N. Camprubi¹
A. Almela²
J. Garre-Olmo³

Propiedades psicométricas de la validación española de la *Insight Scale* (IS)

¹ Equip d'Intervenció Precoç en Psicosis (EIPP)
Centre de Salut Mental del Gironès (CSM)
Institut d'Assistència Sanitària
² Centre de Salut Mental de l'Alt Empordà (CSM)
Institut d'Assistència Sanitària

³ Unitat de Recerca
Institut d'Assistència Sanitària.

Introducción. El objetivo del estudio fue adaptar y validar en castellano la *Insight Scale* (IS) (Birchwood et al., 1994), escala autoaplicada que evalúa el *insight* multidimensionalmente.

Método. Estudio observacional de una muestra clínica de pacientes con psicosis. Se realizó una traducción y una retrotraducción. Se calculó la factibilidad, la validez de criterio concurrente con el ítem 12 de la PANSS, la validez de constructo convergente con la DAI y divergente con la BPRS, la validez de constructo discriminante entre las puntuaciones de la IS de pacientes ingresados voluntaria e involuntariamente, la validez de contenido, la fiabilidad test-retest y la consistencia interna.

Resultados. La muestra constó de 61 pacientes. El coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre el ítem 12 de la PANSS y la IS fue de 0,49. La correlación entre la IS y la DAI y la IS y la BPRS fue de 0,414 ($p=0,01$) y $-0,14$, respectivamente. Las puntuaciones medias de la IS de los pacientes ingresados voluntariamente (8,37) e involuntariamente (6,21) fueron significativamente diferentes (U de Mann-Whitney: 244,5; $p=0,005$). Tres factores explicaron el 68,32% de la varianza de las puntuaciones de la IS. El CCI test-retest fue 0,765. El α de Cronbach fue 0,717.

Conclusiones. La versión española de la IS es un instrumento de evaluación del *insight* breve, sencillo, autoaplicado y multidimensional, con adecuadas propiedades psicométricas.

Palabras clave:

Conciencia de enfermedad. Evaluación. *Insight*. Psicosis.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(6):323-330

Psychometric properties of the Spanish validation of the *Insight Scale*

Introduction. The aim of our study was to validate the Spanish version of the *Insight Scale* (IS) (Birchwood et al., 1994), a multidimensional self-report insight scale.

Correspondencia:

Natalia Camprubi Payas
Ronda Ferrán Puig, 37-39
17005 Girona

Correo electrónico: natalia.camprubi@ras.scs.es

Method. Observational study in a sample of patients with psychosis. A translation-backtranslation of the original scale was elaborated. Feasibility was calculated. Concurrent criteria validity with item 12 of PANSS, construct convergent and divergent validity with DAI and BPRS were calculated. IS scores between voluntary and involuntary inpatients were used for discriminant validity. Factor analysis, temporal reliability and internal consistency were also examined.

Results. The sample consisted of 61 patients. Interclass Correlation Coefficient (ICC) between item 12 of PANSS and IS was 0.49. Correlation between IS and DAI, and IS and BPRS was 0.414 ($p=0.01$) and -0.14 respectively. Difference between mean IS scores of voluntary (8.37) and involuntary inpatients (6.21) was significant (U test Mann-Whitney: 244.5; $p=0.005$). Three factors were extracted that accounted for 68.32% of variance. Cronbach α was 0.717.

Conclusions. The Spanish version of IS is a quick, simple, self-report and multidimensional instrument of insight with satisfactory psychometric properties.

Key words:

Awareness. Evaluation. *Insight*. Psychosis.

INTRODUCCIÓN

La conciencia de enfermedad o *insight* hace referencia de forma genérica al grado de conocimiento que una persona tiene de su enfermedad. La poca conciencia de enfermedad es un síntoma que afecta a gran parte de las personas que padecen un trastorno psicótico¹. Diversos estudios han estimado que entre el 50 y el 80% de pacientes con esquizofrenia tiene un bajo *insight* y por tanto consideran que no tienen una enfermedad mental^{2,3}. Se trata de un síntoma relevante dado que la baja conciencia de enfermedad se ha relacionado con una mala adherencia al tratamiento y por tanto con el número de recaídas y hospitalizaciones que tiene el paciente a lo largo de su enfermedad⁴⁻⁶.

La investigación sobre la conciencia de enfermedad en los trastornos mentales en general es compleja debido fun-

damentalmente a distintas conceptualizaciones del término y a la falta de consenso sobre los instrumentos de evaluación apropiados.

Los primeros trabajos sobre el *insight* abordaron su estudio bajo la premisa de que se trataba de un fenómeno unidimensional y categórico, es decir, la persona tenía o no tenía *insight*. Actualmente se considera que el *insight* es una entidad multidimensional que afecta a diferentes áreas y con distinta intensidad, pudiendo estar presente en algunas de ellas y en otras no⁷⁻⁹. A pesar del consenso existente acerca de la multidimensionalidad del concepto de *insight*, no existe tanto acuerdo en relación con las áreas o dimensiones concretas que lo componen. La revisión de los diferentes estudios sobre el concepto de *insight* muestra las discrepancias existentes en torno al número de dimensiones y al contenido concreto de las mismas. De acuerdo con un meta-análisis reciente³, las dimensiones del *insight* sobre las que existe un mayor consenso son: *a)* el conocimiento de los síntomas de la enfermedad; *b)* el conocimiento de padecer un trastorno mental; *c)* el conocimiento de las repercusiones sociales que el trastorno conlleva; *d)* la atribución correcta de los síntomas a la enfermedad, y *e)* la necesidad de recibir un tratamiento adecuado. Es posible que un paciente tenga conciencia de algún aspecto de la enfermedad y no de otros. Es importante señalar que el *insight* no es una entidad estática, sino que se trata de un fenómeno dinámico y que depende del momento en el que realizamos su evaluación².

La valoración del *insight* de un paciente puede realizarse mediante una entrevista clínica o bien utilizando algún instrumento psicométrico estandarizado. Actualmente existen diversas escalas que tiene como objetivo determinar el grado de *insight*, algunas de ellas desde una perspectiva unidimensional, aunque la mayoría desde una perspectiva multidimensional.

Un aspecto importante a considerar en la valoración del *insight* mediante instrumentos psicométricos es el tipo de administración de la escala, que puede ser autoaplicada o heteroaplicada. Aunque la mayoría de instrumentos existentes consisten en entrevistas semiestructuradas y heteroaplicadas, algunos estudios señalan una serie de dificultades asociadas a este tipo de instrumentos. De entre estas dificultades cabe destacar la necesidad de mayor cantidad de tiempo para su administración y una fiabilidad interexaminador moderada¹⁰. Se ha observado también una infravaloración del *insight* en pacientes con pocas habilidades de comunicación y/o bajo nivel intelectual¹¹. En este sentido, los instrumentos autoaplicados no presentan estos inconvenientes y son una alternativa sencilla y útil para la evaluación del *insight*.

La *Insight Scale* (IS)¹⁰ es una de las pocas escalas autoaplicadas que evalúa la conciencia de enfermedad desde una perspectiva multidimensional. Está formada por 8 ítems agrupados en tres dimensiones: *a)* el conocimiento de tener síntomas; *b)* el conocimiento de tener una enfermedad

mental, y *c)* la necesidad de recibir tratamiento. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 12 puntos y una puntuación igual o superior a 9 puntos es indicativa de un adecuado *insight* o conciencia de enfermedad. En el estudio de desarrollo original la IS obtuvo unas propiedades satisfactorias. La consistencia interna de la escala valorada mediante el α de Cronbach fue de 0,75 y la fiabilidad test-retest determinada mediante el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,90¹⁰. Estos resultados señalan que la IS es un instrumento adecuado para la autovaloración del *insight* por parte de pacientes con psicosis de forma fiable, breve y sencilla.

Estas razones, junto con la escasez de medidas específicas de *insight* de carácter autoaplicado en castellano, justifican nuestro interés por realizar la validación española de una traducción al castellano de la IS.

El presente estudio tuvo como objetivo comprobar las propiedades psicométricas de la versión castellana de la IS en la población española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional para determinar la factibilidad, fiabilidad y validez de la traducción al español de la IS en una muestra de 61 pacientes con psicosis ingresados en el Servicio de Rehabilitación-Unidad de Subagudos del Parc Hospitalari Martí Julià (SR-USPHMJ).

Pacientes y muestra

La muestra estuvo formada por pacientes ingresados de forma voluntaria e involuntaria en el SR-USPHMJ con diagnóstico de trastorno psicótico, según los criterios DSM-IV-TR (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante y trastorno esquizoafectivo). Se excluyeron los pacientes que presentaron diagnóstico del eje II o que cumplieron criterios de trastorno mental inducido por condición médica o consumo de tóxicos. A pesar de que no existe un criterio único para determinar el tamaño de la muestra adecuado para el procedimiento de validación de un cuestionario, se ha sugerido la utilización de una razón de entre 2-10 pacientes por ítem¹². Siguiendo este criterio optamos por una razón de 7 pacientes por ítem más un 10% adicional para evitar posibles pérdidas de pacientes, contando con una muestra final de 61 pacientes.

Este tamaño muestral permite detectar una diferencia mínima de 3 puntos en la IS en un contraste apareado bilateral aceptando un riesgo α de 0,05, un riesgo β de 0,02 y una desviación estándar (DE) de 3,0 puntos.

Variabes e instrumentos

Se registraron variables sociodemográficas de los pacientes (edad, sexo, estado civil, actividad laboral, vivienda, estudios realizados), variables sobre la historia clínica del paciente que pudiesen relacionarse con su nivel de conciencia de enfermedad (número de días del ingreso actual, diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con el DSM-IV-TR, número de años con historia psiquiátrica, número de ingresos realizados en unidades de hospitalización psiquiátrica, tipo de ingreso actual y abuso y/o dependencia de sustancias), así como las puntuaciones obtenidas en los siguientes instrumentos.

Insigh Scale (IS)¹⁰

Utilizamos la versión en español resultante del proceso de traducción y retrotraducción de esta escala autoaplicada originalmente desarrollada por Birchwood et al. Las principales propiedades psicométricas han sido descritas en la introducción.

Drug Attitude Inventory (DAI)¹³

Escala autoaplicada compuesta por 10 ítems dicotómicos (verdadero o falso) evalúa la respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica. El rango de puntuaciones es de 10-20, sin que existan puntos de corte definidos, pero interpretándose que a mayor puntuación en la escala, más positiva es la percepción del paciente sobre el efecto de la medicación.

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)¹⁴

Escala heteroaplicada que evalúa la psicopatología psicótica a través de 18 ítems que deben valorarse mediante una puntuación de 1 a 7 (de acuerdo con una serie de puntos de anclaje o descripciones que permiten la valoración de los ítems). La BPRS ofrece una puntuación global y las puntuaciones de los apartados síndrome positivo y síndrome negativo.

Ítem 12 de la subescala general de la Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)¹⁵

Ítem heteroaplicado que evalúa la ausencia de juicio e introspección en relación con la presencia de un trastorno psiquiátrico. Se valora mediante una puntuación de 1 a 7, en la que a mayor puntuación menor conciencia de trastorno.

Procedimiento

Se redactó un protocolo de estudio que fue valorado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Institut d'Assistència Sanitària de Girona. Se realizó una entrevista para valorar la psicopatología de los pacientes de acuerdo con la BPRS y se administraron las escalas autoaplicadas IS y DAI. Posteriormente fueron evaluados en con-

Anexo 1	<i>Insight Scale</i> (IS)		
	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo	No lo sé
Algunos de los síntomas fueron producto de mi mente	2	0	1
Estoy bien mentalmente	0	2	1
No necesito medicación	0	2	1
Mi estancia en el hospital fue necesaria	2	0	1
El doctor tiene razón al prescribirme medicación	2	0	1
No necesito ser visto por un médico o psiquiatra	0	2	1
Si alguien dijese que he tenido una enfermedad mental o de los nervios tendría razón	2	0	1
Ninguna de las cosas extrañas que he experimentado son debidas a una enfermedad	0	2	1
Puntuación máxima: 12 (mucho <i>insight</i>). Puntuación mínima: 0 (no <i>insight</i>) (a partir de 9: <i>insight</i> adecuado).			
Subescalas			
Ítems	Puntuación		
1, 8	Conciencia de síntomas	4 (3 o 4: adecuado <i>insight</i> ; 1 o 2: poco <i>insight</i>)	
2, 7	Conciencia de enfermedad	4 (3 o 4: adecuado <i>insight</i> ; 1 o 2: poco <i>insight</i>)	
3, 4, 5, 6	Necesidad de tratamiento (los ítems se suman y se dividen entre 2)	4 (3 o 4: adecuado <i>insight</i> ; 1 o 2: poco <i>insight</i>)	

ciencia de trastorno a partir del ítem 12 de la subescala general de la PANSS por su psiquiatra en un periodo de no más de 1 día desde la administración de las pruebas precedentes. El resto de variables fueron recogidas a partir de la historia clínica.

Se seleccionó una submuestra de 29 pacientes para el cálculo de la fiabilidad test-retest. Para ello se escogieron al

azar 14 pacientes de entre los pacientes ingresados voluntariamente y 15 de entre los ingresados involuntariamente, a los que se les administró un retest de la IS al cabo de 7 días de la administración inicial.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas y sociodemográficas del total de la muestra, estratificado por los diferentes tipos de ingreso (voluntario e involuntario). Se calcularon la media, la desviación tipo y el intervalo de confianza al 95% de la media para cada grupo en el caso de variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se calcularon las frecuencias relativas y absolutas. Utilizamos la prueba U de Mann Whitney para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables sociodemográficas y clínicas medidas en escala de intervalo o de razón. Aplicamos el estadístico χ^2 de Pearson en el caso de las variables cualitativas¹⁶⁻¹⁸.

La evaluación de la factibilidad de la IS se analizó calculando el porcentaje de pacientes que no respondieron a la escala en su totalidad.

Para la evaluación de la fiabilidad test-retest se aplicó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) entre las puntuaciones de la IS obtenidas en la valoración inicial y las puntuaciones de la IS obtenidas al cabo de 7 días.

La fiabilidad en términos de consistencia interna de la IS se valoró mediante el coeficiente α de Cronbach, que puede considerarse adecuado cuando se obtienen valores superiores a 0,7. Se calcularon las correlaciones individuales de cada uno de los ítems con la puntuación global obtenida, así como el coeficiente α de Cronbach sin el ítem incluido en la escala, con el fin de valorar la adecuación de la inclusión de cada uno de los ítems. El estudio de la consistencia interna se realizó utilizando la puntuación obtenida en la valoración inicial.

La validez de contenido se determinó mediante la aplicación de un análisis factorial con el objetivo de comprobar si la IS presentaba una estructura factorial similar a la versión original.

La validez de criterio concurrente se valoró mediante el CCI entre la puntuación global de la IS y la puntuación del ítem 12 de la subescala general de la PANSS. Este ítem, incluido en una de las escalas más utilizadas en la evaluación de los trastornos psicóticos (PANSS), aporta otro método sencillo y breve de valoración de la conciencia de enfermedad. Las puntuaciones de ambas medidas deberían correlacionar positiva y significativamente.

La validez de constructo convergente y divergente se estableció a partir del cálculo del coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones de la IS y las puntuaciones de la DAI y la BPRS de acuerdo con las siguientes hi-

pótesis: a) la conciencia de trastorno se ha relacionado con la actitud hacia la medicación¹⁹, de manera que los pacientes con una mayor conciencia de enfermedad suelen mostrar una actitud más positiva hacia la medicación. Por ello esperábamos encontrar una correlación significativa y positiva entre las puntuaciones de la IS y las de la DAI, y b) a pesar de la controversia en torno a la relación entre la psicopatología y la conciencia de enfermedad, la falta de *insight* se ha relacionado en diversos estudios^{20,21} con la presencia de mayor psicopatología psicótica (hasta el punto de haber considerado la falta de conciencia sobre el trastorno como un síntoma más de la psicopatología psicótica)²². Por ello esperamos encontrar una correlación significativa y negativa entre la IS y la puntuación total y de los dos síndromes de la BPRS.

Para la evaluación de la validez de constructo discriminante se realizó una comparación entre la puntuación media de la IS de los pacientes ingresados de forma voluntaria y los pacientes ingresados de forma involuntaria mediante la prueba U de Mann-Whitney. Los pacientes con psicosis son ingresados involuntariamente cuando un psiquiatra considera imprescindible el ingreso (debido a la gravedad de la sintomatología que el paciente presenta y por la que puede suponer un riesgo para sí mismo o para los demás) y el paciente no acepta ingresar (generalmente porque el paciente no es consciente de síntomas como delirios y alucinaciones, que considera reales). Los pacientes ingresados voluntariamente, por el contrario, suelen tener un mayor grado de conciencia de su sintomatología. Dada la dificultad para garantizar la participación voluntaria en el estudio (a través del consentimiento informado) de los pacientes ingresados involuntariamente decidimos reducir su número en relación con el de pacientes ingresados voluntariamente. Nuestra hipótesis esperaba que los pacientes con ingreso voluntario mostrarían un grado de conciencia de enfermedad significativamente mayor.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

La muestra estuvo formada por 61 pacientes, 39 de ellos (63,9%) ingresados voluntariamente y 22 (36,1%) involuntariamente. La media de edad fue de 38,15 años, con una DE de 10,51 (intervalo: 18-63). El 72,1% (n=44) eran hombres. En relación con el estado civil, el 77% (n=47) no tenía pareja y el 22,9% (n=14) vivía en pareja. Respecto a la actividad laboral, el 82% (n=50) no trabajaba, el 13,1% (n=8) realizaba un trabajo normalizado y el 4,9% (n=3) realizaba un trabajo protegido. En cuanto a la vivienda, el 65,6% (n=40) residía con sus familiares, el 24,6% (n=15) vivía solo, el 8,2% (n=5) vivía en pareja y el 1,6% (n=1) residía en un piso con supervisión de los servicios de salud mental. Respecto al nivel académico, el 49,2% (n=30) había cursado estudios secundarios, el 32,8% (n=20) había realizado estudios primarios, el 14,8% (n=9) había iniciado estudios universita-

rios y el 3,3% (n=2) no había realizado estudios. El diagnóstico DSM-IV-TR del 80,3% (n=49) fue esquizofrenia paranoide, mientras que el 19,7% restante (n=12) estaba diagnosticado de otros trastorno psicóticos. De entre los pacientes evaluados, el 18% (n=11) abusaba de tóxicos y el 9,8% (n=6) tenía dependencia de algún tipo de sustancia. La media de días que los pacientes llevaban ingresados en el momento de la evaluación fue de 50,41 (DE: 122,82; intervalo: 2-820). La media de los ingresos realizados por los pacientes en unidades de psiquiatría fue de 4,57 (DE: 3,94; intervalo: 1-20). La media de años con historia psiquiátrica fue de 13,60 (DE: 8,94; intervalo: 1-39). La puntuación media en el

DAI fue de 15,79 (DE: 2,39; intervalo: 10-20). No se hallaron diferencias significativas entre los pacientes ingresados voluntariamente y los ingresados involuntariamente en las variables sociodemográficas y clínicas antes comentadas. La media en la IS fue de 7,51 (DE: 2,75; intervalo: 0-12) y en el ítem 12 de la subescala general de la PANSS fue de 3,89 (DE: 1,36; intervalo: 1-6). En estas dos últimas puntuaciones las diferencias entre el grupo de pacientes ingresados voluntariamente y los ingresados involuntariamente fueron estadísticamente significativas, mostrando los primeros en ambos casos una mayor conciencia de enfermedad.

En las tablas 1 y 2 se presentan las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes estratificadas según el tipo de ingreso, con variables cualitativas y cuantitativas.

Análisis de la factibilidad

Todos los pacientes que participaron en el estudio respondieron a la escala en su totalidad, mostrando la IS una factibilidad del 100%.

Análisis de la fiabilidad

La fiabilidad test-retest para un intervalo entre administraciones de 1 semana se calculó a partir de una submuestra de 29 pacientes (14 ingresados voluntariamente y 15 involuntariamente). El CCI entre ambas administraciones fue de $r=0,765$.

Tabla 1	Características de la muestra estratificadas según el tipo de ingreso: variables cualitativas	
	Voluntarios (n = 39)	Involuntarios (n = 22)
Sexo masculino (n) (%)	29 (74,4)	15 (68,2)
Estado civil (n) (%)		
Sin pareja	32 (82,1)	15 (68,2)
Con pareja	6 (15,4)	13 (21,3)
Viudo/a	1 (2,6)	1 (1,6)
Actividad laboral (n) (%)		
Trabajo normalizado	6 (15,4)	2 (9,1)
Trabajo protegido	2 (5,1)	1 (4,5)
Sin trabajo	31 (79,5)	50 (82)
Residencia (n) (%)		
Solo	11 (28,2)	4 (18,2)
Con pareja	3 (7,7)	2 (9,1)
Con familiares	24 (61,5)	16 (72,7)
Vivienda protegida	1 (2,6)	0 (0)
Nivel académico (n) (%)		
Sin estudios	2 (5,1)	0 (0)
Estudios primarios	15 (38,5)	5 (22,7)
Estudios secundarios	18 (46,2)	12 (54,4)
Estudios universitarios	4 (10,3)	5 (22,7)
Diagnóstico (n) (%)		
Esquizofrenia paranoide	33 (84,6)	16 (72,7)
Esquizofrenia indiferenciada	1 (2,6)	0 (0)
Trastorno delirante	0 (0)	2 (9,1)
Trastorno esquizoafectivo	4 (10,3)	3 (13,6)
Trastorno psicótico no especificado	1 (2,6)	1 (4,5)
Abuso de sustancias (n) (%)		
Sí	6 (15,4)	5 (22,7)
No	33 (84,6)	17 (77,3)
Dependencia de sustancias (n) (%)		
Sí	2 (5,1)	4 (18,2)
No	37 (94,9)	18 (81,8)

Tabla 2	Características de la muestra estratificadas según el tipo de ingreso: variables cuantitativas	
	Voluntarios (n = 39)	Involuntarios (n = 22)
Edad (media, DE)	37,77 (10,27)	37,63 (11,66)
Días de ingreso (media, DE)	45,80 (91,01)	27,58 (26,56)
Número de ingresos (media, DE)	4,93 (4,63)	4,05 (2,44)
Años de historia psiquiátrica (media, DE)	13,69 (9,16)	13,47 (9,24)
DAI (media, DE)	15,91 (2,54)	15,56 (2,24)
Item 12 PANSS (media, DE)*	3,45 (1,29)	4,32 (1,16)
IS (media, DE)*	8,37 (2,20)	6,21 (3,24)
BPRS síntomas negativos (media, DE)	8,08 (2,78)	8,77 (3,38)
BPRS síntomas positivos (media, DE)	9,60 (3,63)	10,23 (3,60)
BPRS total (media, DE)	39,25 (8,27)	41,42 (8,40)

*Diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media entre los pacientes voluntariamente e involuntariamente ingresados. DE: desviación estándar; DAI: *Drug Attitude Inventory*; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*; IS: *Insight Scale*; BPRS: *Brief Psychiatric Rating Scale*.

En cuanto a la consistencia interna de la escala, el α de Cronbach fue de 0,717 para el total de la muestra. En la tabla 3 se muestra la media de cada ítem y el α de Cronbach si se elimina el elemento.

Análisis de la validez

Realizamos un análisis factorial de los ítems de la IS para comprobar su validez de contenido.

Como requisito previo se determinaron las condiciones de aplicación del análisis factorial mediante el cálculo de la prueba de esfericidad de Bartlett y de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). El valor del grado de significación de la prueba de esfericidad de Bartlett fue inferior a 0,005 ($\chi^2=91,15$; $gl=28$) y el índice KMO fue de 0,607. Todos los indicadores fueron positivos para la realización del análisis factorial. Se aplicó el método de extracción de componentes principales y se predeterminó la extracción del número de factores a partir de autovalores iguales o superiores a 1. El análisis factorial mostró tres factores que explicaban el 68,32% de la varianza de las puntuaciones. En la tabla 4 se presentan los pesos factoriales de cada ítem.

En cuanto a la validez de criterio concurrente, el CCI entre la puntuación total de la IS y la puntuación del ítem 12 de la subescala general de la PANSS mostró una correlación positiva y significativa entre ambas, concretamente fue de $r=0,49$.

En relación a la validez de constructo convergente, el coeficiente de correlación de Spearman entre la puntuación total de la IS y la puntuación de la DAI fue positiva y significativa ($r=0,414$; significación bilateral: 0,01).

Para comprobar la validez de constructo divergente calculamos el coeficiente de correlación de Spearman entre la puntuación total de la IS y los diferentes clústers de ítems de la BPRS (síndrome positivo y síndrome negativo). Las co-

Tabla 3	Consistencia interna de la versión española de la <i>Insight Scale</i>	
	Media	α de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1 IS	1,15	0,70
Ítem 2 IS	0,85	0,77
Ítem 3 IS	1,46	0,64
Ítem 4 IS	1,41	0,64
Ítem 5 IS	1,44	0,72
Ítem 6 IS	1,39	0,65
Ítem 7 IS	1,30	0,69
Ítem 8 IS	1,24	0,69

Tabla 4	Validez de contenido: análisis factorial de la <i>Insight Scale</i>		
	Componentes		
	1	2	3
Ítem 3 IS	0,86	–	–
Ítem 4 IS	0,82	–	–
Ítem 6 IS	0,81	–	–
Ítem 1 IS	–	0,78	–
Ítem 8 IS	–	0,74	–
Ítem 7 IS	–	0,72	–
Ítem 5 IS	–	–	0,82
Ítem 2 IS	–	–	-0,63

rrrelaciones de la IS con la puntuación total de la BPRS ($r=-0,14$) y los clústers de síntomas positivos ($r=-0,071$) y negativos ($r=-0,21$) no fueron significativas.

En cuanto a la validez de constructo discriminante, calculamos la U de Mann-Whitney para comparar la puntuación media en la IS de los pacientes ingresados voluntariamente (IS media: 8,37) e involuntariamente (IS media: 6,21). Los resultados mostraron que las diferencias entre las medias de ambos grupos eran estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney: 244,5; significación bilateral: 0,005), mostrando los pacientes ingresados voluntariamente una mayor conciencia de enfermedad que los ingresados involuntariamente.

CONCLUSIONES

El objetivo de nuestro estudio fue validar la IS en castellano. Para ello se comprobaron las propiedades psicométricas de la versión española, examinando su factibilidad, fiabilidad y validez en una muestra de 61 pacientes con trastorno psicótico.

La factibilidad del 100% muestra que la escala resulta sencilla de comprender al paciente y por tanto sencilla de administrar.

En cuanto a la fiabilidad, los resultados indican que la consistencia interna de la prueba es aceptable ($\alpha=0,71$) y comparable al resultado obtenido en la escala original ($\alpha=0,75$).

Para la fiabilidad test-retest se considera que valores del CCI comprendidos entre 0,4 y 0,75²³ representan una fiabilidad entre regular y buena, en tanto que valores superiores a 0,75 son considerados excelentes²⁴. En nuestro estudio la fiabilidad test-retest para 1 semana es satisfactoria ($r=0,76$) y nos indica la estabilidad de las respuestas del paciente durante este tiempo.

En relación con la validez de contenido, el análisis factorial demuestra que la versión española de la escala presenta tres factores que se ajustan a los obtenidos en la escala original¹⁰. Las tres dimensiones que evalúa la escala son: *a)* la conciencia de tener una enfermedad mental, y *b)* la correcta atribución de los síntomas a la enfermedad y, finalmente, *c)* la conciencia de la necesidad de recibir tratamiento. El porcentaje de varianza explicado, de acuerdo con el análisis factorial, por la versión española de la IS (68,32%) se sitúa en torno a los valores ofrecidos por el estudio original (60,4%) y el estudio de la validación italiana (62%)²⁵. Por tanto se puede considerar que la validez de contenido de la versión española de la IS es equiparable a la de la versión original.

La validez de constructo convergente fue moderada, con un coeficiente de correlación de 0,414 entre la puntuación en la IS y la DAI. Este resultado indica que existe una asociación entre el grado de conciencia de enfermedad de un paciente con psicosis y su actitud hacia el tratamiento farmacológico. Este resultado apoya la evidencia existente sobre la asociación entre la conciencia de enfermedad y la actitud hacia el tratamiento descrita por investigaciones previas, en el sentido de que un mayor grado de conciencia de enfermedad se asocia a una actitud hacia el tratamiento más favorable y a una mayor adherencia al mismo^{19, 26-28}.

Los resultados en relación con la validez de constructo divergente muestran que no existe relación significativa entre la conciencia de enfermedad valorada con la IS y el grado de psicopatología determinado con la entrevista BPRS. Tampoco se observa relación alguna entre el grado de conciencia de enfermedad y síndromes específicos, como el síndrome de síntomas positivos (alucinaciones, contenido inusual del pensamiento, etc.) y el de síntomas negativos (alteraciones en el lenguaje, apatía, abulia, etc.). Los estudios que han relacionado el grado de conciencia de enfermedad con el nivel de gravedad psicopatológica no aportan datos concluyentes. Algunos estudios han encontrado correlaciones significativamente negativas entre el grado de conciencia de enfermedad y la gravedad de los síntomas positivos y negativos, mientras que otros estudios han encontrado una relación moderada o nula^{3,7,21,29-31}. Se ha atribuido esta inconsistencia entre los resultados a varios factores: en primer lugar, a las diferencias en cuanto a la conceptualización de la conciencia de enfermedad; en segundo lugar, a problemas metodológicos de los diferentes estudios como la utilización de muestras pequeñas o heterogéneas, y finalmente, a la utilización de diferentes instrumentos de medida de fiabilidad y una validez cuestionable.

Los resultados sobre la validez de constructo discriminante muestran un grado más elevado de conciencia de enfermedad entre los pacientes que ingresan de forma voluntaria con respecto a los que lo hacen contra su voluntad. Este resultado, congruente con resultados de otros estudios^{7,32}, indica que los pacientes ingresados de forma voluntaria tienen mayores niveles de conciencia de enfermedad.

Este hecho se asocia con una mayor convergencia entre el juicio clínico (del psiquiatra que valora la necesidad del ingreso de acuerdo con el estado clínico del paciente) y la opinión del paciente sobre la necesidad del ingreso (dado que es consciente, en una mayor medida que los pacientes ingresados involuntariamente, de factores como la presencia de una importante sintomatología debida a su enfermedad o de los beneficios que el ingreso puede ofrecerle frente a su enfermedad).

En lo que respecta a la validez de criterio, la correlación entre la puntuación en la IS y el ítem 12 de la PANSS muestra una concordancia positiva entre el grado de conciencia de enfermedad valorado a partir de dos tipos de métodos de evaluación (autoaplicado y heteroaplicado). En general existe una modesta asociación entre las evaluaciones realizadas mediante escalas autoaplicadas y heteroaplicadas²⁸. Por otro lado, el estudio de Young et al.¹¹ apunta al hecho de que esta relación puede aumentar si la evaluación de forma autoaplicada se realiza con anterioridad a la heteroaplicada. En nuestro estudio la administración de la IS se realizó antes de que un evaluador externo evaluara la conciencia de enfermedad mediante el ítem 12 de la PANSS. Así pues, a pesar de las diferencias conceptuales y de administración existentes entre los dos tipos de instrumentos, consideramos que el hecho de administrar antes la IS que el ítem 12 de la PANSS podría apoyar los resultados obtenidos en nuestro estudio.

La principal limitación de nuestro estudio es que la muestra está compuesta por sujetos hospitalizados. Adicionalmente, la mayoría presenta un trastorno psicótico grave, de larga evolución y con un elevado número de recaídas e ingresos. Todo esto hace difícil generalizar los resultados obtenidos al considerar a pacientes en estadios iniciales de la enfermedad o a pacientes con trastornos psicóticos que realizan un seguimiento ambulatorio y con una buena evolución del trastorno.

En resumen, los resultados de este trabajo indican que la versión española de la IS es una escala autoaplicada de rápida y sencilla administración que posee unas propiedades psicométricas de factibilidad, fiabilidad y validez satisfactorias. Su ámbito de aplicación puede comprender tanto la investigación como la práctica clínica con el objetivo de valorar el grado de mejoría en la conciencia de enfermedad de los pacientes con psicosis después de una intervención.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro especial agradecimiento a todos los pacientes que aceptaron participar en este estudio, así como a todos los miembros del equipo del Servicio de Rehabilitación-Unidad de Subagudos del Parc Hospitalari Martí Julià. También deseamos expresar nuestro agradecimiento a la Unitat de Recerca del Institut d'Assistència Sanitària por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amador XF, Strauss DH, Yale S, Gorman JM, Endicott J. The assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:873-9.
2. Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998;21:27-42.
3. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61:75-88.
4. Fenton WS, Blyler C, Heinssen RK. Determinant of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637-51.
5. Kempt R, Davis A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996;169:444-50.
6. Trauer T, Sacks T. The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:211-6.
7. McEvoy JP, Apperson J, Appelbaum PS, Ortilip P, Breckosky J, Hammill K, et al. Insight in schizophrenia: its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43-7.
8. Martínez R, Moreno B, Soriano MF. Falta de insight en la esquizofrenia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2004;4:146-58.
9. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
10. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:62-7.
11. Young DA, Campbell Z, Zakzanis KK, Weinstein E. A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;63:103-9.
12. Casas Anguita. Medidas de calidad de vida relacionadas con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Barcelona. *Med Clin* 2001;116:788-96.
13. Awad AG. Subjective responses to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;17:113-32.
14. Overall LE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.
15. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
16. Doménech JM. *Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores*. Barcelona: Herder, 1977.
17. Pardo A, San Martín R. *Análisis de datos en psicología II*. Madrid: Pirámide, 1999.
18. Botella J, León OG, San Martín R. *Análisis de datos en psicología I*. Madrid: Pirámide, 1999.
19. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationship with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:717-24.
20. Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:159-64.
21. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:826-36.
22. Cooke MA, Peters ER, Kupiers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:4-17.
23. Nunnally JC, Bernstein IH. *Teoría psicométrica*, 2.^a ed. México, DF: McGraw-Hill, 1995.
24. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad de las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclass. *Med Clin (Barc)* 1998;110:142-5.
25. Roncone R, Tozzini C, Mazza M, Risio A, Giosue P, Morosini P. Validazione della versione italiana della self-report insight scale. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2003;12:63-75.
26. Droulout T, Liraud F, Verdoux H. Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale* 2003;29:430-7.
27. Freudreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1372-6.
28. Lincon TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007;33:1324-42.
29. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res* 1998;33:63-7.
30. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens D.G, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999;35:247-53.
31. Kemp R, Lambert, T. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 1995;18:21-8.
32. Kelly BD, Calke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M, et al. Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2004;19:67-7.