

A. Fresán¹
R. Robles-García²
L. de Benito³
R. Saracco⁴
R. Escamilla⁴

Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia

¹Subdirección de Investigaciones Clínicas
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

²Posdoctorante en Salud Mental Pública
CONACYT
UNAM
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Dirección Académica
Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: FOCUS Salud
México

³Residente de la Especialidad en Psiquiatría
UNAM
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

⁴Clinica de Esquizofrenia
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Introducción. La esquizofrenia ha sido objeto de estigmatización a lo largo de la historia. Un componente crítico del estigma en esquizofrenia es la percepción acerca de la extrema peligrosidad de los individuos que la padecen. La evaluación de este concepto en población general mediante instrumentos válidos y confiables permitirá el desarrollo de programas dirigidos a su reducción.

Objetivo. Desarrollar un instrumento de medición del concepto público de agresividad de la esquizofrenia y determinar su confiabilidad y validez en una muestra comunitaria de la Ciudad de México.

Método. Un total de 258 sujetos completaron el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA), el cual está conformado por una viñeta clínica breve y preguntas específicas que valoran la concepción subjetiva de agresividad y enfermedad mental del paciente con esquizofrenia.

Resultados. Poco más del 40,0% de los sujetos entrevistados consideró agresivo y peligroso al paciente con esquizofrenia. El CPA mostró una adecuada consistencia ($\alpha=0,74$). El análisis factorial del instrumento arrojó dos factores que explicaron el 61.0% de la varianza.

Discusión. Los reactivos del CPA mostraron dos áreas principales de evaluación: a) percepción sobre la presentación de comportamientos agresivos y, b) reconocimiento de la enfermedad mental y aspectos sociales del estigma de peligrosidad. El CPA es un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas que puede ser de utilidad para evaluar

la percepción de agresividad del paciente con esquizofrenia en población abierta.

Palabras clave:
Estigma, agresividad, peligrosidad, esquizofrenia

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(6):340-4

Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia

Introduction. Schizophrenia has been object of stigmatization throughout history. A critical component of stigma in schizophrenia is the perception that patients are extremely dangerous. The assessment of this concept in general population by the use of reliable and valid instruments will allow the development of programs aimed to reduce it.

Objective. to develop an assessment instrument of the public conception of aggressiveness in schizophrenia and to determine its reliability and validity in a community sample of Mexico City.

Method. A total of 258 subjects completed the Public Conception of Aggressiveness Questionnaire (CAQ) which is made up of a brief clinical vignette and specific questions that assess subjective conceptions about aggressiveness and mental disorders in patients with schizophrenia.

Results. More than 40.0% of the sample considered that the patient with schizophrenia is aggressive and dangerous. The CAQ had an adequate internal consistency ($\alpha=0.74$). The results of the factorial analysis showed that the two factors that explained 61.0% of the variance.

Correspondencia:
Dra. Ana Fresán
Subdirección de Investigaciones Clínicas
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
Calz. México-Xochimilco No 101. Tlalpan, México, D.F., 14370, MEXICO.
Tel: (5255) 56 55 28 11 ext 204; Fax: (5255) 55 13 37 22
Correo electrónico: fresan@imp.edu.mx

Discussion. The items of CAQ showed two major areas that evaluate: a) perception of presentation of aggressive behaviors and, b) mental illness recognition and social aspects of the stigma of dangerousness. The CAQ is an instrument with adequate psychometric properties that could be useful to evaluate the perception of aggressiveness in schizophrenia among general population.

Key words:

Stigma, aggressiveness, dangerousness, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

La palabra estigma hace referencia a una marca o característica que usualmente genera actitudes negativas hacia aquel que la presenta¹. De forma general, se concibe como la combinación de tres problemas centrales: la falta de conocimiento (ignorancia), actitudes negativas (prejuicio) y conductas evitativas o excluyentes (discriminación)²⁻⁴.

El estigma, el prejuicio y la discriminación son procesos individuales y psicológicos² con un impacto directo y diferencial entre aquel que lo percibe (estigma público) y aquel que es objeto del estigma (estigma autodirigido). El estigma público es la reacción que la población general muestra hacia un grupo particular, siendo el punto central del presente trabajo, mientras que el estigma autodirigido hace referencia a los efectos de ser parte del grupo estigmatizado y llevando este estigma hacia la internalización⁵.

Las enfermedades mentales han sido objeto de estigmatización a lo largo de la historia⁶ y, en este rubro, han llegado a ser equiparadas con la drogadicción, la prostitución y el estatus de exconvictos⁷. Desafortunadamente, con el paso del tiempo, las respuestas sociales negativas hacia estos padecimientos, y en particular la esquizofrenia⁸⁻¹⁰, han mostrado pocos o nulos cambios en el tiempo a pesar de los crecientes avances en las explicaciones médico-biológicas y psicosociales de la mayoría de estos trastornos¹¹⁻¹³.

El estigma hacia las personas con enfermedades mentales se asocia con un el desarrollo de cuadros depresivos, incremento de la ansiedad, aislamiento, deterioro en el desempeño social, disminución de la autoestima, menores oportunidades de empleo y vivienda digna así como mayor estrés del núcleo familiar¹⁴, además ha sido considerado un obstáculo en la búsqueda de tratamiento especializado y en el apego al tratamiento empeorando el pronóstico clínico de los pacientes¹⁵.

Diversos estudios han mostrado que un componente crítico del estigma de la esquizofrenia es la percepción

acerca de la extrema peligrosidad de los individuos que la padecen^{9,16-19}. Aún cuando el nivel de peligrosidad percibido por la comunidad no es el único factor asociado a la estigmatización, los conceptos de agresión y peligrosidad son un aspecto central del estereotipo que se ha formado de los individuos con esquizofrenia²⁰. Incluso, se ha reportado que las personas que visualizan al enfermo mental como agresivo y/o peligroso, manifiestan mayor temor y conductas de evitación hacia éstos⁵.

Muchos de los estudios internacionales encaminados a la evaluación del estigma de la esquizofrenia contemplan diversas áreas relacionadas al padecimiento, en donde se incluyen, entre otras, las causas de la enfermedad, las actitudes negativas y conductas evitativas hacia las personas que la padecen, etc.²¹. Es así como el concepto público de agresividad de la esquizofrenia debe formar parte integral de una evaluación general del estigma, sin embargo los instrumentos con los que se cuenta a la fecha le dedican un número reducido de reactivos y en ocasiones una sola pregunta.

En el establecimiento de programas dirigidos a prevenir o a reducir el estigma de agresividad asociado a la esquizofrenia, es necesario contar con herramientas que permitan evaluar de forma confiable este concepto en la población general²², por lo que el objetivo del presente estudio fue desarrollar un instrumento de medición del concepto público de agresividad de la esquizofrenia y determinar su confiabilidad y validez en una muestra comunitaria de la Ciudad de México.

MÉTODO

Sujetos

El reclutamiento de los sujetos fue abierto tipo censo por disponibilidad en centros de educativos, laborales, en áreas de espera y centros recreativos de la ciudad de México. A todos los sujetos se les informó de los objetivos del estudio y se solicitó su consentimiento verbal para contestar el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad. Se incluyeron un total de 258 sujetos, de los cuales el 30,6% (n=79) eran hombres y el 69,4% (n=179) eran mujeres, con una edad promedio de $39,6 \pm 15,2$ años (rango 18-79 años) y una escolaridad de $13,9 \pm 3,3$ años (rango 3-21 años). El 56,2% (n=145) contaban con un trabajo remunerado, el 25,2% (n=65) se dedicaban a actividades del hogar, el 15,9% (n=41) eran estudiantes y tan solo el 2,7% (n=7) se encontraban desempleados.

Instrumento

El Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA) es un instrumento autoaplicable diseñado *ad hoc* para

la realización del presente estudio; se compone de 3 áreas conformadas por diversos reactivos en donde se registra y concentra la información necesaria para la valoración del concepto público de agresividad del paciente con esquizofrenia. La primera sección "Datos Generales" contiene la ficha de identificación del sujeto que contesta el cuestionario, en donde se incluye su edad al momento del llenado del cuestionario, su género, su escolaridad completada en años y su ocupación en la actualidad.

En la segunda sección se presenta una viñeta clínica tomada del trabajo de Link BG y cols.^{23, 24} en donde se describe un paciente con esquizofrenia paranoide con síntomas psicóticos activos (p ej., alucinaciones auditivas, delirios de referencia, evitación social activa). A partir de la información de esta viñeta, se le solicita al entrevistado que conteste 5 preguntas en relación al probable comportamiento agresivo que pudiera tener el paciente descrito. Estas preguntas fueron adaptadas de la Escala de Agresión Explícita (EAE)²⁵⁻²⁷ y valoran la presencia y severidad de la agresión verbal, la agresión autodirigida, la agresión hacia objetos y la agresión heterodirigida. La última pregunta de esta sección evalúa la forma en la que el paciente descrito en la viñeta pudiera tranquilizarse.

Para completar el cuestionario, se incluyeron 3 preguntas adicionales que están dirigidas a evaluar, en una escala tipo de Likert (totalmente en desacuerdo – totalmente de acuerdo), si el entrevistado considera que el paciente descrito en la viñeta clínica padece alguna enfermedad mental, el nivel de acuerdo en relación a la inimputabilidad del paciente en caso de cometer algún delito, y si el entrevistado considera que el paciente descrito es peligroso para la sociedad.

Análisis Estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas.

Se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para determinar la estructura del CPA. El umbral de los valores *eigen* fueron fijados en una puntuación igual o mayor a 1 como criterio de extracción. Los reactivos cuya comunalidad fuera mayor a 0,40 fueron incluidos en los factores, mientras que aquellos menores a 0,40 fueron excluidos del análisis. La consistencia interna de los factores extraídos fue obtenida mediante el *alpha* de Cronbach.

RESULTADOS

a) Presencia y severidad de la agresión percibida

La mayoría de los sujetos que contestaron el CPA consideraron que el paciente descrito en la viñeta no se

comportaría de forma agresiva (n=150, 58,2%). No obstante, en relación a la agresión verbal, el 23,3% (n=60) consideraron que debido a los síntomas descritos, el paciente podría hacer claras amenazas verbales de violencia (agresión verbal), el 4,6% (n=41) consideraron que el paciente se hace cortaduras, se mutila o se origina un grave daño a sí mismo (agresión autodirigida), el 15,9% (n=41) reportaron que el paciente rompe cosas, quiebra objetos o los avienta de forma peligrosa (agresión hacia objetos) y el 3,9% (n=10) consideraron que podría atacar a los demás originando daños de leves a severos (agresión heterodirigida).

El reactivo de nivel de peligrosidad del paciente para la sociedad fue dicotomizado para determinar el porcentaje de sujetos en acuerdo (de acuerdo y totalmente de acuerdo) y en desacuerdo (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo). De esta forma, hasta el 46,1% (n=119) consideraron peligroso para la sociedad al paciente descrito en la viñeta (y no así el 53,9%, n=139)

b) Enfermedad mental e inimputabilidad

Al igual que el reactivo de peligrosidad, los reactivos de enfermedad mental, e inimputabilidad fueron dicotomizados. Aún cuando la mayoría de los sujetos consideraron que el paciente descrito en la viñeta padece una enfermedad mental (n=223, 86,4%), tan solo el 26,4% (n=68) consideraron que el uso de medicamentos orales eran la mejor opción para reducir los síntomas descritos, mientras que prácticamente una tercera parte consideraron que platicar a solas con el paciente (n=89, 34,5%) o en grupo (n=32, 12,4%) eran las mejores opciones. En relación a la inimputabilidad, el 55,8% (n=144) consideraron que el paciente descrito no sería culpable de un delito debido a sus facultades mentales, mientras que el 44,2% (n=114) si lo considerarían responsable del mismo.

c) Análisis factorial y consistencia interna del CPA

El análisis factorial del instrumento arrojó 2 factores que explicaron el 61,0% de la varianza. Los resultados de la matriz de componentes principales obtenidos a partir del análisis factorial se muestran en la Tabla 1. La consistencia interna global del instrumento fue de 0,74. El primer factor, que evalúa los diferentes tipos de agresividad, tuvo un *alpha* de Cronbach de 0,83, y el segundo factor, que incluye las percepciones sobre enfermedad mental y peligrosidad, mostró un *alpha* de 0,63.

DISCUSIÓN

El presente estudio reporta los primeros resultados sobre las propiedades clinimétricas del Cuestionario de Concepto Público de Agresividad, el cual fue diseñado con el objetivo de evaluar el estigma de agresividad y peligrosidad del paciente con esquizofrenia.

El instrumento demostró tener una adecuada consistencia interna (0,74), siendo más fiable en la evaluación de los

Tabla 1	Cargas factoriales del Cuestionario de Concepto Público de Peligrosidad – Varimax		
	Reactivos	Factores	
		Agresividad	Enfermedad Mental
¿Cómo se comporta Juan verbalmente? (Agresión verbal)	0,80		
¿Cómo se comporta Juan consigo mismo? (Agresión autodirigida)	0,79		
¿Cómo se comporta Juan con los objetos? (Agresión hacia objetos)	0,84		
¿Cómo se comporta Juan con otras personas? (Agresión heterodirigida)	0,84		
¿Cómo se puede tranquilizar Juan? (Intervención)			0,54
Considero que Juan tiene una enfermedad mental			0,73
Si Juan cometiera un delito, lo considero una persona inimputable (no es culpable del delito debido a sus facultades mentales)			0,70
Considero que Juan es una persona peligrosa para la sociedad			0,61
Valor eigen	3,5	1,3	
Varianza (%)	43,8	17,2	

diferentes tipos de agresividad que en los reactivos dirigidos a evaluar el reconocimiento de la enfermedad mental y aspectos sociales de la peligrosidad. Nuestros resultados sobre el análisis factorial muestran la agrupación de los reactivos del instrumento en 2 áreas principales, y de acuerdo a su contenido se propone que se clasifique de la siguiente manera:

- Factor de Agresividad:** El cual se compone de 4 reactivos que evalúan la percepción del encuestado en relación a la probable presentación de diversos comportamientos agresivos.
- Factor de Enfermedad Mental:** En este factor se agruparon los reactivos relacionados con la enfermedad mental y aspectos sociales del estigma de peligrosidad, es decir, el reconocimiento de una enfermedad mental a partir de los síntomas descritos en la viñeta, la forma en la que esta puede ser manejada, su impacto en caso de existir algún delito relacionado a los síntomas y la percepción de peligro para la sociedad.

Tras la aplicación del cuestionario, más del 80% de los entrevistados reconocieron la presencia de una enfermedad mental en el paciente descrito, poco más del 50% conside-

ra que el paciente descrito no presentaría ningún tipo de comportamiento agresivo, no sería peligroso para la sociedad y no lo considerarían culpable en caso de cometer algún delito. Este resultado podría ser secundario a la premisa de diversos programas antiestigma alrededor del mundo, los cuales postulan que el reconocimiento del origen biológico de la enfermedad mental puede disminuir el estigma asociado a ésta²⁸⁻³¹. Sin embargo, otros estudios han mostrado que cuando existe la creencia de que la enfermedad mental, en especial la esquizofrenia, tiene un fundamento biogenético, el público general considera que aquel que la padece no tiene control sobre su comportamiento y que esto lo hace impredecible y peligroso^{13, 32-35}. No obstante, este punto deberá ser abordado en futuros estudios que evalúen de forma específica el impacto de la etiología biológica de la enfermedad mental sobre la percepción de agresividad y peligrosidad del paciente con esquizofrenia.

Hasta el momento, en México no se cuentan con estudios específicos que evalúen la percepción de agresividad del paciente con esquizofrenia, por lo que el contar con el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad, permitirá evaluar de forma confiable y válida este componente crítico del estigma de este padecimiento en población Mexicana. De esta forma, se obtendrá valiosa información para la creación, implementación y evaluación de programas encaminados a la reducción del estigma. Justamente, la información que aborda directamente los temas de la violencia y otras concepciones erróneas acerca de las enfermedades mentales, aunada a la promoción del contacto entre la comunidad y las personas con trastornos mentales severos constituyen las estrategias más promisorias para enfrentar este importante problema socio-sanitario³⁶.

Finalmente, cabe señalar que se contaba ya con recientes traducciones psicométricamente adecuadas de escalas útiles para evaluar el estigma que ocurre en el propio paciente (sea de estigma internalizado o de la percepción acerca de las consecuencias sociales del trastorno y la atribución causal de los síntomas)³⁷⁻³⁸; pero no así con un instrumento de auto informe como que el que aquí se presenta, dedicado a conocer el estigma de los demás hacia las personas con trastornos mentales severos, como la esquizofrenia. En esta dirección, se considera que el presente trabajo puede también tener un valor heurístico para motivar y facilitar el desarrollo de la investigación en este crucial campo de conocimiento.

REFERENCIAS

- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry* 2007;190:192-3.
- Corrigan P. On the stigma of mental illness. Washington, D.C: American Psychological Association, 2005.
- Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, Kassam A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Serv Res* 2007;7:97.

4. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
5. Corrigan P, Watson A. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J* 2007;43:439-58.
6. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:185-8.
7. Fink P, Tasman A. *Stigma and mental illness*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992.
8. Angermeyer M, Schulze B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:469-86.
9. Link B, Monahan J, Steuve A, Cullen F. Real in their consequences: a sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *Am Sociol Rev* 1999;64:316-32.
10. Van Dorn R, Swanson J, Elbogen E, Swartz M. A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry* 2005;68:152-63.
11. Mora G. Stigma during the Medieval and Renaissance periods. In: Fink P, Tasman A, editors. *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1999; p. 41-52.
12. Simon B. Shame, stigma, and mental illness in Ancient Greece. In: Fink P, Tasman A, editors. *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1999; p. 29-39.
13. Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:303-18.
14. Depla M, De Graaf R, Van Weeghel J, Heeren T. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:146-53.
15. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatry Association*. USA: Cambridge University Press, 2005.
16. Link B, Cullen F, Frank J, Wozniak J. The social rejection of ex-mental patients: understanding why labels matter. *Am J Sociology* 1987;92:1461-500.
17. Penn D, Guynan K, Daily T, Spaulding W, Garbin C, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20:567-78.
18. Steadman H. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1-9.
19. Fresán A, Tejero J, Apiquian R, Lóyzaga C, García-Anaya M, Nicolini H. Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental* 2002;25:72-8.
20. Angermeyer M, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1996;43:1721-8.
21. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passeti F, et al. The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry* 2007;190:248-54.
22. Rusch N, Angermeyer M, Corrigan P. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
23. Link B, Phelan J, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-33.
24. Star S. The public's ideas about mental illness. Annual Meeting of the National Association for Mental Health. Indianapolis, Ind, 1955.
25. Fresán A, Apiquian R, De la Fuente-Sandoval C, García-Anaya M, Nicolini H. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:71-5.
26. Páez F, Licon E, Fresán A, Apiquian R, García-Anaya M, Robles-García R, et al. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental* 2002;25:21-6.
27. Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986;143:35-9.
28. Jorm A, Angermeyer M, Katschnig H. Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews G, Henderson S, editors. *Unmet need in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000; p. 399-413.
29. Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:77-83.
30. Thompson A, Stuart H, Bland R, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson R, et al. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:475-82.
31. Wahl O. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999;25:467-78.
32. Dietrich S, Matschinger H, Angermeyer M. The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: results from a population survey in Germany. *Int J Soc Psychiatry* 2006;52:166-74.
33. Read J, Harre N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'. *J Ment Health* 2001;10:223-35.
34. Walker I, Read J. The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward "mental illness". *Psychiatry* 2002;65:313-25.
35. Jorm A, Griffiths K. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:315-21.
36. Penn D, Martin J. The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatry Q* 1998;69:235-47.
37. Flores S. *Relación del estigma con la búsqueda y apego a tratamiento psiquiátrico en una muestra de pacientes mexicanos con trastornos mentales severos y persistentes*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad de Guadalajara, 2009.
38. Ruíz A, Pousa E, Duño R, Crosas J, Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:111-9.