
- Olivos, P. (2009). La mente delirante. Psicopatología del delirio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47 (1), 67-85.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. México: Editorial panamericana.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2004). *Promoción de la Salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Recuperado en octubre del 2018 en [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2016). *Mental Health Atlas*. Recuperado en octubre del 2018 en [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28451/9789275119006\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28451/9789275119006_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2017). *Salud mental en el lugar de trabajo*. Recuperado en febrero del 2019 en [https://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/es/](https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/)
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2018). *Trastornos mentales*. Recuperado en Abril del 2019 de [https://www.who.int/topics/mental\\_disorders/es/](https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/)
- OPS-OMS (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la salud). (2011). *IEMS-OMS Informe sobre sistema de salud mental en México*. Recuperado en mayo del 2019 en [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- Palao, V. (2009). *La entrevista clínica psiquiátrica*. Recuperado en Abril del 2019 de <http://academia.cat/files/425-7295-DOCUMENT/entrevistaclinicapsiquiatricaintroduccionDP.pdf>
- Parellada, M., Boada, L., Fraguas, D., Reig, S., Castro-Fornieles, J., Moreno, D.,... 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.
- Pérez, P. y Gardey, A. (2012). Definición.de: Definición de planeación. Recuperado en mayo del 2020 en <https://definicion.de/planeacion/>
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15(2), 196-217.
- Pérez-Tejada, H. (2008). *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud*. México: CENGAGE Learning
- Perpiña, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. España: Ediciones pirámide.
- Pignon, B., Rolland, B., Tebaka, S., Zouitina-Lietaert, N., Cottencin, O., Vaiva, G. (2015). Clinical criteria of involuntary psychiatric treatment: a literature review and a synthesis of recommendations. *Press Médical* 43 (11), 1195-1205.

- Pompili, M., Amadaor, X.F., Giradi, P., Harkavy-Friedmad, J., Harrow, M., Kaplan, K., ... Tatarelli, R. (2007). Suicid risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 16, 6-10.
- Ponce, L. P. (2015). *Asociación de la conciencia de enfermedad y la adherencia farmacológica al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia*. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Universidad Autónoma de México, 5-42.
- Quintanilla, M., Haro, J., Vega, M., González, M. & Ramírez, F. (2004). Educación y salud mental. *Revista de Educación y Desarrollo*. 3, 62-64.
- Raij, T., Riekkki, J. & Hari, R. (2012). Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex. *Schizophrenia Research*, 139 (1-3), 27-32.
- Real Academia Española. (2014). Estancia hospitalaria. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/estancia?m=form>
- Real Academia Española. (2014). Ingreso. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/ingreso?m=form>
- Real Academia Española. (2014). Internamiento. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/internamiento?m=form>
- Real Academia Española. (2014). Motivo. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/motivo?m=form>
- Real Academia Española. (2014). Número. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/n%C3%BAmero?m=form>
- Real Academia Española. (2014). Psiquiátrico. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/psiqui%C3%A1trico>
- Ríos, U., Villanueva, D., Urrejola, O., Barrientos, M. & Acuña, V. (2015). Conciencia de enfermedad y disfunción cognitiva en pacientes con trastorno bipolar en eutimia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 11(2), 204-208.
- Robles, Sanches, J.I., Acinas, A., Perez-Íñigo G. (2013). Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida. Madrid: Editorial síntesis
- Rojas (1984). *El examen psiquiátrico del paciente*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Roland pressat (1987) Diccionario de demografía. Barcelona: Oikos, ediciones

- Ruiz, A., Pousa, E., Duño R., Crosas, J., Cuppa, S. & Garcia R. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental SUMD. *Actas de Psiquiatría*, 36, 111-120.
- Sáenz, F. (2018). *Percepción de apoyo social y sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con trastorno mental*. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, 20-21.
- SAP (Servicios de atención psiquiátrica). (2017). *Anuario estadístico*. Recuperado en octubre del 2018 en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/320868/SAP\\_Anuario\\_Estadistico\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/320868/SAP_Anuario_Estadistico_2017.pdf)
- Saracco, A. (2006). *Influencia de la hospitalización sobre la conciencia de enfermedad mental en pacientes psiquiátricos*. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, 7-30.
- Schwartz, R.C. & Smith, S.D (2004). Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of Psychiatry Research*, 38, 185-191.
- Segal, D. & Hersen, M. (2010). *Diagnostic interviewing*. New York: Springer.
- Segarra, R., Ojeda, N., Peña, J., García, J., Rodríguez-Morales, A.,... Ruiz, I. (2012). Longitudinal changes of insight in first episode psychosis and its relation to clinical symptoms, treatment adherence and global functioning: one-year follow-up from the Eiffel study. *European Psychiatry* 27, 43-49.
- Seguí, V. (2011). *El insight en psicología*. Tesis de maestría en Psicología. Instituto Superior de Estudios Psicológicos, 2-31.
- Sendt, K., Trancy, D. & Bhattacharyya, S. (2015). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 225 (1-2), 14-30.
- Serra, V. (2013). El dilema del paciente con trastornos mentales y de la conciencia en la práctica clínica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12 (4), 557-570.
- Silva F. (1998). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Introducción a la Evaluación Psicológica*. i. Madrid: Pirámide.
- Síntes, A. (2011). *Insight clínico y metacognitivo en pacientes con primer episodio psicótico*. Tesis de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad Autónoma de Barcelona, 7-188.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.

- Soria, M. (2007). *MILLSOR: Trastornos neurocognitivos*. Recuperado en octubre del 2018 en <https://www.millsor.com/neurocognicion/>
- Sullivan, H. S. (1973). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Psique.
- Takai, A., Uematsu, M., Ueki, H. & Sone, K. (1992). Insight and its related factores in chronic schizophrenic patients: A preliminary study. *European Journal of Psychiatry*, 6, 159-170.
- Thieda, K. (2003). An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54 (4), 508-516.
- Thienhaus, Ole J.; Piasecki, Melissa (1998). Psiquiatría de urgencia: evaluación del riesgo de pacientes psiquiátricos de la violencia hacia los demás. *Servicios psiquiátricos* 49 (9): 1129-1147.
- Tizon, J., Salamero, M., De la Lama, E., Diaz-Munguira, J. (1980). La calificación del insight en la práctica clínica psicodinamicamente orientada, una investigación clínica. *Anuario de psicología*, 23, 105-128.
- Trzepacz, P. & Baker, R. (1993). *The psychiatric Mental Status Examination*. Reino unido: Oxford university.
- Turpo, A. (2018). Factores Asociados y conciencia de enfermedad (insight) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en consulta externa en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2018. Tesis de licenciatura en Medicina, Facultad De Medicina Universidad Nacional De San Agustín, Arquetipa, Perú.
- Valdivieso, S., Ramirez, C. (2002). El insight en psicoanálisis y sus dimensiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatriak* 40(4), 371-380.
- Van der Meer, L., Costafreda, S., Aleman, A. & 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 Os, J., Fahy, T. A., Jones, P., Harvey, I., Sham, P., Lewis, S., et al. (1996). Psychopathological síndromes in the functional psychoses: associations with course and outcome. *Psychological Medicine*, 26, 161-176
- Van Putten, T. (1974). Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs. *Archives of General Psychiatry*, 31(1), 67-72.
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, Pl., Figueira, M., Gois, C., Santos, J. & Marková, I. (2010). Adaptco para portugués de escala de Insight Markova y Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1011-1016.

- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista CAES*, 3 (1), 119-139.
- Vaz, F., Bejar, A. & Casado, M. (2002). Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 311-317.
- Villagrán, J. & Luque, R. (2011). Psychopathology of insight. *Psiquiatria Biologica*, 7 (5), 202-215. med
- Weinstein, E. & Kahn, R. (1955). Denial of illness: symbolic and physiological aspects. Springfield: Thomas.

## *Anexos*

---

## Anexo 1. Modelos del proceso salud-enfermedad

Modelo	Descripción
Mágico-Religioso	La enfermedad es resultado de fuerzas o espíritus; puede representar un castigo divino o una prueba de fe religiosa.
Sanitarista	Las condiciones insalubres (ambientales) que rodean a las personas son las causas primarias de la salud-enfermedad.
Social	La salud-enfermedad se genera a causa de factores como el estilo de vida, características del agente y factores del ambiente. El factor social es determinante.
Unicausal	La presencia activa de agentes patógenos causales externo tiene como consecuencia la salud-enfermedad.
Multicausal	La enfermedad resulta de la influencia simultánea de factores correspondientes al huésped, agente y ambiente, sin establecer un peso específico a cada factor pero siendo posible poder actuar preventivamente sobre cada uno.
Epidemiológico	El modelo multicausal es incorporado en este modelo e introduce el análisis en la identificación de los factores de riesgo. Los factores biológicos y sociales son indiferenciados.
Ecológico	Interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Los factores del modelo multicausal (individuo, ambiente y agente) permitiendo asignar un valor específico a cada factor involucrado.
Histórico-Social	Existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales.
Geográfico	La interacción entre factores geogenos (ambiente geográfico) y factores patológicos resultan en la enfermedad.
Económico	La salud se ve como un bien de inversión y de consumo. El ingreso económico, patrones de consumo, estilos de vida, nivel educativo y riesgos ocupacionales son las variables que determinan la salud o la enfermedad.
Interdisciplinario	El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. A nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud.

**Nota.** Adaptado de Arredono, 1992.

## Anexo 2. Clasificación de los trastornos mentales, según la CIE-10

Clasificación	Código	Trastorno
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos	f00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
	f01	Demencia vascular.
	f02	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.
	f03	Demencia sin especificación.
	f04	Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
	f05	Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
	f06	Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
	f07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
	f08	Trastorno narcisista de la personalidad
f09	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	f10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
	f11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
	f12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
	f13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
	f14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
	f15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
	f16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
	f17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
	f18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
f19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.	
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	f20	Esquizofrenia.
	f21	Trastorno esquizotípico.
	f22	Trastornos de ideas delirantes persistentes.
	f23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
	f24	Trastorno de ideas delirantes inducidas.
	f25	Trastornos esquizoafectivos.
	f28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
	f29	Psicosis no orgánica sin especificación.

Trastornos del humor (afectivos)	f30	Episodio maníaco.
	f31	Trastorno bipolar.
	f32	Episodios depresivos.
	f33	Trastorno depresivo recurrente.
	f34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes.
	f38	Otros trastornos del humor (afectivos).
	f39	Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	f40	Trastornos de ansiedad fóbica.
	f41	Otros trastornos de ansiedad.
	f42	Trastorno obsesivo-compulsivo.
	f43	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
	f44	Trastornos disociativos (de conversión).
	f45	Trastornos somatomorfos.
	f48	Otros trastornos neuróticos.
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	f60	Trastornos específicos de la personalidad.
	f61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.
	f62	Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
	f63	Trastornos de la identidad sexual.
	f64	Trastornos de la inclinación sexual.
	f65	Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
	f66	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
	f68	Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.
	f69	
Retraso mental	f70	Retraso mental leve.
	f71	Retraso mental moderado.
	f72	Retraso mental grave.
	f73	Retraso mental profundo.
	f78	Otros retrasos mentales.

### Aneexo 3.

## Evaluación del insight-consciencia e insight-orientación

#### NOTA DE PSICOLOGÍA

28/07/2017

12:00 HRS.

SE TRATA DE... DE 43 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS DE *ESQUIZOFRENIA SIMPLE, SOBREPESO, MICOSIS PLANTAR E HISTORIA PERSONAL DE INCUMPLIMIENTO CON TRATAMIENTO MEDICO*. ES ORIGINARIO Y RESIDENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO. SOLTERO, CATÓLICO, HASTA SEGUNDO SEMESTRE DE INGENIERÍA MECATRÓNICA CURSADO ABANDONADOS POR PADECIMIENTO ACTUAL, LABORABA COMO TÉCNICO REPARADOR DE CAJAS EL CUAL ABANDONO POR PADECIMIENTO ACTUAL.

SE ENCUENTRA CURSANDO SU SEGUNDO INTERNAMIENTO EN ESTA INSTITUCIÓN EL ULTIMO EN ABRIL 2016, ESTA VEZ MOTIVADO POR ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA Y NEGATIVISMO A MEDICAMENTO.

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO, DE EDAD APARENTEMENTE IGUAL A LA REFERIDA. EN REGULARES CONDICIONES DE HIGIENE Y ALIÑO. ES DE ESTATURA ALTA Y COMPLEXIÓN ENDOMÓRFICA. SE ACUDE A SU CAMA PARA REALIZAR LA ENTREVISTA A LA CUAL SE MUESTRA COOPERADOR Y ATENTO. ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y LO MANTIENE. DE ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN ADECUADAS. SE ENCUENTRA ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR TIEMPO Y PARCIALMENTE EN CIRCUNSTANCIA "... ESTOY AQUÍ PORQUE RECAÍ EN MI ENFERMEDAD, ES QUE TENGO ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y YA NO PODÍA NI DORMIR POR ESO MIS FAMILIARES ME TRAJERON AQUÍ..." SIC.PAC. DE AFFECTO EUTÍMICO. SE COMUNICA CON UN LENGUAJE VERBAL BIEN ARTICULADO, DE VELOCIDAD Y VOLUMEN ADECUADOS. DE DISCURSO COHERENTE Y CONGRUENTE. NIEGA ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN PERO NO SE DESCARTAN POR ACTITUD ALUCINADA. PRESENTA IDEAS DELIRANTES DE REFERENCIA DE DAÑO "... ES QUE SIGO TENIENDO IDEAS BIEN FEAS QUE NO SE VAN, ES LO MISMO DE HACER UN AÑO PIENSO COSAS QUE ME HACEN DAÑO..." SIC. PAC. CON PARCIAL CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL Y CON REGULAR PLANEACIÓN A FUTURO "... QUIERO UNA MEDICINA QUE NO ME HAGA SENTIR MAREADO, PARA QUE LA SIGA TOMANDO Y PUEDA VOLVER A TRABAJAR..." SIC. PAC.

DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO SE LE HA OBSERVADO LA MAYOR PARTE DEL REPOSTADO EN SU CAMA. SE RELACIONA CON SUS COMPAÑEROS SIN PRESENTAR CONFLICTOS CON ELLOS. POR SU RECIENTE INGRESO NO ASISTE A ASAMBLEA. SE LE ORIENTA SOBRE SU DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO. SE SIGUE AL TANTO DE EVOLUCIÓN Y EGRESO.

<b>Insight-consciencia (0-6)</b> ●		<b>Insight-orientación</b> ●	
Consciencia de tener un trastorno mental	2	Orientación alopsíquica temporal	
Necesitar un tratamiento	2	Orientación alopsíquica espacial	
Capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos	2	Orientación autopsíquica	
		Orientación circunstancia	
Total: 6	Nivel de insight: Alto		Nivel de insight: Regular

**NOTA DE PSICOLOGÍA**

08/02/2018

11:00 HRS

SE TRATA DE... DE 42 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS DE *DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE QUE REQUIERE MANEJO HOSPITALARIO, PSORIASIS, PROBABLE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA, HISTORIA PERSONAL DE INCUMPLIMIENTO A TRATAMIENTO MEDICO Y SOPORTE FAMILIAR INADECUADO*. ES ORIGINARIO Y RESIDENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CATÓLICO, PREESCOLAR DE TIPO EDUCACIÓN ESPECIAL DURANTE 3 AÑOS ABANDONA DEBIDO A DIFICULTADES DE TRANSPORTE. NUNCA HA LABORADO.

SE ENCUENTRA CURSANDO SU QUINTO INTERNAMIENTO EN ESTA INSTITUCIÓN, SIENDO EL ULTIMO EN ABRIL DEL 2015, ESTA VEZ MOTIVADO POR HABER PRESENTADO HETEROAGRESIVIDAD FÍSICA Y ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA.

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO, DE EDAD APARENTE MAYOR A LA REFERIDA. EN MALAS CONDICIONES DE HIGIENE Y ALIÑO. ES DE ESTATURA ALTA Y COMPLEJIÓN ENDOMÓRFICA. SE ABORDA EN FRENTE A ENFERMERÍA Y SE REALIZA ENTREVISTA A LA CUAL SE MUESTRA COOPERADOR, DESORGANIZADO. ESTABLECE CONTACTO VISUAL DE MANERA ESPORÁDICA. SE ENCUENTRA ORIENTADO EN PERSONA, NO ASÍ EN LUGAR, TIEMPO Y CIRCUNSTANCIA "...NO SE PORQUE, YO NO NECESITO ESTAR AQUÍ, DEJE DE COMER," SIC.PAC. DE AFECTO INAPROPIADO. SE COMUNICA CON UN LENGUAJE VERBAL MAL ARTICULADO, DE VELOCIDAD DISMINUIDO Y VOLUMEN FLUCTUANTE. DE DISCURSO DESORGANIZADO INCOHERENTE E INCONGRUENTE. NIEGA ALTERACIONES SENSOPERCEPTUALES E IDEAS DELIRANTES SIN EMBARGO NO SE DESCARTAN DEBIDO A ACTITUD ALUCINADA Y MIRADAS DE BÚSQUEDA. PRESENTA. NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS. NIEGA IDEAS DE MUERTE, SUICIDAS Y HOMICIDAS. NULA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y NULA PLANEACIÓN A FUTURO "... QUIEN SABE..." SIC.PAC.

DURANTE SU ESTANCIA SE LE HA OBSERVADO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO REPOSTADO EN SU CAMA, NO CONVIVE CON SUS COMPAÑEROS NI PRESENTA CONFLICTOS CON ELLOS. NO ASISTE A LA ASAMBLEA POR RECIENTE INGRESO. SE SIGUE AL TANTO DE SU EVOLUCIÓN Y EGRESO.

<b><i>Insight-consciencia (0-6)</i></b> ●		<b><i>Insight-orientación</i></b> ●
Consciencia de tener un trastorno mental	0	Orientación alopsíquica temporal
Necesitar un tratamiento	0	Orientación alopsíquica espacial
Capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos	0	Orientación autopsíquica
		Orientación circunstancia
Total: 0	Nivel de insight: NULO	Nivel de insight: NULO

#### **Anexo 4. Entrevista Semiestructurada del Examen Mental**

<b>Rapport</b>
¿Cómo se siente?
¿Ya ha desayunado?
¿Le ha gustado la comida?
¿Cómo ha sentido el relacionarse con sus compañeros?
<b>Datos para la historia clínica y Orientación</b>
¿Me puede repetir su nombre completo?
¿Qué edad tiene?
¿Sabe qué lugar es este y cómo se llama? (Si el paciente responde que no sabe qué lugar es, se le orienta sobre que es un hospital psiquiátrico y el nombre de éste).
¿Por qué lo trajeron aquí?
Si el paciente responde que no sabe o atribuye alguna otra razón no relacionada con un padecimiento psiquiátrico se le cuestiona ¿sabe qué tipo de enfermedades se tratan en un hospital de este tipo?
¿A qué se dedica?
¿Actualmente sigue laborando?
¿Qué nivel de estudios tiene? (En caso de que el paciente tenga educación menor al nivel medio superior se le cuestiona el por qué ya no continuo con los demás estudios)
¿Tiene alguna religión?
¿Qué religión profesa?
¿Dónde vive?
¿Es originario de ese lugar?
¿Usted ha tenido algún accidente de importancia donde se haya golpeado la cabeza o haya perdido el conocimiento?
¿Alguien de su familia padece alguna enfermedad mental?
<b>Consumo de sustancias</b>
¿Usted consume o ha consumido alguna sustancia?
¿Qué tipo de sustancias?
¿Por cuánto tiempo y con qué frecuencia?
¿Qué efecto producen en usted estas sustancias?
¿Ha experimentado alucinaciones, bajo el efecto de estas sustancias?
<b>Alteraciones Sensoperceptuales</b>
¿Le ha pasado que escuche cosas, sonidos, voces, susurros sin razón aparente?
¿Qué le dicen?
¿De quiénes son las voces?
¿De dónde vienen?
¿Le han dado órdenes o lo han ofendido?
¿Lo llaman por su nombre?
¿Las cosas que le dicen son claras?
¿Lo que oye viene desde fuera o dentro de su cuerpo?
¿Las voces son de personas conocidas?
¿Alguna vez ha visto cosas extrañas?
¿Le ha pasado que pueda ver cosas, sombras, personas, animales, que los demás no?

---

¿Dónde los ha visto?

---

¿Puede comunicarse con ellos?

---

¿Le ordenan hacer cosas, lo insultan, o le previenen sobre eventos?

---

¿Usted ha sentido que se posicionan de su cuerpo?

---

¿Ha tenido momentos en los que pierda el control de su cuerpo y solo sea como un observador?

---

¿Lo que oye viene desde fuera o dentro de su cuerpo?

---

¿A veces percibe olores extraños sin que conozca su origen?

---

¿Siente algunas veces cosas raras en su piel?

---

**Intento suicida, ideas de muerte, suicidas y homicidas**

---

¿Usted ha planeado quitarse la vida?

---

¿Lo ha intentado?

---

¿Cómo, cuándo y dónde pensó hacerlo/ o lo hizo?

---

¿En algún momento de su vida ha sentido que va a morir?

---

¿Ha tenido pensamientos recurrentes de que morirá por alguna razón desconocida o conocida?

---

¿Ha agredido a alguien?

---

¿Suele tener discusiones frecuentes?

---

¿Ha pensado en matar a alguien?

---

¿Quiere matar a alguien?

---

**Ideas delirantes**

---

¿Cuándo sale a la calle se siente observado o que lo miran de forma extraña?

---

¿Ha sentido que lo vigilan o que lo siguen?

---

¿Siente que la gente está en su contra?

---

¿Hay alguien que está intentando hacerle daño?

---

¿Siente que le envían mensajes a través de aparatos?

---

¿Ha sentido que hayan implantado algo dentro de su cabeza?

---

¿Usted tiene algún talento o habilidad especial?

---

¿Siente que tiene algún súper poder o un don?

---

¿Tiene alguna misión o propósito especial en su vida?

---

**Planeación a futuro**

---

¿Qué planea hacer cuando salga de aquí?

---

## Anexo 5. Resultados de los análisis no paramétricos

Variable	Categorías	Prueba estadística	Valor de p (p<.05)
Edad	17-40 años	H=4.731	0.094
	41-50 años		
	51-60 años		
Estado civil	Sin pareja	U= 3144.50	0.177
	Con pareja		
Situación laboral	No labora	U= 4197.50	<b>0.016</b>
	Labora		
Religión	Sin religión	U= 4437.50	0.61
	Con religión (católica u otras)		
Escolaridad	Primaria trunca	H= 14.534	<b>0.042</b>
	Primaria		
	Secundaria trunca		
	Secundaria		
	Preparatoria trunca		
	Preparatoria		
Días de estancia hospitalaria	Menos de una semana	U= 7877.00	0.803
	Una semana o más		
Numero de internamientos	Primer internamiento	U=7465.00	0.343
	Más de un internamiento		
Diagnostico	Ts* mentales orgánicos, incluidos somáticos	H= 34.872	<b>0.000</b>
	Ts mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas		
	Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes		
	Ts del humor		
Motivo de ingreso	Errores de juicio y conducta	U= 5332.50	<b>0.001</b>
	Heteroagresividad	U= 5431.00	<b>0.000</b>
	Negativismo a medicamentos	U=5269.50	0.360
	Negativismo a alimentos	U=666.00	0.106
	Alteraciones sensorceptuales	U= 3098.00	<b>0.004</b>
	Atentados contra su vida	U=2336.00	<b>0.000</b>
Alteraciones sensorceptuales	Consumo de sustancias	U=404.00	0.493
	Ausentes	H= 10.911	<b>0.001</b>
	Presentes pero negadas		
Ideas delirantes	Presentes	H=8.837	<b>0.012</b>
	Ausentes		
	Presentes pero negadas		

Ideación suicida	Ausentes Presentes pero negadas Presentes	H=24.899	<b>0.000</b>
Ideas de muerte	Ausentes Presentes pero negadas Presentes	H=19.237	<b>0.000</b>
Ideas homicidas	Ausentes Presentes pero negadas Presentes	H=0.010	0.995
Orientación autopsíquica	No orientado Orientado Parcialmente orientado	H=5.224	0.073
Orientación alopsíquica espacial	No orientado Orientado Parcialmente orientado	H=18.100	<b>0.000</b>
Orientación alopsíquica temporal	No orientado Orientado Parcialmente orientado	H=33.452	<b>0.000</b>
Orientación en circunstancia	No orientado Orientado Parcialmente orientado	H=43.915	<b>0.000</b>
Planeación a futuro	Nula Baja Regular	H=26.848	<b>0.000</b>
Heteroagresividad	Ausentes Presentes pero negadas Presentes	H=925	0.630
Consumo de sustancias	Ausentes Presentes pero negadas Presentes	H= 3.775	0.151
Intento suicida	Ausentes Presentes pero negadas Presentes	H=7962	<b>0.019</b>

**Nota:** Se señala en negrita las diferencias estadísticamente significativas entre el insight y la variable. Ts= Trastorno, Mdn= Mediana, H= H de Kruskal-Wallis U= U de Mann-Whitney