

Lourdes Nieto¹
Ada I. Ruiz²
José Blas-Navarro³
Esther Pousa⁴
Jesús Cobo^{4, 5}
Sacha Cuppa⁶
Jordi E. Obiols¹

Adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios

¹Departament de Psicologia Clínica i de la Salut
Unitat de Recerca en Psicopatologia i Neuropsicologia
Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona)

²Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Parc de Salut Mar. Barcelona

³Departament de Psico biologia i Metodologia en Ciències
de la Salut
Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona)

⁴Salut Mental
Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

⁵Departament de Psiquiatria i Medicina Legal
Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona)

⁶Sociedad Española de Psicoanálisis
Asociación Psicoanalítica Internacional

Introducción. El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios, así como analizar sus propiedades psicométricas y su relación con la gravedad de la sintomatología psicótica.

Metodología. Se utilizó un método de traducción-retrotraducción y la participación de un panel de profesionales para valorar equivalencia conceptual y naturalidad. Se trata de una escala de autoaplicación de 30 ítems con opciones de respuesta Si/No. Fueron valorados 170 pacientes psicóticos según criterios DSM-IV-TR. Mediante análisis factorial confirmatorio se validó la estructura propuesta originalmente. La consistencia interna se evaluó a través del *Coefficiente Alfa de Cronbach* y el *Coefficiente de correlación intraclass* (CCI). La asociación entre las variables se analizó con el coeficiente de correlación de *Spearman*.

Resultados. La estructura de 4 factores propuesta originalmente se verifica en gran medida. El valor del *Coefficiente alfa de Cronbach* para toda la escala fue de 0.824 indicando una buena consistencia interna. El valor del CCI fue de 0.855. No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la gravedad de la sintomatología psicótica y el déficit de *insight* valorado con la escala de Marková y Berrios.

Conclusiones. La versión castellana de la Escala de *Insight* de Marková y Berrios presenta validez de constructo, buena consistencia interna, buena validez externa, es sencilla, de fácil aplicación y de fiabilidad temporal.

Palabras clave: Insight, Conciencia de Trastorno, Psicosis, Escala Psicométrica

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(5):248-56

Correspondencia:
Lourdes Nieto

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Unitat de Recerca en Psicopatologia i Neuropsicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona), 08019.
Teléfono: 0034-664552138
Correo electrónico: nietog Lourdes@gmail.com

Spanish adaptation of the Markova and Berrios Insight scale

Introduction. The aim of this study was to adapt the Markova and Berrios Insight scale in Spanish and to analyze its psychometric properties and relationships to the severity of the psychotic symptoms.

Methodology. A translation-backtranslation of the original scale was elaborated and a panel of professionals participated to assess conceptual equivalence and naturality. This is a 30-item self-administered scale with response options Yes/No. A total of 170 psychotic patients were assessed according to DSM-IV-TR diagnostic criteria. Confirmatory factor analysis validated the structure originally proposed. Internal consistency was evaluated using Cronbach's Alpha Coefficient and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC). We calculated the association between variables with Spearman's rank correlation coefficient.

Results. The 4-factors structure originally proposed by Markova and Berrios was verified. Cronbach's alpha coefficient value for the whole scale was 0.824, indicating good internal consistency. The ICC value was 0.855. There were no statistically significant relationships between severity of psychotic symptoms and the lack of insight.

Conclusions. The Spanish adaptation of the Markova and Berrios Insight Scale has good internal and external reliability. It is simple and easy to perform and very sensitive to change.

Key words: Insight, Awareness of Disease, Psychosis, Psychometric Scale

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el uso del concepto *insight** está muy extendido en el lenguaje clínico psiquiátrico y de forma más

* En castellano el término insight ha sido traducido como conciencia de trastorno, sin embargo; éste hace referencia a un fenómeno multidimensional que va más allá de la mera conciencia de trastorno. Por tal motivo, en este trabajo se decidió utilizar el término en inglés.

específica en la psicosis. Desde un punto de vista empírico, diferentes estudios han demostrado que el déficit de *insight* suele ser más prevalente y grave en los trastornos del espectro psicótico que el observado en otras patologías mentales¹. Se ha estimado que entre el 50 y 80% de los pacientes con esquizofrenia no creen padecer ningún tipo de trastorno mental. La mayoría de ellos sólo aceptan el tratamiento por la presión de su familia y de sus amigos. Otros pacientes, si bien pueden entender que sus experiencias psicóticas son auténticos síntomas, no aceptan que éstas obedezcan a una enfermedad mental ni que precisen tratamiento^{2, 3}. En la psicosis, las consecuencias del déficit de *insight* no tardan en verse reflejadas en la evolución de los individuos, ya que ha sido relacionado con una mayor agresividad e impulsividad, con un incremento en el riesgo de abuso comórbido de sustancias, con un mayor empobrecimiento psicosocial, con peor adherencia terapéutica y, en definitiva, con un peor pronóstico global de la enfermedad^{1, 4}.

A lo largo del tiempo han surgido diferentes propuestas teóricas para tratar de comprender el déficit de *insight* en la psicosis⁵, y aunque hoy en día no ha sido posible consensuar una definición operacional de éste, en la mayoría de los estudios empíricos es considerado un fenómeno multidimensional que incluye no sólo la conciencia del paciente de sus síntomas o enfermedad, sino también una mayor elaboración, conceptualizada distintamente como una correcta atribución⁶, una consideración de los síntomas como patológicos², o un mayor conocimiento de los efectos de los síntomas o enfermedad en el contexto de su ambiente⁴.

Se han diseñado diversos instrumentos clínicos para tratar de capturar y medir el déficit de *insight* en psicosis^{3, 7, 8}. Sin embargo, existe un gran debate en torno a si estos, pese a sus diferencias estructurales, son capaces de capturar un mismo fenómeno. Sanz et al.⁹ compararon el rendimiento de algunas de estas escalas valorando su intercorrelación y su relación con algunas variables clínicas, por ejemplo: la gravedad de la sintomatología psicótica, el deterioro cognitivo, la adhesión al tratamiento, entre otras. Estos autores observaron que si bien había correlación entre las escalas, su relación con las diferentes variables clínicas era dispar. De acuerdo con algunos autores^{10, 11}, una de las posibles razones de estas discrepancias podría deberse a que estos instrumentos han dejado fuera algunas dimensiones relevantes para el constructo de *insight*. Panchón et al.⁸ han argumentado que la dimensión interaccional ha sido poco considerada en la mayoría de instrumentos y han sugerido que el desarrollo de la metodología de evaluación debe hacerse introduciendo no sólo las variables propias del paciente, sino también su interacción con el entorno.

Sobre esta misma línea, para Marková y Berrios¹² el *insight* es más que el simple conocimiento aparente que el paciente puede tener acerca de sí mismo y de su trastorno. El *insight* es una forma de autoconocimiento que incluye

el conocimiento del paciente respecto de sí mismo (cómo se encuentra) y de su trastorno (lo que le pasa), así como el entendimiento de los efectos que la enfermedad provoca en su interacción con el mundo. Marková y Berrios¹³ diseñaron una escala de autoaplicación de 32 ítems y una entrevista semiestructurada con la finalidad de capturar y evaluar el déficit de *insight* en la psicosis. Los ítems fueron elegidos según un método de validez aparente, esto es, dividiendo el concepto de *insight* en componentes que representarían aspectos relevantes en el autoconocimiento de la enfermedad del paciente. Específicamente, se incluyeron cuestiones pertenecientes a las siguientes áreas: hospitalización, enfermedad mental en general, percepción de estar enfermo, cambio percibido en uno mismo, control sobre la situación, percepción del ambiente y querer entender la propia situación. La entrevista semiestructurada ayudaba a profundizar en la exploración del *insight* y a comprobar la veracidad de las respuestas obtenidas en la escala de autoaplicación.

Más tarde, Bulbena et al.⁷ realizaron una adaptación de esta primera escala en una versión reducida de 22 ítems en población española, la muestra fue de 42 mujeres con una edad media de 61 años, ingresadas en un centro hospitalario con diagnóstico de esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo. Los resultados mostraron unos índices adecuados de fiabilidad test-retest y de consistencia interna comparables con la versión inglesa original. Paralelamente, se examinó la gravedad de la psicopatología con la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) y el funcionamiento cognoscitivo con el Mini-Examen Cognoscitivo, con los que la escala no mostró correlación alguna, ni tampoco con la edad.

Posteriormente, Marková et al.¹⁴ presentaron una reestandarización de esta primera escala que quedó conformada por un instrumento de autoaplicación de 30 ítems con opciones de respuesta Sí/No. La corrección de la prueba es de tipo dicotómico, dando 1 punto a las respuestas que indiquen *insight* y 0 puntos a las que indiquen no *insight*. A respuestas positivas en los ítems 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27 y 30, y negativas en los ítems 2, 7, 12, 20, 23, y 28-29 se les asigna un valor de 1. Puntuaciones de 30 indican *insight*, mientras que 0 indican no *insight*. Recientemente, Vanelli et al.¹⁵ han validado esta última versión de la escala de *Insight* de Marková y Berrios en población portuguesa. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes con una edad media de 42 años y con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno psicótico no especificado. Los autores observaron que la versión portuguesa de esta escala mostraba una buena consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad test-retest. Además, han señalado que es una escala de fácil comprensión para los pacientes y de fácil aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

Considerando la gran complejidad que a lo largo del tiempo ha representado intentar capturar un fenómeno tan complejo como el *insight*^{1, 16}, resulta muy útil contar con di-

ferentes escalas de evaluación validadas que nos permitan acercarnos a la comprensión de este fenómeno multidimensional. En investigación, resulta imprescindible el empleo de instrumentos de fácil aplicación y lo más próximo a la vivencia del paciente. Además, estos deben permitir estandarizar la recogida de información de manera que ésta pueda ser procesada cuantitativamente. Por tanto, el objetivo de este estudio fue realizar la adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios, así como analizar sus propiedades psicométricas y su relación con la gravedad de la sintomatología psicótica.

METODOLOGÍA

Participantes

- Todos los sujetos que cumplieran los siguientes criterios fueron invitados a participar en el estudio: 1) pacientes mayores de 18 años del área de psiquiatría de la Corporació Sanitaria Parc Taulí Sabadell, 2) diagnóstico previo de algún trastorno del espectro psicótico de acuerdo al DSM-IV-TR¹⁷, 3) sin diagnóstico de retraso mental ni de trastornos neurológicos. La muestra quedó constituida por 170 participantes. Las características sociodemográficas y clínicas de esta muestra no probabilística de conveniencia pueden observarse en la Tabla 1.

Instrumentos de evaluación

- Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos desarrollado *ad-hoc* para esta investigación.
- La severidad de la psicopatología psicótica fue evaluada por medio de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) en la versión castellana validada por Peralta y Cuesta¹⁸.

Instrumentos de evaluación del déficit de insight

- Ítem 12 de la Escala General del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia¹⁸ (PANSS-G12). Es un ítem que valora el trastorno de conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo.
- Tres primeros ítems de la Escala de valoración de la No conciencia de Trastorno Mental (SUMD, *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder*) adaptada al castellano por Ruiz et al.¹⁹. Con esta escala se valoró el *insight* y sus

dimensiones: conciencia de trastorno, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales del trastorno. Es una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente. Las puntuaciones van en un rango de 1 a 5, puntuaciones más altas indican mayor déficit de *insight*.

- Escala de *Insight* de Marková y Berrios¹⁴. La versión original de esta escala en lengua inglesa fue traducida al castellano por un traductor bilingüe con experiencia clínica e investigadora en el campo estudiado (S. Cuppa), con la participación de un panel de profesionales expertos se valoró la equivalencia conceptual y la naturalidad de los ítems. Posteriormente, se realizó una contra traducción al inglés de la versión castellana inicial. La versión resultante de este proceso se incluye en el Apéndice. Esta escala es de autoevaluación, sin embargo, en este estudio se decidió leer en voz alta a cada paciente las preguntas con la finalidad de comprobar expresamente que eran de fácil comprensión para los sujetos.

Procedimiento

El estudio se realizó en el área psiquiátrica de la Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. Previamente, el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Salud Parc Taulí y siguió todos los requisitos éticos nacionales e internacionales. Todos los participantes fueron informados de la naturaleza del estudio, accedieron a participar de manera voluntaria y firmaron una hoja de consentimiento informado.

Inicialmente se confirmó el diagnóstico de los pacientes por medio de la entrevista clínica estructurada del DSM-IV *Axis I Disorders* (SCID I)²⁰ y se recabaron los datos sociodemográficos y clínicos. En una segunda sesión de aproximadamente 70 minutos se aplicaron los instrumentos psicológicos. Todas las evaluaciones corrieron a cargo de psicólogos y psiquiatras previamente entrenados.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó por medio del programa IBM SPSS versión 19 y del programa MPlus 6.1 (este último para el análisis factorial confirmatorio). El análisis descriptivo de los datos se hizo mediante la media, mediana, desviación estándar y rango de valores. La normalidad de la distribución se verificó por medio de la prueba de Kolmogorov. Para verificar la estructura de 4 factores propuesta por los autores (Marková et al.¹⁴) se realizó un análisis factorial confirmatorio para variables binarias. La consistencia interna se evaluó a través del *Coefficiente Alfa de Cronbach* y el *Coefficiente de Correlación Intraclass* (CCI). La asociación entre las variables se valoró por medio del coeficiente de correlación *rs* de *Spearman*.

Tabla 1		Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra estudiada N= 170. PANSS= Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia. SUMD= Escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (siglas en inglés)			
		X	Mediana	DS	Min/Máx
Edad (años)		37.7	35.8	12.1	18.20/67.1
Tiempo de evolución del trastorno mental (años)		14.6	12.1	13.8	1.2/66.7
Psicopatología					
PANSS		85.0	83.0	21.0	34.0/139.0
PANSS Positiva		20.2	20.0	5.7	7.0/37.0
PANSS Negativa		21.6	20.0	8.6	7.0/46.0
PANSS General		43.1	42.0	10.7	18.0/70.0
Medidas de Insight					
PANSS general ítem-12		4.7	5.0	2.3	1.0/7.0
Escala de Marková y Berrios		14.2	14.0	5.6	3.0/27.0
Escala SUMD		10.0	10.0	3.9	2.0/15.0
Conciencia de trastorno (SUMD ítem-1)		3.4	4.0	1.5	1.0/5.0
Conciencia de efectos de la medicación (SUMD ítem-2)		2.8	3.0	1.6	1.0/5.0
Conciencia de las consecuencias sociales (SUMD ítem-3)		3.8	5.0	1.6	1.0/5.0
Género					
	Género	n	%		
Género					
Hombres		105	(61.8)		
Mujeres		65	(38.2)		
Nivel Educativo					
Primarios		91	(53.5)		
Medios		58	(34.1)		
Superiores		12	(7.1)		
Sin educación (leer y escribir)		9	(5.3)		
Diagnóstico					
Esquizofrenia		105	(61.7)		
Trastorno psicótico no especificado		32	(18.8)		
Esquizoafectivos		26	(15.3)		
Esquizofreniformes		7	(4.2)		
Estado clínico					
Hospitalización total		132	(77.6)		
Hospitalización parcial		18	(10.6)		
Consultas externas		20	(11.8)		
Tratamiento farmacológico					
Antipsicóticos		170	(100)		
Antipsicóticos orales		142	(83.5)		
Antipsicóticos de larga duración (depot)		69	(40.6)		
Benzodiacepinas		102	(65.4)		
Antidepresivos		28	(16.5)		
Eutimizantes		26	(16.7)		

RESULTADOS

Consistencia interna

El valor del *Coefficiente alfa de Cronbach* fue de 0.824 indicando una buena consistencia interna de la escala. Asimismo, se verificó que no existe ningún ítem que al ser eliminado incrementemente notablemente la consistencia de fiabilidad interna de la escala. Únicamente el ítem 29 al ser eliminado incrementaría la consistencia interna a 0.838. No se observaron ítems redundantes.

Fiabilidad Test-retest

Para comprobar la fiabilidad test-retest se aplicó la escala dos veces a 12 participantes con 24 horas de diferencia entre la primera y la segunda evaluación. El valor del coeficiente de correlación intraclase de acuerdo absoluto fue de 0.855 ($p < 0.0005$) con un intervalo de confianza del 95% de

0.586 a 0.956, indicando que la escala tiene buena fiabilidad temporal.

Análisis factorial confirmatorio

En la versión original de la escala de *Insight* de Marková y Berrios los autores agrupan los ítems en 4 factores con la finalidad de identificar los principales componentes que podrían tener un significado clínico para el *insight*. Al confirmar esta estructura con nuestros datos hemos obtenido en general un buen ajuste del modelo original. Los índices CFI=0.937 y TLI=0.926, superiores a 0.90, y el valor RMSEA=0.047 (IC90%: 0.028 a 0.064) sugieren que, globalmente, nuestros datos soportan la estructura de 4 factores propuesta. En la Tabla 2 se presentan las cargas factoriales estandarizadas de los 19 de 30 ítems que conforman los 4 factores, junto a las obtenidas por los autores originales. Como se puede apreciar, en general hay una alta equivalencia, excepto en un ítem del factor 4 que aparece con signo de peso opuesto al trabajo original.

Tabla 2	Análisis factorial confirmatorio de la versión castellana de la escala de insight de Marková y Berrios	
	Datos originales	Adaptación al castellano
Factor 1. Conciencia de tener pensamientos extraños y pérdida de control sobre la situación		
(24) Siento que están pasando cosas extrañas a mi alrededor	0.771	0.791
(25) Sé que mis pensamientos son extraños pero no puedo remediarlo	0.754	0.647
(10) Tengo dificultades para pensar	0.699	0.594
(27) Las cosas ya no tienen sentido	0.683	0.605
(19) Me parece que no tengo tanto control sobre mis pensamientos	0.610	0.730
(11) En este momento, sufro problemas de nervios	0.591	0.505
(21) Siento que mi mente se está yendo	0.539	0.800
(14) Me cuesta estar tranquilo con gente que conozco	0.528	0.646
Factor 2. Sentimientos de sentirse diferente, de percibirse extraño		
(29) Siento que mi estado actual ha sido causado deliberadamente por algo	-0.726	-0.417
(4) La gente a mi alrededor parece diferente	0.719	0.599
(15) Me está pasando algo extraño	0.614	0.740
(12) Todo a mi alrededor es diferente	-0.567	-0.607
(18) La enfermedad mental puede ocurrir en algunas personas de la población	0.563	0.380
(16) Quiero saber por qué me siento así	0.546	0.649
Factor 3. Sentimientos vagos de que algo va mal		
(9) Me siento intranquilo	0.617	0.795
(1) Me siento diferente de lo normal en mí	0.575	0.677
(23) Ahora todo me parece mucho más claro que antes	0.533	0.189
Factor 4. Percepción de sufrir cambios físicos		
(28) Mi problema principal es mi salud física	0.757	0.646
(20) No estoy enfermo pero estoy cansado	0.744	-0.297

Tabla 3	Coeficientes de correlación <i>rs</i> de <i>Spearman</i> entre los diferentes instrumentos de evaluación <i>insight</i> y los de la relación entre la gravedad de la psicopatología psicótica y el déficit de <i>insight</i>			
		<i>Insight</i>	Escala de Marková y Berrios	Gravedad de la Sintomatología Psicótica (PANSS)
	<i>Insight</i> Escala de Marková y Berrios			0.060 $p = 0.438$
	<i>Insight</i> PANSS general ítem-12	-0.306	$p \leq 0.01$	0.448 $p \leq 0.01$
	<i>Insight</i> Escala SUMD	-0.302	$p \leq 0.01$	0.383 $p \leq 0.01$

Validez convergente

Para analizar la validez externa de tipo convergente se realizó un análisis de correlación entre la escala de *Insight* de Marková y Berrios, el ítem PANSS-G12 y la puntuación total de la versión reducida de la escala SUMD que incluyó la conciencia de trastorno mental, la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental. Los datos tanto de la escala de *Insight* de Marková y Berrios como de la SUMD mostraron una distribución normal, no así los del ítem PANSS-G12, por tal motivo se calculó el coeficiente de correlación *rs* de *Spearman*. La escala de *Insight* de Marková y Berrios correlacionó de manera estadísticamente significativa con PANSSG-12 y con la SUMD (ver Tabla 3).

Relación entre el déficit de *insight* y la gravedad de la psicopatología psicótica

Finalmente, por medio del coeficiente de correlación *rs* de *Spearman* se examinó la relación entre la gravedad de la psicopatología psicótica (PANSS) y el déficit de *insight*. Cuando éste fue valorado por medio de la escala de *Insight* de Marková y Berrios no se observaron relaciones estadísticamente significativas entre estas variables. Sin embargo, sí se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la gravedad de la psicopatología psicótica y el déficit de *insight* valorado tanto con PANSSG-12 como con la SUMD (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación al castellano de la escala de *Insight* de Marková y Berrios y analizar sus propiedades psicométricas. Los resultados mostraron una buena consistencia interna de la escala, incluso los valores observados fueron superiores a los registrados en adaptaciones a otras poblaciones¹⁵. En la versión original de la escala los autores agrupan los ítems con la finalidad de identificar los principales componentes que podrían tener un significado clínico para el *insight*, estos son; 1) conciencia de tener pensamientos extraños y la pérdida de control sobre la

situación, 2) sentimientos de sentirse diferente, de percibirse extraño, 3) sentimientos vagos de que algo va mal y 4) percepción de sufrir cambios físicos. Se pudo constatar que en la versión en castellano aquí propuesta, los ítems también se agrupan en estos cuatro componentes, mostrando una ligera discrepancia en el ítem 20, que en nuestros resultados no tiene una carga factorial relevante en el factor 4.

La diversidad conceptual que tiene el término *insight* se traduce en una variedad de escalas de evaluación cuyos resultados apenas han sido contrastados⁹. En virtud de esto, no resulta sorprendente que los datos de la investigación empírica sean contradictorios³. Con respecto al nivel de psicopatología, algunos estudios han encontrado relación entre la gravedad de ésta y el déficit de *insight*, mientras que algunos otros no lo han hecho²¹⁻²⁴. Un grupo de investigaciones, por otra parte, hallan relación entre el déficit de *insight* y algunos síntomas o síndromes específicos²⁵⁻²⁷. Sin embargo, tampoco hay acuerdo en este punto. En este estudio, no se encontró relación entre la gravedad de la psicopatología psicótica y el déficit de *insight* cuando éste fue evaluado por medio de la escala de Marková y Berrios. Datos similares ya han sido observados por los propios autores de la escala¹⁴ y en adaptaciones a otras poblaciones¹⁵. Sin embargo, cuando el déficit de *insight* fue valorado por medio de otras escalas (PANSSG-12 y SUMD) sí se observaron relaciones entre estas variables. Una posible explicación a este hecho es que, hasta el momento, las herramientas que han sido desarrolladas para evaluar el *insight* capturan diferentes elementos de éste^{1, 4, 5, 28}. En la mayoría de los instrumentos, la evaluación del *insight* está centrada básicamente en analizar actitudes hacia la enfermedad y la medicación; además, los valores se obtienen desde el punto de vista del clínico, mientras que la escala de Marková y Berrios es de autoevaluación, y por tanto, quien evalúa es el propio paciente.

Con respecto a los instrumentos psicológicos que evalúan el déficit de *insight* desde el punto de vista del clínico, Villagrán²⁹ señala que es importante considerar que no siempre la conducta verbal y no verbal del paciente coincide con el grado de *insight* que este posee, a pesar de que el observador debe basar su juicio en la inferencia a partir de estas conductas. Factores como la capacidad del paciente para expresar su conocimiento, el contexto en que se da (de-

Apéndice 1	Escala de insight de Marková y Berrios	
INSTRUCCIONES:		
Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones e indique si está de acuerdo (SI) o en desacuerdo (NO).		
1. Me siento diferente de lo normal en mí	SI	NO
2. A mí no me pasa nada	SI	NO
3. Estoy enfermo	SI	NO
4. La gente a mi alrededor parece diferente	SI	NO
5. No me siento parte de nada	SI	NO
6. Todo parece desorganizado	SI	NO
7. La mente no puede enfermar, sólo el cuerpo	SI	NO
8. Mis sentimientos hacia otras personas parecen ser diferentes	SI	NO
9. Me siento intranquilo	SI	NO
10. Tengo dificultades para pensar	SI	NO
11. En este momento, sufro problemas de nervios	SI	NO
12. Todo a mi alrededor es diferente	SI	NO
13. Estoy perdiendo el contacto conmigo mismo	SI	NO
14. Me cuesta estar tranquilo con gente que conozco	SI	NO
15. Me está pasando algo extraño	SI	NO
16. Quiero saber porqué me siento así	SI	NO
17. Me parece que no soy capaz de funcionar con normalidad	SI	NO
18. La enfermedad mental puede ocurrir en algunas personas de la población	SI	NO
19. Me parece que no tengo tanto control sobre mis pensamientos	SI	NO
20. No estoy enfermo pero estoy cansado	SI	NO
21. Siento que mi mente se está yendo	SI	NO
22. Estoy perdiendo el contacto con mi entorno	SI	NO
23. Ahora todo me parece mucho más claro que antes	SI	NO
24. Siento que están pasando cosas extrañas a mi alrededor	SI	NO
25. Sé que mis pensamientos son extraños pero no puedo remediarlo	SI	NO
26. Todo a mi alrededor parece diferente	SI	NO
27. Las cosas ya no tienen sentido	SI	NO
28. Mi problema principal es mi salud física	SI	NO
29. Siento que mi estado actual ha sido causado deliberadamente por algo	SI	NO
30. Pienso que necesito algún tipo de ayuda	SI	NO

seo de conseguir el alta hospitalaria o una reducción de la medicación, etc.) etc., pueden distorsionar la expresión del verdadero grado de *insight* alcanzado por el sujeto. En este sentido, la escala de *insight* de Marková y Berrios ofrece la ventaja de que la evaluación se hace con la propia interpretación del paciente. Esta escala rescata la visión y la atribución de los cambios experimentados por el paciente a través de la enfermedad mental y también la forma en cómo los articula. Se basa en una definición amplia del *insight*, entendiéndolo como una forma de autoconocimiento que

los individuos tienen no solamente de la condición que les afecta a ellos mismos, sino también en términos de cómo las condiciones afectan su interacción con el mundo.

Para evaluar la fiabilidad test-retest se dispuso de una muestra escasa, de sólo 12 sujetos, lo que incrementa el error estándar del intervalo de confianza limitando la precisión de la estimación. A pesar de ello, el elevado valor obtenido en el coeficiente de correlación intraclass (0.855) permite afirmar que existe fiabilidad temporal. Aunque la escala ha sido dise-

ñada para reflejar la conciencia de los posibles cambios que los individuos experimentan en el curso de su trastorno psicótico, esta escala muestra una buena fiabilidad test-retest *temporal*, o sea, en un momento dado del proceso. Este dato también ha sido observado en el estudio original¹⁴. Por otro lado, también se pudo observar que esta escala es de fácil uso y comprensión para los pacientes, incluso en fase aguda. El método de aplicación es sencillo y rápido con lo que podría controlarse el efecto de fatiga en los participantes.

Finalmente, el déficit de *insight* en psicosis como fenómeno mental es un hecho complejo y compuesto por varias dimensiones. Pese a que hoy en día se cuenta con diferentes instrumentos que han logrado capturar algunas dimensiones de éste, siguen existiendo grandes interrogantes acerca de qué dimensiones pueden tener una mayor implicación clínica. De acuerdo con Ruiz et al.¹⁹ aunque con instrumentos imperfectos, vale la pena adentrarse en el conocimiento de la conciencia de trastorno en la psicosis. Interesarse qué piensa una persona sobre lo que le está pasando, cómo es la sensación de lo que le ocurre, dónde encuentra una explicación a lo que le pasa, supone aceptar la subjetividad de toda experiencia humana. Para Strauss³⁰ la subjetividad es el camino para acercarnos a la profundidad de lo verdaderamente humano.

Entre las limitaciones de este estudio se puede señalar que la escala de *Insight* de Marková y Berrios ha sido poco utilizada en el campo de la investigación, por lo cual no existen muchos datos con los que se puedan contrastar los resultados aquí observados. Por otro lado, con el diseño actual no fue posible estudiar otros tipos de validez divergente o la validez predictiva. En el futuro deberían planificarse diseños de investigación específicamente destinados a evaluar estos aspectos.

CONCLUSIÓN

La versión castellana de la escala de *Insight* de Marková y Berrios presenta una buena consistencia interna, alta fiabilidad test-retest, validez convergente con otros instrumentos que miden *insight*, y una estructura de cuatro factores muy similar a la propuesta originalmente. Es una escala sencilla y de fácil aplicación. Para futuras investigaciones debería examinarse esta escala en otras poblaciones.

Este artículo forma parte de la investigación doctoral de la primera firmante.

AGRADECIMIENTOS

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, México, D.F).

BIBLIOGRAFÍA

1. Amador XF, David AS, editores. *Insight and psychosis. Awareness of Illness in schizophrenia and related disorders*, 2nd edn. New York: Oxford University Press, 2004.
2. Amador XF, Andreasen NC, Flaum MM, Strauss DH, Yale SA, Clark S, et al. Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:826-36.
3. Mintz RA, Dobson SK, Rommey MD. Insight in schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophr Res*. 2003;61:75-88.
4. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;156:798-805.
5. Marková IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992;160:850-60.
6. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia*. *Schizophr Bull*. 1991;17:113-32.
7. Bulbena A, Domínguez AI, Fernández de Larrinona P, Madariaga I. Insight y enfermedad mental. *Focus Psychiatry*. 1994;2:52-8.
8. Panchón DAI, Marková IS, Berrios GE, Bulbena VA. Evaluación del insight en la psicosis. En: Bulbena VA, Berrios GE, Fernández de Larrinona P, eds. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, 2003; p. 137-54.
9. Sanz M, Constable G, López-Ibor I, Kemp R, David AD. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med*. 1998;28:437-46.
10. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry. A new model. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183:743-51.
11. Vaz FJ, Béjar A, Casado M, Penasa B. Conciencia de enfermedad y síndrome positivo/negativo en la esquizofrenia. *Actas Luso Esp Neuropsiquiatr Cienc Afin*. 1997;25:153-8.
12. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry*. 1995;365:367-76.
13. Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;86:159-64.
14. Marková IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res*. 2003;119:81-8.
15. Vanelli I, Chendo I, Levy P, Figueira ML, Góis C, Santos J, Marková I. Adaptação para português da escala de *Insight* Marková y Berrios. *Acta Med Port*. 2010;23:1011-6.
16. Cuesta M, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis: multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2000;177:233-40.
17. American Psychiatric Association WD. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, 4th edition text revised. 2000.
18. Peralta VM, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 1994;22(4):171-7.
19. Ruiz IA, Pousa E, Duño R, Crosas MJ, 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(2):11-9.
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID) axis I disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1997.
21. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 1997;38:117-23.
22. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997;27:37-44.
23. Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia?

- Compr Psychiatry. 1997;385:283-8.
24. Schwartz RC. Insight and illness in chronic schizophrenia. Compr Psychiatry. 1998;39:249-54.
 25. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. Psychol Rep. 1998;83:895-8.
 26. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. Schizophr Res. 1998;33:63-7.
 27. Smith TE, Hull JW, Goodman M, Hedayat Harris A, Willson DF, et al. The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. J Nerv Ment Dis. 1999;187:102-8.
 28. Amador XK, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull. 1991;17:113-32.
 29. Villagrán JM, Luque R. Psychopathology of insight. Psiquiatr Biol. 2000;7(5):202-15.
 30. Strauss J. Subjectivity and severe psychiatric disorders. Schizophr Bull. 2011;37(1):8-13.