A. I. Ruiz[1]
E. Pousa[2]
R. Duñó[2]
J. M. Crosas[2]
S. Cuppa[3]
C. García-Ribera[1]

Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD)

[1]Hospital del Mar
Instituto de Atención Psiquiátrica
Barcelona

[2]Servicio de Salud Mental
Hospital de Sabadell
Parc Taulí
Sabadell (Barcelona)

[3]Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
Fundación Orienta
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Introducción. El objetivo del trabajo es examinar la fiabilidad y la validez externa de la versión en español de la Escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental (SUMD).

Metodología. Se utilizó un método de traducción-retrotraducción y la participación de un panel de profesionales para valorar equivalencia conceptual y naturalidad. La escala se compone de 3 ítems generales: conciencia de trastorno mental, conciencia de los efectos de la medicación y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno, y de 17 ítems destinados a síntomas específicos que conforman dos subescalas: conciencia y atribución. Se valoraron 32 pacientes con trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, según criterios DSM-IV. Las evaluaciones fueron realizadas mediante el sistema de entrevista con observador. Se calculó la fiabilidad a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI) y la validez externa mediante el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones de la escala y una medida independiente de conciencia global de trastorno.

Resultados. El CCI fue siempre superior a 0,70. Los ítems generales conciencia de trastorno y conciencia de los efectos de la medicación y la subescala conciencia de los síntomas se correlacionaron significativamente con la medida global de conciencia. Contrariamente, el ítem general conciencia de las consecuencias sociales del trastorno y la subescala de atribución no se correlacionaron significativamente, lo que apoyaría la idea de que la conciencia de trastorno es un fenómeno multidimensional.

Conclusiones. La versión al español de la escala SUMD es conceptualmente equivalente y presenta una fiabilidad y validez similares a la original.

Palabras clave:
Conciencia. Trastorno mental. *Insight*. Esquizofrenia.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(0):00-00

Spanish adaptation of the Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD)

Introduction. The aim of this paper is to examine the reliability and external validity of the Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD).

Method. A translation-backtranslation of the original scale was elaborated, and a panel of professionals participated to assess conceptual equivalence and naturality. The scale consists of 3 general items: awareness of mental disorder, awareness of the effects of medication and awareness of the social consequences of the disorder; and of 17 items related to specific symptoms, which make up two subscales: awareness and attribution. Thirty-two patients diagnosed of schizophrenic or schizoaffective disorder following DSM-IV criteria were evaluated. The evaluations were performed using interviews with an observer. Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was calculated for the reliability analysis and the Spearman correlation coefficient between the SUMD scores and one independent score of global insight for external validity.

Results. The ICC were all over 0.70. Convergent validity with the independent global measurement of insight was found for the general items of awareness of mental disorder and awareness of the effects of medication, and for the subscale on awareness of symptoms. The awareness of the social consequences of the disorder and the subscale on attribution did not correlate significantly with the global measurement of awareness (insight). These results are consistent with the hypothesis that awareness (insight) is a multidimensional phenomenon.

Conclusion. The Spanish adaptation of the SUMD scale is conceptually equivalent and displays a similar reliability and external validity as the original version.

Key words:
Awareness. Mental disorder. Insight. Schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

La falta de conciencia del propio trastorno (o falta de *insight*) es un fenómeno frecuente en los pacientes afectos de

Correspondencia:
Ada Inmaculada Ruiz Ripoll
Hospital del Mar
Passeig Marítim, 25-29
08003 Barcelona
Correo electrónico: Iruiz@imas.imim.es

un trastorno psicótico. En el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia de la OMS[1] se observó que el 97% de los pacientes presentaban déficit de conciencia. Posteriormente se hallaron resultados similares en pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados[2]. En estudios más recientes con pacientes psicóticos no institucionalizados se ha hallado que el 57% de los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit moderado-grave de conciencia de enfermedad, el 32% manifiestan una marcada alteración respecto a las consecuencias sociales de su enfermedad y el 22% niegan la necesidad o el beneficio de la medicación. Además, el déficit de conciencia es más prevalente y grave en pacientes con esquizofrenia que en pacientes con otro tipo de trastorno psicótico[3], aunque otros trabajos no han hallado diferencias entre pacientes esquizofrénicos y pacientes bipolares[4,5].

En la psicosis, la conciencia de enfermedad hace referencia a la conciencia de tener un trastorno mental, de necesitar un tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno, así como a la capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos o realizar una atribución adecuada de los mismos[6,7]. Así, las conceptualizaciones actuales consideran la conciencia de enfermedad más como un fenómeno continuo y multidimensional que como dicotómico del tipo «presente o ausente». Asimismo se trata de un constructo complejo y no exento de ambigüedad que genera controversias teóricas importantes[8]. Desde un punto de vista empírico se han desarrollado diferentes escalas a fin de capturar este fenómeno. Las escalas más frecuentemente utilizadas han mostrado altos niveles de correlación y, por tanto, presentan validez concurrente, dando a entender que se trata de un fenómeno que, aunque parcialmente, puede ser medido y replicado[9,10].

Una escasa conciencia del trastorno se ha relacionado con peor cumplimiento terapéutico[11-13] y, de forma poco consistente, con inadecuada utilización de los recursos asistenciales[14,15]; también se ha asociado a hospitalización involuntaria[16,17], mayor distorsión en la percepción subjetiva de la calidad de vida[18,19], peor funcionamiento social[20] y, globalmente, a peor evolución[13,17,12,21,22]. No queda clara la relación de la falta de conciencia con la gravedad de los síntomas psicopatológicos de la psicosis, si bien de forma global los estudios son consistentes en encontrar correlaciones en el rango de débiles a moderadas entre puntuaciones globales de *insight* y puntuaciones de gravedad psicopatológica[23]. En cuanto a la asociación con subtipos de síntomas, parece existir una relación negativa pequeña entre *insight* y sintomatología tanto positiva como negativa y global[24]. Por otro lado, aunque la relación entre riesgo de suicidio y conciencia de trastorno es compleja, parece haber una asociación entre la falta de conciencia de trastorno y un mayor riesgo de suicidio en algunos pacientes[25-27].

Se han propuesto diferentes hipótesis para explicar la falta de conciencia en la psicosis. La hipótesis clínica contempla el déficit de conciencia como un síntoma más de la psicosis relacionado con la propia naturaleza del trastorno, ya sea como síntoma primario independiente[28] o como manifestación directa específica de los síntomas positivos, negativos o desorganizados[29]; en la hipótesis motivacional la falta de conciencia de trastorno o negación de la enfermedad se entiende como una defensa psicológica o estrategia de afrontamiento dirigida a la preservación de una percepción integrada del sujeto[21,30,31]; la hipótesis atribucional entiende la falta de conciencia desde la necesidad básica que tiene el ser humano de interpretar el mundo perceptivo y dotarlo de una explicación que le dé sentido[32], y, finalmente, la hipótesis neuropsicológica postula que la falta de conciencia sería el resultado directo de un déficit en los sistemas que registran la percepción consciente y que estaría relacionado con el deterioro cerebral que se produce en la esquizofrenia, en este sentido podría emparentarse con la anosognosia[7].

Todo ello hace que el estudio de la no conciencia de trastorno en la psicosis sea un objetivo de investigación legítimo; pero, además, el estudio de la conciencia nos lleva a plantear el abordaje de la subjetividad en la psicosis. Si bien la psicosis desorganiza de forma esencial el funcionamiento mental, reconocer los diferentes niveles de conciencia de trastorno nos acerca un poco más, durante el trabajo clínico, a lo que es esencialmente humano. En la Europa de entre guerras, bajo el dominio del pensamiento eugenésico, Aubrey Lewis se planteó el estudio de la conciencia de trastorno en la psicosis como una forma de rescatar la humanidad de los enfermos mentales[6,33]. Actualmente, en la época de los principios democráticos y el reconocimiento de los derechos de los pacientes, el estudio de la conciencia de trastorno en la psicosis es una oportunidad para avanzar en el conocimiento de los mecanismos de la conciencia y de la subjetividad humana.

Como ya ha sido mencionado, se han desarrollado diversas escalas a fin de capturar y tratar de cuantificar este fenómeno. Entre ellas, la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental *Scale of Unawareness of Mental Disorder* (SUMD)[12,34] se ha mostrado válida y fiable, siendo ampliamente aceptada y utilizada como medida multidimensional de la conciencia de trastorno. Así, desde su desarrollo, la SUMD, además de haber sido validada y estudiada en un amplio grupo de muestras clínicas, ha sido traducida al menos a 11 idiomas por investigadores de países no anglosajones. En España, si bien la escala ha aparecido traducida en diversas publicaciones de compilaciones de escalas y está siendo utilizada en contextos clínicos y de investigación, hasta la fecha no se disponía de ningún estudio de adaptación de la versión en español de la escala.

La SUMD es una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente. La escala se compone de tres ítems generales para evaluar la conciencia de tener un trastorno mental: la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental, y de 17 ítems destinados a síntomas específicos. De cada uno de estos 17 ítems-síntoma se evalúa la conciencia y la atribución que el paciente realiza del mismo. Así, se conforman dos subescalas: la de conciencia de los síntomas, que es la media de las sumas de las puntuaciones según el número de ítems

puntuados, y la de atribución de los síntomas, que es la media de las puntuaciones de los síntomas que han podido ser evaluados por tener el paciente conciencia de los mismos. Además de considerar distintas dimensiones y distinguir entre conciencia y atribución de los síntomas, la SUMD en su concepción original también permite la valoración diferenciada entre conciencia presente y pasada de cada uno de ellos.

La escala permite dar un total de cinco puntuaciones, una por cada uno de los tres ítems generales, una cuarta por la subescala de conciencia y una quinta por la subescala de atribución. Todas las puntuaciones, tanto de los ítems generales como de las subescalas de síntomas, se sitúan en un rango de 1 a 5, indicando las puntuaciones más altas un nivel de conciencia de trastorno más bajo o de atribución más incorrecta (peor conciencia).

Mientras que los tres ítems generales han de ser siempre valorados, de los 17 ítems que hacen referencia a los síntomas sólo se valora la conciencia de los mismos si están claramente presentes. Seguidamente se valora la atribución sólo si el paciente ha mostrado conciencia total o parcial del síntoma, es decir, si ha recibido una puntuación de la conciencia del síntoma entre 1 y 3. Los síntomas de los que no se expresa conciencia no pueden ser valorados en su atribución, así la subescala de atribución es parcialmente dependiente de la subescala de conciencia.

Existe una SUMD abreviada de los mismos autores en la que sólo constan los tres ítems generales y seis ítems-síntoma de los que sólo se valora la conciencia y no la atribución[2]. La evaluación de los ítems se realiza en una escala del 0 al 3, correspondiendo las puntuaciones más altas a no conciencia del trastorno. Se ha asumido que la escala abreviada es válida y fiable como la original. Si bien la sencillez facilita la utilización de la escala, se pierde información, especialmente en relación a síntomas negativos, y se pierde la valoración de la atribución de los síntomas. Por otra parte también se utiliza un rango de puntuación diferente. Todo ello dificulta la comparación entre los estudios que están utilizando estas escalas.

El objetivo del presente estudio es evaluar las propiedades psicométricas de la adaptación al español de la SUMD. Como se ha mencionado más arriba, la SUMD fue diseñada para valorar la no conciencia de trastorno mental en relación a un episodio presente y también en relación a un episodio pasado del trastorno. En nuestro trabajo sólo se realiza una evaluación de las características de la escala para la sintomatología presente.

METODOLOGÍA

Se utilizó un método de traducción-retrotraducción, de forma que el manual de entrenamiento y la escala proporcionada por el autor (X. F. Amador) ya traducidos al español fueron volcados de nuevo al inglés por uno de los investigadores (S. Cuppa) bilingüe y vueltos a traducir al español junto con la participación de un panel de profesionales para valorar la equivalencia conceptual y la naturalidad. La versión española resultante de este proceso se encuentra disponible si se solicita a la autora. En el apéndice I se incluye un resumen de la escala.

En una primera fase se llevó a cabo un entrenamiento en el que se realizaron entrevistas a 15 pacientes y se recogieron las respuestas literales dadas por los pacientes a cada observador. A partir de éstas se consensuaron entre los investigadores la formulación de las preguntas y el valor dado a las respuestas de los pacientes.

Posteriormente se valoraron 32 pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, según criterios DSM-IV, ingresados en régimen de hospitalización parcial y estabilizados a nivel psicopatológico. El grupo estaba formado por 28 hombres y 4 mujeres cuya edad media era de 36,3 años (desviación estándar [DS] = 7,1).

La sintomatología clínica fue evaluada por los psiquiatras de referencia mediante la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), de forma independiente y previa a la administración de la SUMD, a lo largo de la misma semana. Las entrevistas para evaluar la no conciencia de trastorno mental fueron realizadas por los investigadores (dos psiquiatras y dos psicólogos), mediante el sistema de entrevista con observador, de forma que de cada entrevista se obtuvieron dos valoraciones independientes. Siguiendo la metodología propuesta por los autores originales, de todos los síntomas incluidos en la subescala de síntomas sólo se valoraron aquellos que estaban claramente presentes, teniendo como referencia las valoraciones de la PANSS, la observación directa y las referencias sólidas del personal asistencial y de la familia.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS (versión 12.5). Para el estudio de la fiabilidad se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (CCI), mientras que la validez externa se calculó mediante la correlación no paramétrica de Spearman.

RESULTADOS

Ítems generales

Las puntuaciones medias para los tres ítems generales fueron 2,4 (DE = 1,38), 2,09 (DE = 1,17) y 2,03 (DE = 1,40), respectivamente.

Se calculó el cociente de correlación intraclase (CCI) para las puntuaciones independientes obtenidas por entrevista. El CCI para el ítem 1 fue 0,85, para el ítem 2 0,87 y para el ítem 3 0,91.

Ítems de las subescalas

Los ítems 5, 14, 15, 16, 17 y 20 que corresponden, respectivamente, a los síntomas delirio, aplanamiento afectivo, desga-

Apéndice 1 Instrucciones, lista de síntomas, ítems generales 1-3 y ítem 6 de la *Scale of Unawareness of Mental Disorder* (SUMD)

Instrucciones

Esta escala requiere que el sujeto tenga un trastorno mental con alguno de los síntomas que se detallan más abajo. Para cada síntoma ítem de la escala primero se debe comprobar que el sujeto ha presentado este síntoma particular durante el período bajo investigación. La gravedad del síntoma no es relevante, únicamente es necesario que esté claramente presente. La verificación de la lista de síntomas debe llevarse a cabo antes de rellenar la escala a fin de determinar qué síntomas ítems son relevantes. Los tres ítems «sumarios» (números 1, 2 y 3), que no corresponden a síntomas específicos, normalmente son relevantes y deben ser cumplimentados si ése es el caso.

En la columna actual «A», se califica el máximo nivel de conciencia apreciado durante la entrevista para la psicopatología actual.

En la columna pasado «P» se califica el nivel presente de conciencia por cada ítem acontecido durante un período de tiempo anterior a la investigación en curso. En otras palabras, cuando se pregunta acerca de un episodio particular del pasado el sujeto en el momento presente podría decir que entonces él estaba delirando, con trastornos del pensamiento, sin capacidad para relacionarse socialmente, mentalmente enfermo, etc.

Se pueden utilizar períodos de tiempo más cortos o más largos para la valoración actual y retrospectiva de la conciencia y la atribución, dependiendo de los objetivos de la investigación.

En los síntomas ítems (números 4-20) se debe valorar la comprensión del sujeto acerca de la causa de su síntoma (la atribución).

NOTA: Por cada síntoma los ítems de atribución serán evaluados sólo si el sujeto ha recibido una puntuación entre 1 y 3 en el ítem de la conciencia.

Lista de síntomas

Enmarque con un círculo la «A» para actual o la «P» para pasado, situadas junto al número de ítem, para señalar qué síntomas ítems y períodos de tiempo han de ser evaluados.

Ítem			Síntoma
4	A	P	Alucinaciones
5	A	P	Delirio(s)
6	A	P	Trastorno del pensamiento
7	A	P	Afecto inapropiado
8	A	P	Apariencia o vestimenta inusual
9	A	P	Comportamiento estereotipado o ritualista
10	A	P	Juicio social empobrecido
11	A	P	Control pobre de los impulsos agresivos
12	A	P	Control pobre de los impulsos sexuales
13	A	P	Alogia
14	A	P	Aplanamiento o embotamiento afectivo
15	A	P	Desgana o apatía
16	A	P	Anhedonía-asocialidad
17	A	P	Atención pobre
18	A	P	Confusión-desorientación
19	A	P	Contacto visual inusual
20	A	P	Relaciones sociales pobres

Items generales

1. Conciencia de trastorno mental

   ¿En términos generales, la persona cree que tiene un trastorno mental, un problema psiquiátrico, una dificultad emocional, etc.?

A	P	
0	0	No puede ser valorado
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental
2	2	
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo
4	4	
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental

2. Conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación

   ¿Qué es lo que cree la persona sobre los efectos de la medicación? ¿La persona cree que la medicación le ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas (si es aplicable)?

Apéndice 1 Instrucciones, lista de síntomas, ítems generales 1-3 y ítem 6 de la *Scale of Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) (continuación)

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	*Conciencia:* el sujeto claramente cree que la medicación ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas
2	2	
3	3	*Conciencia intermedia:* está inseguro de que la medicación haya disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas, pero puede considerar la idea
4	4	
5	5	*No conciencia:* cree que la medicación no ha disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas

3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental

¿Cuál es la opinión de la persona acerca de las razones por las que ha sido ingresado en un hospital, involuntariamente hospitalizado, arrestado, desalojado, despedido, herido, etc.?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	*Conciencia:* el sujeto claramente cree que las consecuencias sociales relevantes están relacionadas con tener un trastorno mental
2	2	
3	3	*Conciencia intermedia:* está inseguro acerca de que las consecuencias sociales relevantes estén relacionada con tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea
4	4	
5	5	*No conciencia:* cree que las consecuencias sociales relevantes no tienen nada que ver con tener un trastorno mental

Ítem síntoma de las subescalas

6. Conciencia de trastorno de pensamiento

¿La persona se da cuenta de que su comunicación está desorganizada y es difícil de comprender para los demás?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	*Conciencia:* el sujeto claramente cree que sus comunicaciones o sus pensamientos están desorganizados
2	2	
3	3	*Conciencia intermedia:* está inseguro de que sus comunicaciones o sus pensamientos estén desorganizados, pero puede considerar la idea
4	4	
5	5	*No conciencia:* cree que no tiene comunicaciones ni pensamientos desorganizados

6b. Atribución: ¿cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	*Correcta:* el síntoma se debe a un trastorno mental
2	2	
3	3	*Parcial:* está inseguro, pero puede considerar la posibilidad de que se deba a un trastorno mental
4	4	
5	5	*Incorrecta:* el síntoma no está relacionado con un trastorno mental

na-apatía, anhedonía-asocialidad, atención y relaciones sociales pobres, estaban presentes en más del 50% de pacientes.

Entre el 20 y 50% de los paciente presentaban los síntomas alucinaciones, trastorno del pensamiento, afectividad inapropiada, estereotipias, juicio social pobre y alogia, que corresponde a los ítems 4, 6, 7, 9, 10 y 13.

Los ítems 8, 11, 12, 18 y 19, que corresponden a los síntomas apariencia o vestimenta inusual, control pobre de los impulsos agresivos, control pobre de los impulsos sexuales, confusión y contacto visual inusual, sólo pudieron ser evaluados en menos del 20% de pacientes.

Subescala conciencia de los síntomas

Medias y desviaciones estándar

La media de las puntuaciones totales de la subescala de conciencia fue 1,9 (DE=1,04), con un rango de 1 a 5.

Por cada uno de los ítems el rango de las medias de las puntuaciones fue desde 1 (DE=0,0) (ítem 4, alucinaciones, e ítem 18, confusión) a 5 (DE=0,0) (ítem 8, apariencia o vestimenta inusual). El ítem 19, contacto visual inusual, tuvo la variabilidad mayor 3,40 (DE=2,19), mientras que la menor variabilidad la presentaron los ítems 1, 8 y 18, que corresponde a los síntomas alucinaciones 1 (DE=0,0), apariencia o vestimenta inusual 5 (DE=0,0) y confusión 1 (DE=0,0), respectivamente.

Coeficiente de correlación intraclase

El rango del CCI entre las dos valoraciones por ítem del mismo paciente fue de 0,72 a 1 (media: 0,86). El CCI para el valor del total de la subescala fue 0,97.

Subescala atribución de los síntomas

Medias y desviaciones estándar

La media de las puntuaciones totales de la subescala de atribución fue 3,33 (DE=1,18), con un rango de 1,43 a 5.

Por ítems, el rango de las medias de las puntuaciones fue desde 2,60 (DE=1,72) (ítem 4, alucinaciones) a 4 (DE=1,00) (ítem 19, contacto visual inusual). El ítem 10, juicio social pobre, presentó la mayor variabilidad 3,2 (DE=1,88), y el ítem 19, contacto visual inusual, presentó la menor variabilidad 4 (DE=1,00).

Coeficiente de correlación intraclase

El rango del CCI entre las dos valoraciones por ítem del mismo paciente fue de 0,75 a 0,99 (media: 0,84). El CCI para el valor del total de la subescala fue 0,94.

La subescala de conciencia y la subescala de atribución no se correlacionaron de forma significativa (Rho=0,22).

Existe una relación jerárquica entre la dos subescalas, ya que para valorar atribución de los síntomas debe existir al menos una conciencia intermedia del síntoma. Así, a más alta puntuación en la subescala de conciencia existe una menor posibilidad de valorar atribución y a más baja puntuación en la subescala de conciencia existe una mayor posibilidad de valorar atribución y de mostrar variación. La no correlación indicaría que las dos subescalas están valorando fenómenos al menos parcialmente independientes.

Validez externa

Se utilizó el ítem 12 de la subescala de psicopatología general de la PANSS, que había sido valorado de forma independiente en cada paciente, para realizar una validación externa de la escala.

La tabla 1 presenta los datos de correlación entre las puntuaciones globales de la SUMD y el ítem 12 de la PANSS. Los ítems generales 1 y 2, que valoran conciencia de trastorno y conciencia de los efectos de la medicación, y la subescala de conciencia de los síntomas mostraron correlaciones significativas positivas con el ítem que valora la conciencia de trastorno en la PANSS. Por el contrario, no se observaron correlaciones significativas con el ítem 3, que valora la conciencia sobre las consecuencias sociales del trastorno mental, ni con la subescala de atribución.

DISCUSIÓN

El presente estudio se centra en evaluar las propiedades psicométricas de la adaptación al español de la SUMD, examinando su fiabilidad y la validez externa en una muestra de 32 pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, ingresados en régimen de hospitalización parcial y estabilizados a nivel psicopatológico. Los resultados muestran unos coeficientes de fiabilidad entre observadores altos en todas las subescalas del instrumento, así como correlaciones significativas entre el ítem de conciencia de trastorno de la PANSS y aquellas subescalas de la SUMD que evalúan más propiamente conciencia de trastorno, indicando todo ello que la versión en español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental SUMD presenta una fiabilidad y una validez externa comparables con la escala original.

Las puntuaciones de los ítems fueron muy variables, como es de esperar ante un fenómeno de carácter más dimensional que dicotómico. Además fueron comparables a los resultados obtenidos con muestras de similares características[35-38]. Por otra parte, las subescalas de conciencia y atribución, aunque parcialmente dependientes, no se correlacionaron entre ellas, corroborando la idea de que las dos subescalas están valorando fenómenos al menos parcialmente independientes.

Tabla 1 Correlación entre las puntuaciones de la SUMD y la puntuación del ítem de conciencia de la escala PANSS en 32 pacientes psicóticos estabilizados

Ítem 1. Conciencia de trastorno mental	0,427*
Ítem 2. Conciencia de los efectos de la medicación	0,374*
Ítem 3. Conciencia de las consecuencias sociales	0,288
Subescala de conciencia	0,505**
Subescala de atribución	0,239

Coeficiente de correlación de Spearman. *Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral). **Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral). SUMD: *Scale of Unawareness of Mental Disorder.* PANSS: *Possitive and Negative Syndrome Scale.*

En comparación con los datos descriptivos del estudio original, las puntuaciones medias obtenidas en las subescalas fueron discretamente inferiores, excepto en la subescala atribución. Esto podría explicarse por el hecho de que nuestro perfil de pacientes es ligeramente diferente a la muestra del trabajo original; se trata de pacientes un poco más mayores, con trastornos más evolucionados y en fase estabilizada de su trastorno que asisten a un dispositivo de hospitalización parcial en donde se supervisa el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico. Cabe esperar, por tanto, que estos pacientes puedan tener una discreta mejor conciencia de sus síntomas. Por otra parte, la mayor puntuación en la subescala de atribución podría entenderse desde una perspectiva de carácter contextual, ya que la atribución es una dimensión de la conciencia de trastorno más relacionada con los mecanismos interpretativos de la realidad externa y, por tanto, más relacionada con el contexto sociocultural que con la experiencia propiamente vivida.

La validez externa medida a través de la convergencia con una medida general de conciencia de trastorno, como es el ítem 12 de la subescala de psicopatología general de la PANSS, da resultados parciales, como ya era de esperar. La conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental y la atribución no se correlacionaron con el ítem general de la PANSS.

Todo ello apoya la idea de que el *insight* es un fenómeno multidimensional y que los mecanismos que subyacen a la capacidad de tener conciencia de una forma global del trastorno, de la necesidad de tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno puede que no sean los mismos que los que subyacen para la conciencia de los síntomas del trastorno o para la atribución de los mismos. Por ejemplo, existe evidencia de que los déficit neurocognitivos se asocian más a no conciencia de síntomas (o dimensión de conceptualización de los síntomas como patológicos) que con las dimensiones de conciencia de enfermedad y necesidad del tratamiento[39-41].

Incluso para cada uno de los síntomas puede que exista variabilidad en la conciencia y en los mecanismos subyacentes que podrían ser más o menos específicos. Un ejemplo de la falta de correspondencia entre la conciencia de síntomas de diferentes dominios es lo que ocurre entre la conciencia de movimientos anómalos en la discinesia tardía y la conciencia de trastorno mental en el mismo grupo de pacientes[42]. Disponemos también de evidencia preliminar respecto a la idea de que los mecanismos que subyacen a la conciencia de síntomas positivos y negativos son probablemente distintos.

Así, se ha observado que la conciencia evoluciona de forma diferenciada para ambos tipos de síntomas y que se correlacionan también de forma diferenciada con los déficit de funciones ejecutivas[36,43].

Se obtuvo una elevada fiabilidad entre observadores, con un CCI siempre por encima de 0,70. Los datos apoyan el buen diseño del instrumento, que se sostiene además en sugerencias para la exploración claras y concisas y en un manual de entrenamiento práctico y amplio.

Dadas las características de la escala, en donde los ítems síntoma solamente pueden ser valorados si están presentes y la atribución sólo se valora de los síntomas de los que se tiene conciencia, no se pudo realizar un estudio de consistencia interna de la misma, tanto en la versión original como en el presente trabajo, ya que cada uno de los pacientes puntúa en ítems diferentes.

La SUMD, así como otros instrumentos diseñados para valorar conciencia, probablemente captura de forma parcial este complejo fenómeno. La utilización de la escala en su versión completa de 20 ítems es lo más aconsejable porque permite distinguir, por una parte, la apreciación del paciente sobre sus síntomas de forma diferenciada y, por otra, las consecuencias sociales de su trastorno y la interpretación que realiza de sus síntomas. Ello facilita una visión más global del paciente y ayuda a focalizar mejor las intervenciones de rehabilitación o de mejora en la percepción de su trastorno.

Actualmente no tenemos una hipótesis comprensiva sobre este fenómeno, entendido a veces como un síntoma de la psicosis, otras como un déficit cognitivo o metacognitivo o también como una dimensión de la personalidad.

Aunque con instrumentos imperfectos, vale la pena adentrarse en el conocimiento de la conciencia de trastorno en la psicosis. Interesarse por qué piensa una persona sobre lo que le está pasando, como es la sensación de lo que le ocurre, donde encuentra una explicación a lo que le pasa, supone aceptar la subjetividad de cualquier experiencia humana y reconocer que nuestro trabajo va mas allá de identificar la existencia de síntomas y tratarlos según el protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. World Health Organization Report of the international pilot study of schizophrenia. Geneva, 1973.
2. Wilson WJ, Ban TA, Guy W. Flexible criteria in chronic schizophrenia. Compr Psychiatry 1986;27:259-65.
3. Amador XF, Andreasen NC, Flaum M, Strauss DH, Yale SA, Clark S, et al. Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry 1994;51: 826-36.
4. Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. Schizophr Res 2000;45:29-36.
5. Pini S, Cassano G, Dell'Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder and mood disorders with psychotic features. Am J Psychiatry 2001;158:122-5.
6. David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry 1990;156:798-805.

7. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull 1991;17:113-32.
8. Berrios GE, Markova IS. Insight in the psychoses: a conceptual history. En: Amador XF, David AS, editores. Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
9. Sanz M, Constable G, López-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychological and clinical variables. Psychol Med 1998;28:437-46.
10. Cuesta M, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis: multi-scale longitudinal study. Br J Psychiatry 2000;177: 233-40.
11. McEvoy JP, Freter S, Everett G, Geller JL, Appelbaum PS, Apperson LJ, et al. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. J Nerv Ment Dis 1989;177:48-51.
12. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaunm MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry 1993;150:873-9.
13. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry 2002;63:892-909.
14. Haro JM, Ochoa S, Cabrero L. Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2001;29:103-8.
15. Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. Br J Psychiatry 2003;182:123-8.
16 McEvoy JP, Appelbaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntary committed? The role of insight. Compr Psychiatry 1989;30:13-7.
17. David AS, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. Br J Psychiatry 1992;161:599-602.
18. Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for severely mentally ill. J Nerv Ment Dis 1995;183: 281-5.
19. Doyle M, Flanagan S, Brewne S, Clarke M, Lyndon D, Larkin E, et al. Subjective and external assessment of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. Acta Psychiatr Scand 1999; 99:466-47.
20. Lysaker PH, Bell MD, Milstein RM, Bryson GJ, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1998;186:432-6.
21. McGlashan TJ, Carpenter WT. Does attitude towards psychosis relate to outcome? Am J Psychiatry 1981;150:1649-53.
23. David AS. The clinical importance of insight. En: Amador XF, David AS, editores. Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
22. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. Br J Psychiatry 2000;177:511-15.
24. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Res 2003;61:75-88.
25. Drake RE, Gates C, Cotton PC, Whitaker A. Suicide among schizophrenic. Who is at risk? J Nerv Ment Dis 1984;172:613-7.
26. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behaviour in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. Am J Psychiatry 1996;153:1185-8.
27. Schwartz R, Petersen S. The relationship between insight and suicidability among patients with schizophrenia. J Nerv Ment Dis 1999;187:376-8.
28. Cuesta M, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. Schizophr Bull 1994;20:359-66.
29. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. Schizophr Res 1997;27:37-44.
30. Amador XF, Kronengold H. Understanding and assessing insight. En: Amador XF, David AS, editores. Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
31. Ghaemi SN, Rosenquist KJ. Insight in mood disorders: an empirical and conceptual review. En: Amador XF, David AS, editores. Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
32. Kirmayer LJ, Corin E, Jarvis GE. Insight knowledge: cultural constructions of insight in psychosis. En: Amador XF, David AS, editores. Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
33. David AS. To see ourselves as others see us. Aubrey Lewis's insight. Br J Psychiatry 1999;175:210-6.
34. Amador XF, Strauss DH. The scale to assess unawareness of mental disorder. Columbia University and New York State Psychiatric Institute, 1990.
35. Laroi F, Fannemel M, Ronneberg U, Flekkoy K, Opjordsmoen S, Dullerud R, et al. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. Psychiatr Res 2000;100:49-58.
36. Mohamed S, Fleming S, Penn DL, Spaulding W. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. J Nerv Ment Dis 1999;87:525-31.
37. Schwartz RC. Insight and illness in chronic schizophrenia. Compr Psychiatry 1998;39:249-54.
38. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Bull 2000;26:193-200.
39. Morgan KD, Dazzan P, Morgan C. Illness awareness and neuropsychological functioning in first onset psychosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;71:140.
40. McCabe R, Quayle E, Beirne AD, Duane MMA. Insight, global neuropsychological functioning and symptomatology in chronic schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2002;190:519-25.
41. Drake RJ, Lewis SW. Insight and neurocognition in schizophrenia. Schizophr Res 2003;62:165-73.
42. Arango C, Adami H, Sherr JD, Thaker GK, Carpenter WT Jr. Relationship of awareness of dyskinesia in schizophrenia to insight into mental illness. Am J Psychiatry 1999;156: 1097-9.
43. Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM, Anthony DT, McClough JF. Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patient. J Psychiatr Res 2004;38:169-76.