

11241 /

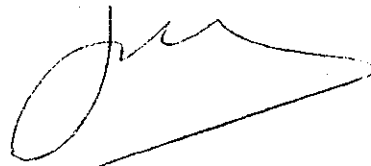
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL.

ESTUDIO DE LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS.

ALUMNO: SERGIO ACEVES GUZMÁN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

TUTOR TEORICO:



DR. HECTOR ORTEGA SOTO.


TUTOR METODOLOGICO:



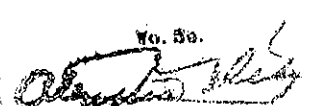
DRA. CRISTINA LÓYZAGA MENDOZA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA.

FEBRERO DE 2000


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
ENFERMEDADES DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.
No. 50.

DR. ALEJANDRO DIAZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Indice.

Introducción.....4

PARTE I . Antecedentes.

	Página:
1.1 - Conciencia.....	5
1.2 - Trastornos patológicos de la conciencia.....	6
1.3 - Tipos de conciencia.....	8
1.4 - Neurofisiología de los procesos psíquicos concientes e inconscientes.....	10
1.5 - Organización de la conciencia.....	12
1.6 - Definición de conciencia, reducción de conciencia y conciencia de enfermedad.....	13
1.7 - El problema de la medición de la conciencia de enfermedad.....	14
1.8 - La falla de la introspección en la esquizofrenia.....	15
1.9 - Medición de los déficits de introspección.....	16
1.10- Validez descriptiva de los déficits de conciencia.....	18
1.11- Validez de criterio de los déficits de conciencia.....	19
1.12- Asociaciones con déficits neurocognoscitivos y afectivos.....	19
1.13- Características de la esquizofrenia.....	21
1.14- Conceptualización de la necesidad de la creación de una escala para medir conciencia de enfermedad.....	22
1.15- Conciencia de enfermedad en esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos del estado de ánimo.....	23
1.16- Insight en esquizofrenia. Su relación con el pensamiento ejecutivo.....	25
1.17- Insight en esquizofrenia y su relación con el pensamiento ejecutivo.....	27
1.18- Relación del insight con la psicopatología y el ajuste premórbido.....	29
1.19- El rechazo del paciente esquizofrénico hacia el tratamiento.....	30
1.20- La evolución a largo plazo del paciente con esquizofrenia y su relación con el insight.....	31
1.21- El insight y la interpretación de la enfermedad en pacientes recuperados de un cuadro psicótico.....	32

1.22- El insight en esquizofrenia y su relación con la psicopatología aguda.....	33
1.23- Insight y funciones interpersonales en esquizofrenia.....	34
1.24- Insight y manejo de la descompensación en esquizofrenia.....	35
1.25- Relación entre la conciencia de enfermedad y la conducta suicida en pacientes esquizofrénicos.....	36
1.26- Efecto de la auto-observación en video en el desarrollo del insight.....	37
1.27 - Efectos de la clozapina sobre la conciencia de enfermedad y la cognición en esquizofrenia.....	38
1.28 - Predictores psicológicos del insight y cumplimiento en pacientes psicóticos.....	38
1.29- Tendencias actuales a través de medios electrónicos (internet) para favorecer el desarrollo del insight en pacientes psiquiátricos.....	39

PARTE II. Psicodinamia.

2.1 - Concepto dinámico de la formación del insight en los primeros años de vida.....	49
2.2 - La entrevista con el paciente esquizofrénico: su enfoque.....	52
2.3 - Estableciendo la relación.....	52
2.4 - Evitación de las defensas del esquizofrénico.....	54

PARTE III. Estudio de la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

3.1 - Justificación.....	56
3.2 - Hipótesis.....	57
3.3 - Objetivos específicos.....	58
3.4 - Material y métodos.....	58
3.5 - Procedimiento.....	61
3.6 - Análisis estadístico.....	64
3.7 - Resultados.....	64
3.9 - Conclusiones.....	70
3.9 - Discusión.....	73
3.10 - Bibliografía.....	76

Apéndice I.....	78
-----------------	----

Apéndice II.....	90
------------------	----

Estudio de la Conciencia de Enfermedad en Pacientes Esquizofrénicos.

Como los hombres creían estar ya en posesión de la conciencia, se han preocupado poco de adquirirla.

Friederich Nietzsche. *La Gaya Ciencia*.

Introducción.

La conciencia es la última y más tardía evolución de la vida orgánica, y por consiguiente lo menos logrado y más frágil que hay en ella.

Este trabajo surgió del interés de estudiar más a fondo una connotación distinta de *conciencia* que aquella que la define como estado de alerta, así como del interés en mejorar las condiciones de vida de los pacientes y de los familiares de pacientes con esquizofrenia, cuyo manejo es particularmente difícil.

La primera parte consta de los antecedentes encontrados en artículos de revistas psiquiátricas y en algunos libros clásicos y de psiquiatría moderna. En este apartado se trata de encasillar a la *conciencia de enfermedad* como una parte indispensable de la integridad de la salud mental, o bien como un factor predictivo de mejor pronóstico en aquellos pacientes con trastornos psicóticos.

La segunda parte consiste en el estudio de los fenómenos dinámicos que llevan a cabo la tarea de crear o no la suficiente estructura yoica que permita afrontar de forma adecuada la presencia de una enfermedad, sin que esta estructura tenga que echar mano de mecanismos defensivos para ignorar o rechazar la enfermedad mental, en detrimento de la funcionalidad del individuo.

Por último, la tercera parte del estudio consiste en el estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" en la ciudad de México, DF. con 62 pacientes esquizofrénicos y las variables que se midieron.

Se agregan dos apéndices, el primero con la escala completa, traducida y adaptada para medir conciencia de enfermedad más utilizada en los estudios a grandes escalas, y el segundo, con otra de las escalas en inglés que también es ampliamente utilizada y cuya traducción, adaptación y validación podría quedar para estudios posteriores.

Aprovecho este espacio para agradecer el apoyo brindado por mis tutores, el Dr. Héctor Ortega Soto y la Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza, así como la colaboración especial de la Lic. Lorena Bazaldúa Romero.

PARTE I.
ANTECEDENTES.

1.1- Conciencia.

La mayoría de las personas entienden fácilmente el uso ordinario de la palabra conciencia. No se desconciertan con referencias a la "pérdida de la conciencia" o al "restablecimiento de la conciencia" y tienen nociones generales de ella relacionadas con el percatarse de algo, con la conmoción cerebral, los anestésicos y el sueño por agotamiento. Probablemente dan por sentado que la conciencia cesa con la muerte. Como término cotidiano en los contextos corrientes, la conciencia no es un problema. Mucha gente no se confundiría con un enunciado sencillo como "estoy consciente". Entendería que significa saber lo que está sucediendo, percatarse de las cosas circundantes y que se es sensible a los deseos internos, los dolores, pensamientos y sentimientos. El término *awareness*, comúnmente considerado como sinónimo de conciencia (*consciousness*), tiene una connotación diferente. Ambos términos tienen que ver con percibir el origen de un estímulo, ya sea externo o interno. En general, *awareness* se refiere a sucesos del exterior y *consciousness* a sucesos internos (22).

Esta palabra ha tenido durante mucho tiempo una acepción extensa, que designa en realidad todos los aspectos individuales de la vida psíquica.

Conjunto tan vasto se divide hoy en varios sectores:

Conciencia psicológica. Es la que evocan psicólogos y psiquiatras al nombrar simplemente la conciencia. Puede definirse como el estado, en cierto instante, de la suma de informaciones que abarca el psiquismo, y de la estructura según la cual las ordena o deja ordenar el espíritu.

La importancia y el alcance de la conciencia se consideran de modos muy distintos según los autores:

La escuela conductista, cuando no llega hasta negar la conciencia, rehúsa aceptarla como objeto de estudio.

Otros autores, como J. Delay, opinan que la conciencia es una función, la *función vigil*, que comprende diversos grados jerarquizados:

1º- La *inconsciencia*, que se produce normalmente en el sueño y que tiene su ritmo electroencefalográfico particular.

2º- La *subconsciencia* , suficiente para permitir comportamientos automáticos que no se siguen de recuerdos o, al menos, de un recuerdo “socializado” con referencia temporoespacial que se traduzca en “conducta de relación” (P. Janet).

3º- La *conciencia clara en su forma inmediata o espontánea*, que no se acompaña de esfuerzo y que caracteriza la fantasía.

4º- La *conciencia clara en su forma mediata o refleja*, que supone ya un esfuerzo - grado superior de la tensión psicológica - gracias a la cual la conciencia se conoce a sí misma: *adquisición de conciencia*, que realiza la síntesis mental en su expresión más perfecta (*cum scire*).

Esta asimilación pura y simple de la conciencia a la vigilia es recusada por numerosos autores, que se resisten a admitirla como una función más. Para Henry Ey, es “la experiencia sensible inmediata del presente representado”.

En suma, unos limitan la conciencia a un poder y a una operación de síntesis, y otros extienden esta noción a los materiales y resultados de tal síntesis, y aún a sus posibilidades dinámicas de desarrollo.

Otra particularidad notable de la conciencia es su extremada movilidad: el campo que abarca, la perspectiva según la cual ordena lo consciente, la naturaleza y alcance de la anticipación, varían con prontitud y amplitud extraordinarias. Y aquí no interviene sólo el grado de vigilia, sino también el nivel de organización de la personalidad entera, con su estructura intelectual, su estado afectivo, sus aspiraciones morales. A cada instante el hombre ajusta y limita su conciencia según la proyectada o el designio perseguido, pero también de acuerdo con lo que él es y vale. Aquí se advierte la estrecha afinidad de todo lo que lleva el nombre de conciencia (1).

1.2 -Trastornos patológicos de la conciencia.

La conciencia está patológicamente alterada cuando no puede alcanzar su amplitud y facilidad normales, o cuando la enfermedad la obliga a asumir ciertas formas, a organizarse según ciertas estructuras que no se articulan bastante eficazmente con lo real.

En el primer caso se podría hablar de trastornos cuantitativos de la conciencia si la amplitud y flexibilidad de la síntesis no influyeran de modo infalible en su estructura, en esa perpetua movilidad de la conciencia que hemos identificado como una de sus cualidades esenciales,

los cambios son estorbados, retardados a veces y no pueden alcanzarse los niveles superiores. Los cuadros clínicos ofrecen interesantes e instructivas analogías con las disoluciones fisiológicas, y en particular con el sueño. El *coma*, el *síncope*, la *lipotimia*, y la *ausencia epiléptica*, se caracterizan por la pérdida total de la conciencia. En el *sueño patológico* (narcolepsia, letargia, estados estuporosos, etc.), la disolución menos profunda, no permite, sin embargo, la manifestación de ninguna actividad psiquiátrica.

En la confusión mental, se observa esencialmente una ausencia o, por lo menos, una insuficiencia notable de la síntesis mental, las percepciones se realizan, las funciones motoras pueden ejercerse, y los recuerdos hacen su aparición, pero todas estas nociones fragmentarias parecen simplemente yuxtapuestas, sin conexión entre ellas, la elección de las que se reservan para determinar el comportamiento parece hacerse al azar, por contigüidad o por automatismo, la atención y el esfuerzo intelectual son imposibles, de manera que los procesos psíquicos carecen de rapidez, de amplitud, de eficacia, así como el dormir se acompaña de sueños, la confusión mental se ve muy a menudo asociada al *onirismo* o delirio onírico, lo cual completa la analogía entre el estado de conciencia del confuso o del que sueña. La confusión mental constituye el síndrome psíquico de los estados tóxicos, infecciosos y epilépticos. No podemos dejar de referirnos a los *estados hipnagógicos*, en los cuales la disolución fisiológica de la conciencia que precede al adormecimiento puede favorecer la aparición de síntomas patológicos (alucinaciones), especialmente en sujetos prontos a iniciar una confusión mental o en los que acaban de salir de ella. En los estados segundos de origen emotivo e histérico suelen hallarse muy de cerca de los síndromes confusionales, e incluso pueden considerarse en conexión con ellos. En el histerismo, empero, la disolución de la conciencia es menos global: existe un "estremecimiento del campo de la conciencia".

En los estados demenciales avanzados, por último, una desvalorización de la conciencia representa el desenlace de procesos psicopáticos diversos, en este caso por imposibilidad primaria de esa síntesis.

En otro caso la síntesis mental se falsea de cierto modo, aunque conserve a veces (no siempre) amplitud y agilidad normales; en todo momento cae de nuevo en los recovecos de una estructura que le impone la enfermedad, en vez de ser gobernada por la situación real en que se apoya su libre anticipación. Tales alteración caracterizan un sector inmenso de la

psicopatología, y parecen corresponder a dos mecanismos esenciales: a) puede tratarse de una anomalía de los campos perceptivos, cuyo corolario biológico sea una disfunción de ciertas áreas corticales. Purdon Martin evoca estos hechos como perturbaciones sectoriales de la conciencia. Y T. Alajouanine, que adopta la misma perspectiva, escribe: "la falta de cierto nivel de integración conduce a un trastorno paralelo del conocimiento y la conciencia de una actividad". En el plano clínico son posibles dos clases de consecuencias: o se amputan a la síntesis conciente algunos de sus materiales, lo que ocurre más bien en los síndromes propios de la neurología (agnosias, anomalías del esquema corporal, afasias, anosognosia), o la invaden informaciones alteradas o deformadas (confusión entre el cuerpo y el medio exterior, trastornos de la apropiación al yo, alucinaciones del lenguaje, etc.); es lo que se observa en los accesos delirantes agudos, en las estructuras esquizofrénicas o paranoides.

b) En otros casos la anormalidad atañe a la orientación afectiva y moral de la conciencia y le impone formas y contenidos estereotipados, así sucede, por una parte, en la manía y la melancolía, y por otra, en las psicosis pasionales. Especialmente Henry Ey afirma con vigor que todas las psicosis agudas son disoluciones globales y homogéneas de la conciencia, sin más diferencia entre ellas que su mayor o menor profundidad.

Desde el punto de vista médico legal, la inconsciencia lleva consigo la irresponsabilidad, lo mismo ocurre cuando, sin estar totalmente abolida, la conciencia se encuentra gravemente disminuida. El caso se presta a discusión cuando el estado de inconsciencia sea producto de la acción voluntaria del sujeto, como ocurre, de manera particular en la embriaguez alcohólica (1).

1.3 - Tipos de conciencia.

Conciencia morbosa (Carlos Blondel). Es la estructura general de la personalidad del enfermo psíquico tal como se ve él mismo; esta manera particular de ser y de sentir que caracteriza la enfermedad de la mente hace la experiencia morbosa intraducible, incomunicable a través de los medios de expresión usados en el ambiente social, y es, por tanto, incomprensible. Para Blondel, la conciencia morbosa no puede en modo alguno sujetarse a la conciencia sana. Este punto de vista, que conduciría, según Lagache, a la negación de toda psicología independiente de la sociología, se encuentra lejos de ser aceptado por todos, algunas estructuras morbosas parecen ser perfectamente permeables e

incluso las que no lo son -esquizofrenia, por ejemplo - nos permiten obtener, a través de un análisis objetivo de su conducta, numerosos datos de utilidad.

Conciencia moral. “Conjunto de tendencias, sentimientos e ideas que nos impulsan hacia el bien y nos hacen evitar el mal” (Cuvillier). La estudiada por los psicoanalistas, quienes suelen hacer de ella, siguiendo a Freud, un producto secundario, artificial, de origen social. H. Baruk, por el contrario, la considera, igual que la mayoría de los moralistas, como función innata, estrechamente ligada a las relaciones del individuo con la sociedad, pero que sufre igualmente la acción de las fuerzas biológicas y, en particular, de los factores neurovegetativos y endocrinos.

Debe mencionarse la importancia de una autoridad educativa auténtica y suficiente en el desarrollo de la conciencia moral. En el “síndrome de carencia de autoridad”, la escala de valores se mantiene impersonal; la conducta está atendida a la ocasión o al capricho, y no es posible conseguir la dedicación y el establecimiento de relaciones individuales profundas.

La conciencia moral se halla particularmente alterada en la que en otro tiempo se denominó *locura moral*, en general, se trata de perversiones constitucionales complejas que inducen al sujeto a transgredir sistemáticamente, sin experimentar remordimiento alguno, la ley moral, de la que poseen, no obstante, un conocimiento teórico exacto.

En las toxicomanías, especialmente en el alcoholismo, la debilitación moral precede siempre a la intelectual.

En la demencia precoz y, en general, en todas las demencias, la disminución del sentido moral es importante, y representa a veces un signo premonitorio, cuya evidencia posee un valor diagnóstico y pronóstico considerable. En algunos delirios paranoides puede verse, por el contrario, cómo persiste casi intacta la conciencia moral, a pesar de existir ya una disociación psíquica avanzada (Baruk). En los estados pasionales (celotípicos), la desviación de la conciencia moral suele traducirse la mayoría de veces en odio.

El dolor moral y los remordimientos constituyen las reacciones normales de la conciencia después de una transgresión de la regla moral. No obstante, el sentimiento de culpabilidad puede sufrir múltiples desviaciones y transformaciones, cuyo conocimiento es indispensable para comprender la psicogénesis de las neurosis y las psicosis, y para poder llevar a cabo su tratamiento (Hesnard, Baruk) (22).

Conciencia colectiva y psiquiatría social.

El desarrollo de la psicología intersubjetiva y la mayor atención que hoy se dedica a los problemas de las relaciones interhumanas, infunden una nueva extensión a las nociones clásicas de conciencia colectiva, participación, comunión, contacto. El individuo en situación de grupo está sometido a influencias dinámicas que modifican y transforman su personalidad, usualmente enriqueciéndola. Esta influencia se ejerce a niveles y con modalidades diferentes: personalidad de base (Kardiner), adopción de actitudes, papeles asumidos (Mead), experiencia propia (Gurvitch).

La conciencia colectiva aparece como una diferenciación de la conciencia individual en contacto con la realidad social, y el fenómeno de la integración de esas premisas interindividuales en la conciencia es más importante que la oposición entre el individuo aislado de su ambiente y la sociedad concebida como una entidad abstracta, diferente de los individuos que la componen. La aplicación de estas nociones al dominio de la patología mental es ya importante: socioterapia, noción de adaptación, neurosis profesionales (Le Guillant), patología del trasplante (22)

1.4 - Neurofisiología de los procesos psíquicos conscientes e inconscientes.

Conociendo actualmente la complejidad de la actividad cerebral, no queda duda de que la mayor parte de dicha actividad no llega a hacerse consciente. Por el contrario, solamente una actividad muy reducida alcanza el nivel de la conciencia. El acto de ser consciente de nuestro medio ambiente, de nuestro propio organismo o de nuestras experiencias pasadas, se debe a un proceso de integración. Schiller afirmó correctamente: "la conciencia se origina cuando los procesos inconscientes se integran".

Los primeros procesos nerviosos iniciados en los receptores sensoriales y que ocurren fuera del campo de la conciencia son: los que intervienen en la recepción y transmisión sensorial, en la consolidación de la memoria y en el desencadenamiento de las motivaciones y de las emociones. La actividad neuronal correspondiente a cada uno de ellos es transmitida posteriormente a un sistema neuronal subcortical de cuya actividad resulta la experiencia consciente. Después de haber sido integrada esa información a este nivel, permitiéndole al organismo tomar una decisión, dicho sistema neuronal subcortical envía impulsos eferentes tanto a las vías motoras somática y vegetativa produciendo la respuesta conductual, como a las vías sensoriales para regular la futura recepción de información (23).

Experiencia consciente.

Los procesos nerviosos mencionados arriba se realizan fuera del campo de la conciencia, y solamente se traducen en una experiencia subjetiva cuando la actividad nerviosa correspondiente alcanza un sistema neuronal altamente especializado designado "Sistema de la Experiencia Consciente" (SEC).

El SEC estaría formado por neuronas de axón corto situadas en la región mesodiencefálica, y por lo tanto, ocuparían la misma región anatómica donde se localiza la parte esencial del sistema de vigilia. Sin embargo, aunque interpuestos, ambos sistemas serían funcionalmente independientes, ya que se tienen experiencias conscientes tanto durante el estado de vigilia (percepción sensorial) cuando las neuronas del sistema de vigilia se encuentran más activas, como durante el estado de sueño (entresueños) cuando las neuronas de vigilia se encuentran máximamente inhibidas por el sistema del sueño.

La razón fundamental para localizar el SEC en el tallo cerebral a nivel de la región mesodiencefálica es que este es el único sitio del cerebro cuya lesión produce un estado de inconciencia. Un razonamiento lógico también nos lleva a la conclusión de que el sistema neuronal donde se realiza la integración de los impulsos nerviosos que resultará en la experiencia consciente debe estar localizado estratégicamente en un sitio anatómico a donde llegue la información procedente de todos los sistemas neuronales que intervienen en los demás procesos cerebrales necesarios para la conducta. La porción rostral del tallo cerebral es un sitio de reconocida convergencia para impulsos procedentes no solamente de las partes inferiores de las vías corticales y del sistema límbico que interviene en la memoria reciente, en las emociones y en las motivaciones. Al localizar la experiencia consciente en un sistema neuronal restringido a nivel de la parte rostral del tallo cerebral, no pretendemos que la actividad exclusiva de este sistema, sin la participación de impulsos procedentes de estructuras analizadoras superiores como la corteza cerebral, sea suficiente para las formas más refinadas de conciencia características de la especie humana. Así como el sistema de vigilia y el sistema del sueño tienen su parte esencial localizada en el tallo cerebral a donde llegan impulsos ascendentes sensoriales e impulsos corticófgos descendentes, se cree que el SEC tiene una organización similar. De acuerdo con esta idea, la parte esencial del SEC localizada en la región rostral del tallo cerebral sería suficiente para la integración de experiencias conscientes sencillas o crudas. Pero se requeriría la participación de impulsos corticófgos descendentes para la integración de las formas más complejas de conciencia.

Es evidente que para la percepción sensorial consciente no es suficiente la llegada de los impulsos aferentes a las áreas corticales de las diversas vías sensoriales específicas, sino que se necesita, además, la integridad de la porción rostral del tallo cerebral. Este hecho ha sido generalmente interpretado en el sentido de que se necesita la "activación cortical", producida por el sistema reticular activador ascendente para que las señales sensoriales sean integradas en la corteza en percepción consciente. Así, la información sensorial amplificada y analizada en las áreas corticales específicas es proyectada subcorticalmente al SEC donde se integra la correspondiente percepción sensorial (23).

Represión.

El hecho de que el Sistema de la Experiencia Consciente sea un sitio de convergencia múltiple, y de que además posea solamente una capacidad limitada de integración, lleva necesariamente a la conclusión de que deben existir mecanismos centrales que eviten una avalancha de impulsos que de otra manera producirían una activación caótica de dicho sistema. Por lo tanto, es lógico que existan importantes influencias inhibitorias actuando tónicamente tanto sobre los circuitos límbicos emocionales y motivacionales como sobre los sistemas mnésicos de las experiencias recientes y antiguas para evitar que esa enorme cantidad de actividad nerviosa inunde continuamente el limitado SEC.

Es probable que una buena proporción de estas influencias inhibitorias sean de naturaleza plástica, es decir, que se hayan desarrollado progresivamente en función de la significación de experiencias previas. Un grado exagerado de ellas permitiría explicar la cotidianamente confirmada represión de memorias, emociones y motivaciones (23).

1.5 - Organización de la conciencia.

Karl Menninger, aboga a favor del concepto unitario del funcionalismo psíquico, sin delimitaciones claras entre conducta normal y alterada. Constantemente, y como respuesta frente a las tensiones, se producen en el individuo pequeñas desviaciones con respecto a su estado normal. Estas tensiones son inevitables para cada individuo y traen consigo el uso de mecanismos reguladores que gastan cierta cantidad de energía. Si no se consigue el objetivo del *mantenimiento de un estado estable*, serán necesarios otros mecanismos de lucha, más costosos, para mantener el *balance vital*, un estado en el cual se logra la mejor adaptación posible y un mínimo malestar. Menninger clasifica los dispositivos especiales de lucha de acuerdo a cinco órdenes de disfunción o desorganización e incluye las actitudes paranoides

en el tercer y cuarto grupos de descontrol. El tercer tipo incluye todas las conductas que resultan de la liberación de una agresión más o menos dirigida y manifiesta. Los grupos anteriores abarcan lo que se había considerado previamente como alteraciones neuróticas y trastornos de personalidad, incluyendo la personalidad paranoide, y los siguientes están constituidos por los estados psicóticos, con un último estadio de desorganización en el que la ansiedad y la depresión son de características malignas, terminando con la muerte del organismo, habitualmente mediante el suicidio (1).

1.6 - Definición de conciencia, reducción de conciencia y conciencia de enfermedad.

El compromiso de la conciencia, en cualquiera de sus aspectos, representa una de las situaciones más dramáticas de urgencia en la medicina. Este término se define como el elemento primario de la experiencia que no se puede describir en términos de ninguna otra cosa. La conciencia no es un *status* sino un proceso, una actividad, una interacción, mediante la cual el individuo se percata de su ambiente interno y externo (16)

Al reducirse la conciencia, disminuyen cada vez más las características del ambiente que se pueden distinguir, integrar, comprender y recordar, así como el contenido de la mente, el estado de alerta y el pensamiento. En las etapas más tempranas de reducción de la conciencia se puede perder el pensamiento complejo y abstracto, luego el contenido del pensamiento es aún más simple, hasta que finalmente sólo permanece la sensación; cuando aún esta se pierde, el paciente pierde conciencia del mundo exterior, su mundo corporal interno y las interacciones entre ambos. Por último, se desvanecen incluso las reacciones reflejas de su cuerpo a los estímulos externos, haciéndose cada vez más primitivas, y al final cesan (16).

Así, dividir la conciencia en las tres categorías tradicionales (vigilia, sueño y muerte) es una simplificación excesiva que ignora la necesidad vital de graduar nuestro nivel de conciencia.

Los términos *conciencia de enfermedad*, *introspección* o *insight*, por consiguiente, quedan supeditados a la manifestación mental superior que se encarga de evaluar, y decidir para finalmente aceptar, voluntariamente y sin cuestionamientos, la presencia de una alteración física o mental en el organismo de una persona. Como característica fundamental se requiere que la misma persona que padece la enfermedad sea la que elabore el proceso de insight, ya que no puede existir en el contexto de que sea otra persona, diferente al afectado, quien elabore dicho proceso (25).

Por lo tanto, para obtener una adecuada conciencia de enfermedad se requiere de la capacidad individual de hacer a un lado los diferentes mecanismos de defensa, adaptativos o no, que impiden llegar a una aceptación y clarificación de la presencia de una enfermedad o alteración.

Es importante señalar que aunque el concepto de insight es ampliamente utilizado en psiquiatría, no existe una definición común aceptada para este término. De hecho "insight" ha adquirido una variedad de significados. Los clínicos psicoanalíticamente orientados identifican dos distintos tipos de insight: el insight intelectual y el insight emocional.

El insight intelectual se refiere a la capacidad de la persona de identificar rasgos de personalidad importantes, conflictos, factores del desarrollo y eventos estresantes de la vida que pueden jugar un papel en la generación de síntomas o enfermedades psiquiátricas. El insight emocional se refiere a una más profunda capacidad de alcanzar un "entendimiento terapéutico efectivo" de motivaciones y conflictos inconscientes, entendimiento comúnmente desarrollado en el contexto de una psicoterapia (14).

Para el propósito de este comentario, los autores encontrados utilizan el término *insight* (introspección) de forma intercambiable con *awareness* (conciencia). Ambos términos están definidos ampliamente, e indican ya sea una ausencia de conciencia de tener una enfermedad, inconciencia de signos y síntomas específicos, ignorancia de las consecuencias del trastorno y falta de cooperación hacia el tratamiento prescrito por el médico. Dichos términos se mencionan en este trabajo de forma reversible.

La evaluación del insight constituye un elemento muy importante del examen psiquiátrico, aunque existen varias definiciones de esta noción. Inicialmente, el insight era considerado un fenómeno unitario - una actitud correcta a los cambios mórbidos en uno mismo-, y la capacidad para reconocer la presencia de una enfermedad emocional. De acuerdo a Eskey (7), el insight es un "reconocimiento verbal sobre la parte del paciente en la que existe un daño del funcionamiento intelectual" (6).

1.7 - El problema de la medición de la conciencia de enfermedad.

La introspección (insight) o conciencia de enfermedad ha sido medida como un fenómeno unitario simple. A pesar de su carácter ambiguo, por la subjetividad de su medición, existen varios reportes que señalan que la mayoría de pacientes con trastornos psicóticos tienen pobre introspección. Estos pacientes parecen negar, fallar en el conocimiento o más

extensamente, tener ausencia de conciencia de enfermedad mental o de síntomas de un trastorno mental. El estudio de la introspección en trastornos psiquiátricos ha sido difícil debido a la ausencia de una medición estandarizada ampliamente utilizada. En nuestro medio, es frecuente el uso del término “pobre, parcial, nula o completa” conciencia de enfermedad en el paciente psiquiátrico, basándonos exclusivamente en la subjetividad de nuestra apreciación. Sin embargo, una corriente de la literatura sugiere que la poca introspección puede jugar un importante papel en el curso y tratamiento de trastornos psicóticos, particularmente en la esquizofrenia y en los trastornos de personalidad (10).

Hemos visto cómo los pacientes que tienen adecuada conciencia de enfermedad son más capaces de valerse por sí mismos, de contener mejor con su enfermedad, tomar adecuadamente los medicamentos prescritos y; como resultado de esto, desarrollar una mayor funcionalidad (25).

Los escasos estudios grandes que califican la introspección en pacientes con esquizofrenia clasifican a los pacientes como poseedores de una introspección “buena” o “mala”, en base a si el paciente está “negando vigorosamente que está perturbado”. Tal punto de vista de la introspección falla en capturar las complejidades de la introspección demostradas por el paciente quien reconoce la presencia de algunos síntomas característicos de la esquizofrenia (por ejemplo, deterioro en las relaciones interpersonales) pero no en otros, (por ejemplo, depresión), o que niega estar perturbado o enfermo pero acepta la farmacoterapia debido a que sienten que le ayuda. Tales pacientes no fácilmente pueden categorizarse como poseedores de buena o escasa introspección. Contrariamente se ha establecido que la introspección puede ser una modalidad específica, ya que los pacientes pueden tenerla en algunos, pero no en todos, los síntomas de su enfermedad (10).

1.8 -La falla de la introspección en la esquizofrenia.

En 1896, Kraepelin describió a los pacientes con demencia precoz como aquellos que de forma característica se encuentran inconscientes de la gravedad de su trastorno.

La ausencia de introspección ha sido tomada como un síntoma común en esquizofrenia. Esto se confirma mediante los resultados sobre esquizofrenia por la World Health Organization (6).

En la actualidad, cualquier clínico experimentado reconoce que un número importante de pacientes que sufren esquizofrenia no creen tener una enfermedad y no son conscientes de los déficits específicos que son causados por el trastorno. De hecho, varios de estos pacientes sienten que la única cosa que ellos sufren realmente es de la presión de sus familiares, amigos y médicos para que acepten el tratamiento. La carencia de introspección frecuentemente obstaculiza el tratamiento, tal desacuerdo permite de que los pacientes se sientan forzados a aceptar cuidado por una enfermedad que no piensan tener (9).

Estudios a grandes escalas han sugerido que del 50% al 80% de todos los pacientes con esquizofrenia no creen tener una enfermedad.

Debido a esta prevalencia y a la disrupción de la relación médico-paciente, este tipo de discrepancia en perspectiva, o lo que es comúnmente etiquetado como pobre introspección ha llegado a ser integral para nuestro concepto de esquizofrenia.

Históricamente, el estudio del insight en la esquizofrenia ha estado plagado por ambigüedades conceptuales inherentes al término y a la ausencia de medidas estándares ampliamente utilizadas. Se ha llegado incluso a conceptualizar individualmente al insight de acuerdo a las diferentes patologías mentales. Esto ha llevado a algunos autores a la suposición de que esta sea la causa de la escasa atención que recibe por parte de la literatura de investigación de psicopatología. De hecho, durante la pasada década los investigadores habían empezado a desarrollar métodos confiables para evaluar las múltiples dimensiones de la introspección en la enfermedad, resultando en el uso generalizado de estos instrumentos y el concomitante incremento en el número de estudios publicados que se enfocan en este campo. A continuación, se tratarán de describir las innovaciones en la medición del insight y los resultados de los estudios que proporcionan un claro entendimiento de las causas del escaso insight y el papel que juegan los déficits en la expresión de la esquizofrenia (9).

1.9 - Medición de los déficits de introspección.

La miríada de términos existentes y las perspectivas divergentes utilizadas para definir y estudiar la introspección reflejan su complejidad y su naturaleza multidimensional.

La mayoría de la literatura inicial acerca del insight en la esquizofrenia confiaba demasiado en el material obtenido de casos anecdóticos.

Los intentos iniciales para cuantificar el insight fueron tipificados por datos globales que nunca fueron comprobados psicométricamente (por ejemplo, nunca se estableció la

confiabilidad ni la consistencia interna). Hasta hace poco, sólo existía un método estandarizado de evaluación del insight en los trastornos psiquiátricos, el ITAQ (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire), desarrollado por McEvoy et al, el cual se ha utilizado en muestras grandes con exhaustivas pruebas de confiabilidad y validez, y ha mostrado ser predictivo en cuanto a resultados clínicos y resultados del tratamiento. Dicho cuestionario el lector de este trabajo lo podrá encontrar en el apéndice I en su idioma original.(15).

Su limitación primaria recae en que continúa en la tradición de ver al insight de forma estrecha (por ejemplo, evalúa si el paciente está de acuerdo con la veracidad de su diagnóstico y en la necesidad de tratamiento). Las críticas a tal sistema, mayoritariamente por el autor David, argumentan que el insight dentro de la enfermedad es un fenómeno más complejo que simplemente tener conciencia sobre un diagnóstico particular y necesidad de tratamiento.

Hace varios años, los autores recomendaban una terminología aún más compleja y un procedimiento de evaluación multidimensional, que ellos creían reflejaría de forma más aguda aquellos aspectos del insight dentro de la enfermedad que los clínicos y los investigadores están interesados en estudiar.

En ese momento, se hizo una distinción entre dos dimensiones adicionales del insight, conciencia de enfermedad y atribución considerada a la enfermedad. La inconciencia de enfermedad es definida como una falla del conocimiento de un signo o síntoma específico, o de las consecuencias de la enfermedad que están presentes que no son relacionadas a la disfunción mental (9).

Los autores también recomiendan la distinción entre el insight actual del insight retrospectivo. De acuerdo con esta concepción, los autores desarrollaron la *Escala para Evaluar la No Conciencia de Enfermedad Mental* (SUMD, por sus siglas en inglés), que evalúa diferentes dominios del insight no previamente cubiertos por los métodos utilizados en aquel tiempo. El SUMD distingue entre la conciencia de enfermedad actual y retrospectiva de (1) tener un problema mental, (2) los efectos de la medicación, (3) las consecuencias de la enfermedad mental, y (4) la conciencia y las atribuciones de los síntomas y signos específicos del trastorno. Mediante la evaluación de síntomas específicos el SUMD ofrece el beneficio de proporcionar datos sobre la naturaleza y penetrancia del escaso insight. El SUMD ha probado ser confiable y válido en diferentes estudios. Ello ha llegado

rápidamente a ser uno de los instrumentos más utilizados para medir déficit de conciencia en la esquizofrenia, y ha sido traducido a 15 idiomas.

Se espera que la tasa de estudios en donde los resultados se repliquen utilizando procedimientos idénticos continuará incrementándose dramáticamente (9).

1.10 - Validez descriptiva de los instrumentos de los déficits de conciencia.

Los déficits de conciencia tienen validez descriptiva de los instrumentos al nivel de la fenomenología de la esquizofrenia y validez pronóstica en términos de la predicción del curso de la enfermedad. Los análisis agrupados de los signos y síntomas de esquizofrenia indican que el nivel de insight dentro de la enfermedad (por ejemplo, índices basados en la respuesta del paciente a la pregunta: "¿tiene usted una enfermedad mental?") tienen validez descriptiva con una dimensión sobre la cual los pacientes pueden ser subagrupados. Carpenter y sus colaboradores emplearon técnicas de análisis agrupado para calificar los datos de signos y síntomas cuantificados que fueron colectados por el *Pilot Study of Schizophrenia*. Ellos reportaron que el escaso insight era un rasgo prevaeciente en esquizofrenia, y que el nivel de insight era un importante factor discriminativo al realizar subtipos de diagnóstico.

Un estudio multinacional evaluó los 12 signos y síntomas de el Flexible System Criteria, y replicó los hallazgos del IPSS (*interpilot study of schizophrenia*). Estos estudios son revisados en gran detalle en un artículo por Amador et al.(9,10)

Los autores tienen datos adicionales que arrojan luz sobre la naturaleza y prevalencia de la no conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

Ellos fueron parte del grupo que dirigió el estudio de campo del DSM-IV enfocado en la esquizofrenia y trastornos relacionados. En este estudio, alrededor de 400 pacientes de diferentes regiones geográficas y una locación internacional fueron evaluados por un amplio rango de síntomas incluyendo la no conciencia. Utilizando el SUMD, los autores determinaron la prevalencia de varios déficits de conciencia en trastornos psicóticos y examinaron la especificidad en la esquizofrenia. Los resultados de Amador et al indicaban que cerca del 60% de los pacientes con esquizofrenia tenían moderada a severa falta de conciencia de tener un trastorno mental. Este hallazgo está de acuerdo con el IPSS y con los estudios de la *Classification of Chronic Hospitalized Schizophrenics*, los cuales indican que la mayoría de pacientes con esquizofrenia creen no tener un trastorno mental. En suma, los

autores encontraron que entre el 27% y el 57% de los pacientes con esquizofrenia tenían una severa falta de conciencia de ciertos síntomas (ilusiones, trastorno del pensamiento, afecto aplanado, anhedonia, falta de socialización y otras dimensiones de la enfermedad) (9).

Existe menor acuerdo considerando la relación entre el nivel del insight y la severidad de los síntomas positivos, negativos y del estado de ánimo. Dos estudios examinaron esta cuestión encontrando resultados contradictorios, y reportes más recientes utilizando evaluaciones estandarizadas de síntomas (BPRS, SAPS, SANS, Escala de Depresión de Hamilton, Comprehensive Assessment of Symptoms and History, etc.) indicaron que ni los síntomas positivos ni los negativos, mediciones generales de psicopatología, síntomas depresivos o síntomas maníacos estaban significativamente correlacionados con el insight. Sin embargo, unos pocos estudios han reportado correlaciones clínicamente insignificantes, entre síntomas positivos, síntomas depresivos e insight (9).

1.11 - Validez de criterio de los déficits de conciencia.

La mayoría de los estudios que examinan las relaciones entre el insight y los resultados clínicos indican que el mejor insight dentro de la enfermedad correlaciona positivamente con un curso más favorable. Por lo tanto no es de sorprenderse que varios déficits de conciencia estuvieran también fuertemente correlacionados con el no cumplimiento con la medicación y tratamientos psicosociales. En un reciente estudio, los autores también encontraron que los pacientes con esquizofrenia con conducta y pensamientos suicidas recurrentes estaban más concientes generalmente de sus síntomas negativos y en particular de los delirios, que los pacientes no suicidas. Contrario a las expectativas, la conciencia global de tener un trastorno mental no predijo una conducta suicida. Estos resultados sugieren que la conciencia de aspectos particulares de la enfermedad podría ser más desmoralizante que la conciencia en otros aspectos. Tomados de manera conjunta, estas asociaciones sugieren varias áreas para futuras investigaciones con obvia importancia clínica, particularmente la exploración de si ciertos dominios específicos del insight pudieran estar más o menos relacionados a los diferentes aspectos del cumplimiento, curso de la enfermedad y suicidio (9).

1.12 - Asociaciones con déficits neurocognoscitivos y afectivos.

Previamente, los autores argumentaban que la no conciencia de enfermedad en los trastornos neurológicos (anosognosia) tiene un fuerte parecido a la escasez de insight en

esquizofrenia, lo cual incluye tanto similitudes fenomenológicas como neuropsicológicas. Los pacientes con anosognosia frecuentemente ofrecen explicaciones confabulatorias o delirantes para explicar las observaciones que contradicen su creencia de que ellos no están enfermos. De forma similar, en los individuos con esquizofrenia se observa frecuentemente que atribuyen sus hospitalizaciones a factores tales como peleas con familiares, y malos entendidos. Los pacientes con ambos trastornos tienden a ser similarmente rígidos en sus muestras de afecto o tener indiferencia afectiva y falta de habilidades para integrar nueva información contraria a sus creencias erróneas (síndrome de déficit). Finalmente, los fenómenos de la no conciencia observados tanto en anosognosia y esquizofrenia son frecuentemente modalidades específicas. Por ejemplo, el paciente anosognótico puede tener conciencia de un déficit de memoria, pero no tenerla de una parálisis. De forma similar, los autores han publicado datos que indican que muchos pacientes con esquizofrenia son conscientes de síntomas particulares, mientras que mantienen completa falta de conciencia de otros (9).

Las áreas cerebrales particulares en la anosognosia proporcionan un punto de inicio para generar hipótesis acerca de las contribuciones de la neuropsicología a la escasa introspección en la esquizofrenia. Las lesiones funcionales y estructurales de los lóbulos frontales y del hemisferio no dominante parieto-temporal, implicado en la anosognosia, son vistos en varios pacientes con esquizofrenia también. Como se mencionaba antes, Young y colaboradores encontraron que varios aspectos de la escasez de insight, evaluados por el SUMD, estaban asociados con pobre desarrollo en los test sensibles a la disfunción del lóbulo frontal (fluidez verbal, pruebas A-B y Wisconsin Card Sort). De forma similar, Lysaker y Bell han reportado que pacientes con bajo insight medidos por el ítem de insight del PANNS, tienen peores resultados en los test de la función del lóbulo frontal (4).

De manera consistente con las hipótesis del lóbulo frontal los hallazgos más recientes indican que la no conciencia severa de enfermedad está fuertemente asociada con el síndrome del déficit en esquizofrenia. Estos resultados vienen de tres muestras diferentes y son consistentes a través de los estudios. Muchos pacientes con esquizofrenia han sufrido síntomas negativos que han sido entendido como factores primarios del trastorno (9).

Los denominados *síntomas de déficit* se distinguen de los síntomas negativos en que son consecuencia de depresión, desmoralización, medicamentos, síntomas positivos o privación socio-ambiental (18).

De particular interés es el hallazgo de que el síndrome de déficit en esquizofrenia está asociado con los déficit neuropsicológicos de los lóbulos frontales y del lóbulo parietal derecho (19).

El hallazgo de que un amplio rango de déficit de conciencia son más comunes en pacientes con déficit comparado con pacientes sin déficit y que ambos campos de la psicopatología están asociados a disfunción lobar frontal, sugieren que puede existir un síndrome de anosognosia en varios pacientes con esquizofrenia. Este síndrome se caracteriza por un grupo de síntomas que indican una disfunción del lóbulo frontal (síntomas primarios negativos y déficits de conciencia) y asociados con un curso deteriorante de la enfermedad y pérdida de la función afectiva normal (9)

1.13 - Características de la esquizofrenia.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos (Criterios A1-A4) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos (Criterio 5) comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje

(alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). Las ideas delirantes (Criterio A1) son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias.

La falta de conciencia de enfermedad es habitual y puede ser uno de los mejores predictores de mala evolución, quizá porque predispone al sujeto a un mal cumplimiento del tratamiento.

La esperanza de vida de los sujetos con esquizofrenia es más corta que la de la población general por diversas razones. El suicidio es un factor importante, porque aproximadamente el 10 % de los sujetos con esquizofrenia se suicidan. Los factores de riesgo para el suicidio incluyen el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente. Hay datos contradictorios acerca de si la frecuencia de actos violentos es mayor que en la población general. Es frecuente la comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias (incluida la dependencia de nicotina). Los trastornos esquizotípicos, esquizoides o paranoides de la personalidad preceden algunas veces al inicio de la esquizofrenia. No está claro si estos trastornos de la personalidad son simples pródromos de la esquizofrenia o si constituyen un trastorno distinto previo (DSM-IV).

Varios investigadores han propuesto que la esquizofrenia es mejor conceptualizada como un trastorno que abarca múltiples aspectos de psicopatología. En este contexto, la literatura sobre la falta de conciencia de enfermedad en esquizofrenia sugiere que este déficit puede tener valor nosológico. El escaso insight parece tener una validez descriptiva en los niveles fenomenológicos y neuropsicológicos de la esquizofrenia.

Por ejemplo, con base en análisis clínicos de signos y síntomas de esquizofrenia, el escaso insight ha tenido una validez descriptiva como un síntoma el cual puede determinar un subtipo (26).

1.14 - Conceptualización de una escala para medir conciencia de enfermedad.

Debowska et al., (6) encontraron que la severidad de la falta de insight estaba fuertemente correlacionada con el grado de disfunción neuropsicológica de los lóbulos frontales. El escaso insight tiene validez pronóstica en términos de predicción del curso de la enfermedad. Investigaciones previas han encontrado que el insight disminuido está fuertemente correlacionado con un curso más deteriorante de la enfermedad, empobrecimiento psicosocial y falta de cumplimiento con el tratamiento.

La Escala para Evaluar la No Conciencia de Enfermedad Mental (SUMD, por sus siglas en inglés) muestra aspectos discretos y globales del insight a través de una variedad de manifestaciones de la enfermedad. Los datos reportados indican que el SUMD ha llegado a converger y validar criterios y puede ser utilizada confiablemente con un mínimo entrenamiento.

1.15 - Conciencia de enfermedad en esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos del estado de ánimo.

Amador et al (3)., en un estudio llevado a cabo en 412 pacientes con trastornos psicóticos y afectivos de diferentes regiones geográficas de EEUU, evaluaron el insight dentro de múltiples aspectos de trastornos mentales utilizando una medición confiable y validada. El principal propósito fue determinar la prevalencia de los déficits de auto-conciencia en pacientes en quienes se les diagnosticaba esquizofrenia, para examinar la severidad relativa de déficit asociado con esquizofrenia comparado con los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y con trastornos del estado de ánimo con y sin síntomas psicóticos, y para evaluar la correlación clínica de la auto-conciencia en pacientes con esquizofrenia.

Los resultados indicaron que la escasa conciencia de enfermedad era un factor prevaeciente en esquizofrénicos. Una variedad de déficits en la auto-conciencia son más severos y penetrantes en pacientes con esquizofrenia que en pacientes con trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo mayor con o sin síntomas psicóticos y están asociados con pobre funcionamiento psicosocial.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 57.4% de los pacientes con esquizofrenia mostraron un moderada a severa ausencia de conciencia de tener un trastorno mental (SUMD ítem 1). En suma, el 31.5% tenían severa inconsciencia (por ejemplo, un resultado de 3) de las consecuencias sociales de tener un trastorno mental y 21.7% fueron calificados como portadores de severa inconsciencia de la eficacia de los medicamentos. La figura muestra el porcentaje de pacientes con esquizofrenia con una severa falta de conciencia de los signos y síntomas de un trastorno mental. Las proporciones de la muestra tuvieron un rango de 27.8% a 57.6%, dependiendo de las signos o síntomas particulares.

En lo relacionado a pacientes con esquizofrenia, los pacientes con trastorno esquizoafectivo fueron más concientes de tener una enfermedad mental y de tener cuatro de los seis síntomas que fueron evaluados.

Específicamente, los pacientes con trastorno esquizoafectivo tuvieron significativamente mayor conciencia de alucinaciones, delirios, anhedonia y falta de socialización que los pacientes con esquizofrenia paranoide.

De los 40 pacientes en quienes se diagnosticó trastorno bipolar, 37 (93%), cumplían criterios para episodio más reciente maníaco. Este grupo de maníacos bipolares calificaron tan pobremente como el grupo de esquizofrénicos en la mayoría de los ítems. La única excepción a este patrón fue el ítem de conciencia de delirio: los pacientes con trastorno bipolar estuvieron significativamente más concientes de tener delirios actuales que los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, sólo los ítems de conciencia de delirio y de trastorno del pensamiento tenían números suficientemente grandes para proporcionar un adecuado poder estadístico para detectar diferencias.

Finalmente, en lo relativo al grupo de esquizofrénicos, el grupo de depresión mayor sin síntomas psicóticos se encontró significativamente más conciente de tener un trastorno mental y de las consecuencias sociales de tener un trastorno mental. Estos pacientes también mostraron significativamente mejor conciencia en cuanto a los tres síntomas negativos evaluados (afecto aplanado y falta de socialización). El número de pacientes con depresión mayor y síntomas positivos fue demasiado pequeño para mostrar un suficiente poder estadístico para detectar cualesquier diferencias en conciencia de síntomas positivos.

Tabla A. Promedio de Conciencia en el SUMD para cada grupo diagnóstico (n=412):

Conciencia de:	SZ	Esquizo afectivo	Bipolar	Depresión con sx psicóticos	Depresión sin sx psicóticos
Trastorno mental	1.9 ±.85 (217)	1.6 ±.80 (49)	1.7 ±.82 (40)	1.5 ±.80 (24)	1.1 ±.54 (14)
Consecuencias	1.9 ±.90 (213)	1.7 ±.90 (48)	1.7 ±.81 (40)	1.4 ±.72 (22)	1.3 ±.61 (14)
Eficacia del medicamento	1.7 ±.81 (173)	1.6 ±.80 (48)	1.6 ±.71 (39)	1.5 ±.74 (22)	1.4 ±.77 (14)
Alucinaciones	2.1 ±.85 (151)	1.7 ±.83 (31)	2.2 ±.90 (15)	1.8 ±1.0 (17)	1.0 ±.00 (2)
Ideas delirantes	2.4 ±.80 (191)	2.0 ±.90 (39)	2.0 ±.80 (35)	1.8 ±.90 (23)	2.0 ±1.0 (7)
Trastorno del pensamiento	2.3 ±.81 (119)	2.3 ±.90 (22)	2.3 ±.80 (27)	1.9 ±.84 (8)	1.7 ±.60 (3)
Afecto aplanado	2.2 ±.90 (133)	2.0 ±.84 (25)	2.3 ±.90 (9)	2.1 ±.83 (11)	1.6 ±.70 (10)

<i>Anhedonia</i>		1.8 ±.90 (129)	1.4 ±.70 (29)	2.0 ±.90 (6)	1.4 ±.62 (16)	1.1 ±.30 (12)
<i>Falta de socialización</i>	de	1.8 ±.84 (169)	1.3 ±.70 (26)	1.9 ±.83 (8)	1.5 ±.71 (17)	1.2 ±.44 (9)

Los resultados de este estudio indican que prevalece una pobre introspección en la esquizofrenia y que una más severa falta de introspección es más común en pacientes con esquizofrenia que en pacientes con trastorno esquizoafectivo o depresión mayor con o sin síntomas psicóticos. En los otros grupos estudiados, notablemente en el de bipolares, también se mostró una incidencia relativamente alta de falta de introspección. Sin embargo, se encontraron muestras relativamente pequeñas en varios ítems del SUMD que limitaron la interpretación de estos datos. De cualquier manera, el grupo de esquizofrénicos generalmente tenían más baja conciencia de enfermedad y más alta incidencia de severidad de inconciencia que los otros grupos. En pacientes con esquizofrenia, se correlacionó la menor conciencia de enfermedad en varios aspectos de la enfermedad mental con un funcionamiento social más deteriorado (3).

1.16 - Insight en esquizofrenia. Su relación con las funciones ejecutivas.

Muchos individuos con esquizofrenia niegan que están enfermos, son reacios a ingresar o permanecer en el hospital y abandonan el tratamiento prescrito después de su egreso, resultando en deterioro clínico y rehospitalización (Heinrichs et al, 1985). El escaso insight puede ser conceptualizado como una expresión del mismo trastorno, como serían las alucinaciones o los delirios, y se caracteriza por ser un factor discriminativo importante en realizar subtipos diagnósticos de esquizofrenia (Carpenter et al, 1976). Por consiguiente, la negación de la enfermedad juega un papel importante en el curso y tratamiento de la esquizofrenia (Schwartz et al. 1997) (5).

Se han realizado dos propuestas teóricas del insight, llamadas teoría "motivacional" y teoría "del defecto". La teoría motivacional asume que el pobre insight es una manifestación de los intentos para engañar al Yo a fin de conservar la autoestima. La teoría del defecto, por el contrario, asume que el pobre insight es el resultado directo de un déficit cognoscitivo. Esta teoría se apoya en estudios en pacientes con anosognosia (inconciencia de déficit) en pacientes con lesiones cerebrales. La falta de insight en pacientes esquizofrénicos comparte factores en común con la anosognosia de los trastornos neurológicos en cuanto a que ambos

son fuertemente resistentes ante confrontaciones directas, proporcionando explicaciones delirantes las cuales tratan de explicar las circunstancias tales como las hospitalizaciones.

Al evaluar los méritos de las teorías motivacional y de defecto para explicar el escaso insight en esquizofrenia se podrían considerar las investigaciones del escaso insight en trastornos tales como la enfermedad de Alzheimer. La no conciencia de los déficit es más frecuente en Alzheimer que en otros trastornos demenciales (DeBettignies et al 1990). Además, existe evidencia de que el escaso insight en Alzheimer está asociado con la presencia de flujo sanguíneo disminuido en la región frontal derecha (Starkstein 1995), así como con daños cognoscitivos severos (Migliorelli et al, 1990), y déficit específicos en funciones ejecutivas/frontales (5).

Finalmente McGlynn y Kaszniak (1991), han argumentado que si la negación como defensa fuese importante en estos pacientes, se esperaría más cantidad de pacientes levemente demenciados, quienes empiezan a experimentar cambios relacionados a la declinación cognoscitiva para mostrar la gran negación de déficits. Sin embargo, su inexactitud aumenta con la severidad de la demencia (Anderson y Tranel, 1989; Feher et al, 1991), por esto, el escaso insight en demencia tipo Alzheimer parece ser más una función de daño cognoscitivo que debido a factores motivacionales (5).

Si la teoría del “defecto” es correcta, la siguiente pregunta es ¿cuál déficit cognoscitivo está asociado con la falta de insight en esquizofrenia?

Se ha realizado un argumento que aunque neurológicamente está basado en trastornos de la conciencia podría involucrar áreas y sistemas separados de la esquizofrenia, un denominador común entre estos trastornos está mediado por las funciones de los lóbulos frontales y prefrontales (Stuss y Benson, 1986). De particular significancia es que las áreas frontales y prefrontales del córtex han llegado a estar implicadas cada vez más como áreas primarias de disfunción en esquizofrenia. Los hallazgos a partir de la neuropsicología, neurorradiología y neurofisiología han estado de acuerdo en esta cuestión (Seidman 1993, Weinberger et al, 1992).

No ha existido evidencia suficiente, sin embargo, para el papel del funcionamiento frontal y prefrontal en el escaso insight en esquizofrenia. Específicamente, estudios por Young et al (1993) y Lysaker et al (1994), encontraron significancia, aunque pequeña, de correlaciones entre el insight y las mediciones sensitivas de la disfunción del lóbulo frontal. Sin embargo, Cuesta y Peralta (1994), no pudieron replicar estos resultados. En cambio, ellos encontraron

que la ausencia de insight estaba asociada con un mejor funcionamiento de la mediación verbal, visual y de tareas de memoria visuales retardadas. Es de notarse que sólo uno de estos estudios utilizaron una amplia medición de conciencia de síntomas (Young et al, 1993). Además, ninguno de estos estudios investigó el insight en términos de conciencia de síntomas positivos versus negativos (5).

Varios estudios han apuntado hacia la asociación entre síntomas negativos y patología neural, particularmente del tipo subcortical frontal. Brown y White (1991), reportaron que en pacientes con un alto índice de síntomas negativos se encontraba mayor severidad de disquinesia tardía, parkinsonismo inducido por fármacos y mayor daño en el funcionamiento de los test psicológicos de lóbulo frontal. Goldman et al (1993), reportó que la capacidad de atención reducida predecía la presencia de mayores síntomas negativos, mientras que el estatus neurocognoscitivo no estaba relacionado a los síntomas positivos. Stolar et al (1994), reportó que los niveles más severos de ciertos síntomas negativos estaban asociados con pobre desempeño en las pruebas relacionadas con el funcionamiento del lóbulo frontal. Estos hallazgos fueron replicados por Hammer et al (1995), quienes reportaron que los sujetos con mayor número de síntomas negativos se desempeñaban más pobremente en los test sensibles al funcionamiento del lóbulo frontal. Estos hallazgos sugerían que había mecanismos similares que podrían fundamentar la falta de insight y los síntomas negativos de la esquizofrenia. A la luz de la asociación entre patología neural y síntomas negativos, parece ser teóricamente interesante distinguir entre conciencia de síntomas positivos versus conciencia de síntomas negativos e investigar sus correlaciones con el funcionamiento neuropsicológico por separado (5).

1.17 - Insight en esquizofrenia y su relación con el pensamiento ejecutivo.

Mohamed et al.,(5), investigaron si el insight, tal como es medido por la Escala para Evaluar la No conciencia de Enfermedad Mental (SUMD, por sus siglas en inglés) está asociado con las funciones ejecutivas en un grupo de pacientes hospitalizados con esquizofrenia crónica. La hipótesis de este estudio fue que los mayores déficit de conciencia y falla en la atribución de los síntomas estarían asociados con peor funcionamiento ejecutivo.

Participaron en este estudio 21 mujeres y 25 hombres. Los participantes eran pacientes hospitalizados en un hospital de EEUU. Sólo se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que cumplían criterios DSM III-R para esquizofrenia. Los pacientes con enfermedades

concomitantes en el eje I; en condiciones neuropatológicas conocidas o con abuso de sustancias eran excluidos. El promedio de edad fue de 36.3 (SD=9.8) y tenían un promedio de 12.3 años de educación (SD=1.96).

Se aplicó la entrevista semi-estructurada SUMD para medición del insight.

Las mediciones neuropsicológicas fueron cuatro. Cada medición tenía una validez bien establecida en la evaluación de las funciones ejecutivas, aunque cada una evaluaba un aspecto diferente de la función.

Estas mediciones fueron el Test de Fluencia Verbal (Borkowski et al, 1967), el Test de Fluencia de Diseño (Jones-Gotman et al, 1977), El *Trail Making Test* (Reitan y Wolfson, 1985) y una versión modificada del *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST; Spaulding et al, 1989).

Los resultados mostraron que la no conciencia y la atribución errónea de síntomas negativos está significativamente asociada con déficits en algunos aspectos de las funciones ejecutivas. La falta de conciencia de síntomas negativos está asociada con el funcionamiento ejecutivo en pacientes con esquizofrenia. La falta de conciencia de otros síntomas (síntomas positivos) puede reflejar la disfunción en otros tipos de procesos neuropsicológicos, o podría reflejar la motivación hacia el auto-engaño.

Startup (1995), postuló la existencia de una relación curvilínea entre el insight y las funciones ejecutivas. El hipotetizó que la motivación para el autoengaño y los déficit cerebrales no son procesos independientes y que ambos afectan el insight, con una conciliación entre los dos, dando lugar al surgimiento de una relación cuadrática entre el insight y déficit cognoscitivos. Postuló que el *muy buen* y el *muy mal* insight están sólo disponibles en aquellos pacientes que tienen únicamente déficit relativamente ligeros.

En este estudio se examinó la asociación entre el escaso insight y el desempeño ejecutivo en un grupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia crónica. La relación permanece significativa aún cuando después se ha eliminado parcialmente a la inteligencia general de las mediciones ejecutivas.

Se concluye que un mecanismo común puede ser responsable tanto para el déficit de insight de síntomas negativos como para las funciones ejecutivas en individuos con esquizofrenia crónica.

Es relevante que no todas las mediciones neuropsicológicas correlacionan significativamente con todas las mediciones del insight. De este modo, existe algún grado de especificidad en

términos de disfunción neuropsicológica que coexiste con la no conciencia de síntomas en esquizofrenia. Por ejemplo, la falta de conciencia y la mala atribución de los síntomas positivos generalmente no se asoció significativamente con ninguna de las funciones ejecutivas cognoscitivas. La no conciencia de síntomas positivos puede reflejar la disfunción involucrada en diferentes funciones neuropsicológicas o un daño cognoscitivo generalizado. Por el contrario, ello puede reflejar motivación para tratar de engañarse a sí mismo o a otros, para preservar la autoestima, mantener una visión optimista o algún motivo similar. Estas hipótesis alternativas están apoyadas por investigación que muestra que las personas con esquizofrenia que tienen un buen insight dentro de su enfermedad son más pesimistas (Tjompson, 1988), están más deprimidas (Amador et al., 1994) y que tienen menor autoestima (Taylor y Perkins, 1991) que aquellos que tienen escaso insight, aunque la evidencia está aún lejos de ser concluyente.

La conclusión principal del presente estudio es que la falta de conciencia y la mala atribución de síntomas negativos está significativamente asociada con déficit en algunos aspectos del funcionamiento ejecutivo (5).

1.18 - Relación del insight con la psicopatología y el ajuste premórbido.

Debowska et al., en 1998 (6), examinan las correlaciones entre aspectos del insight e intensidad de los síntomas psicopatológicos, presencia de los varios tipos de delirios y nivel de ajuste premórbido en pacientes con esquizofrenia paranoide.

Este estudio se lleva a cabo con 61 pacientes de una universidad polaca con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide. Esta cantidad de pacientes se divide en 40 hombres y 21 mujeres, con un promedio de edad de 33.9 años, una media de educación de 12.2 años de estudio y una media de duración de la enfermedad de 7.4 años. Todos los pacientes se encontraban en una fase temprana de tratamiento. La dosis media en equivalente de clorpromazina fue de 176.3 mg (rango 50-450 mg; SD 75.9).

Para evaluar la psicopatología se utilizaron el PANNS, la escala SALI (*Scale to Assess Lack of Insight*) autoaplicable, la *Cannon-Spoor Premorbid Adjustment Scale* para medir funcionamiento premórbido mayor a 6 meses y la correlación de Spearman para el análisis estadístico.

Los autores encuentran relaciones significativas entre la falta de insight y los síntomas negativos, transmisión del pensamiento, delirios de grandeza e ideas delirantes de contenido sexual, y peor ajuste premórbido en la adolescencia tardía y la adultez.

Como dato interesante, se encontró que la falta de insight ocurría más frecuentemente en pacientes con la presencia de diferentes clases de delirios.

Los pacientes con delirios de transmisión del pensamiento aceptaban el tratamiento mejor que los pacientes con otra clase de delirios. La conciencia de enfermedad era especialmente escasa en pacientes con delirios de grandeza y de contenido sexual. Ello está probablemente conectado a su sentimiento de importancia, poder y capacidad, lo cual produce que ellos nieguen la eficacia del tratamiento. El escaso insight en síntomas negativos está relacionado a los delirios de persecución o de grandeza. Se puede asumir que los pacientes con tales contenidos delirantes están absortos con sus experiencias psicopatológicas como para no poner ninguna atención a los síntomas negativos que experimentan, debido a que están escondidos detrás de una florida psicopatología. La ausencia de juicio e insight estuvo relacionada a delirios de transmisión del pensamiento y grandiosidad (6).

1.19 - El rechazo del paciente esquizofrénico hacia el tratamiento farmacológico.

La readmisión de esquizofrénicos crónicos está comúnmente precipitada por falla en la adherencia al régimen neuroléptico prescrito. Foo Lin et al., (11) sugieren que los efectos extrapiramidales secundarios, las ideas paranoides y de grandiosidad, el grado de supervisión y las actitudes del personal hospitalario hacia ellos, son posibles variables en la conducta de cumplimiento de la medicación. Una importante, pero poco investigada variable, es el insight.

Van Putten, Crumpton y Yale (12), encontraron que los esquizofrénicos con ideas de grandiosidad son más propensos a discontinuar la medicación mientras que los esquizofrénicos con ansiedad o depresión son más propensos al cumplimiento del régimen neuroléptico. Los autores notaron que la grandiosidad correlacionaba negativamente con el insight, la depresión y la ansiedad. Señalan que la experiencia clínica sugiere que el insight juega un papel importante en la conducta de aceptación del medicamento. Su análisis estadístico indicó que el insight no fue una variable predictiva de tanto peso como la depresión o ansiedad (12).

Este aprendizaje podría ser facilitado por el auto-recuerdo de los estados internos y por el feedback objetivo de sus conductas. Esto último podría no sólo incrementar la conciencia de la relación entre la conducta presentada al tomar los medicamentos y el alivio de los síntomas, sino incrementar la conciencia de las consecuencias sociales durante períodos de tomar y suspender la medicación. Si este efecto pudiera establecerse, el refuerzo de las conductas sociales positivas resultantes de la medicación puede llegar a ser una fuerza que mantenga a los pacientes adheridos al tratamiento.

Los pacientes que tienen insight, perciben beneficios de los medicamentos y tienden a tomar más la medicación que aquellos que no tienen insight ni perciben beneficios.

En este estudio se realiza un ensayo basado en un modelo de refuerzo suficiente para mantener la medicación y sugieren que para este grupo particular de pacientes que no aceptan los medicamentos adoptar un diseño experimental "causa-efecto" que les enseñe la relación entre tomar medicamentos y el alivio de los síntomas (11).

1.20 - La evolución a largo plazo del paciente con esquizofrenia y su relación con el insight.

El insight asociado con la enfermedad es un factor primario relacionado al buen y al mal resultado en esquizofrenia. Esto es, la conciencia de padecer un trastorno mental puede tener una relevancia significativa en el pronóstico y en el tratamiento de la esquizofrenia.

Schwartz et al (13) investigaron si el grado de insight de una enfermedad está relacionado con el resultado del tratamiento a largo plazo del paciente hospitalizado con esquizofrenia crónica. Los pacientes hospitalizados diagnosticados con esquizofrenia fueron evaluados utilizando el *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)* y el *Functional Skills Rating Form (FRSF)* al principio del estudio y durante el seguimiento a un año. Se utilizó el *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)* para medir el insight durante las evaluaciones del seguimiento.

El resultado sugiere que el insight del paciente está significativamente relacionado a las mediciones globales y específicas del resultado funcional. Además, los pacientes con buen insight muestran mejoría después del tratamiento a largo plazo en una institución. Los autores proponen que se requiere de mayores investigaciones para especificar la etiología del insight y para desarrollar nuevas intervenciones enfocadas en el fomento de la conciencia de enfermedad.

1.21 - El insight y la interpretación de la enfermedad en pacientes recuperados de un cuadro psicótico.

Greenfeld et al (14), señalan al insight como la capacidad del paciente psiquiátrico para entender sus problemas, y ha sido considerado típicamente como el medio para “engancharse” al paciente al tratamiento, para lograr el progreso psicoterapéutico y para mejorar el pronóstico.

Los autores realizan un estudio exploratorio utilizando entrevistas estructuradas con pacientes en recuperación de cuadros psicóticos, indicando que las características del insight caen dentro de 5 dimensiones principales: 1) la observación del síntoma, 2) el punto de vista acerca de la existencia de una enfermedad, 3) las especulaciones realizadas acerca de la etiología, 4) la visión acerca de la vulnerabilidad a la recurrencia y 5) la opinión acerca del valor del tratamiento. Este grupo de investigadores, influenciados por concepciones psicoanalíticas, han sugerido que la “integración” y el “sealing over”, son los dos mayores polos de un continuum para pacientes que perciben su propia sintomatología (Levy et al. 1975, McGlashan et al. 1975,1976).

Sealing over describe un proceso a menudo encontrado en pacientes convalecientes que involucra la negación de la existencia y/o severidad de la enfermedad, altas expectativas hacia el retorno inmediato al funcionamiento normal y una capacidad dañada para recordar o describir el episodio psicótico agudo. En contraste, el paciente que está “integrando” durante la recuperación de la psicosis aguda, está interesado en explorar la experiencia psicótica y desea entender y colocarla en el lugar que le corresponde dentro de una perspectiva coherente.

Investigaciones más recientes han implicado que el insight puede ser más complejo, o al menos diferente de la concepción de la “integración” y el “sealing over” pero estas complejidades han tendido a colapsarse dentro de un “nivel de insight” global. Las siguientes características se han utilizado como criterios para el juicio global del insight: 1) el reconocimiento de la necesidad de ser hospitalizado, de la necesidad de ver a un psiquiatra, o de la necesidad de ver a un médico. 2) la percepción de beneficio a partir del tratamiento.

El propósito de Greenfeld et al en su estudio, fue el describir y explorar el entendimiento que 21 pacientes con psicosis tenían de su trastorno y de su tratamiento, a través de una serie de entrevistas estructuradas (no especificadas en el artículo) enfocadas en la forma en que los

pacientes perciben su trastorno en términos de síntomas, clasificación, orígenes, pronóstico y relevancia de los métodos de tratamiento.

Los diagnósticos realizados en los pacientes consistían en: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión psicótica y trastorno psicótico atípico, según criterios del DSM-III.

Los resultados consistieron en que, contrario a las expectativas de los autores, los pacientes no reportaron claras categorías globales en concordancia con el nivel de insight dentro de la experiencia psicótica. Los pacientes presentaban una variedad sorprendentemente amplia de puntos de vista acerca de su trastorno psicótico. Parecían estar enfrascados en una lucha activa para adaptarse al hecho de que entonces eran pacientes en un hospital psiquiátrico. Los resultados sugieren que los conceptos tradicionales de tipo psicoanalítico del insight dentro de un trastorno psicótico son incompletos e inadecuados. Se sugiere que el insight más bien debe ser visto como un constituyente de al menos 5 dimensiones diferentes e independientes, mencionadas líneas atrás (14).

1.22 - El insight en esquizofrenia y su relación con la psicopatología aguda.

McEvoy et al. (15), estudiaron la relación entre el insight y la psicopatología aguda en un grupo de 52 pacientes psicóticos agudos. Dentro de este estudio se validó una escala para medición de la conciencia de enfermedad, el *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*, el cual se describe en el Apéndice II.

Los procedimientos de evaluación incluyeron el ITAQ, una entrevista abierta, el BPRS y el CGI. La validación del ITAQ fue a través de validación de constructo como medida de insight, correlacionando significativamente ($r=.85$, $p<.001$).

Contrario a los que se esperaba, el grado de insight no relacionó consistentemente con la severidad de la psicopatología aguda, tal como se midió en dos entrevistas estructuradas. Tampoco los cambios en el insight durante la hospitalización variaron consistentemente con cambios dentro de la psicopatología aguda. Estos datos sugirieron que muy poca de la deficiencia en el insight vista en pacientes esquizofrénicos es explicable en base a los factores de psicopatología aguda. El mecanismo que se consideró para el empeoramiento del insight en esquizofrenia resultó ser relativamente resistente al tratamiento con neurolépticos (15).

1.23 - Insight y funciones interpersonales en esquizofrenia.

Lysaker et al (17) realizaron un estudio con 111 pacientes esquizofrénicos o con trastorno psicoafectivo a los cuales clasificaron como poseedores de escaso (n = 57) y buen (n = 44) insight, y sus resultados fueron comparados contra las escalas de calidad de vida (QOL) Heinrichs et al's. Se llevaron a cabo regresiones múltiples para determinar la relación entre los componentes individuales y la función social.

Para examinar la relación entre el insight y la función social este estudio evaluó dos hipótesis:

- A) Que el escaso insight está asociado con una pobre calidad de relaciones interpersonales.
- B) Que el escaso insight está asociado con déficits en las funciones psicológicas básicas necesarias para la relación social.

Una limitación de la investigación sobre el insight en enfermedades psiquiátricas se ha debido a que examina el insight como un concepto unitario. La pregunta de si los tipos de déficits están relacionados a diferentes tipos de daño no ha sido aún determinada. Un segundo propósito del siguiente estudio (17) fue investigar si existen aspectos específicos del insight que estén más relacionados a daños en la función social que otros.

Para evaluar el insight en este estudio por lo tanto, se empleó la Escala para Evaluar la No Conciencia de enfermedad Mental (SUMD; Amador et al., 1995). Dentro de las tres dimensiones del insight medidas por el SUMD los autores establecieron la hipótesis de que las consecuencias de la enfermedad debe estar fuertemente asociada con disfunción social, limitando las capacidades de las personas para apreciar la forma en que son vistos por los demás, resultando en grave daño comunicativo.

Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que los daños en el insight en esquizofrenia están fuertemente asociados con bajo funcionamiento psicosocial. Cuando fueron examinadas las dimensiones individuales del insight independientemente, se encontró que la conciencia de las consecuencias de la enfermedad estuvo más fuertemente ligada al deterioro social que la misma conciencia de enfermedad o la conciencia de necesitar medicamento. Por otro lado aunque los sujetos con pobre insight tenían quizás un amplio rango de afecto tenían menor capacidad para relacionarse con otros debido a que ellos no podían entender como los percibían los demás. Ello parece consistente con las

investigaciones que relacionan el insight al subtipo desorganizado y también con las investigaciones que relacionan el daño neurocognitivo a déficits psicosociales. En este estudio existió un hallazgo inesperado: los sujetos con menor insight tenían mayores niveles de síntomas positivos. Esto puede reflejar mayores niveles de pensamiento bizarro o idiosincrático; sin embargo, esto requiere de replicación antes de ser seriamente considerado (17).

1.24 - Insight y manejo de la descompensación en esquizofrenia.

Heinrichs et al (20), en 1985, establecieron que durante la fase de síntomas prodrómicos que preceden a la psicosis, se podían realizar intervenciones farmacológicas tempranas, así como hacia el insight del paciente, lo cual puede favorecer la cooperación del mismo. Aunque existe una considerable evidencia de la presencia de la fase prodrómica, aún existe una escasa exploración sobre lo que se define como el “insight temprano”. Los autores reconocen que, aunque la esquizofrenia tiene como característica innata el mal insight, el escaso rapport y la dificultad para conseguir información creíble por parte del paciente, se puede poner énfasis en utilizar una estrategia de intervención temprana dirigida a resolver los episodios de descompensación una vez que empiecen a ocurrir. En concordancia con otros autores, afirman que la ausencia de insight en el esquizofrénico predice una descompensación severa. Para este propósito, se definió al insight temprano como la capacidad del paciente, durante la fase temprana de la descompensación, para reconocer que está empezando a sufrir una recaída de su trastorno psicótico (20).

El estudio realizado por estos autores intenta evaluar dos hipótesis acerca del uso del insight temprano durante las medidas de intervención:

- 1) el insight está presente en una considerable cantidad de pacientes esquizofrénicos en la fase prodrómica de la recaída y,
- 2) la presencia de insight temprano predice la probabilidad de una intervención exitosa durante una descompensación, evitando la necesidad de la rehospitalización.

Se diseñó una investigación retrospectiva utilizando las notas de evolución clínica, para corroborar ambas hipótesis. De los 38 pacientes de la muestra, 24 (63%), demostraron tener insight temprano, y de éstos sólo 2 (8%), fueron hospitalizados como resultado de una recaída. Por el contrario, 7 de 14 (50%), pacientes sin insight requirieron rehospitalización ($p = .006$).

Este estudio apoya la viabilidad de la intervención temprana y confirma que el insight temprano es un importante atributo del paciente que predice el éxito al implementarlo en el tratamiento (20).

1.25 - Relación entre la conciencia de enfermedad y la conducta suicida en pacientes esquizofrénicos.

Existe una alta prevalencia de conducta suicida entre pacientes con esquizofrenia. Entre el 20% y el 42% de pacientes esquizofrénicos intentan suicidarse, consiguiéndolo el 10% al 15%. Debido a este alto índice de conducta suicida, existe un gran interés en identificar factores de riesgo en este grupo de pacientes. Algunos investigadores han sugerido que los pacientes con conciencia del hecho de tener una enfermedad mental están en grave riesgo de llegar a desarrollar conductas suicidas.

Amador et al. (21) examinaron la relación entre la conducta suicida y varios aspectos del insight en 218 pacientes con esquizofrenia.

Los datos se obtuvieron a partir del estudio de campo del DSM-IV para esquizofrenia y trastornos relacionados. El propósito del estudio fue utilizar diferentes mediciones del insight y conducta suicida, mediante el uso de diferentes escalas como la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, PANNS, GAS y entrevista clínica estructurada para medición de pensamientos y conducta suicida.

La conducta suicida se encontró asociada fuertemente con ánimo depresivo ($\chi^2= 34.6$, $df=1$, $p<0.0001$) pero no con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo al DSM-IV.

Los resultados indicaron una asociación entre conducta suicida y conciencia de enfermedad con el ítem de delirios. La conducta suicida fue ligeramente menos reportada en pacientes sin conciencia de enfermedad para ideas delirantes y de aquellos sin delirios que en pacientes con conciencia moderada o definitiva de delirios. Existió también una asociación significativa entre conciencia de falta de socialización y conducta suicida. Estos pacientes reportaron menos conducta suicida.

La conducta suicida fue más encontrada en pacientes con moderada o definitiva conciencia de falta de socialización respectivamente.

Existió también una asociación entre conducta suicida y conciencia de afecto aplanado. La conducta suicida fue significativamente más reportada en pacientes con conciencia moderada

y definitiva de afecto aplanado que pacientes sin conciencia de este síntoma. La conciencia de anhedonia estuvo también significativamente asociada con conducta suicida. Los pacientes con conductas suicida y no suicida no tuvieron diferencias en los 3 ítems generales de conciencia de enfermedad, en el ítem de alucinaciones o trastorno del pensamiento.

Como conclusión en este estudio, se encontró que el insight puede estar asociado con mayor índice de suicidabilidad en pacientes con esquizofrenia.

Los pacientes con pensamientos y conductas recurrentes de tipo suicida están generalmente más concientes de sus síntomas negativos que los no suicidas.

En suma, los pacientes concientes de delirios tuvieron mayor tendencia a los pensamientos y conducta suicida.

Los pacientes sin los síntomas mencionados tendieron a tener menor conducta y pensamientos suicidas. Contrario a lo que se esperaba, la conciencia general de tener un trastorno mental no predijo conducta suicida.

Estos resultados sugieren que la conciencia de aspectos particulares de la enfermedad pueden resultar más desmoralizantes que otros aspectos.

1.26 - Efecto de la auto-observación en video en el desarrollo del insight en pacientes psicóticos.

Debido a los efectos adversos sobre la falta de insight en los resultados clínicos en pacientes con trastornos psicóticos, se considera importante investigar las maneras para elevar el nivel de insight en estos pacientes. Una de las técnicas para lograr elevar el nivel de insight, con escasos estudios para demostrar su efectividad, es permitir que el paciente se observe a sí mismo en un video durante los períodos de remisión de síntomas.

En un estudio llevado a cabo por Davidoff et al., (21) se midió el insight de 18 pacientes con episodio psicótico agudo, filmándolos durante una entrevista 24 a 48 horas después de su ingreso hospitalario, para presentárselos una a seis semanas después, cuando se les consideró significativamente mejorados. Se utilizó un grupo control a quienes se les mostró un video placebo, y un grupo experimental a quienes se les mostró el video de sí mismos, utilizando mismas escalas para evaluar conciencia de enfermedad (BPRS, ITAQ y GAS).

Se encontró que el grupo experimental mostró mejoría significativa para el ítem de conciencia de trastorno del pensamiento y para conciencia de ideas delirantes. Sin embargo,

no existieron diferencias entre los dos grupos para la psicopatología general. Los pacientes toleraron de manera generalmente buena la confrontación causada por este método.

El resultado de este estudio sugiere que la exposición de pacientes hospitalizados a videocintas de su propia psicopatología psicótica puede ser una herramienta útil pero costosa para desarrollar insight personal dentro de una enfermedad psicótica (21).

1.27 - Efectos de la clozapina sobre la conciencia de enfermedad y la cognición en esquizofrenia.

Existen varios reportes sobre la efectividad de los medicamentos antipsicóticos y el tratamiento con antipsicóticos atípicos tales como la clozapina no sólo para lograr la reducción de la sintomatología clínica sino también para aumentar el desempeño de la cognición en pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, no existe aún una adecuada evaluación de los efectos del tratamiento con antipsicóticos atípicos sobre el insight, a pesar de su crucial importancia para los proyectos terapéuticos y de rehabilitación.

Pallanti et al (24), realizan un estudio con diseño cruzado para evaluar los efectos del tratamiento antipsicótico típico seguido por un período de tratamiento con el agente atípico clozapina. Se hizo una evaluación de los síntomas clínicos, insight y onda P300 de potenciales evocados auditivos después de la estabilización clínica bajo neurolepticos típicos a 53 pacientes esquizofrénicos ambulatorios.

El hallazgo principal fue la eficacia de la clozapina para mejorar la conciencia de enfermedad y la atribución de síntomas medidos por la escala SUMD. También se observó una normalización de la amplitud P300 durante el tratamiento con clozapina comparado con los valores correspondientes durante el tratamiento con fármacos antipsicóticos convencionales. Además, se causaron menos efectos extrapiramidales indeseables. Se encontró también incremento significativo en la amplitud de la banda P300 asociada a tratamiento con clozapina. Los resultados confirman la efectividad de la clozapina no sólo para aumentar la función neurocognoscitiva, sino también en incrementar la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos (24)

1.28 - Predictores psicológicos del insight y cumplimiento en pacientes psicóticos.

Existe una propuesta de una probable base neuropsicológica del déficit de insight en la psicosis. Kemp y David et al., (28) estudiaron a 74 pacientes psicóticos agudos en un estudio

aleatorizado de cumplimiento de la terapia mediante una batería de pruebas neuropsicológicas, así como con una amplia evaluación clínica, antes y después de la intervención. El desarrollo de las pruebas neuropsicológicas mejoró durante la admisión y tratamiento de los pacientes al hospital, así como los niveles de insight. La función cognoscitiva no mostró relación con el insight y el cumplimiento inicialmente, y muy poco después de la intervención. Los factores relacionados al insight y al cumplimiento previo al alta incluyeron: diagnóstico, actitudes hacia la medicación, efectos colaterales, retención del paciente y si había cumplimiento en la terapia. La conclusión de este estudio establece que las variables clínicas y la actitud hacia el tratamiento parecen ser más relevantes en el desarrollo del insight en la psicosis aguda que el deterioro neuropsicológico (28).

1:29 Tendencias actuales a través de medios electrónicos (internet) para favorecer el desarrollo del insight en pacientes psiquiátricos.

La National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), en una organización de autoayuda para personas que sufren de una enfermedad mental, tal como la esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno límite de la personalidad entre otros. Cada año, el NAMI patrocina una Semana de Conciencia de Enfermedad Mental (MIAW), mediante la cual concentra sus esfuerzos a través de concientización comunitaria. Esta página web puede ser obtenida a través de la dirección electrónica www.nami.org

PARTE II. PSICODINAMIA.

Concepto dinámico de la formación del insight en los primeros años de vida .

Las terapias orientadas a la introspección (insight), hacen énfasis en la habilidad del paciente para observar al yo como un objeto de reflexión. Sin embargo, la evidencia sugiere que no es sino hasta la infancia media o tardía cuando surge esta habilidad. Selman describe este fenómeno dentro del contexto de su teoría de las etapas de la toma de perspectivas. Para el niño muy pequeño (nivel 0), existe poca diferencia entre las perspectivas del yo y del otro. En el nivel 1, el niño puede observar ciertas características en otra persona, y puede realizar la primera forma de toma de perspectiva. Pero el niño no se da cuenta que los demás también pueden observar las perspectivas del yo, ni puede mentalmente salirse del yo para observar su perspectiva.

No es hasta el nivel 3 de Selman (entre los 7 y los 12 años), que el niño muestra este tipo de conducta autorreflexiva. La clave para esta habilidad está postulada para basarse en la apreciación inicial del niño de que otros están observando y describiendo al yo. Como escolásticos del yo, Cooley y Mead en 1934 han postulado que el niño primero debe ser capaz de adoptar la perspectiva de los demás hacia el yo, la que se adopta en forma gradual, incluyendo los descriptores y rasgos particulares que otros le atribuyen. De esta forma, el yo se ve a sí mismo, según la terminología de Cooley, se forma y consiste en las estimaciones reflejadas de los demás. Después de que el yo adopta esta perspectiva como actor y u observador, puede tomar a este yo como objeto de sus propias reflexiones(2).

Existe un avance posterior en el nivel 4 de Selman (de los 10 a los 15 años), a medida que el niño consolida las estimaciones reflejadas en lo que Mead llamó "el otro generalizado". Además, el niño mayor puede observar al yo no sólo como un objeto de reflexión, sino como al actor que se dedica al proceso de la observación por sí mismo. En el nivel 5 de Selman (adolescencia y posterior) existe la apreciación del yo inconsciente. Aunque Selman no hace la siguiente distinción, se puede postular después que la primera conciencia de que existe el inconsciente se aplicaría al yo como objeto, en el sentido de que se reconoce que alguien tiene pensamientos, emociones y motivaciones ocultos que no pueden ser analizados fácilmente mediante la introspección. Subsecuentemente, se puede llegar a tener conciencia del yo como un actor inconsciente en el proceso de relegar tales contenidos al inconsciente.

Esto es, se llega a apreciar que el inconsciente también incluye mecanismos de defensa activos que hacen posible tal represión.

El análisis necesario para hacer conscientes reflexiva o analíticamente a los pacientes sus emociones, motivos y pensamientos sugiere que la habilidad para hacerlo no se hará evidente hasta la infancia tardía o adolescencia temprana, dependiendo del individuo. Cuando el niño empieza a manifestar tal conciencia del yo, se volverá extremadamente sensible a las apreciaciones de los demás. El individuo que recibe apreciaciones muy conflictivas de las personas significativas puede encontrar particularmente difícil desarrollar un sentido claro del "otro generalizado" que puede incorporarse al sentido unificado del yo.

En la exploración del cuarto nivel de Selman, el adolescente puede reconocer que existen pensamientos y motivos que definen aspectos del yo, pero que están fuera del alcance de la introspección. Hasta que puede o desea tomar la responsabilidad para desterrar activamente tales pensamientos del inconsciente, los intentos para interpretar las defensas pueden encontrar resistencias continuas.

En tanto que las instancias del yo tratan de dominar los impulsos del ello con sus particulares métodos, el analista desempeña el papel de perturbador. En el curso de su trabajo va descubriendo represiones laboriosamente ejecutadas y destruye formaciones de compromiso cuyo efecto era en verdad patológico, pero cuya modalidad había sido muy bien aceptada por el yo. El cometido del analista dirigido a trasladar a la conciencia lo inconsciente, y el empeño de las instancias del yo por dominar la vida instintiva, obran en sentido opuesto. Mientras el paciente sea incapaz de comprender el sentido de su enfermedad, las instancias del yo consideran peligrosos los propósitos del analista. (Freud, 1938) (2).

La entrevista con el paciente esquizofrénico: su enfoque .

La forma en que el entrevistador aborda al paciente esquizofrénico resulta de una importancia crucial, ya que determinará directamente la cantidad de información que obtenga y por tanto el establecimiento del diagnóstico apropiado, del nivel de conciencia de enfermedad y del tratamiento precoz.

Este tipo de paciente representa para el entrevistador una tarea difícil por varios motivos:

En primer lugar, es muy suspicaz y por ende reacio a proporcionar información sobre sí mismo. También, por otra parte, no le resulta fácil al esquizofrénico proporcionar información sobre él. También, por otra parte, no le resulta fácil al paranoide el establecer una relación interpersonal con cualquiera, y menos con el terapeuta al que dota de poderes mágicos y en cierto modo productores de temor. Finalmente, es hipersensible aún frente a una crítica constructiva, incluyendo la que el terapeuta podría ofrecer con respecto a su conducta(2).

Estableciendo la relación.

Las características apuntadas no quieren decir que el esquizofrénico sea un paciente intratable, o que el entrevistarle requiera de una habilidad extraordinaria, sino que simplemente subrayan el hecho de que las técnicas habituales de entrevista deben adaptarse a él para sortear ciertas dificultades. El primer interrogatorio anamnésico y el inicio de la terapia ocurren simultáneamente, y muchas de las actitudes recomendadas aquí serán útiles también desde un punto de vista terapéutico.

La preocupación del paciente por la intimidad es un tema de conflicto que surge desde el inicio de la entrevista. Si el entrevistador muestra interés por aparentar cordialidad, el paciente puede ser víctima de la ansiedad. Su posición ante la vida se ha basado en gran parte en no permitir a la gente una aproximación excesiva, y en una entrevista para observar y medir la conciencia de enfermedad presente, haría que lógicamente se sintiera amenazado. Habitualmente suele ser apropiado darle al paciente el distanciamiento que desea, quizás derivando a preguntas menos amenazadoras o adoptando una actitud menos afectuosa. Sullivan propugna una *cierta reserva no amable pero muy cuidadosa*, y afirma haber obtenido gran información de algunos pacientes paranoide que le consideraron *una persona profundamente desagradable*. Preguntando desagradablemente cosas desagradables, facilitaba al paciente el mantenerse alejado, y al no haber peligro de que el enfermo se sintiera amistoso, éste tenía menor necesidad de adoptar una posición defensiva. El aspecto *muy cuidadoso* de la reserva indica que debería lograrse el distanciamiento sin humillación alguna para el paciente. Asimismo, puede anticiparse la desconfianza del paciente. El enfermo se pregunta a menudo qué es lo que realmente está tratando de descubrir el entrevistador. Tal sospecha se intensifica porque le atribuye a éste una habilidad prácticamente sobrenatural para indagar las motivaciones de las personas.

Se exagera poco al decir que, a veces, el paciente es tan suspicaz que el entrevistador necesita parecer casi incauto para no resultar amenazador.

Hay que tratar de desalentar precozmente al paciente en su tendencia a sospechar significados ocultos. Si el enfermo afirma que se asombró ante la conducta de alguien, el entrevistador puede preguntarle qué era lo que realmente pensó o sospechó. El paciente ya se siente avergonzado por sus propias motivaciones y dedica excesiva atención al discernimiento de los motivos de los demás. Si el entrevistador se muestra demasiado preocupado por el esclarecimiento de significados ocultos, la postura paranoide del paciente se verá fortalecida.

Debe explicarse inicialmente al paciente que las entrevistas son absolutamente confidenciales, sin embargo, es necesario que durante la entrevista pase un familiar cercano y que conozca con detalle la evolución de la enfermedad del paciente, pues es quien nos permitirá esclarecer la presencia o no de síntomas actuales y pasados, pues el paciente con frecuencia no los reconoce, llevando a la presencia de falsos negativos.

El trato con los familiares del enfermo puede originar dificultades relacionales con la confidencialidad de la entrevista. Los parientes pueden tratar de hablar con el entrevistador a solas y pedir que no se le diga al paciente lo que han platicado. Pueden ofrecer nueva información distinta a la referida en el expediente. Tal tipo de situación puede tener un valor diagnóstico. Es raramente aconsejable, si es que lo es, hablar del paciente a sus espaldas, posiblemente con la excepción de si el paciente es un presunto homicida o suicida, y en este caso se tomarán medidas para protegerle a él mismo o a la sociedad.

Para realizar una entrevista de este tipo, el clínico debe ser capaz de tolerar el malestar que puede ser capaz de provocar un paciente esquizofrénico (2).

Evitación de las defensas del esquizofrénico.

El público profano está lo bastante sofisticado en el aspecto psiquiátrico para que incluso un esquizofrénico en fase de descompensación tenga la suficiente habilidad para ocultar sus ideas delirantes y sus alucinaciones. El entrevistador que inquiera bruscamente sobre estos síndromes con frases como "oír voces", "creer que todos están en contra de usted", o "la gente habla de usted a sus espaldas", puede provocar una negativa, ya que estas frases son bien conocidas como indicativas de alteraciones psicopatológicas. El entrevistador puede necesitar utilizar técnicas más sutiles para dejar al descubierto tales síntomas en pacientes que

están a la defensiva. Resulta de utilidad una serie de preguntas graduales, empezando por la menos amenazadora. Las ilusiones preceden frecuentemente a las alucinaciones y ofrecen una buena oportunidad para el interrogatorio. Primero se le puede preguntar al paciente si las cosas parecen o suenan algo diferentes para él estos días. Si admite esto, un interrogatorio posterior puede revelar que las cosas no sólo parecen un poco diferentes sino que, por ejemplo, él ha visto recientemente a un familiar fallecido. La posible presencia de alucinaciones debe ser igualmente investigada. Una serie de preguntas como las que siguen, pueden ser de utilidad, empezando con una pregunta médica rutinaria:

<¿tiene Ud. problemas auditivos?>

<¿oye algún zumbido o ruido de timbres?>

<¿alguno de estos sonidos parece extraño o alterado?>

<¿parece alguna vez como si alguien le estuviera hablando?>

A través de este interrogatorio gradual, el paciente tiene una oportunidad para observar la respuesta del examinador a sus concesiones. Si no se siente criticado o rechazado, puede revelar habitualmente sus pensamientos y sentimientos más patológicos.

Si se sospecha de ideas de referencia, se le puede preguntar primero al paciente qué piensa de sí mismo. Se está entonces a un paso de preguntar lo que los demás piensan de él, y si esta opinión es negativa, frecuentemente admitirá las ideas de referencia cuando se le pregunte si cree que esta gente habla de él en su ausencia. Es entonces cuando se llega al cuestionamiento acerca de la atribución que da a tales síntomas, haciendo preguntas como ¿a qué atribuye que esto suceda?, ¿por qué sucede así? o ¿podría explicarme la causa por la que piensa que esto sucede?.

Debe seguirse la misma pauta de interrogatorio con respecto a las ideas delirantes. El entrevistador no debería ofrecer un acuerdo tácito ante el material delirante. Esto sólo comportará problemas durante el entrevistador, y probablemente el paciente considerará al clínico un ingenuo. Una respuesta adecuada puede ser: <me cuesta trabajo entender todo esto, ¿podría explicármelo más?>. De este modo no se está rechazando al paciente, pero al mismo tiempo se está sembrando la primera semilla de la duda sobre ideas delirantes.

Si se le pregunta al paciente si cree ser tratado injustamente (perseguido), puede negarlo. Pero preguntarle si cree que los amigos le han abandonado, puede poner de manifiesto tales sentimientos, e incluso hacerle enumerar una larga lista de ejemplos de trato injusto por parte de sus amigos, o de personas con las que estuvo relacionado (2).

PARTE III. ESTUDIO DEL INSIGHT EN 62 PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”.

JUSTIFICACIÓN.

Varios reportes indican que la mayoría de pacientes con trastornos psicóticos tienen escaso nivel de insight. Estos pacientes parecen negar, desconocer o tener ausencia de conciencia acerca de padecer un trastorno mental.

Existe una completa falta de escalas validadas y confiables para medir el nivel de insight en esquizofrenia. Debido a lo anterior, en este trabajo se traduce y adapta a nuestro medio la Escala Para Evaluar la No Conciencia de Enfermedad Mental, ya validada y confiabilizada en inglés, la cual se ha encontrado como un instrumento útil para medir la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos.

La justificación para la utilización de esta escala consiste en que la mayoría de estudios a grandes escalas sólo clasifican a los pacientes con “buen” o “mal” insight en base a si el paciente niega que está perturbado. Tal punto de vista falla en definir las complejidades del insight mostradas por el paciente quien reconoce la presencia de algunos síntomas, pero no de otros.

En esta escala se realiza una distinción entre la conciencia actual y retrospectiva y la atribución. “Actual” se refiere a la conciencia y atribución de los síntomas existentes en la más reciente hospitalización, siendo el “Pasado” el síntoma visto en retrospectiva en eventos cruciales (por ejemplo, anteriores cuadros delirantes, alucinatorios, intentos de suicidio u hospitalizaciones).

HIPÓTESIS.

Ho: El instrumento SUMD es útil para la medición de la conciencia de enfermedad en pacientes con episodio psicótico de cualquier origen, ya sea en el tiempo actual o retrospectivamente.

Existe mayor claridad en la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos mientras se encuentran sin episodio psicótico. Las variables que muestran un nivel sociocultural más elevado apoyan la presencia de mejor conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.

PARTE III. ESTUDIO DEL INSIGHT EN 62 PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”.

JUSTIFICACIÓN.

Varios reportes indican que la mayoría de pacientes con trastornos psicóticos tienen escaso nivel de insight. Estos pacientes parecen negar, desconocer o tener ausencia de conciencia acerca de padecer un trastorno mental.

Existe una completa falta de escalas validadas y confiables para medir el nivel de insight en esquizofrenia. Debido a lo anterior, en este trabajo se traduce y adapta a nuestro medio la Escala Para Evaluar la No Conciencia de Enfermedad Mental, ya validada y confiabilizada en inglés, la cual se ha encontrado como un instrumento útil para medir la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos.

La justificación para la utilización de esta escala consiste en que la mayoría de estudios a grandes escalas sólo clasifican a los pacientes con “buen” o “mal” insight en base a si el paciente niega que está perturbado. Tal punto de vista falla en definir las complejidades del insight mostradas por el paciente quien reconoce la presencia de algunos síntomas, pero no de otros.

En esta escala se realiza una distinción entre la conciencia actual y retrospectiva y la atribución. “Actual” se refiere a la conciencia y atribución de los síntomas existentes en la más reciente hospitalización, siendo el “Pasado” el síntoma visto en retrospectiva en eventos cruciales (por ejemplo, anteriores cuadros delirantes, alucinatorios, intentos de suicidio u hospitalizaciones).

HIPÓTESIS.

Ho: El instrumento SUMD es útil para la medición de la conciencia de enfermedad en pacientes con episodio psicótico de cualquier origen, ya sea en el tiempo actual o retrospectivamente.

Existe mayor claridad en la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos mientras se encuentran sin episodio psicótico. Las variables que muestran un nivel sociocultural más elevado apoyan la presencia de mejor conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.

Hi: El instrumento SUMD no es útil para la medición de la conciencia de enfermedad en pacientes con episodio psicótico de cualquier origen, ya sea en el tiempo actual o retrospectivamente.

Existe menor claridad en la conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos durante la recaída de episodio psicótico. Las variables que muestran un nivel sociocultural más elevado en los pacientes esquizofrénicos no apoyan la presencia de conciencia de enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Evaluar la conciencia de enfermedad en sujetos esquizofrénicos, tanto en pacientes con recaída de episodio psicótico como en pacientes estables, con el propósito de establecer la comparación entre ambos.
- 2.- Evaluar la relación entre la conciencia de enfermedad medida por el SUMD con la severidad de la enfermedad medida a través del PANNS.
- 3.- Evaluar la correlación entre la conciencia de enfermedad y los síntomas positivos y negativos, escolaridad e información sobre la enfermedad.
4. Estandarizar y sistematizar el estudio de conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.
5. Proponer un método estandarizado para el estudio de la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.

MATERIAL Y MÉTODO.

Diseño del estudio.

Estudio prospectivo, transversal y comparativo.

Población estudiada.

Se estudiaron un total de 62 pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Pacientes con o sin tratamiento farmacológico de cualquier tipo previo o actual.

Hi: El instrumento SUMD no es útil para la medición de la conciencia de enfermedad en pacientes con episodio psicótico de cualquier origen, ya sea en el tiempo actual o retrospectivamente.

Existe menor claridad en la conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos durante la recaída de episodio psicótico. Las variables que muestran un nivel sociocultural más elevado en los pacientes esquizofrénicos no apoyan la presencia de conciencia de enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Evaluar la conciencia de enfermedad en sujetos esquizofrénicos, tanto en pacientes con recaída de episodio psicótico como en pacientes estables, con el propósito de establecer la comparación entre ambos.
- 2.- Evaluar la relación entre la conciencia de enfermedad medida por el SUMD con la severidad de la enfermedad medida a través del PANNS.
- 3.- Evaluar la correlación entre la conciencia de enfermedad y los síntomas positivos y negativos, escolaridad e información sobre la enfermedad.
4. Estandarizar y sistematizar el estudio de conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.
5. Proponer un método estandarizado para el estudio de la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.

MATERIAL Y MÉTODO.

Diseño del estudio.

Estudio prospectivo, transversal y comparativo.

Población estudiada.

Se estudiaron un total de 62 pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Pacientes con o sin tratamiento farmacológico de cualquier tipo previo o actual.

Hi: El instrumento SUMD no es útil para la medición de la conciencia de enfermedad en pacientes con episodio psicótico de cualquier origen, ya sea en el tiempo actual o retrospectivamente.

Existe menor claridad en la conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos durante la recaída de episodio psicótico. Las variables que muestran un nivel sociocultural más elevado en los pacientes esquizofrénicos no apoyan la presencia de conciencia de enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Evaluar la conciencia de enfermedad en sujetos esquizofrénicos, tanto en pacientes con recaída de episodio psicótico como en pacientes estables, con el propósito de establecer la comparación entre ambos.
- 2.- Evaluar la relación entre la conciencia de enfermedad medida por el SUMD con la severidad de la enfermedad medida a través del PANNS.
- 3.- Evaluar la correlación entre la conciencia de enfermedad y los síntomas positivos y negativos, escolaridad e información sobre la enfermedad.
4. Estandarizar y sistematizar el estudio de conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.
5. Proponer un método estandarizado para el estudio de la conciencia de enfermedad en pacientes esquizofrénicos.

MATERIAL Y MÉTODO.

Diseño del estudio.

Estudio prospectivo, transversal y comparativo.

Población estudiada.

Se estudiaron un total de 62 pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Pacientes con o sin tratamiento farmacológico de cualquier tipo previo o actual.

Que acudan al servicio de consulta externa o de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Ambos sexos.

Cualquier edad.

Que sepan leer y escribir.

Que certifiquen por escrito su deseo de participar en el programa.

Criterios de exclusión.

Pacientes analfabetas.

Que se encuentren recibiendo terapia electro-convulsiva durante la estancia hospitalaria o un año antes.

Que no acepten participar en el proyecto.

Pacientes altamente agresivos

Instrumentos de medición.

Escala para Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS).

Escala de Evaluación de la No Conciencia de Enfermedad (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), "SUMD", en su versión traducida y adaptada al español.

Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia (PANNS).

Descripción de las escalas y entrevistas utilizadas.

La escala SUMD es un instrumento estandarizado en el cual las evaluaciones se hacen mediante una entrevista directa con el paciente. Aunque el desarrollo de la escala estuvo basado en un fuerte interés en el escaso insight en esquizofrenia, fue diseñado de modo que puede ser utilizado en otros trastornos mentales. Ciertos items son más relevantes que otros para grupos diagnósticos particulares. La escala está sentada en las siguientes bases teóricas:

1.- El tener conciencia de un trastorno mental es un fenómeno complejo con un número no determinado de componentes.

2.- Lo que constituye un signo o síntoma de un trastorno mental puede variar ampliamente de una cultura o subcultura a otra. La evaluación de la enfermedad debe considerar lo extenso de las perspectivas expresadas por el paciente de acuerdo a su cultura.

3.- Los componentes del insight son continuos más que fenómenos dicotómicos. En otras palabras, puede existir una parcial conciencia de enfermedad.

4.- La conciencia de enfermedad puede ser una modalidad específica, esto es, el nivel de insight puede variar a lo largo de varias manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, un paciente puede estar conciente de tener afecto aplanado pero no ser conciente de tener conductas asociales.

5.- La respuesta del paciente a la exposición del procedimiento que considera la naturaleza de su enfermedad puede ser tomada en cuenta para la evaluación del insight.

La escala SUMD tiene 3 ítems generales y 17 subescalas a partir de las cuales se pueden llegar a calcular 10 resultados. Todos los resultados van de 1 a 3, siendo los resultados más altos los que indican una escasa conciencia de enfermedad o atribución.

Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia (PANNS).

Es una escala que mide severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Consta de 30 reactivos, de los cuales, 7 constituyen la escala positiva, que incluye delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad, suspicacia y grandiosidad; 7 reactivos más conforman la escala negativa, evaluando afecto aplanado o inapropiado, retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática, dificultades en el pensamiento abstracto, para la conversación fluida y pensamiento estereotipado. Los 17 reactivos restantes conforman la escala de psicopatología general, que valora preocupación, ansiedad, tensión, depresión, sentimientos de culpa, retraso motor, manierismos, alteración de la voluntad, evitación social activa, falta de juicio, alteración de la voluntad, falta de cooperación, contenido de pensamientos inusuales, desorientación, deficiente control de impulsos y preocupación somática. Cada apartado es calificado de acuerdo a la severidad desde 1= igual a ausente hasta 7= extremadamente severo. El punto de corte es 60 (27).

Paquete estadístico SPSS.

Forma de selección de la muestra.

Aleatoria.

Definición de variables.

Variable dependiente (VD).- conciencia de enfermedad.

Variable independiente (VI).- variables del instrumento de medición SUMD (estudio de la enfermedad, severidad medida del PANNS, variables edad, sexo, estado civil, escolaridad y recaída de episodio psicótico.

PROCEDIMIENTO.

Como primer paso, se llevó a cabo la traducción y adaptación al español de la Escala para Evaluar la No Conciencia de Enfermedad (SUMD)*, obtenida a partir del artículo "*Assessment of Insight in Psychosis*", de Amador et al, con la siguiente referencia: *American Journal of Psychiatry* 150:6, Junio 1993.

A continuación, se realizó revisión del expediente para obtener las variables sociodemográficas de datos generales del paciente para obtener: edad, sexo, estado civil, ocupación (si tiene o no trabajo remunerado o estudia), edad de inicio del padecimiento y número de años de escolaridad.

En cuanto al tratamiento, no se llevaron a cabo diferenciaciones entre los diferentes tipos de manejo farmacológico. Sólo se tomó en cuenta que no estuvieran recibiendo TEC o que la hubieran recibido recientemente (un año como mínimo), debido al deterioro cognoscitivo que aparece reportado en la literatura.

En relación a la aplicación del instrumento SUMD a una población de 62 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos del espectro de la esquizofrenia, mediante entrevistas clínicas semi-estructuradas, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

Revisión del expediente clínico del paciente, a fin de conocer los síntomas presentados que en un momento dado el paciente nos podía negar, dando lugar a una visión clara del padecimiento del paciente, de modo que cuando se encontró frente a nosotros pudimos deducir si el paciente realmente estaba reconociendo su sintomatología, la negaba o la omitía deliberadamente.

La segunda parte del proceso de evaluación constó de la aplicación de la entrevista semiestructurada SUMD, en donde se plantearon los síntomas presentados por el paciente, realizando una breve reseña histórica de su enfermedad, siendo tomadas en cuenta las características de la presentación de la enfermedad en el pasado y actualmente.

Acto seguido, se programó la entrevista junto con un familiar del paciente, a fin de aplicar la escala SUMD, haciendo preguntas de acuerdo con la destreza del clínico, basadas en la

Variable independiente (VI).- variables del instrumento de medición SUMD (estudio de la enfermedad, severidad medida del PANNS, variables edad, sexo, estado civil, escolaridad y recaída de episodio psicótico.

PROCEDIMIENTO.

Como primer paso, se llevó a cabo la traducción y adaptación al español de la Escala para Evaluar la No Conciencia de Enfermedad (SUMD)*, obtenida a partir del artículo "*Assessment of Insight in Psychosis*", de Amador et al, con la siguiente referencia: *American Journal of Psychiatry* 150:6, Junio 1993.

A continuación, se realizó revisión del expediente para obtener las variables sociodemográficas de datos generales del paciente para obtener: edad, sexo, estado civil, ocupación (si tiene o no trabajo remunerado o estudia), edad de inicio del padecimiento y número de años de escolaridad.

En cuanto al tratamiento, no se llevaron a cabo diferenciaciones entre los diferentes tipos de manejo farmacológico. Sólo se tomó en cuenta que no estuvieran recibiendo TEC o que la hubieran recibido recientemente (un año como mínimo), debido al deterioro cognoscitivo que aparece reportado en la literatura.

En relación a la aplicación del instrumento SUMD a una población de 62 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos del espectro de la esquizofrenia, mediante entrevistas clínicas semi-estructuradas, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

Revisión del expediente clínico del paciente, a fin de conocer los síntomas presentados que en un momento dado el paciente nos podía negar, dando lugar a una visión clara del padecimiento del paciente, de modo que cuando se encontró frente a nosotros pudimos deducir si el paciente realmente estaba reconociendo su sintomatología, la negaba o la omitía deliberadamente.

La segunda parte del proceso de evaluación constó de la aplicación de la entrevista semiestructurada SUMD, en donde se plantearon los síntomas presentados por el paciente, realizando una breve reseña histórica de su enfermedad, siendo tomadas en cuenta las características de la presentación de la enfermedad en el pasado y actualmente.

Acto seguido, se programó la entrevista junto con un familiar del paciente, a fin de aplicar la escala SUMD, haciendo preguntas de acuerdo con la destreza del clínico, basadas en la

viñeta que acompaña a cada ítem de la escala SUMD. Dichas preguntas pueden hacerse directamente, con el agravante de que de esta manera pueden parecer agresivas o con fines de confrontación, motivo por el cual se permite buscar la forma más sutil de acuerdo con las aptitudes y requerimientos del clínico. Por ejemplo, el ítem 4 (alucinaciones), nos permite investigar si el paciente tiene conciencia de enfermedad alucinatoria a través de preguntas como las siguientes: ¿Reconoce usted que en ocasiones puede tener percepciones extrañas, tales como escuchar ruidos o voces, de las cuales no se puede obtener una explicación clara de su procedencia? ¿Reconoce usted que en ocasiones ve cosas, tales como objetos que aparecen o desaparecen, seres que no existen, sombras, siluetas, luces o manchas? ¿Reconoce usted que en ocasiones siente que lo tocan, lo empujan? ¿Reconoce usted que en ocasiones puede percibir olores extraños, los cuales no son reconocidos por las personas a su alrededor?.

A través de la entrevista, se indagó sobre la conciencia de enfermedad actual y pasada en el paciente, teniendo como primer punto de referencia la fecha de inicio de su padecimiento y como segundo punto la fecha de la última recaída, lo cual formó parte de la evaluación *actual- pasado* necesaria para el análisis de resultados.

Durante la entrevista, se tomaron en cuenta las pararrespuestas que continuamente encontramos en dichos pacientes, interpretando de la manera más apegada a la realidad si el paciente se encuentra con conciencia o no de su padecimiento. Las respuestas que no pudieron ser interpretadas, no se apegaron a la lógica, no fueron relevantes o no se lograron comprender por parte del entrevistador fueron marcadas con el ítem 0 u omitido, a fin de que sean descartadas de los resultados finales.

Las respuestas que conllevaron a un reconocimiento de los síntomas por parte del paciente, fueron catalogadas como 1), si el paciente está claramente conciente del síntoma por el cual le preguntamos, como 2), si el paciente reconoce parcialmente la existencia del síntoma, o no está seguro del mismo, y como 3), si el paciente no reconoce en absoluto el síntoma. En cuanto a la atribución, esta fue planteada al paciente, desde luego, si reconoce su síntoma total o parcialmente, siendo omitido en pacientes que no reconozcan la existencia del síntoma. Será calificado de la siguiente manera: 0), omitido, 1), si el paciente atribuye su síntoma a una enfermedad mental o a su causa real (una causa verídica) 2) si el paciente atribuye sólo parcialmente su sintomatología a una enfermedad mental o a su causa real, y 3), si el paciente lo atribuye a cualquier otra causa que no sea una enfermedad mental o su causa

real (una causa verídica). En dicho parámetro, se indagó acerca de la atribución del paciente de su síntoma a otra causa que no fuera una enfermedad mental pudiera ser cierta, para los cual se marcará el ítem 1 o “correcto” con el ítem 2 o “parcial” si el paciente no reconoce completamente el origen de su síntoma, pero tomaba en cuenta que podía tratarse de una enfermedad mental y 3 0 “incorrecto” si el paciente no reconocía en absoluto que el síntoma fuera producto de una enfermedad mental.

Los pacientes fueron evaluados a pesar de estar con o sin tratamiento farmacológico, el cual fue indagado, sin embargo, para fines heurísticos, no siendo tomado en cuenta debido a que el propósito del estudio no fue el comparar entre un fármaco antipsicótico y otro, a fin de analizar las observaciones en cuanto a mejoría de la conciencia de enfermedad.

A continuación, se aplicó la Escala de Síntomas positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS), el cual sirvió para relacionar el grado de mejoría de conciencia de enfermedad con el aumento o disminución del puntaje de éste.

Los datos fueron vaciados en el programa computarizado SPSS para ciencias sociales, con el cual se obtuvieron los datos estadísticos del estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para la estadística descriptiva, se utilizaron frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. Para la evaluación de variables continuas, se utilizó la *t* de Students y para las correlaciones se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Las estadísticas generales de los factores sociodemográficos son las siguientes: de un total de 62 pacientes, 64.5% (40) fueron hombres y 35.5% (22) eran mujeres. La edad de los hombres tuvo una media de 32.8 (d.e. 10.3) y la de las mujeres fue de 32.2 (d.e. 10.2).

El estado marital de los participantes se reportó como sin pareja el 85.5% (63), y con pareja el 14.5% (9).

La escolaridad se midió en años, misma que para los hombres se obtuvo una media de 11.9 (d.e. 4.2) y para las mujeres de 12.4 (d.e. 2.8) años de escolaridad.

real (una causa verídica). En dicho parámetro, se indagó acerca de la atribución del paciente de su síntoma a otra causa que no fuera una enfermedad mental pudiera ser cierta, para los cual se marcará el ítem 1 o “correcto” con el ítem 2 o “parcial” si el paciente no reconoce completamente el origen de su síntoma, pero tomaba en cuenta que podía tratarse de una enfermedad mental y 3 0 “incorrecto” si el paciente no reconocía en absoluto que el síntoma fuera producto de una enfermedad mental.

Los pacientes fueron evaluados a pesar de estar con o sin tratamiento farmacológico, el cual fue indagado, sin embargo, para fines heurísticos, no siendo tomado en cuenta debido a que el propósito del estudio no fue el comparar entre un fármaco antipsicótico y otro, a fin de analizar las observaciones en cuanto a mejoría de la conciencia de enfermedad.

A continuación, se aplicó la Escala de Síntomas positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS), el cual sirvió para relacionar el grado de mejoría de conciencia de enfermedad con el aumento o disminución del puntaje de éste.

Los datos fueron vaciados en el programa computarizado SPSS para ciencias sociales, con el cual se obtuvieron los datos estadísticos del estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para la estadística descriptiva, se utilizaron frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. Para la evaluación de variables continuas, se utilizó la *t* de Students y para las correlaciones se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Las estadísticas generales de los factores sociodemográficos son las siguientes: de un total de 62 pacientes, 64.5% (40) fueron hombres y 35.5% (22) eran mujeres. La edad de los hombres tuvo una media de 32.8 (d.e. 10.3) y la de las mujeres fue de 32.2 (d.e. 10.2).

El estado marital de los participantes se reportó como sin pareja el 85.5% (63), y con pareja el 14.5% (9).

La escolaridad se midió en años, misma que para los hombres se obtuvo una media de 11.9 (d.e. 4.2) y para las mujeres de 12.4 (d.e. 2.8) años de escolaridad.

real (una causa verídica). En dicho parámetro, se indagó acerca de la atribución del paciente de su síntoma a otra causa que no fuera una enfermedad mental pudiera ser cierta, para los cual se marcará el ítem 1 o “correcto” con el ítem 2 o “parcial” si el paciente no reconoce completamente el origen de su síntoma, pero tomaba en cuenta que podía tratarse de una enfermedad mental y 3 0 “incorrecto” si el paciente no reconocía en absoluto que el síntoma fuera producto de una enfermedad mental.

Los pacientes fueron evaluados a pesar de estar con o sin tratamiento farmacológico, el cual fue indagado, sin embargo, para fines heurísticos, no siendo tomado en cuenta debido a que el propósito del estudio no fue el comparar entre un fármaco antipsicótico y otro, a fin de analizar las observaciones en cuanto a mejoría de la conciencia de enfermedad.

A continuación, se aplicó la Escala de Síntomas positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS), el cual sirvió para relacionar el grado de mejoría de conciencia de enfermedad con el aumento o disminución del puntaje de éste.

Los datos fueron vaciados en el programa computarizado SPSS para ciencias sociales, con el cual se obtuvieron los datos estadísticos del estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para la estadística descriptiva, se utilizaron frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. Para la evaluación de variables continuas, se utilizó la *t* de Students y para las correlaciones se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Las estadísticas generales de los factores sociodemográficos son las siguientes: de un total de 62 pacientes, 64.5% (40) fueron hombres y 35.5% (22) eran mujeres. La edad de los hombres tuvo una media de 32.8 (d.e. 10.3) y la de las mujeres fue de 32.2 (d.e. 10.2).

El estado marital de los participantes se reportó como sin pareja el 85.5% (63), y con pareja el 14.5% (9).

La escolaridad se midió en años, misma que para los hombres se obtuvo una media de 11.9 (d.e. 4.2) y para las mujeres de 12.4 (d.e. 2.8) años de escolaridad.

El 51.6% (32) de pacientes pertenecieron al nivel socioeconómico bajo y 48.4% (30) pacientes al nivel socioeconómico medio. No se encontraron pacientes que pertenecieran al nivel socioeconómico alto.

La ocupación se midió sólo cuantitativamente, estando con ocupación remunerada el 29% (18) de pacientes y sin ocupación remunerada 71% (44) de los pacientes de la muestra.

Otra de las variables medidas fue la recaída de episodio psicótico, tomándose en cuenta que si el paciente estaba hospitalizado se consideraba en recaída de episodio psicótico agudo, y si era visto a través de consulta externa no se encontraba en recaída de episodio psicótico agudo. Existió un total de 35 pacientes con recaída de episodio psicótico y 27 pacientes sin recaída de episodio psicótico.

Por lo tanto, el 50% (11) de las mujeres se encontraba en recaída de episodio psicótico agudo y el 50% (11) sin episodio psicótico agudo. En cuanto a hombres, el 60% (24) se encontraba en recaída de episodio psicótico, y el 40% (16) se encontraba sin episodio psicótico.

El tiempo de evolución de la enfermedad de los 62 pacientes tuvo un rango de 1 a 40 años de evolución con una media de 20.9 (d.e ± 7.4)

Finalmente, el tipo de esquizofrenia que predominó entre los 62 pacientes fue la de tipo paranoide con el 83.9% (52), seguida por la desorganizada con el 9.7% (6), la de tipo indiferenciado 1.6% (1) y la de inicio temprano 1.6% (1), siendo el 3.2% (2) pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo. No se incluyeron pacientes con otros diagnósticos. Las siguientes dos tablas presentan un resumen de lo anterior:

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Sexo	N	%	Nivel socioeconómico	n	%
Hombres	40	64.5	Bajo	32	51.6
Mujeres	22	35.5	Medio	30	48.4
Edad	media	d.e.	Ocupación	n	%
Hombres	32.8	± 10.3	Con ocupación	18	29.0
Mujeres	32.2	± 10.2	Sin ocupación	44	71.0
Estado civil	N	%			
Sin pareja	53	85.5			
Con pareja	9	14.5			

n=62

Tabla 2. Recaída de episodio psicótico por sexo.

	hombres		mujeres		Total
	número	%	número	%	
Con recaída de episodio psicótico	24	60	11	50	35
Sin recaída de episodio psicótico	16	40	11	50	27

n=62

El PANNS global se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3. Resultados de PANSS N=62

	Media	d.e.
Síntomas negativos	28.4	±8.5
Síntomas positivos	22.0	±8.6
Síntomas generales	44.5	±11.8
Total	95.0	±24.6

n=62

Tabla 4. PANNS por sexo.

	hombres		mujeres	
	media	d.e.	media	d.e.
Síntomas negativos	28.2	±9.2	28.7	±7.3
Síntomas positivos	21.0	±7.7	23.9	±9.8
Generales	43.5	±11.6	46.4	±12.1
Totales	92.8	±23.8	99.1	±26.0

n=62

Tabla 5. Total de la escala "actual" y "pasado" por sexo.

	hombres		mujeres	
	Media	d.e.	media	d.e.
Total escala "actual"	38.6	±6.0	37.2	±5.1

Total escala "pasado"	34.2	±6.7	33.2	±4.3
	hombres		mujeres	
	media	d.e.	media	d.e.
Total subescala "actual"	25.6	±11.4	25.7	±10.4
Total subescala "pasado"	28.6	±12.8	30.4	±7.8

Se llevó a cabo la prueba *t* de Students para medir las diferencias de medias retrospectivamente (*pasado*) y durante la entrevista (*actual*) para cada una de las variables de la Escala para Valorar la No Conciencia de Enfermedad con los siguientes resultados:

(para ver en qué consiste cada variable ver apéndice I).

Tabla 6.

	Pasado		Actual		<i>p</i>
	media	d.e.	Media	d.e.	
V1general	2.200	±0.819	2.23	±0.83	0.621
V2general	1.86	±0.853	1.83	±0.847	0.419
V3general	2.20	±0.879	2.25	±0.87	0.182
V4	1.86	±0.899	1.28	±0.61	<0.001*
V4 atrib	2.69	±0.71	2.46	±0.790	0.377
V5	1.60	±0.802	1.29	±0.58	0.005*
V5 atrib	2.58	±0.726	2.60	±0.723	0.659
V6	1.77	±0.883	1.40	±0.761	0.002*
V6 atrib	2.59	±0.701	2.59	±0.734	1.000
V7	1.80	±0.910	1.57	±0.826	0.047*
V7 atrib	2.47	±0.784	2.45	±0.84	0.570
V8	2.67	±0.724	2.08	±0.971	<0.001*
V8 atrib	2.76	±0.599	2.76	±0.594	1.000
V9	2.16	±0.92	1.85	±0.95	0.002*
V9 atrib	2.17	±0.86	2.25	±0.887	0.161

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V10	2.04	±0.884	1.75	±0.869	0.004*
V10 atrib	2.87	±0.415	2.87	±0.415	1.000
V11	2.24	±0.900	1.85	±0.921	0.004*
V11 atrib	2.55	±0.801	2.55	±0.801	1.000
V12	2.68	±0.620	2.62	±0.662	0.251
V12 atrib	2.00	±0.877	2.07	±0.917	0.336
V13	1.55	±0.827	1.57	±0.805	0.811
V13 atrib	2.51	±0.718	2.53	±0.718	0.323
V14	1.35	±0.659	1.33	±0.629	0.784
V14 atrib	2.35	±0.844	2.39	±0.850	0.159
V15	1.58	±0.821	1.40	±0.689	0.027*
V15 atrib	2.35	±0.812	2.39	±0.818	0.322
V16	2.01	±0.873	1.73	±0.821	0.007*
V16 atrib	2.08	±0.862	2.16	±0.866	0.083
V17	1.71	±0.872	1.52	±0.796	0.040*
V17 atrib	2.50	±0.753	2.50	±0.753	1.000
V18	2.10	±0.915	1.62	±0.854	0.001*
V18 atrib	2.70	±0.643	2.64	±0.709	0.325
V19	2.28	±0.940	2.26	±0.936	0.659
V19 atrib	2.72	±0.550	2.72	±0.550	1.000
V20	1.11	±0.367	1.14	±0.39	0.568
V20 atrib	2.21	±0.885	2.23	±0.871	0.321

n = 62

Se obtuvieron diferencias significativas entre la presencia de sintomatología *actual* y *pasada* de 12 variables del la escala SUMD, los cuales fueron V4 (presencia de alucinaciones), V5 (presencia de delirios), V6 (presencia de trastorno del pensamiento), V7 (presencia de afecto inapropiado), V8 (presencia de vestimenta inusual o apariencia

extravagante), V9 (presencia de conducta estereotipada o ritualista), V10 (presencia de juicio social disminuido) y V11 (presencia de bajo control de impulsos agresivos).

No se encontraron diferencias significativas entre *actual* y *pasado* para ninguno de los ítems de *atribución* de la escala.

A continuación, se llevó a cabo la correlación de Spearman entre el PANNS para síntomas negativos (PANNSneg), PANNS para síntomas positivos (PANNSpos), PANNS de síntomas generales (PANNSgen) y resultado total del PANNS (PANNStot) con el total de las escalas de atribución *actual* (ATRIBactual) y *pasado* (ATRIBpasado), así como con los 3 ítems generales del SUMD, *actuales* (GENactual) y *pasado* (GENpasado):

Tabla 7. Correlación del SUMD con las variables del PANNS. (n=62)

	PANNSneg	PANNSgen	PANNSpos	PANNStot
ATRIBactual	.5667 p=.000	.4893 p=.000	.5477 p=.000	.6080 p=.000
ATRIBpasado	.5566 p=.000	.4371 p=.000	.4783 p=.000	.5597 p=.000
GENactual	.5294 p=.000	.5011 p=.000	.4512 p=.000	.5715 p=.000
GENpasado	.5231 p=.000	.4694 p=.000	.4451 p=.000	.5525 p=.000

Correlación con ítem de conciencia de enfermedad del PANNS (falta de juicio y discernimiento)

Para este propósito, se llevó a cabo la correlación de la variable G12 del PANNS (falta de juicio y discernimiento), a la cual se le implica la falta de conciencia de enfermedad, con cada uno de los resultados globales de la escala SUMD (TOTA= total actual, TOTP= total pasado, ATRIBactual= atribución actual y ATRIBpasado= atribución pasado) para buscar la sensibilidad de la escala SUMD con la pérdida de conciencia de enfermedad, como lo demuestra la siguiente tabla:

Tabla 8. Correlación del SUMD con el ítem G12 del PANNS.

	TOTA	TOTP	ATRIBactual	ATRIBpasado
TOTP	.4467 p<.001			
ATRIBactual	-.5805 p<.001	-.1564 p=.225		
ATRIBpasado	-.5834 p<.001	-.2644 p=.038	.8992 p<.001	
VG12	-.3214 p=.011	.2194 p=.087	.4770 p<.001	.3724 p=.003

Encontrándose significativas 2 de las variables, las cuales fueron para la atribución en la actualidad y la atribución retrospectiva, lo cual significa que existe una fuerte sensibilidad de la escala SUMD para la conciencia de enfermedad en sus variables de atribución de acuerdo con el ítem de falta de juicio y discernimiento del PANNS. También se encontró que existen diferencias, aunque no significativas, en la correlación inversa entre la variable G12 del PANNS con el total de la escala para el ítem *actual* con situación contraria para el ítem *pasado*.

Evaluación de las variables sociodemográficas con la escala SUMD.

Finalmente, se realizó un diseño *crossover* entre todas las variables sociodemográficas (edad, ocupación, situación marital, años de escolaridad, tiempo de evolución y tipo de esquizofrenia) con el total de las variables de atribución y totales de sintomatología general de la escala SUMD, a fin de evaluar la mejor o peor conciencia de enfermedad de acuerdo a estas variables.

El mismo estudio fue utilizado para reconocer el grado de conciencia de enfermedad entre pacientes con recaída de episodio psicótico y sin recaída de episodio psicótico, sin llegar a existir diferencias significativas.

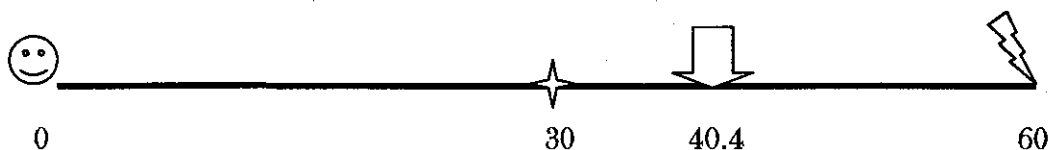
CONCLUSIONES.

Aunque los resultados del estudio no mostraron resultados sorprendentes, estos permitieron que se mantuviera la hipótesis verdadera planteada en un principio. El instrumento SUMD,

que mide conciencia y atribución de 3 ítems generales y 17 ítems para síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, resulta útil al ser aplicada en procesos de investigación, debido a su exactitud y extensión hacia diferentes dimensiones de la esquizofrenia. Debido a que sólo se aplicó en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, esta escala puede resultar útil también en mediciones de conciencia de enfermedad en diferentes trastornos como en trastorno delirante primario, trastorno esquizofreniforme y trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos. En general, creemos que pudiera ser factible su aplicación en todos los estados mentales que impliquen psicosis. La gran cantidad de estudios que la han utilizado, aún en estudios a grandes escalas, avalan al SUMD para que en un futuro sea confiabilizada y validada en español.

De acuerdo a las medias encontradas en el puntaje global del SUMD en todos los pacientes, las cuales fueron de 37.9 para la escala *actual*, de 33.7 para la escala *pasado*, de 51.3 para la escala de atribución *actual* y de 29.5 para la escala de atribución *pasado*, se podrían suponer que estos parámetros indicarían en general un promedio de 38.1, sin embargo, sólo las variables de atribución deben ser tomadas en cuenta, resultando una media de 40.4 lo cual rebasaría la mediana del puntaje máximo posible, mencionando que de acuerdo a los creadores de la escala, a mayor puntaje, menor conciencia de enfermedad, siendo posible en los ítems generales un rango de 0 a 9 puntos posibles, y en las 17 subescalas sólo deben sumarse los puntajes generados en la atribución, ignorando los puntajes que evalúan sólo si existe presencia de síntomas. Tal puntuación iría de 0 a 51 puntos, siendo a mayor puntaje menor conciencia de enfermedad, lo cual sumaría un rango de 0 a 60 puntos posibles en el total de la escala, por lo que la media obtenida de 40.4 estaría por encima de la mediana de la escala SUMD, mostrando una tendencia general hacia el déficit de conciencia de enfermedad en la población estudiada, si bien no muy marcada debido a que no se alcanzaron mayores puntajes que más bien se acercaran al 60 que indicaría la peor conciencia de enfermedad posible.

Lo anterior se simboliza en el siguiente esquema (n=62):



donde ☺ representaría la mejor conciencia de enfermedad posible, ⚡ representaría la peor conciencia de enfermedad posible, ✦ la mediana de la escala y ↓ el promedio obtenido del total de la muestra.

Las variables que muestran un nivel sociocultural más elevado en los pacientes de esta muestra no arrojaron diferencias significativas, por lo que se puede concluir que, la hipótesis nula es la que demostró ser la correcta, por lo que el nivel sociocultural de acuerdo a la edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, y ocupación no son predictores o indicadores de mejor conciencia de enfermedad en los pacientes con esquizofrenia.

Las variables tipo de esquizofrenia y tiempo de evolución tampoco mostraron ser significativas, por lo que se concluye que estos dos parámetros no predicen la presencia de mejor o peor conciencia de enfermedad.

La correlación de los totales del SUMD con las diferentes variables del PANNS encontraron diferencias significativas entre el *total actual* de la escala y los síntomas positivos del PANNS así como en el total global del PANNS, así como diferencias no significativas del mismo resultado con las demás variables del PANNS, como era de esperarse, pues los pacientes interpretaban de mejor forma los síntomas actuales de la enfermedad, y el PANNS se realizaba sólo durante la entrevista actual, pues no podría responderse retrospectivamente.

Por otra parte, sí existieron diferencias significativas en la correlación entre la variable G12 del PANNS y los ítems *atribución actual* y *atribución en el pasado* de la escala SUMD, mientras que diferencias no significativas, existieron para los ítems *total actual* y *total pasado*. Se concluye que existe una alta sensibilidad de la escala SUMD para medir conciencia de enfermedad actual y pasada, teniendo como estándar de oro la variable G12 del PANNS, en la cual se califica la *falta de juicio y discernimiento*.

DISCUSIÓN.

Desde el punto de vista de las variables sociodemográficas observamos predominio de hombres, si bien sabemos, de acuerdo a los reportes sobre la incidencia de esquizofrenia por sexo, que es el sexo masculino el que predomina entre los esquizofrénicos. Del mismo

donde ☺ representaría la mejor conciencia de enfermedad posible, ⚡ representaría la peor conciencia de enfermedad posible, ✦ la mediana de la escala y ↓ el promedio obtenido del total de la muestra.

Las variables que muestran un nivel sociocultural más elevado en los pacientes de esta muestra no arrojaron diferencias significativas, por lo que se puede concluir que, la hipótesis nula es la que demostró ser la correcta, por lo que el nivel sociocultural de acuerdo a la edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, y ocupación no son predictores o indicadores de mejor conciencia de enfermedad en los pacientes con esquizofrenia.

Las variables tipo de esquizofrenia y tiempo de evolución tampoco mostraron ser significativas, por lo que se concluye que estos dos parámetros no predicen la presencia de mejor o peor conciencia de enfermedad.

La correlación de los totales del SUMD con las diferentes variables del PANNS encontraron diferencias significativas entre el *total actual* de la escala y los síntomas positivos del PANNS así como en el total global del PANNS, así como diferencias no significativas del mismo resultado con las demás variables del PANNS, como era de esperarse, pues los pacientes interpretaban de mejor forma los síntomas actuales de la enfermedad, y el PANNS se realizaba sólo durante la entrevista actual, pues no podría responderse retrospectivamente.

Por otra parte, sí existieron diferencias significativas en la correlación entre la variable G12 del PANNS y los ítems *atribución actual* y *atribución en el pasado* de la escala SUMD, mientras que diferencias no significativas, existieron para los ítems *total actual* y *total pasado*. Se concluye que existe una alta sensibilidad de la escala SUMD para medir conciencia de enfermedad actual y pasada, teniendo como estándar de oro la variable G12 del PANNS, en la cual se califica la *falta de juicio y discernimiento*.

DISCUSIÓN.

Desde el punto de vista de las variables sociodemográficas observamos predominio de hombres, si bien sabemos, de acuerdo a los reportes sobre la incidencia de esquizofrenia por sexo, que es el sexo masculino el que predomina entre los esquizofrénicos. Del mismo

modo, la media de edad en los pacientes de la muestra, corresponde al rango de inicio de la enfermedad según lo reportado en la literatura (24).

El estado civil también correspondió con el hecho de que los esquizofrénicos tienden a estar sin pareja. Con ocupación remunerada se encontró que el mayor porcentaje de pacientes no contaban con ella, y por último el bajo nivel socioeconómico predominó ampliamente entre los pacientes. La gran mayoría de los pacientes se encontraron sin pareja en el momento de la inclusión al estudio, característica ampliamente observada en la literatura internacional.

En cuanto al nivel socioeconómico, todos los pacientes pertenecieron a niveles socioeconómico medio y bajo, sin ningún paciente de nivel alto, lo que es completamente atribuible al tipo de pacientes que se atienden en el instituto.

Ninguna de las variables sociodemográficas demostró tener influencia sobre la gravedad o mejoría de la no conciencia de enfermedad en absoluto, descartándose la hipótesis verdadera. Amador et al. (3), reportan que a menor conciencia de enfermedad existiría mayor deterioro personal y social. Por otra parte, es ampliamente reconocido en todos los estudios en pacientes esquizofrénicos el escaso desarrollo psicosocial de los pacientes.

Como dato interesante se encontró que las mujeres tenían más recaídas de episodio psicótico que los hombres, al contrario de lo reportado por otros autores.

La recaída de episodio psicótico no demostró ser tampoco una variable significativa para la presencia de mejor o peor conciencia de enfermedad, lo cual apoya la hipótesis nula.

Debowska (6), Foo Lin (11) y principalmente McEvoy (15), tampoco relacionan el grado de insight con la severidad de la psicopatología aguda.

Las puntuaciones del PANNS muestran que los pacientes presentaban cuadros psicóticos de moderados a severos, si bien no existe un punto de corte establecido para determinar esto en el PANNS, aunque arbitrariamente se ha establecido que las puntuaciones mayores de 60 son compatibles con un alto grado de psicosis.

Tampoco se observaron diferencias significativas entre el grado de psicosis medido por el PANNS por sexo, siendo las medias muy similares entre sí.

El total de la escala SUMD demuestra al comparar puntajes entre hombres y mujeres que no existieron diferencias significativas en cuanto a la presencia de síntomas, así como tampoco existieron entre la atribución dada a los síntomas de la enfermedad entre hombres y mujeres, demostrando así que el sexo no es una variable que influya sobre la conciencia de enfermedad. Tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables de atribución entre *actual* y *pasado* de la escala SUMD, encontrándose únicamente en algunas variables de presencia de síntomas.

Los ítems generales del SUMD no mostraron tendencias hacia la mejoría o el empeoramiento pasado y actual, lo cual es muy probable que se deba a que la entrevista se llevó a cabo en un mismo tiempo, siendo muy similares las respuestas obtenidas del paciente. La solución sería aplicar un *test-retest* lo cual no fue posible en este estudio.

Existieron diferencias significativas y correlaciones positivas entre las variables del PANNS y las atribuciones de los pacientes a los síntomas de su enfermedad, tanto en el ítem *actual* como en el ítem *pasado*, así como en la correlación entre todas las variables del PANNS y la suma de los 3 ítems de síntomas generales, estableciéndose que a mayor sintomatología, mayor puntuación de la escala SUMD, lo que significa que a mayor número de síntomas positivos, negativos, generales y totales, menor conciencia de enfermedad. En este apartado, Amador (9) Debowska (6) y Schwartz (13) reportan que existe una correlación negativa entre la conciencia de enfermedad y presencia de síntomas negativos, así como una correlación positiva con los síntomas positivos.

En cuanto a la correlación entre la escala SUMD y el ítem G12 de conciencia de enfermedad del PANNS, se encontró que existe correlación positiva con las variables de atribución de la escala, lo que significa que a mayor puntuación de una, mayor puntuación de la otra, en otras palabras, a mayor déficit de conciencia de enfermedad en el SUMD, aumenta el déficit de falta de conciencia, juicio y discernimiento medido por el PANNS. Un hallazgo fue que a menor presencia de síntomas actuales, mayor conciencia de enfermedad, sin embargo, este parámetro no fue significativo.

En el estudio realizado por Amador et al., (3), se reportó que los pacientes con trastorno esquizoafectivo tienen mayor conciencia de alucinaciones, delirios, anhedonia y falta de

socialización que los pacientes con esquizofrenia paranoide. En nuestro estudio no existieron diferencias entre uno y otro; sin embargo, sólo se incluyeron 2 pacientes con trastorno esquizoafectivo. Asimismo, se reporta por el mismo estudio que los pacientes con depresión mayor y esquizofrenia mostraban mejor conciencia de enfermedad, lo cual no pudo ser demostrado en nuestro estudio, debido a la falta de aplicación de escalas para detectar depresión, sin embargo, clínicamente se lograba detectar que efectivamente los pacientes deprimidos tenían una mejor conciencia de sus síntomas psicóticos.

En general, en este estudio se obtuvieron similares resultados a los conseguidos por otros autores como Amador(3) y Debowska(6), que indican que la escasa conciencia de enfermedad es un factor que prevalece entre los pacientes con esquizofrenia.

Este estudio se complementó con una revisión completa de los artículos que hasta la actualidad se encuentran en la literatura concernientes al estudio de la conciencia de enfermedad (insight) en los pacientes con episodio psicótico.

Sin embargo, el estudio de la conciencia enfermedad es viable en toda la gama de trastornos que impliquen psicosis actual o pasada, resultando notable la escasa atención que ha recibido el estudio de la conciencia de enfermedad en padecimientos tales como anorexia nerviosa, demencia, cuadros afectivos psicóticos unipolares y bipolares, trastornos conversivos y disociativos y lo que parecería muy interesante, en trastornos de personalidad.

A pesar de no ser del interés general, se incluye una breve explicación psicodinámica de lo que podría ser la formación del insight desde los primeros años de vida, y las causas que influyen para que éste se obstruya o se pierda.

Una crítica que podría hacerse a la realización de estos estudios es, como hemos visto anteriormente, que la falta de insight puede actuar como mecanismo compensatorio ante la debilidad de los mecanismos yoicos para afrontar la situación real, lo que podría ser desmotivante para el paciente darse cuenta de su verdadero *status* y conducirlo a una depresión. No obstante, creemos que es una cualidad del clínico percatarse de ello y actuar como catalizador de estos mecanismos, a fin de que al lograrse mejorar el insight, mejore también el apego al tratamiento y con esto, la calidad de vida del paciente.

En este estudio se reconocen algunas limitaciones las cuales se mencionan a continuación:

En primer término, el escaso número de pacientes de la muestra, dado el poco tiempo con el que se contó para realizarla, así como la dificultad para entrevistar a este tipo de pacientes, quienes en general se mostraron reacios ante la entrevista, y a que se tenía que contar con un familiar en todos los casos que conociera de la sintomatología del paciente, la cual no fue suficiente para lograr confiabilizar y validar la escala SUMD en español, sin embargo, los resultados obtenidos predicen que una muestra más grande permitirá llevar a cabo sin dificultad dicho proceso.

En otro término, la falta de información necesaria para establecer los puntos de corte de esta escala, debido a que el artículo obtenido no es reciente y no fue posible contactar al autor para que enviara tanto la escala completa como la forma de calificarla. De cualquier modo, se puede establecer como punto de corte al 30, el cual sería la mediana para el total global de dicha escala, por lo que creemos que la numeración efectuada para la calificación de cada ítem, si bien difiere del original, es más sencillo y permite una mediana exacta y un rango general de 0 a 60 puntos posibles, números que nos parecen lógicos y de fácil manejo.

La falta de tiempo y recursos fue lo que no permitió que se incluyeran entrevistas dedicadas a la evaluación de la depresión, estilo de vida, la emoción expresada y la dinámica familiar que viven estos pacientes, con motivo de explicar el porqué algunos pacientes llegaron a tener una muy buena conciencia de enfermedad a pesar del diagnóstico, sin que existieran variables socioculturales que explicaran este fenómeno. Parece ser que la mejor dinámica familiar, la adecuada cultura por parte de los familiares, el apego al tratamiento y el interés del paciente por conocer de su propia enfermedad haciendo a un lado los estigmas y las racionalizaciones que surgen de su propio proceso mental, favorecen la existencia de insight aún dentro de un proceso psicótico.

El posible surgimiento de planteamientos éticos de acuerdo a si los pacientes deben ser confrontados con su propia falta de insight en un proceso psicótico, ha sido rebatido por Mohamed et al., (5) y Amador et al., (3) al señalar que las mejoras en la función cognoscitiva son las posibles causantes de una correcta introspección y visión del entorno y de uno mismo, por lo que de acuerdo a los principios hipocráticos, el esfuerzo realizado por conocer y mejorar el insight del paciente, se dirige hacia el beneficio del mismo paciente. En

la experiencia con los pacientes de esta muestra, sólo uno mostró irritabilidad y agresividad en contra del entrevistador, sin embargo, había mostrado los mismos síntomas en otro tipo de entrevistas y hacia el staff hospitalario.

Una observación sería que se mostró una tendencia general hacia el mejoramiento de la introspección por parte de los pacientes con sólo aplicar la escala, la cual es en esencia confrontadora, lo cual pudo ser la causa de esta mejoría en pacientes con mejores recursos yoicos que causaron una elaboración adecuada con los resultados ya comentados, por lo que se concluye que la aplicación de esta escala puede tener por sí mismo un efecto terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Poirot Antoine . *Diccionario de Psiquiatría clínica y terapéutica*. Tomo I. Editorial Labor, 1977.
- (2) Swanson David, Bohnert Philip, Smith Jackson. *The paranoid world*. Editorial Labor, 1974.
- (3) Amador et al, *Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders*. Arch Gen Psychiatry Vol. 51, Oct. 1994.
- (4) Young DA, Dávila, R. *Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia*. Schizophr Res. 1993, 10:117-124.
- (5) Mohamed S., Fleming Shelley. *Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions*. J Nerv Ment Dis 187:525-531, 1999.
- (6) Debowska, Grazyna, Grzywa, Anna. *Insight in paranoid schizophrenia-its relationship to psychopathology and premorbid adjustment*. Comprehensive Psychiatry, Vol 39, No.5 (September/October)1988: pp 255-260.
- (7) Eskey A. *Insight and prognosis*. J Clin Psychol 1958;14:332-348.
- (8) Amador XF, Flaum M. *Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders*. Arch Gen Psychiatry, 1994; 51: 826-836.
- (9) Amador XF, Gorman J. *Psychopathologic domains and insight in schizophrenia*. Psych Clin of North Am. Vol. 21, No. 1 March 1998.
- (10) Amador XF, Strauss David. *Assessment of insight in psychosis*. Am J Psychiatry 150:6, June 1993.
- (11) Foo Lin, Spiga Ralph. *Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics*. J Clin Psychiatry 40:430-432.
- (12) Van Putten. T. Crumpton E and Yale C. *Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy*. Arch Gen Psychiatry 33:1443-1446, 1976.
- (13) Schwartz Robert C. Grubaugh Anouk. *Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia?* Comprehensive Psychiatry, Vol 38, No. 5 (September/October)1997; pp 283-288.
- (14) Greenfeld David, Strauss John. *Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis*. Schizophr Bull Vol. 15 No. 2 1989.
- (15) McEvoy Joseph, Joy Apperson. *Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology*. Journal of Nervous and Mental Disease, Vol 177, No. 1, 1989.

- (16) Pryse-Phillips William, Murray T.J. *Essential Neurology*. Segunda edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- (17) Lysaker Paul, Morris Bell. *Insight and interpersonal function in schizophrenia*. Journal of Nervous and Mental Disease 186:432-436, 1998.
- (18) Carpenter WT Jr, Kirkpatrick B: *The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia*. Schizophr Bull 14:645-651, 1988.
- (19) Buchanan RW, Strauss ME, Kirkpatrick B: *Neuropsychological impairments in deficit versus non-deficit forms of schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry, 51: 804-811, 1994.
- (20) Heinrichs Douglas, Cohen Barry. *Early insight and the management of schizophrenic decompensation*. J of Nerv and Mental Disease. Vol 173, No.3, March 1985.
- (21) Davidoff Stephanie, Forester Brent. *Effect of video Self-observation on development of insight in psychotic disorders*. J of Nerv and Mental Disease. Vol 186, No. 11, 1998.
- (22) Ballin Klein David. *El concepto de conciencia*. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Primera edición. Fondo de Cultura Económica. México.
- (23) Hernández Peón Raúl. *Una teoría neurofisiológica de los procesos psíquicos conscientes e inconscientes*. Instituto de Investigaciones Cerebrales APAL. México, DF.
- (24) Pallanti Stefano. *Effects of clozapine on awareness of illness and cognition in schizophrenia*. Psychiatry Research 86 (1999) 239-249.
- (25) Kaplan Harold. Sadock Benjamin. *Sinopsis de Psiquiatría*. Séptima Edición. Editorial Panamericana, 1996.
- (26) DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association. Editorial Masson. 1998.
- (27) Gaater R, De Almeida B. *The pathways to psychiatric care a crosscultural study*. Psychological Medicine 21: 2611-73, 1992.
- (28) Roisín Kemp, David Anthony. *Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients*. British Journal of Psychiatry (1996), 169, 444-450.

Apéndice I. Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder*

ESCALA PARA EVALUAR CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON EPISODIO PSICOTICO (Scale to assess unawareness of mental disorder)

Instrucciones.

En esta escala se requiere que el sujeto tenga un trastorno mental con uno de los síntomas listados más adelante, así como haber hecho una recopilación de datos en el expediente del paciente, pues se deberá confrontar la sintomatología. Para mejores resultados, un familiar debe estar presente durante la entrevista. La severidad del síntoma no es relevante, sólo debe estar claramente presente.

Después de cada ítem de presencia de síntomas (números 4-20) se deberá indicar el entendimiento del sujeto hacia la causa de cada síntoma (atribución).

NOTA: para cada síntoma, los ítem de atribución son indicados sólo si el sujeto recibe una puntuación de 1 o 2 sobre el ítem de presencia del síntoma, de lo contrario se omiten.

Items generales (1-3)

1.- Conciencia de trastorno mental. ¿Reconoce el sujeto que tiene un trastorno mental, esto es, un problema psiquiátrico?

<i>A</i>	<i>P</i>	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el sujeto reconoce que existe la presencia de una enfermedad o trastorno mental.
2	2	Parcial: no está seguro si existe una enfermedad o trastorno mental pero puede aceptar la idea que podría tenerlo.
3	3	Incorrecto: no reconoce que exista una enfermedad o trastorno mental.

2.- Conciencia de efectos logrados por el medicamento.

¿Reconoce el sujeto que los medicamentos han disminuido la severidad y la frecuencia de sus síntomas?.

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el sujeto reconoce claramente que el medicamento ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas.
2	2	Parcial: no está seguro si los medicamentos han disminuido la intensidad y la frecuencia de sus síntomas, pero puede aceptar esa idea.
3	3	Incorrecto: no reconoce que los medicamentos han disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas.

3.- Conciencia de las consecuencias personales del trastorno mental.

¿Reconoce el sujeto las consecuencias personales relacionadas con el trastorno mental? Calificar ingreso a hospital, hospitalización involuntaria, arrestos, expulsiones, despidos, insultos, etc.

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: Reconoce que existen consecuencias relacionadas a un trastorno o enfermedad mental.
2	2	Parcial: no está seguro de que existan consecuencias relacionadas a un trastorno o enfermedad mental.
3	3	Incorrecto: No reconoce que existan consecuencias sociales relacionadas con la existencia del trastorno mental.

SUBESCALAS.

1.- Subescala del ítem 4 (alucinaciones).

Presencia de alteraciones de la percepción (visuales, auditivas, somestésicas u olfatorias).

A	P	
1	1	Presente: existen experiencias alucinatorias.
2	2	Incierto: No existe seguridad de la presencia de alucinaciones.
3	3	Ausente: no existen experiencias alucinatorias.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 5 (delirios).

Presencia de distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial. Califique la conciencia de la irreductibilidad de su creencia si aplicase.

A	P	
1	1	Presente: existe la presencia de ideas delirantes.
2	2	Incierto: no existe seguridad de la presencia de ideas delirantes.
3	3	Ausente: no existen ideas delirantes.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 6 (trastorno del pensamiento).

Presencia de comportamiento y lenguaje desorganizados (tangencialidad, circunstancialidad, pérdida de asociaciones, asociaciones ilógicas, bloqueos del pensamiento, sx de Schneider.

A	P	
1	1	Presente: existe desorganización del pensamiento.
2	2	Incierto: no existe seguridad de la presencia de pensamiento desorganizado.

3	3	Ausente: no existe pensamiento desorganizado.
---	---	---

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
---	---	--

0	0	Omitido.
---	---	----------

1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
---	---	--

2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
---	---	---

3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.
---	---	---

Subescala del ítem 7 (afecto inapropiado).

Presencia de excitación, grandiosidad, suspicacia, persecución, hostilidad.

A	P	
---	---	--

1	1	Presente: existe afecto inapropiado.
---	---	--------------------------------------

2	2	Incierto: no existe seguridad de la presencia de afecto inapropiado.
---	---	--

3	3	Ausente: no existe afecto inapropiado.
---	---	--

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
---	---	--

0	0	Omitido.
---	---	----------

1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
---	---	--

2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
---	---	---

3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.
---	---	---

Subescala del ítem 8 (vestimenta o apariencia extravagante o inusuales).

Presencia de vestimenta extravagante, desaliño, mala higiene.

A	P	
---	---	--

1	1	Presente: existe apariencia extravagante o inusual.
---	---	---

2	2	Incierto: no existe la seguridad de la presencia de apariencia o vestimenta extravagante.
3	3	Ausente: no existe vestimenta o apariencia extravagantes.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 9 (conducta estereotipada o ritualista)
Presencia de actos repetitivos, compulsiones, movimientos anormales, tics, estereotipias motoras, conducta catatónica.

A	P	
1	1	Presente: existen conductas estereotipadas.
2	2	Incierto: no existe la seguridad de la presencia de conducta estereotipada.
3	3	Ausente: no existe conducta estereotipada.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo atribuye a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 10 (juicio social disminuido).
Presencia de falla en la conciencia o la comprensión de la propia condición psiquiátrica.
Negación de la necesidad de hospitalización o tratamiento. Planeación irreal a corto y largo

plazo. Calificar evitación social activa, recolección de objetos inútiles, exhibicionismo, ingesta de productos no alimenticios.

A P

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 1 | Presente: existen errores de juicio y/o conducta. |
| 2 | 2 | Incierto: no existe seguridad de la presencia de errores de juicio social. |
| 3 | 3 | Ausente: no existen errores de juicio social. |

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A P

- | | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | Omitido. |
| 1 | 1 | Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real |
| 2 | 2 | Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental. |
| 3 | 3 | Incorrecto: el síntoma no lo atribuye a un trastorno mental o a su causa real. |

Subescala del ítem 11 (bajo control de impulsos agresivos)

Agitación impredecible e inmotivada. Calificar deficiente control de impulsos, expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento incluyendo sarcasmo, conducta pasivo-agresiva, abuso verbal y agresión abierta.

A P

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 1 | Presente: existe bajo control de impulsos agresivos. |
| 2 | 2 | Incierto: no existe seguridad de la presencia de bajo control de impulsos agresivos. |
| 3 | 3 | Ausente: no existe bajo control de impulsos agresivos. |

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A P

- | | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | Omitido |
| 1 | 1 | Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real |
| 2 | 2 | Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental. |

3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.
---	---	---

Subescala del ítem 12 (bajo control de impulsos sexuales)
 Presencia de comportamiento sexual claramente inapropiado. Calificar hipersexualidad, travestismo, exhibicionismo, masturbación en público.

A	P	
1	1	Presente: existe bajo control de impulsos sexuales.
2	2	Incierto: no existe la seguridad de la presencia de bajo control de impulsos sexuales.
3	3	Ausente: No existe bajo control de impulsos sexuales.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no está relacionado a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 13 (alogia)
 Restricción del ámbito e intensidad de la expresión emocional. Calificar dificultad para pensar en abstracto, dificultad para la conversación fluida, pensamiento concreto, facies inexpresiva, mutismo, pobreza del habla.

A	P	
1	1	Presente: existe alteración de la expresión corporal.
2	2	Incierto: no existe la seguridad de la presencia de alteración de la expresión corporal.
3	3	Ausente: no existen alteraciones de la expresión corporal.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
---	---	--

0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 14 (afecto aplanado)
 Restricción del ámbito y de la intensidad de la expresión emocional. Calificar aplanamiento afectivo, empatía limitada, retirada social apática/pasiva.

A	P	
1	1	Presente: Existe aplanamiento afectivo.
2	2	Incierto: No existe la seguridad de la presencia de aplanamiento afectivo.
3	3	Ausente: no existe aplanamiento afectivo.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no está relacionado a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 15 (abulia-apatía)
 Alteración del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo.

A	P	
1	1	Presente: existe alteración de la volición.
2	2	Incierto: no existe seguridad de la presencia de alteración de la volición.
3	3	Ausente: no existe alteración de la volición

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no está relacionado a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 16 (anhedonia)

Presencia de sentimientos de tristeza, depresión, desaliento, desesperanza y pesimismo. Calificar llanto fácil e ideación suicida.

A	P	
1	1	Presente: existe depresión como tal.
2	2	Incierto: No existe la seguridad de la presencia de depresión.
3	3	Ausente: no existe depresión.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 17 (alteración de la atención)

Presencia de falla para focalizar la atención. Calificar pobre concentración, olvidos frecuentes, distractibilidad por estímulos internos y externos y dificultad para captar, sostener o cambiar a nuevos estímulos.

A P

1	1	Presente: existe alteración en la atención.
2	2	Incierto: no existe la seguridad de la presencia de alteración en la atención.
3	3	Ausente: no existe alteración en la atención.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 18 (confusión-desorientación).
Presencia de pérdida de la conciencia de uno y su relación con el medio, incluyendo personas, lugar y tiempo. Calificar confusión.

A	P	
1	1	Presente: existe pensamiento confuso o desorientación.
2	2	Incierto: no existe la seguridad de la presencia de pensamiento confuso o desorientación.
3	3	Ausente: no existe confusión del pensamiento o desorientación.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 19 (pobre contacto visual).
Presencia de falta de establecimiento de contacto visual. Calificar evitación, vista baja, mirada que traspasa.

A	P	
1	1	Presente: existe alteración del contacto visual.
2	2	Incierto: no existe la seguridad de la presencia de alteración del contacto visual.
3	3	Ausente: no existe alteración del contacto visual.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de que es debido a un trastorno mental.
3	3	Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.

Subescala del ítem 20 (deterioro en las relaciones sociales).
Presencia de evitación o fallas en el establecimiento de relaciones sociales. Calificar empatía limitada, evitación social activa, aislacionismo, desinterés, dificultad para relacionarse, incapacidad para mantener un empleo, rechazo por parte de los demás.

A	P	
1	1	Presente: existe alteración en las relaciones sociales .
2	2	Incierto: no existe seguridad de la presencia de alteración en las relaciones sociales.
3	3	Ausente: no existe deterioro en las relaciones sociales.

Atribución: Cómo interpreta el sujeto su experiencia?

A	P	
0	0	Omitido.
1	1	Correcto: el síntoma se atribuye a un trastorno mental o a su causa real
2	2	Parcial: está inseguro pero puede considerar la posibilidad de

3	3	que es debido a un trastorno mental. Incorrecto: el síntoma no lo relaciona a un trastorno mental o a su causa real.
---	---	---

* *Adaptado y traducido de Amador et al., Am J Psychiatry 150:6 1993.*

APÉNDICE II. INSIGHT AND TREATMENT ATTITUDES QUESTIONNAIRE*.

- 1.- At the time of admission to this hospital, did you have a mental (nerve, worry) problems that were different from the most other people's? Explain.
- 2.- At the time of admission, did you need to come to this hospital? Explain.
- 3.- Do you have mental (nerve, worry) problems now? Explain.
- 4.- Do you need to be in this hospital now? Explain.
- 5.- After you are discharged, it is possible you may have mental (nerve, worry) problems again? Explain.
- 6.- After you are discharged, will you need to be followed (looked after) by a psychiatrist (mental health center)? Explain.
- 7.- At the time of admission, did you need to be followed (looked after) by a psychiatrist (mental health center) Explain.
- 8.- Do you need to be treated with medications for mental problems (nerve or worries) problems now? Explain.
- 9.- After you are discharged, will you need to take medications for mental problems (nerve or worries) problems? Explain.
- 10.- Will you take the medications? Explain.
- 11.- Do the medications do you any good? Explain.

**Tomado de McEvoy et al. J of Nerv and Mental Health, Vol 177, No.1.*