

Los predictores de “*insight*” con respecto a la enfermedad mental entre los pacientes psicóticos y no psicóticos

Andrea Lang, Dr.
Gerlinde Berghofer, Dr.
Anita Kager, MA
Egbert Steiner
Margot Schmitz, Dr.
Friedrich Schmidl, Dr.
Stephan Rudas, MD

Servicios Comunitarios de Salud Mental, Viena
AUSTRIA

RESUMEN – El propósito de este estudio fue 1) Crear un índice de “*insight*” en relación con la enfermedad mental 2) Examinar los predictores de “*insight*” entre una muestra regional representativa compuesta por 418 pacientes.

El “*insight*” se definió mediante un índice basado en tres cuestiones. Además de estas cuestiones fue tenida en cuenta la estimación hecha por el entrevistador utilizando así mismo un índice. Un buen “*insight*” o uno “moderado” estaba asociado con una edad joven, estado civil de casado o bien de “conviviente”, la existencia de confidente íntimo, el diagnóstico de un trastorno afectivo, de uno ansioso o bien de un trastorno de adaptación, así como de dependencias al alcohol o a otras drogas, baja gravedad de la enfermedad, baja edad del primer tratamiento, alta validación del tratamiento y pocas admisiones durante el periodo de estudio. Utilizando el análisis discriminante se consiguió una clasificación grupal correcta en el 44% del total de pacientes.

El índice parece ser una medida rápida y aceptable que puede encontrar aplicación como método para medir los diferentes niveles de “*insight*”.

Introducción

Hace ya algunos años los expertos asumieron que el *insight* con respecto a la enfermedad constituye una dicotomía variable correspondiendo al *todo o nada* (Van Putten *et al.*

1976, Lin *et al.* 1979, Heinrichs *et al.* 1985). Posteriormente las investigaciones detectaron que el *insight* comprende una variedad de fenómenos basados en diferentes dimensiones (Wciorka 1988, Greenfield *et al.* 1989, David, *et al.* 1990, Amador *et al.* 1991, 1993) y desarrollados en una escala denominada “Scale

to Asses Unawareness of Mental Health (SUMD). La SUMD incluye las siguientes dimensiones: Conocimiento de la enfermedad, necesidad de tratamiento médico, conocimiento acerca de las consecuencias sociales de las enfermedades mentales, y conocimiento y atribución de signos específicos.

Los resultados de los estudios sobre el *insight* no pueden ser comparados entre sí debido al número tan heterogéneo de instrumentos basados en diferentes conceptualizaciones. Algunos estudios han hallado que el funcionamiento social y el *insight* se encuentran asociados positivamente (Soskis y Bowers 1969, Lysker y Bell 1994, Peralta y Cuesta 1994). McGlashan y Carpenter en 1981 mostraron como el *insight* correlaciona con el tamaño de la red social. Fennig *et al.* (1996) encontraron que el *insight* correlaciona con el estado civil de casado y que los pacientes esquizofrénicos muestran un menor *insight* que las personas que padecen de trastorno bipolar, depresión mayor u otros trastornos psicóticos. Carpenter *et al.* (1973) demostraron que el 81% del total de los esquizofrénicos carecían de *insight*. David *et al.* (1992) enfatizaron en el sentido de que no eran solo los esquizofrénicos los que poseían un pobre *insight*. Amador *et al.* (1994) también señalaron que las dimensiones del *insight* de los pacientes con trastorno bipolar eran más bajos al compararlos con los de otros grupos diagnósticos. En la literatura la relación entre *insight* e impresión clínica global permanece todavía oscura. Los estudios presentan en este sentido resultados inconsistentes. Amador *et al.* (1991), por ejemplo, señalaron cómo la mayoría de los estudios realizados nunca han examinado la asociación entre psicopatología y nivel de *insight*. (ver Bartko *et al.* 1988, McEvoy *et al.* 1989^a 1993). Posteriormente Amador *et al.* han encontrado cómo el *insight* correlaciona significativa y positivamente con la

gravedad de la psicopatología, aunque la correlación no fue significativa cuando el diagnóstico se revaluó más estrictamente de nuevo. David *et al.* (1992) observaron que la medida total del *insight* correlaciona inversamente y moderadamente con la medida global de la psicopatología.

El cumplimiento del tratamiento está asociado positivamente con el *insight* en los enfermos de esquizofrenia (Lin *et al.* 1979, Bartko *et al.* 1988, McEvoy *et al.* 1989^a, 1989b, Lysaker y Bell 1994), mientras que entre los pacientes hospitalizados McEvoy *et al.* (1989b) no encuentra que el cumplimiento con la medicación sea un buen predictor del *insight*. Ellos señalan como incluso una modesta correlación inversa entre el cumplimiento del tratamiento y el *insight*. Considerando el alta del paciente algunos autores han investigado la asociación positiva con el *insight* (Lin *et al.* 1979, McGlashan y Carpenter 1981, Heinrichs *et al.* 1985, Bartko *et al.* 1988, McEvoy *et al.* 1989b). No obstante, algunas de las más tempranas investigaciones parecen no confirmar estos hallazgos (Eskey 1958, Van Putten *et al.* 1976). Los pacientes con cortas evoluciones de su enfermedad y bajos niveles de *insight* tuvieron un mayor riesgo de ser rehospitalizados (McEvoy *et al.* 1993) pero para otros autores el *insight* no parece ser predictor de nuevas admisiones (Lysaker y Bell 1994).

Metodología

Sujetos

Hace más de veinte años, en el curso de una reforma psiquiátrica, en Viena, Austria, se organizó un sistema de asistencia y cuidados de carácter comunitario, sectorizado y coordinado (Rudas 1990). En el mes de

abril de 1980 se abrió el primero de ocho centros regionales de salud mental. Cada uno de estos ocho se encargaron de un área que comprendía a una población en torno a los 147.000 a 235.000 habitantes.

Los individuos del estudio que nos ocupan eran pacientes externos de cuatro de esos centros comunitarios de salud mental, y también pacientes hospitalizados en dos Unidades, una de ellas en un hospital general, y la otra en un hospital psiquiátrico. La inclusión de paciente comenzó en el mes de enero de 1995 y terminó en abril de 1996. Los criterios de exclusión fueron: no tener voluntad de participar, psicosis muy florida, demencia, deficiencia intelectual e insuficiente conocimiento del idioma alemán. La muestra tuvo en cuenta a pacientes que realizaron el primer contacto con la Institución y a pacientes de larga evolución (que significa que la duración del tratamiento como pacientes externos había sido de más de tres meses, y que los pacientes internados de larga evolución habían realizado al menos dos admisiones o ingresos).

La muestra total estaba formada por 448 pacientes. De ellos un total de 23 enfermos no se incluyeron porque no terminaron la primera entrevista. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes incluidos y los excluidos en términos como sus características demográficas y clínicas. La población final del estudio quedó compuesta por un total de 425 pacientes. Todos ellos dieron su consentimiento escrito a la entrevista. Al comienzo de la investigación 165 (39%) se hallaban hospitalizados, 202 (48%) eran pacientes de primer contacto con ellos y 223 (52%) eran pacientes de larga evolución. La inclusión de estos últimos se realizó randomizados en seis días. A los pacientes de primer contacto se les preguntó si querían participar en la secuencia de su aparición durante el periodo de inclusión del estudio.

Instrumentos y colección de los datos

Se construyó una entrevista semi-estandarizada que recoge las características demográficas y clínicas, así como las informaciones relacionadas con los tratamientos. El status clínico de los pacientes y sus condiciones en cuanto a sus habilidades se recogieron mediante la *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF), que es una revisión de la GAS (Endicott *et al.* 1976) y de la CGAS (Shaffer *et al.* 1978). La gravedad general del paciente se midió mediante la *Clinical Global Impresión Scale* (CGI) (National Institute of Mental Health 1976). El nivel de salud mental y física se recogió utilizando una escala visual análoga de 100 mm. El pronóstico se consideró como pesimista cuando la diferencia era menor de 10 puntos, cero o negativa. Fueron éstas aplicadas por clínicos y auto-aplicadas por los propios pacientes.

Para este estudio se desarrolló un nuevo índice para la medición del *insight* en relación con la enfermedad mental, basado éste en cuatro ítems. A cada uno de los ítems se les asignó un punto: si el paciente estaba de acuerdo en el hecho de sentirse enfermo, si el paciente era capaz de nominar el diagnóstico correcto y/o los síntomas, si el paciente tenía al menos una expectativa terapéutica. En relación con las expectativas terapéuticas, se les preguntaba a los pacientes si ellos sentían que sus síntomas, su situación laboral, su situación en cuanto al hogar, contactos sociales, quehaceres domésticos diarios, así como la estabilidad de su estado de salud había mejorado en relación con el tratamiento. Adicionalmente, la importancia de las expectativas en cuanto al tratamiento fueron evaluadas dándoles el peso de un punto, solamente cuando el paciente entrevistado considerase estas expectativas terapéuticas como importantes o tal vez impor-

tantes. Además se asignó un punto en el caso de que el entrevistador valorase al paciente como que posee *insight*.

De acuerdo con la suma de puntos se definieron cuatro niveles de *insight*: *buen insight* (4 puntos), *insight moderado* (3 puntos), *pobre insight* (2 puntos) y *muy pobre insight* (1 punto o 0 puntos).

Los entrevistadores fueron psicólogos que tenían suficiente experiencia en el trabajo con pacientes psiquiátricos. Por otro lado los entrevistadores se mantuvieron independientes de los tratamientos seguidos por los pacientes. Antes del estudio los entrevistadores pasaron con éxito por la debida calibración de sus valoraciones. El trabajo estadístico se llevó a cabo utilizando el paquete

Tabla I
Rasgos demográficos (N=418)

Características	n	%
Edad		
media (años)	44,0	15,2 (SD)
Sexo		
hombre	222	53
mujer	196	47
Estado civil		
soltero	167	40
casado/cohabitante	109	26
divorciado/separado	117	28
viudo	25	6
Empleo		
sí	92	22
no	325	78
Educación profesional		
terminada	276	66
no terminada	142	34
Diagnóstico (DSM-IV)		
trastornos orgánicos	19	5
dependencia a alcohol o drogas	80	19
trastornos esquizofrénicos	168	40
trastornos del humor	53	13
trastornos de ansiedad de adaptación	62	15
trastornos de personalidad	34	8
Admisiones previas		
0	140	34
1	68	16
2-5	122	29
6 y más	88	21
Duración enfermedad		
media (años)	8,8	10,9 (SD)
<i>Insight</i>		
muy pobre	67	16
pobre	81	19
moderado	133	32
bueno	137	33
<i>Insight</i> de pacientes no psicóticos		
muy pobre	20	12
pobre	24	15
moderado	66	41
bueno	51	32

estadístico SPSS 6.1.3. Los datos fueron analizados utilizando los tests ANOVA de una vía y Chi cuadrado. El análisis discriminante se realizó con el fin de determinar las características del paciente relacionadas con el *insight* en relación con la enfermedad.

Resultados

Aspectos demográficos

Siete pacientes de entre el total de la muestra fueron clasificados como “no enfermos” de acuerdo con la escala CGI. Así que del total de la muestra (N = 425) fueron datos válidos los provenientes de 418 personas a fin de proceder a la valoración del *insight*. Las características demográficas de la muestra se presentan en la tabla I.

El 53% de los individuos eran hombres. Los pacientes fueron diagnosticados por los clínicos de acuerdo con los criterios diagnósticos emanados de la DS-IV. Casi la mitad de los pacientes sufrían de esquizofrenia (40%). El 20% no eran realmente pacientes psicóticos, tratándose por ejemplo de trastornos de ansiedad, de adaptación o de dependencias a alcohol o a drogas. La muestra tenía una edad media de 44 años con un SD de 15,2 años. El 40% eran solteros. Más de la tercera parte (34%) de todos ellos no habían terminado su formación educativa profesional y el 78% se hallaban en situación de desempleo. La duración de la enfermedad en el 37% de los casos había sido de dos años, y en el 31% la duración era mucho mayor, de más de 10 años. El 34% de los pacientes nunca había sido hospitalizado, el 16% había hecho únicamente un ingreso, el 29% había hecho de dos a cinco ingresos, y el 21% del total había tenido más de seis ingresos. La mayor parte de los pacientes (65%) mostraron un moderado o un buen *insight*. Veinte pacientes

(12%) de la muestra “no psicótica” (N = 161) mostraron poseer “muy pobre *insight*”.

Características demográficas, anamnésticas y del tratamiento, niveles de “*insight*”

La distribución demográfica y las características propias de la anamnesis correspondientes a los cuatro niveles del *insight* aparecen presentadas en las tablas II y III.

Los resultados obtenidos muestran la no existencia de asociación entre el *insight* y la pertenencia a un sexo determinado (tabla II). Los pacientes más jóvenes en el periodo de estudio y cuando utilizaron los cuidados psiquiátricos por vez primera, mostraron de modo significativo mayor *insight* que los mayores de edad (tabla III). El estado civil y/o el poseer un confidente íntimo fue discriminativo para los dos grupos (tabla II). El estado civil casado/cohabitante estaba fuertemente correlacionado con un “moderado *insight*” (tabla II). Los pacientes viudos mostraron de modo significativo más a menudo “muy pobre *insight*”. Los pacientes con “muy pobre *insight*” generalmente no poseían confidentes íntimos (tabla II). Los pacientes con esquizofrenia o con trastornos de tipo orgánico demostraron básicamente “pobre *insight*” (tabla II). Las personas que padecían de dependencias al alcohol o a drogas mostraron de modo significativo más a menudo “*insight* moderado”. La apariencia de un “buen *insight*” fue más alta entre los pacientes con trastornos de tipo afectivo, ansioso o de adaptación. Los pacientes cuya gravedad de su enfermedad medida mediante la CGI, fue evaluada como incierta o no importante, mostraron significativamente más a menudo “*insight* moderado” o “bueno” (tabla II). “Muy pobre *insight*” se asociaba con alto nivel de salud física y mental auto-evaluada por el propio paciente (tabla III). El funcionamiento global

Tabla II
Asociación entre el *Insight* y las características demográficas y anamnésticas

Variable	Muy pobre <i>Insight</i> n = 67 %	Pobre <i>Insight</i> n = 81 %	Moderado <i>Insight</i> n = 133 %	Bueno <i>Insight</i> n = 137 %	χ^2 -test	df	signo valor de la p*
Sexo							
hombre	55	48	59	49	$\chi^2 = 4,0$	3	n.s.
mujer	45	52	41	51			
Estado civil							
soltero	35	45	41	39	$\chi^2 = 35,1$	9	<,001
casado/cohabitante	12	25	33	28			
divorciado/separado	33	26	24	29			
viudo	20	4	2	4			
Confidente íntimo							
sí	73	77	86	88	$\chi^2 = 9,5$	3	,023
no	27	23	14	12			
Diagnostico (DSM)							
trastornos orgánicos	9	7	3	2	$\chi^2 = 33,7$	15	,004
dependencia a alcohol o drogas	16	15	28	15			
trastornos esquizofrénicos	51	52	32	37			
trastornos del humor	6	12	12	18			
trastornos de ansiedad de adaptación	5	8	20	20			
trastornos de personalidad	13	6	7	8			
Gravedad de la enfermedad (CGI)							
incierto	6	3	9	2	$\chi^2 = 28,7$	15	,017
ligero	6	5	6	16			
moderado	16	28	28	20			
definitely	46	44	38	41			
grave/extremo	26	20	19	21			
Resultado** (autoevaluado por el paciente)							
optimista	70	73	72	75	$\chi^2 = ,59$	3	n.s.
pesimista	30	27	28	25			
Resultado** (evaluado por el clínico)							
optimista	28	41	36	40	$\chi^2 = 3,2$	3	n.s.
pesimista	72	59	64	60			

Valor de la p* para los diferentes subgrupos.

n.s.: no significativo.

Resultado** (expectativas en un año: estado de la salud física y mental).

(GAF) (tabla III), el nivel de salud física y mental evaluada por el clínico (tabla III) y el optimismo (pesimismo) de los pacientes y los clínicos en relación con el alta del paciente (tabla II) no parecieron tener influencia.

La distribución de los factores relacionados con el tratamiento seguido teniendo en cuenta los cuatro niveles del *insight*, aparecen en la tabla IV.

El tiempo y duración del contacto habido (primer contacto o largos contactos en relación con los servicios seleccionados), el cumplimiento terapéutico, la duración del tratamiento y las admisiones previas no mostraron influencia en cuanto a los cuatro niveles del *insight* de los pacientes. No obstante ello, los pacientes con "pobre *insight*" de forma significativa realizaron más a menudo al menos un ingreso a lo largo de la duración

Tabla III
Asociaciones entre “*insight*”, características demográficas, autonomía (GAF) y salud física y mental

Variable	Muy pobre <i>Insight</i> n = 67		Pobre <i>Insight</i> n = 81		Moderado <i>Insight</i> n = 133		Buen <i>Insight</i> n = 137		Valor de la p*
	media	SD	media	SD	media	SD	media	SD	
Edad en el periodo del estudio	50,1	19,7	45,8	16,6	42,2	12,2	41,8	13,6	< ,001
Edad en el primer tratamiento	40,2	21,2	37,0	15,9	32,8	13,2	32,7	15,6	,004
Funcionamiento global (GAF)	46,9	16,0	49,7	15,9	52,8	16,7	49,7	15,9	n.s.
Salud (autoevaluada por paciente)	64,8	24,1	59,3	27,9	59,4	23,4	44,5	19,7	< ,001
Salud (evaluada por el clínico)	50,7	19,8	50,3	18,0	54,8	18,3	54,0	19,6	n.s.

Valor de la p* para diferencias entre subgrupos.
La significación se probó con el ANOVA de una vía.
n.s.: no significativo.

Tabla IV
Asociaciones entre el “*insight*” y las variables relacionadas con el tratamiento

Variable	Muy pobre <i>Insight</i> n = 67	Pobre <i>Insight</i> n = 81	Moderado <i>Insight</i> n = 133	Buen <i>Insight</i> n = 137	χ^2 -Test	df	signo valor de la p*
	%	%	%	%			
Contacto							
pacientes en el primer contacto	46	46	45	52	$\chi^2 = 1,5$	3	n.s.
pacientes de larga evolución	54	54	55	48			
Cumplimiento terapéutico							
cumplimiento	94	85	91	94	$\chi^2 = 14,8$	12	n.s.
no cumplimiento		6	15	9			
Duración del tratamiento							
< 2 años	39	39	30	34	$\chi^2 = 7,6$	12	n.s.
2-5 años	16	16	22	22			
6-10 años	13	16	12	16			
>10 años	32	29	36	28			
Admisiones previas							
0	30	32	34	36	$\chi^2 = 4,1$	9	n.s.
1	16	15	16	17			
2-5	26	35	29	28			
6 o más	28	18	21	19			
Admisiones durante el estudio							
0	50	42	70	58	$\chi^2 = 10,4$	3	,015
1 o más	50	58	30	42			
Coste del tratamiento							
0-100 öS	67	62	41	38	$\chi^2 = 22,9$	6	<,001
101-500 öS	20	30	35	41			
>500 öS	13	8	24	21			

Valor de la p* para diferencias entre subgrupos.
n.s.: no significativo.

de esta investigación. Los pacientes con “*insight* moderado” o “bueno” valoraron su tratamiento de forma más alta al compararlos con aquellos otros pacientes que ofrecían “muy pobre *insight*” o “pobre *insight*”.

Mediante el análisis discriminante (los datos no aparecen en la tabla) los siguientes factores fueron utilizados como variables dependientes: edad, sexo, estado civil, confidente íntimo, edad en el inicio del primer tratamiento, diagnóstico, CGI, GAF, cumplimiento terapéutico, tipo de asistencia (ambulatoria o en régimen de hospitalización), estado de salud auto-evaluado por el propio paciente, estado de salud evaluada por el clínico, optimismo en relación con el alta, primer contacto/larga evolución del paciente, validación del tratamiento y efectos secundarios de la medicación. El *insight* con relación a la enfermedad padecida fue utilizado como la variable de clase. De acuerdo con el análisis se dieron tres coeficientes discriminantes, tales como la edad (Wilk’s lambda 0,83, $p < 0,001$), estado de salud física y mental auto-evaluada (Wilk’s lambda 0,89, $p < 0,001$, y validación del tratamiento (Wilk’s lambda 0,79, $p < 0,001$) diferenciaron de modo significativo los cuatro grupos de *insight*. Se consiguió así una clasificación agrupada de modo correcto del 44% en comparación con la selección natural de solo el 25%. El porcentaje de asignación correcta a un grupo fue altamente relacionada con el “buen *insight*” (68%), seguida por “moderado *insight*” (42%) y “pobre *insight*” (27%). Solamente un porcentaje del 15% se asignó al grupo de “muy poco *insight*”.

Discusión

Esta investigación se hizo con el fin de conseguir un índice para la medida del *insight*

con relación a la enfermedad mental. De forma especial, para los clínicos este índice puede ser interesante debido a la sencillez de su manejo y porque además es muy corto. Adicionalmente, la revisión de la literatura más relevante prueba cómo las dimensiones elegidas (conocimiento de estar enfermo, conocimiento de la enfermedad y sus síntomas, expectativas con respecto al tratamiento, evaluación del *insight* por parte del entrevistador) son válidas para poder llegar a evaluar el *insight*. No obstante ello, los hallazgos necesitan ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones propias del estudio realizado. Son necesarios estudios posteriores para determinar la validez y fiabilidad del índice. Uno de los principales problemas en estas investigaciones es que los resultados no pueden ser comparados con los de otras investigaciones dada la gran cantidad de medidas heterogéneas basadas en muy diferentes conceptualizaciones como existen. Para mejorar la comparabilidad sería necesario un instrumento consensuado para la medida del *insight* que está por desarrollar.

Nosotros hemos encontrado que el *insight* se corresponde con diferentes factores de índole demográfico, anamnéstico y relacionados con los tratamientos seguidos. Este trabajo constituye una contribución significativa para el conocimiento del *insight* dada la magnitud de las muestras estudiadas tanto de pacientes psicóticos como de no-psicóticos. Así el *insight* pobre lo hemos hallado en tres grupos diferentes: 1) En pacientes con pocos contactos sociales, 2) En pacientes con esquizofrenia o con trastornos orgánicos, y 3) En pacientes que consideraban su enfermedad física y mental como menos grave mientras que los clínicos la consideraban más grave.

Por lo que sabemos el *insight* de los pacientes psiquiátricos no-psicóticos no se ha estudiado demasiado. No obstante ello el 12% del total de nuestros pacientes no-psicóticos mos-

traron muy poco *insight*; el 11% de estos pacientes no-psicóticos sufrían de dependencia alcohólica o a otras drogas, el 6% poseían trastornos orgánicos y el 3% sufrían de trastornos de ansiedad o de adaptación. El "muy poco *insight*" se encontró entre los pacientes con trastornos orgánicos. Diferentes estudios han mostrado cómo los esquizofrénicos poseen un pobre *insight* siendo éste causado por la afectación cognitiva concomitante con la enfermedad (Fennig *et al.* 1996, Lysaker y Bell 1994, McEvoy *et al.* 1996). La pérdida de la capacidad cognitiva en el caso de los trastornos orgánicos soporta igualmente esta interpretación. Los pacientes con "muy pobre" o "pobre *insight*" eran significativamente mayores en el momento del primer tratamiento psiquiátrico. Para explicar ello debe ser tenido en cuenta el diagnóstico. Los pacientes con trastornos orgánicos eran a menudo mayores en su primer tratamiento y ellos mostraron menos *insight*. El 55% de los pacientes con esquizofrenia tenían "muy pobre" o "pobre *insight*". La comparación entre todos los diagnósticos demostró como el "pobre *insight*" estaba significativamente asociado con la esquizofrenia (ver también Fennig *et al.* 1996, Carpenter *et al.* 1973). En contraste con Amador *et al.* (1994) nosotros encontramos que el diagnóstico de trastorno del humor se relaciona con un "buen *insight*". En la mayoría de los casos no fue posible entrevistar a los pacientes maníacos. No obstante ello, en el curso de los episodios maníacos el *insight* de los pacientes declina. Son necesarios estudios futuros que se centren en el estudio de los cambios del *insight* de acuerdo con los diferentes estadios de la enfermedad. Los pacientes con dependencias al alcohol o a otras drogas poseían los más altos niveles de *insight*. La motivación terapéutica podría explicar este resultado. La rehabilitación de los pacientes dependientes del alcohol o de las drogas podría fallar en el caso de una falta de motivación al comenzar el pro-

grama de rehabilitación. Es obvio que el *insight* en relación con la enfermedad mental y la motivación terapéutica están asociadas.

Teniendo en cuenta los ingresos o admisiones de los pacientes, nosotros asumimos el hecho de que el *insight* se halla asociado con unos resultados favorables en el curso de los seguimientos de estos enfermos. Esta idea fue verificada y los resultados se hallan confirmados por la literatura (Lin *et al.* 1979, McGlashan y Carpenter 1981, Heinrichs *et al.* 1985, Bartko *et al.* 1988, McEvoy *et al.* 1989b) En contraste con otros (Lysaker y Bell 1994, Bartko *et al.* 1988, Lin *et al.* 1979, McEvoy *et al.* 1989^a, 1989b) no se encontró ninguna asociación entre cumplimiento terapéutico e *insight*. Presumiblemente las respuestas sociales positivas sean la causa de muy diferentes resultados. Solamente el 8% de nuestra muestra randomizada confesó ignorar la medicación prescrita. No obstante otros estudios hablan de cómo el cumplimiento terapéutico se sitúa entre el 25% y el 50% (Boyd *et al.* 1974, Blackwell 1973, Buzón y Dunn 1986, Sackett y Snow 1979).

El análisis discriminante muestra que las edades más jóvenes, los pacientes con baja auto-evaluación de su salud mental y física y con alta valoración de su tratamiento (económico) son predictores de "buen *insight*". No obstante la adaptación del modelo discriminante no es en cierto sentido satisfactorio, sugiriendo que otras variables diferentes puedan diferenciar mejor entre los niveles del *insight* ya que el grupo correcto de clasificación alcanzó solamente al 44% de los pacientes.

Nuestros resultados indican que un pequeño número de pacientes no psicóticos y también algunos de los que padecían de trastornos orgánicos estaban faltos de *insight*. De todos modos el *insight* pobre se hallaba positivamente asociado con el padecimiento de una

enfermedad grave y con ingresos hospitalarios durante el periodo de estudio. El conocimiento de los pacientes acerca de su diagnóstico, psicopatología y resultados deberían ser mejorados. El ánimo, la esperanza y el conocimiento acerca de la enfermedad combinado ello con la lucha frente a los prejuicios negativos podrían influenciar el cumplimiento de los tratamientos, la calidad de vida y en último término pero no lo menos importante el *insight*. Todo ello puede abrir la posibilidad de una mejora en las condiciones de vida de los pacientes con enfermedad mental.

Bibliografía

- AMADOR, X.F., STRAUSS, D.H., YALE, S.A. *et al.* Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 1 13-132, 1991.
- AMADOR, X.F., STRAUSS, D.H., YALE, S.A. *et al.* Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879, 1993.
- AMADOR, X.F., STRAUSS, D.H., YALE, S.A. *et al.* Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836, 1994.
- BARTKO, G., HERCZOG, I., ZADOR, G. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 74-76, 1988.
- BLACKWELL, B. Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry*, 129, 513-531, 1976.
- BOYD, J., COVINGTON, T., STANASZEK, W. Drug defaulting, II: analysis of compliance patterns. *American Journal Hospital Pharmacy*, 31, 485-491, 1974.
- BUSSON, M., DUNN, A. Patients' knowledge about prescribed medicines. *Pharmaceutical Journal*, 236, 624-626, 1986.
- CARPENTER, W.T. Jr., STRAUSS, J.S., BARTKO, J.J. Flexibel systems for the diagnosis of schizophrenia. Report from the World Health Organisation International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*, 182, 1275-1278, 1973.
- COLLINS, A., REMINGTON, G., COULTER, K. *et al.* Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 27, 37-44, 1997.
- CUESTA, M., PERALTA, V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 359-366, 1994.
- DAVID, A.S., BUCHANAN, A., REED, A. *et al.* The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599-602, 1992.
- DAVID, A.S. On insight and psychosis: discussion paper. *The Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 325-329, 1990.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R.L., FLEISS, R.L. *et al.* The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771, 1976.
- ESKEY, A. Insight and prognosis. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 426-429, 1958.
- FENNIG, S., EVERETT, E., BOMET, E.J. *et al.* Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 22, 257-263, 1996.
- GREENFIELD, D., STRAUSS, J.S., BOWERS, M.B. *et al.* Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 245-252, 1989.
- HEINRICHS, D.W., COHEN, B.P., CARPENTER, W.T. Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 133-138, 1985.
- LIN, I.F., SPIGA, R., FORTSCH, W. Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 430-432, 1979.
- LYSAKER, P.H., BELL, M.D. Insight and cognitive impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 656-660, 1994.
- MARKOVÁ, I., BERRIOS, G. Insight in clinical psychiatry revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 5, 367-376, 1995.
- MARKOVÁ, I., BERRIOS, G. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159-164, 1992.
- MCEVOY, J.P., ALAND, J., WILSON, W.H. *et al.* Measuring chronic schizophrenic patients' attitudes toward their illness and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 856-858, 1981.
- MCEVOY, J.P., APPELBAUM, P.S., GELLER, L.J. *et al.* Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 13-17, 1989a.

MCEVOY, J.P., APPERSON, L.J., APPELBAUM, P.S. *et al.* Insight in schizophrenia. Its relationship to acute schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47, 1989b.

MCEVOY, J.P., FRETER, S., MERRIT, M. *et al.* Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 883-884, 1993.

MCEVOY, J.P., HARTMAN, M., GOTTLIEB, D. *et al.* Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 635-641, 1996.

MCGLASHAN, T.H., CARPENTER, W. Jr. Does attitude toward psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry*, 138, 797-801, 1981.

National Institute of Mental Health. 028. CGI Clinical Global Impressions. In: GUY W., BONATO R.R., eds. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* Rev. ed. Rockville, Maryland, 217-222, 1976.

PERALTA, V., CUESTA, M. Lack of insight: Its status within schizophrenic psychopathology. *Society of Biological Psychiatry*, 36, 559-561, 1994.

RUDAS, S. On measuring the changes in psychiatric care systems: results in an urban area (Vienna). *Psychiatric Bulletin*, 14, 262-266, 1990.

SACKETT, D., SNOW, J. The magnitude of compliance and noncompliance. In: HAYNES, R., TAYLOR, D.,

SACKETT, D., eds. *Compliance and Health Care*. Baltimore: Journal Hopkins University Press, 1979.

SHAFFER, D., GOULD, M.S., BRASIC, J., *et al.* Children's Global Assessment Scale [CGAS]. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231, 1978.

SMITH, T.E., HULL, J.W., GOODMAN, M. *et al.* The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 102-108, 1999.

SOSKIS, D.A., BOWERS, M.B. The schizophrenic experience: A follow-up study of attitude and post hospital adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 443-449, 1969.

TOWNSEND, J.M. Cultural conceptions and mental illness: a controlled comparison of Germany and America. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 160, 409-421, 1975.

VAN PUTTEN, T. CRUMPTON, E, YALE C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1443-1446, 1976.

Dirección para correspondencia:
Dr. Andrea Lang
E-mail: psd-quasi@netway.at
Community Mental Health Services
Marianneng. 1/15
A-1090 Vienna
AUSTRIA