

José A. Gutiérrez-Zotes¹
 Joaquín Valero¹
 María J. Cortés¹
 Antonio Labad¹
 Susana Ochoa^{2,6}
 Maribel Ahuir³
 Janina Carlson^{2,6}
 Miguel Bernardo⁴⁻⁷
 Silvia Cañizares¹⁰
 Gemma Escartin^{2,9}
 José Cañete⁸
 Pedro Gallo⁹
 Manel Salamero^{5, 7, 10}

Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos

¹Hospital Universitari Psiquiàtric Institut Pere Mata i IISPV
 Universitat Rovira i Virgili
 Reus (Tarragona, España)

²Parc Sanitari Sant Joan de Déu
 Fundació Sant Joan de Déu per a la Recerca i la Docència
 Barcelona, España

³Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica
 Hospital Universitari Mútua Terrassa
 Terrassa, Barcelona (España)

⁴Programa Esquizofrènia Clínic (PEC)
 Servicio de Psiquiatría
 Institut Clínic de Neurociències
 Hospital Clínic
 Barcelona, España

⁵Institut d'Investigacions Biomèdiques Augusti Pi i Sunyer (IDIBAPS)
 Barcelona, España

⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
 CIBERSAM
 Madrid, España

⁷Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica
 Universitat de Barcelona
 Barcelona, España

⁸Hospital de Mataró
 Mataró, Barcelona. España

⁹Fundació Seny
 Barcelona, España

¹⁰Servei de Psicologia
 Institut Clínic de Neurociències
 Hospital Clínic
 Barcelona, España

Introducción. La Escala de Insight Cognitivo de Beck ha sido diseñada para evaluar la capacidad de insight cognitivo esto es, la práctica de la auto-reflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones inadecuadas.

Metodología. Este estudio examina las propiedades psicométricas, la estructura dimensional y la validez interna de la versión española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB). Igualmente se analiza su relación con la Escala de Síndrome Positivo y Negativo en Esquizofrenia (PANSS). La escala de Insight Cognitivo fue traducida y adaptada al castellano en 129 pacientes esquizofrénicos ingresados y no ingresados.

Resultados. El análisis de componentes principales mostró una estructura de dos factores semejantes a la original reconocibles como auto-reflexión (R) y auto-certeza (C), con similar fiabilidad a la versión americana. Auto-reflexión y el Índice R-C correlacionaron con pérdida de insight de la PANSS. En general la EICB se asoció significativamente con subescalas de la PANSS. Los pacientes comunitarios puntuaron significativamente más alto en auto-reflexión y el Índice R-C que los ingresados y más bajo en auto-certeza.

Conclusión. Las propiedades psicométricas obtenidas con la versión española adaptada de la EICB garantizan la adecuada evaluación del *insight* cognitivo.

Palabras Claves:
Insight, Metacognición, Auto-reflexión, Auto-certeza, Esquizofrenia

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(1):2-9

Spanish Adaptation of the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) for Schizophrenia

Introduction. The Beck Cognitive Insight Scale has been designed to evaluate the cognitive insight capacity, that is to say, the practice of self-reflectiveness as a meta-cognitive mechanism for examining and analysing the disorder's symptoms, it also permits a continuous re-evaluation of inadequate interpretations.

Methodology. The aim of this study is to examine the psychometric properties, the dimensional structure and the internal validity of the Spanish version of Beck's Cognitive Scale of Insight (BCIS). In this paper we also analyse its relation with the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). The Cognitive Insight Scale was translated and adapted to Spanish with 129 in- and out-schizophrenic patients.

Results. Principal component analysis showed a two-factor structure that was similar to the original one, recognizable as self-reflectiveness (R) and self-certainty (C) with similar reliability as the American version. Self-

Correspondencia:
 José Alfonso Gutiérrez-Zotes
 Clínica Psiquiátrica Universitaria
 Institut Pere Mata,
 Ctr.Institut Pere Mata s/n
 43205 Reus (Tarragona)
 Correo electrónico: gutierrezza@peremata.com

reflectiveness and the R-C index correlated with loss of insight of the PANSS scale. In general, BCIS showed significant associations with the PANSS subscales. Out patients scored self-reflectiveness and R-C index significantly higher than in-patients and lower in self-certainty.

Conclusion: Psychometric properties obtained with the adapted Spanish version of BCIS guarantee the adequate evaluation of cognitive insight.

Key words:

Insight, Metacognition, Auto-reflectiveness, Self-certainty, Schizophrenia

INTRODUCCIÓN

Dificultades en el *insight* constituye una de las características más prevalentes y representativas de los pacientes con esquizofrenia. Un Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud¹ cifraba esta dificultad en el 97% de pacientes psicóticos agudos. De hecho, la ausencia de *insight* es una variable que ejerce un papel especialmente relevante tanto en el curso como en el tratamiento de pacientes con psicosis^{2,3}.

No obstante el significado subyacente al *insight*, con independencia del enfoque utilizado para su explicación, se ha limitado a los dos componentes clínicamente más relevantes, esto es, conocimiento de la enfermedad mental y necesidad de recibir tratamiento. De hecho, existen pocos trabajos en los que se profundice en un concepto más amplio del *insight*⁴.

Moritz y Woodward⁵, en la presentación de su tratamiento de entrenamiento metacognitivo en la esquizofrenia, recogen un importante cuerpo de investigación que avala una intervención de tipo cognitivo para la psicosis.

Constructo de Insight Cognitivo del EICB

En el 2004 Beck et al.⁶ publican los resultados con las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento, la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB; en inglés *Beck Cognitive Insight Scale*, BCIS), para la evaluación del *insight* desde una aproximación cognitiva. El constructo que subyace a este instrumento es que la ausencia de *insight* se produciría por: 1) un fallo de la objetividad; 2) una pérdida de la habilidad para poner ésta en perspectiva; 3) una resistencia a corregir información a partir de las otras opiniones y 4) un exceso de confianza en las conclusiones. Los autores inciden en que, una estrategia de focalización en la estructura específica de las creencias vividas por el paciente psicótico, podría proveer una forma alternativa de conceptualizar el *insight*. Se pone el énfasis, pues, en el "*insight* emocional" en contraposición al "*insight* intelectual". El "*insight* emocional" implicaría una suficiente comprensión para modificar creencias disfuncionales y la afectividad asociada así como las consecuencias conductuales de esas creencias. Por su parte, el "*insight* intelectual" supone una adecuada comprensión de los síntomas

por parte del paciente pero sin experimentar un cambio en el sistema delirante subyacente ("*insight*" emocional). Contrapuesto al *insight* llamado "clínico", en el que se enfatizan los síntomas que son importantes para el diagnóstico y el tratamiento, en el "*insight* cognitivo" se acentuaría el mecanismo de evaluación y corrección de interpretaciones inadecuadas y creencias distorsionadas.

Desde su aparición, la escala EICB ha sido aplicada en diferentes poblaciones de pacientes y han sido realizadas varias traducciones al chino⁷, noruego⁸, francés⁹, coreano¹⁰, turco¹¹ y japonés¹². El artículo original de la escala mostró una solución factorial de dos dimensiones en pacientes internados⁶, otros estudios han demostrado la misma replicación de factores en varias muestras^{9, 10, 12-16}. Una excelente revisión cualitativa de todos los hallazgos obtenidos hasta el año 2010, con el constructo de Insight Cognitivo medido mediante la EICB, en lo referente tanto a las propiedades psicométricas como a la relación con psicopatología, puede encontrarse en Riggs y colaboradores¹⁷.

Las características propias del *insight* cognitivo según la escala EICB como medida complementaria del *insight*, así como la falta de este tipo de medida en España, justifican la adaptación del cuestionario, para su posible uso tanto en el tratamiento individual como grupal¹⁸ en pacientes con psicosis y esquizofrenia. Este estudio presenta los resultados de la traducción y adaptación de la versión española de la EICB en pacientes con esquizofrenia. En concreto los objetivos fueron: 1) analizar las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez interna de la versión española; 2) obtener los estadísticos descriptivos de sus dimensiones en pacientes con esquizofrenia evaluados en diferentes unidades de tratamiento, como valores de referencia de la escala adaptada en nuestro medio y 3) analizar las relaciones de la Escala de Insight Cognitivo con sintomatología positiva, negativa, general y total medida con la PANSS.

METODOLOGÍA

Procedimiento de adaptación clínico-lingüístico

La autorización para la adaptación al español de la escala EICB fue obtenida por Aaron Beck (2005, comunicación personal). La adaptación semántica y cultural de la escala se realizó utilizando la metodología de traducción directa e inversa (traducción – retrotraducción)¹⁹⁻²¹. Los autores creadores del instrumento revisaron la versión final y confirmaron la equivalencia semántica con la versión americana.

Participantes

Para participar en este estudio los pacientes debían cumplir criterios de esquizofrenia según DSM-IV. La muestra

Tabla 1		Características sociodemográficas y clínicas de la muestra	
Variable	N (%)	Media (dt)	
Edad total		37,15 (10,23)	
Hombres	92 (71,3)	35,87 (10,36)	
Mujeres	37 (28,7)	40,32 (9,30)	
Años de escolaridad		10,23 (2,99)	
Nivel estudios finalizados			
Sin estudios finalizados	10 (7,8)		
Primaria	62 (48,1)		
Secundaria	46 (35,7)		
Superior	11 (8,5)		
Años inicio enfermedad		23,72 (7,07)	
Situación exploración			
Unidad de agudos	52 (40,3)		
Unidad de subagudos	4 (3,1)		
Hospital de día	6 (4,7)		
Centro de día	30 (23,3)		
CSM adultos	37 (28,7)		

fue de 129 pacientes de los diferentes centros participantes: 100 con esq. paranoide (77,5%), 14 con esq. indiferenciada (10,9%), 11 con esq. residual (8,5%), 3 con esq. desorganizada (2,3%) y 1 con esq. hebefrénica (0,8%). Como datos sociodemográficos se recogieron sexo, edad, años de escolaridad y nivel de estudios finalizados. Las variables clínicas fueron la edad de comienzo de la enfermedad, el lugar de evaluación y duración de la enfermedad hasta el momento del estudio (Tabla 1). El 71,3% (92) de los pacientes fueron varones. La edad media fue de 37,15 (dt=10,23) años, con un rango de 18 a 69 años. Cuatro centros participaron en la recogida de muestra: Hospital Clínic de Barcelona, Hospital de Mataró, Hospital Universitario Psiquiátrico Institut Pere Mata de Reus y Sant Joan de Déu-SSM de Barcelona. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética de cada uno de los hospitales participantes.

Instrumentos

1) Medida del Insight Cognitivo.

La Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB⁶) es una medida de auto-registro de 15 ítems que valora cómo los pacientes evalúan su propio juicio. Consta de dos dimensiones, Auto-Reflexión (R) (9 ítems) y Auto-Certeza (C) (6 ítems). Se obtiene un Índice Compuesto de *Insight* Cognitivo como Reflexión-Certeza (IC=R-C) (resta de auto-certeza a auto-reflexión). Tiene un formato de respuesta con cuatro opciones tipo Likert: Nada de acuerdo (0), Un poco de acuerdo (1), bastante de acuerdo (2) y totalmente de acuerdo (3), con un rango de

respuestas posibles de 0 a 45. La consigna de aplicación es como sigue: *A continuación encontrará una lista de frases sobre cómo piensan y sienten las personas. Por favor, lea cada frase de la lista con mucha atención. Indique hasta qué punto está de acuerdo con cada frase marcando una X en la columna correspondiente.* La versión americana original del instrumento tuvo una fiabilidad, con 150 pacientes ingresados, de 0,68 para la escala de auto-reflexión y 0,60 para auto-certeza.

2) Medida de sintomatología psicótica.

Se utilizó la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale Schizophrenia*²²) en su versión española²³ para la evaluación transversal de síntomas. Es especialmente relevante para los intereses de nuestra investigación el ítem 12 sobre el grado de *insight* del paciente.

Procedimiento

Una vez obtenida la versión adaptada definitiva, la escala de Beck y la PANSS fueron aplicadas a una muestra de pacientes con esquizofrenia en el contexto de un estudio multicéntrico más amplio. Los estadísticos descriptivos fueron obtenidos de la muestra total así como de dos submuestras, una de pacientes ingresados en unidad de agudos en el momento de la evaluación (Grupo Agudos; N=52) y otra de pacientes comunitarios evaluados en el Centro Salud Mental (Grupo CSM; N=37). La composición de estos dos grupos fue similar, con una proporción hombre: mujer de 2:1, siendo en el Grupo Agudos de 35:17 y en el Grupo CSM de 25:12. Del mismo modo no hubo diferencias en los años de escolaridad, edad y duración de la enfermedad entre los grupos. Sin embargo, en los pacientes ingresados la edad de inicio de la enfermedad era menor que en el grupo de pacientes del Centro de Salud. En cuanto a las características psicopatológicas en ambos grupos (Tabla 2) los resultados muestran que el grupo Agudos tiene mayor puntuación, como era esperable, en la sintomatología positiva, negativa, general, total y en el ítem 12 en la PANSS. Para analizar la fiabilidad test-retest del cuestionario se aplicó la escala EICB a 84 de los 129 pacientes, aproximadamente 48 horas después de la primera aplicación.

Análisis estadísticos

Se realizó una análisis factorial confirmatorio (AFC) por modelo de ecuación estructural para confirmar la estabilidad de la estructura factorial. Se calcularon χ^2 , Índice de Ajuste Comparativo (*comparative fit index*; CFI) y el residual estandarizado cuadrático medio (*standardized root mean square residual*; SRMR). De acuerdo con Tabachnick y Fidell (2007)²⁴ el criterio de buen ajuste se definió como una χ^2/df ratio más baja que 2, a CFI mayor que 0,95, y un SRMR más bajo que 0,06. El AFC fue ejecutado usando el módulo

Tabla 2	Medias y desviación de las dimensiones de la PANSS y EICB en los diferentes grupos			
	Total Media (dt)	Grupo Agudos Media (dt)	Grupo CSM Media (dt)	Diferencias Grupo Agudos / Grupo CSM
Severidad de los síntomas				
PANSS positivo	16,05 (6,47)	20,46 (6,20)	9,95 (2,14)	$p = 0,000$
PANSS negativo	18,67 (7,32)	19,67 (7,30)	15,05 (6,11)	$p = 0,002$
PANSS general	32,74 (9,56)	36,88 (8,97)	24,35 (5,66)	$p = 0,000$
PANSS total	67,45 (19,57)	77,01 (17,12)	49,35 (11,83)	$p = 0,000$
PANSS ítem 12- insight	3,15 (1,60)	3,83 (1,56)	2,24 (1,40)	$p = 0,000$
Dimensiones BCIS				
Auto-reflexión (R)	15,13 (4,69)	14,17 (4,89)	16,21 (3,94)	$p = 0,039$
Auto-certeza (C)	8,79 (3,71)	9,84 (3,70)	7,24 (3,36)	$p = 0,001$
Índice R-C	6,33 (6,25)	4,32 (6,36)	8,97 (5,63)	$p = 0,001$

Tabla 3	Componentes principales con rotación varimax para la escala EICB		
	Ítems de la EICB	I	II
	(5) Algunas de mis experiencias que me han parecido muy reales pueden haberse debido a mi imaginación	0,75	
	(6) Algunas de las ideas que tenía como ciertas acabaron siendo falsas	0,67	
	(8) Aunque me siento muy seguro/a de estar en lo cierto, podría estar equivocado/a	0,62	
	(1) Algunas veces he malinterpretado las actitudes que los demás tienen hacia mí	0,50	
	(15) Mis experiencias raras pueden deberse a que esté muy alterado/a o estresado/a	0,50	
	(4) Llego a conclusiones demasiado rápido	0,33	
	(12) Si alguien comenta que mis creencias son erróneas estoy dispuesto/a a considerar su opinión	0,32	
	(14) Suele haber más de una explicación posible sobre porqué la gente actúa de la manera en que lo hace	0,32	
	(2) Las interpretaciones que hago de mis experiencias son sin duda correctas		0,69
	(13) Puedo confiar en mi propio juicio siempre		0,64
	(7) Si siento que algo es correcto significa que es correcto		0,60
	(9) Conozco mejor que nadie cuáles son mis problemas		0,52
	(11) No puedo fiarme de lo que opinan los demás sobre mis experiencias	0,32	0,50
	(10) Cuando los demás no están de acuerdo conmigo, normalmente están equivocados		0,47
	(3) Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras		
	% Varianza	17,79	13,30

sem v. 0.9.11²⁵ por R v. 2.6.1²⁶. Análisis de componentes principales con rotación varimax fue aplicado para la obtención de las dimensiones de la escala. Se realizaron coeficientes de alfa de Cronbach para el análisis de la consistencia interna.

Se hallaron coeficientes de correlación intraclase para la obtención de la fiabilidad test-retest. Los estadísticos des-

criptivos fueron calculados mediante medias y desviación estándar previo cálculo de la normalidad de las dimensiones mediante el test de Shapiro-Wilk. Se realizó contraste de medias para muestras independientes para las diferencias entre los grupos de pacientes así como correlación de Pearson para el cálculo de la relación entre el EICB y el ítem 12 de la PANSS. Por su parte se dividió la muestra en dos grupos

Tabla 4		Diferencias en escalas EICB por grupo por encima (e igual) y por debajo de la media en escala PANSS				
PUNTUACIÓN PANSS		N	M (sd)			
			R	C	I-C	
Positivo	≥	53	15,22 (5,23)	10,07 (3,65)	5,15 (6,61)	
	<	76	15,06 (4,31)	7,90 (3,50)	7,15 (5,89)	
	<i>p</i>		0,849	0,001	0,073	
Negativo	≥	63	14,49 (4,71)	8,96 (3,84)	5,52 (5,99)	
	<	66	15,74 (4,63)	8,63 (3,60)	7,10 (6,44)	
	<i>p</i>		0,131	0,614	0,152	
Psicopatología General	≥	63	14,76 (5,12)	9,68 (3,70)	5,07 (6,28)	
	<	66	15,48 (4,25)	7,95 (3,54)	7,53 (6,02)	
	<i>p</i>		0,384	0,008	0,026	
TOTAL	≥	63	14,69 (5,25)	9,87 (3,88)	4,82 (6,67)	
	<	66	15,54 (4,08)	7,77 (3,25)	7,77 (5,49)	
	<i>p</i>		0,307	0,001	0,007	

En negrita valores *p* significativos

de pacientes en función de las dimensiones de la PANSS, entre los que puntuaron igual o por encima de la media y los que puntuaron por debajo, comparándose según la escala EICB, mediante *t* de student. Todos los análisis se han realizado con el paquete estadístico SPSS (v.13).

RESULTADOS

Descriptivos y validez discriminante de la versión española del EICB

Un análisis mediante el test de Shapiro-Wilk en la muestra implicó que las dimensiones R, C y R-C (con $p=0,149$, $p=0,312$ y $p=0,436$, respectivamente) se distribuía según una tendencia normal. La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos para la muestra total de participantes, para el grupo de pacientes en Unidad de Agudos y el grupo evaluado en el CSM. El grupo total de participantes puntuaron en la escala de auto-reflexión y auto-certeza una media de 15,13 ($dt=4,69$) y 8,79 ($dt=3,71$), respectivamente. Por su parte, el Índice R-C la media fue de 6,33 ($dt=6,25$). La correlación entre R y C fue de $-0,094$ no significativa. En las dimensiones EICB, los pacientes ingresados muestran, significativamente, mayor puntuación en auto-certeza y menor en Auto-Reflexión y el Índice R-C, que los pacientes no-ingresados.

Estudio de la fiabilidad

Por su parte, la consistencia interna para auto-reflexión fue de 0,59 mientras que para auto-certeza fue de 0,62. En cuanto a la fiabilidad test-rest los coeficientes de correlación intraclase mostraron valores de 0,69 para R, 0,72 para C y 0,70 para IC.

Estudio de la validez de constructo (análisis factorial confirmatorio y análisis de componentes principales).

El AFC sugirió que el modelo no ajustaba los datos convenientemente: $\chi^2=117,36$, $df=105$, $p=0,028$, χ^2/df ratio 1,12, CFI=0,85, SRMR=0,088. Dado este pobre ajuste, se realizó un análisis de componentes principales exploratorio. Para verificar las propiedades psicométricas de la versión adaptada al español de la EICB hemos realizado los mismos análisis que los autores originales del instrumento, como mejor manera de testar la convergencia de resultados. Así, se ha realizado un análisis de componentes principales obteniéndose cinco componentes con autovalores superiores a 1, en concreto, 2,66, 1,99, 1,47, 1,22 y 1,03. Sin embargo, una inspección de los autovalores implicaría que la escala estaría constituida por una estructura más simple por lo que dos componentes fueron obtenidos y aplicada una rotación varimax (Tabla 3). Se obtuvo un primer componente o dimensión formado por los ítems 1, 4, 5, 6, 8, 12, 14 y 15 y un segundo en el que se

incluyeron los ítems 2, 7, 9, 10, 11 y 13. Uno de los quince ítems, el 3 de Auto-reflexión, tuvo una saturación $<0,30$ en su componente.

Estudio de la Validez convergente

Este trabajo no tuvo como objetivo principal realizar una exhaustiva validación convergente de la escala de Beck. Sin embargo, hemos utilizado el ítem 12 de ausencia de *insight* de la escala PANSS como medida convergente del auto-conocimiento. Así, *insight* correlaciona con AR, AC y el Índice R-C, $-0,35$, $0,42$ y $-0,51$ ($p=0,000$), respectivamente.

Diferencias en EICB según las dimensiones en la PANSS

Los resultados sobre las diferencias en EICB según el nivel de síntomas medidos con la PANSS, analizados en la muestra de participantes total, se muestran en la Tabla 4. Dividida la muestra en función de si los síntomas de los pacientes estaban igual o por encima de la media y por debajo observamos que existen diferencias en la dimensión positiva, de psicopatología general y total, donde a mayor sintomatología mayor puntuación en auto-confianza. Por su parte a menor psicopatología general y total, mayor *insight* cognitivo.

DISCUSIÓN

El principal propósito de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck y colaboradores⁶ en una muestra de pacientes con esquizofrenia. Obtener datos semejantes a los hallados con la versión americana implicaría un primer indicador de una buena adaptación lingüística y cultural de los ítems a nuestro medio.

En cuanto a la replicación de la estructura dimensional de la escala, el análisis de componentes agrupó los ítems en dos dimensiones reconocibles como auto-reflexión y auto-certeza, en una muestra heterogénea de pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Una afirmación mostró correlaciones inferiores a $0,30$ (el ítem 3 "*Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras*") de la dimensión de auto-reflexión. Un estudio realizado por Pedrelli et al.¹³ en pacientes psicóticos mostró, precisamente en el ítem 3, un escaso peso en su dimensión. Igualmente, en el estudio con la versión coreana¹⁰, el ítem 3 tuvo una saturación baja. Por su parte, las saturaciones de factores en nuestra muestra fueron similares cuando fueron analizados en población normal en otros estudios^{12, 27}.

Los resultados obtenidos en cuanto a la fiabilidad aunque bajos, son similares a los obtenidos con la versión ori-

ginal del instrumento⁶. Así, Pedrelli et al.¹³ obtuvieron con pacientes psicóticos valores entre $0,66$ en Auto-reflexión y $0,55$ en Auto-certeza. Se encontraron valores más altos cuando la escala fue aplicada en una muestra de 150 pacientes psicóticos, con trastorno depresivo mayor y bipolar con $0,73$ para Auto-reflexión y $0,70$ para Auto-certeza²⁸. La versión francesa aplicada a pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo tuvo una fiabilidad mayor a la nuestra⁹. Engh et al.⁸ también obtuvieron valores más altos tanto en pacientes con esquizofrenia, como en trastorno bipolar y en controles. Con participantes esquizofrénicos, esquizoafectivos y otras psicosis se hallaron valores más bajos de $0,64$ en R¹⁰. En este sentido, Beck et al.⁶ asumen como adecuados estos valores de fiabilidad y los atribuyen al número de ítems (<10). Aunque con valores menores al valor de $0,70$ recomendado por algunos autores²⁹, estos índices podrían ser aceptables para propósitos de investigación^{30, 31}. Otra explicación para los valores de fiabilidad obtenidos podría tener que ver con una cuestión inherente al tema estudiado. Los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades en el procesamiento de la información y de concentración, lo que podría estar sesgando la respuesta al cuestionario. De hecho, algunos de los estudios en donde los valores son más elevados fueron obtenidos cuando se incluyó pacientes con menor deterioro cognitivo como son los pacientes con depresión y trastorno bipolar²⁸ o estudiantes universitarios¹². Por su parte, los valores de fiabilidad test-retest de nuestro estudio se encuentran entre los considerados aceptables.

Los estadísticos descriptivos de la versión española tienden a ser ligeramente más elevados a los encontrados con pacientes esquizofrénicos⁶. Tendencia que se repite cuando los pacientes fueron esquizofrénicos ancianos¹³ o participantes no pacientes³². Nuestros resultados son parecidos a los obtenidos en pacientes con esquizofrenia tanto en aquellos con síntomas psicóticos como en los que no los tenían en el momento de la evaluación¹¹, con puntuaciones en las tres dimensiones de la EICB más elevadas y parecidas a las nuestras. Igualmente pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar obtienen puntuaciones muy cercanas a las nuestras^{8, 33}, así como en el estudio con la versión francesa de la escala realizado con pacientes con esquizofrenia y esquizoafectivos que vivían de forma independiente⁹. Por su parte, se han obtenido valores algo más bajos en las muestras de pacientes con un primer episodio psicótico con delirios activos y con delirios no activos, en lo relativo a la dimensión de auto-reflexión y el índice compuesto³⁴. Con la versión japonesa se han encontrado valores más bajos en todas las dimensiones¹². Las tres medidas de la EICB mostraron una tendencia a la distribución normal. Esto implica que el *insight* no es una variable o, si se prefiere, síntoma (o estado mental) que pueda ser descrito como presente o ausente, sino más bien parece que el auto-conocimiento tendría un carácter de continuidad o dimensionalidad.

La validez convergente de una escala es la relación que muestra con un instrumento ampliamente consensuado en el constructo en cuestión. Para comprobar este aspecto la escala EICB se relacionó con una medida sencilla y muy utilizada entre los clínicos que trabajan o investigan en esquizofrenia. Los resultados implicaron una correlación en sentido negativo entre el ítem 12 de la PANSS y la dimensión de auto-reflexión y el Índice Cognitivo, esto es, cuanto menor *insight* cognitivo muestra un paciente mayor ausencia de auto-conocimiento o *insight*. Asociación significativa y esperada que se repite con auto-certeza, esto es, a mayor confianza de que el delirio es real mayor pérdida de *insight*. El mismo patrón de vínculos con la versión francesa de la escala de Beck se repite en lo referente a las relaciones con el ítem 12 o ausencia de *insight* de la PANSS⁹. Lepage et al.³⁵ (2008) obtiene una menor puntuación en IC cuanto mayor es la ausencia de *insight* en el ítem 12.

En cuanto a la relación de la escala de Beck con las dimensiones de la PANSS es preciso hacer notar que los síntomas positivos se relacionan como era de esperar con auto-certeza, esto es, con tener mayores dificultades para realizar un distanciamiento o crítica, resultado similar al encontrado con la versión turca de la EICB¹¹. Sin embargo, estos autores también hallaron una menor auto-reflexión e índice de *insight* cognitivo en pacientes con más síntomas positivos. La asociación entre síntomas positivos y auto-certeza fue la misma a la encontrada por Pedrelli et al.¹³, donde además obtuvieron una relación con los síntomas negativos. Por su parte, la suma total de la PANSS y la dimensión general implicaron una mayor auto-certeza y un menor índice compuesto de *insight* cognitivo. Estos vínculos se repiten con el ítem 12 implicando que cuanto menos *insight* medido por la PANSS menor es la auto-reflexión y el *insight* cognitivo y mayor la auto-certeza. Similares resultados en Auto-reflexión y Auto-certeza, aunque menores, se obtuvieron con pacientes esquizofrénicos pero no con trastorno bipolar, donde la relación no fue significativa⁸. Favrod et al.⁹ no obtienen relaciones con las dimensiones de la PANSS. En un reciente estudio con pacientes esquizofrénicos la variable auto-certeza vendría explicada por una medida neuropsicológica de aprendizaje verbal después de controlar síntomas depresivos y positivos³⁶. Por su parte, en un estudio longitudinal con dos mediciones en esquizofrenia, se obtuvieron relaciones estables entre una mayor Auto-certeza y síntomas cognitivos³⁷.

En conclusión, los resultados en cuanto a propiedades psicométricas y validación de la versión española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en participantes esquizofrénicos, garantizan que este instrumento se pueda utilizar como medida del Insight Cognitivo en lengua española. Disponer de un escala validada al español de estas características facilitará que el clínico pueda tener más información, en el momento del diagnóstico y en la planificación del tratamiento sobre los procesos cognitivos de los que dispone el paciente para analizar y reflexionar sobre sus síntomas.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio tuvo apoyo del Ministerio de Sanidad, Instituto San Carlos III, beca PI060857, CIBERSAM. Queremos reconocer la asistencia y contribución de la Fundación SENY para impulsar este trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko, JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science* 1973;182:1275-8.
2. Amador XF, Straus DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991;17 (1):113-32.
3. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor M, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine.* 1998;28:437-46.
4. Domínguez Panchón AI, Marková IS, Berrios GE, Bulbena Vilarrasa A. Evaluación del insight en la psicosis. En: Bulbena Vilarrasa A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa Palacios P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* 1 ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 137-51.
5. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin in Psychiatry.* 2007;20(6):619-25.
6. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2004;68(2-3):319-29.
7. Mak WWS, Wu CFM. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2006;57:1800-2.
8. Engh JA, Friis S, Birkenaes AB, Jónsdóttir H, Ringen PA, Ruud T, et al. Measuring cognitive insight in schizophrenia and bipolar disorder: a comparative study. *BMC Psychiatry.* 2007; Dec 11;7:71.
9. Favrod J, Zimmermann G, Raffard S, Pomini V, Khazaal Y. The Beck Cognitive Insight Scale in outpatients with psychotic disorders: Further evidence from a French-speaking sample. *Can J Psychiatry.* 2008;53(11):783-7.
10. Kim HJ, Jhin HK, Chung EK, Chang DW, Lee J-I. Cross-cultural validation of the Beck Cognitive Insight Scale in Korean. *Psychiatry Invest.* 2007;4:109-15.
11. Bora E, Erkan A, Kayahan B, Veznedaroglu B. Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosciences.* 2007;61(6):634-9.
12. Uchida T, Matsumoto K, Kikuchi A, Miyakoshi T, Ito F, Ueno T, et al. Psychometric properties of the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale: Relation of cognitive insight to clinical insight. *Psychiatry and Clin Neurosciences.* 2009;63:291-7.
13. Pedrelli P, McQuaid JR, Granholm E, Patterson TL, McClure F, Beck AT, et al. Measuring cognitive insight in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2004;71(2-3):297-305.
14. Tranulis C, Lapage M, Malla A. Insight in first episode psychosis: who is measuring what?. *Early Interv Psychiatry.* 2008; 2:34-41.
15. Martin JM, Warman DM, Lysaker PH. Cognitive insight in non-psychiatric individuals and individuals with psychosis: an examination using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2010 Aug;121(1-3):39-45.
16. Kao Y-C, liu Y-P. The Beck Cognitive insight Scale (EICB): translation and validation of the Taiwanese version. *BMC*

- Psychiatry. 2010;10-27.
17. Riggs SE, Grant PM, Perivoliotis D, Beck AT. Assessment of Cognitive Insight: A qualitative review. *Schizophr Bull.* 2010 Aug 6. doi:10.1093/schbul/sbq085
 18. Ruiz-Parra E, González-Torres MA, Eguiluz I, de la Sierra E, Trojaola B, Catalán A, Basurto-PGIP. Un abordaje manualizado de psicoterapia grupal integradora en psicosis *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38(2):72-86.
 19. Alonso J, Antó JM. Instrumentos de calidad de vida relacionadas con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. *Quaderns CAPS.* 1990;14:16-24.
 20. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Bosi-Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000; 25:3186-91.
 21. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology.* 2004;126: S124-8.
 22. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. The positive and negative symptom scale (PANSS). Rating manual. *Soc Behav Sci Documents.* 1986;17:28-9.
 23. Peralta V, Cuesta M. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANNS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1994;22(4):171-7.
 24. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*, fifth ed. Boston: Allyn and Bacon, 2007.
 25. Fox J. *Sem: Structural Equation Models.* R package version 0.9-11. <http://www.r-project.org> 2007.
 26. R Development Core Team. *R: A language and environment for statistical computing.* Vienna: R Foundation for Statistical Computing 2008. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.
 27. Warman DM, Dunahue S, Martin JM, Beck AT. An investigation of the Beck Cognitive Insight Scale in the general population. Poster presented at the 38th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA, 2004, November.
 28. Colis MJ, Steer RA, Beck AT. Cognitive Insight in Inpatients with Psychotic, Bipolar, and Major Depressive Disorders. *Psychopathol Behav Assess.* 2006;28(4):244-9.
 29. Nunnally JC. *Psychometric Theory.* New York: McGraw-Hill, 1978.
 30. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol.* 1993;78:98-104.
 31. Holden RR, Fekken GC, Cotton DHG. Assessing psychopathology using structured test-item response latencies. *Psychol Assess.* 1991;3:111-8.
 32. Warman DM, Martin JM. Cognitive insight and delusion proneness: An investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2006;84 (2-3):297-304.
 33. Engh JA, Friis S, Birkenaes AB, Jónsdóttir H, Klungsøyr O, Ringen P, et al. Delusions are associated with poor cognitive insight in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009 Jan 27.
 34. Buchy L, Czechowska Y, Chochol C, Malla A, Joobor R, Pruessner J, et al. Toward a Model of Cognitive Insight in First-Episode Psychosis: Verbal Memory and Hippocampal Structure. *Schizophr Bull.* 2009 Apr 3.
 35. Lepage M, Buchy L, Bodnar M, Bertrand MC, Joobor R, Malla, A. Cognitive insight and verbal memory in first episode of psychosis. *Eur Psychiatry.* 2008;23(5):368-74.
 36. Engh JA, Sundet K, Simonsen C, Vaskinn A, Lagerberg TV, Opjordsmoen S, et al. Verbal learning contributes to cognitive insight in schizophrenia independently of affective and psychotic symptoms. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Jun 1;35(4):1059-63. Epub 2011 Mar 15.
 37. Lysaker PH, Olesek KL, Warman DM, Martin JM, Salzman AK, Nicolò G, et al. Metacognition in schizophrenia: Correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity. *Psychiatry Res.* 2010 Aug 7.