

Proyecto de Investigación Fin de Máster

**“Conciencia de enfermedad y
funcionalidad en Psicosis crónica”**

Curso 2011-2012

**Alumna: Sandra Gallego Villalta
Tutora: Dra. Concepción de la Cámara
Izquierdo**

**Titulación del Máster: “Iniciación a la
investigación en Medicina”**

Índice	Páginas
Portada	1
Índice	2
Resumen	3-4
Introducción	5-18
Objetivos e Hipótesis	19
Material y Métodos	20-22
Resultados	23-27
Discusión	28-31
Limitaciones	32
Bibliografía	33-36

Resumen

Título: Conciencia de enfermedad y funcionalidad en psicosis crónica.

Introducción:

Cuando nos referimos a Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados. Jaspers define el “*insight*” en función de la observación clínica como la capacidad de juzgar el paciente lo que le está ocurriendo en el curso de la psicosis y las razones por las que le está ocurriendo. La “*funcionalidad*” se refiere a la capacidad de adaptación a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que posee un miembro adulto productivo y sin enfermedad. Algunos estudios han hallado que el funcionamiento social y el *insight* (*conciencia de enfermedad*) se encuentran asociados positivamente (Soskis y Bowers 1969, Lysker y Bell 1994, Peralta y Cuesta 1994).

Objetivos e Hipótesis:

Estudiar si existe relación entre el grado de insight y el funcionamiento psicosocial en un grupo de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG).
A mayor conciencia de enfermedad global, de síntomas y de atribución, mayor funcionalidad en las cuatro áreas a estudio (autocuidado, actividades sociales habituales, relaciones sociales y comportamientos perturbadores).

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal de 40 pacientes con diagnóstico de TMG, de entre 18 y 67 años, del Centro de Día de rehabilitación psico-social Romareda, Sector III, Zaragoza. Se les aplican dos escalas, PSP (Escala de funcionamiento social y personal) y SUMD (Escala de conciencia de enfermedad).

Criterios de inclusión:

Pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave:

- Esquizofrenia (F20.x)
- Trastorno esquizotípico (F21.x)
- Trastorno esquizoafectivo (F25.x)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28.x)
- Trastorno bipolar (F31.x)

Estabilidad de la enfermedad en un periodo mayor a 6 meses (definiendo como estabilidad el no ingreso en Unidades de Corta Estancia).

Sin cambios en el tratamiento psicofarmacológico un periodo mayor a 3 meses.

Las variables a medir son: sexo, edad, diagnóstico, edad de inicio de la enfermedad, tiempo de ingreso en el centro de día, tiempo de evolución de la enfermedad, última fecha de ingreso en UCE y última modificación del tratamiento psicofarmacológico.

Resultados:

- La distribución por sexo de la muestra estudiada fue 35% de mujeres y 65% de varones. La edad media de la muestra fue de 42.1 años. F20.0, Esquizofrenia paranoide: 52.5%.
- En conjunto los resultados indican que tan solo existe una asociación estadísticamente significativa, entre el apartado primero de discapacidad (autocuidado) de la PSP y la Sumd global. Se halla una correlación menos intensa, entre PSP autocuidado y las subescalas de SUMD (conciencia de síntomas y atribución de ellos a la enfermedad). Es decir que a menor grado de conciencia de enfermedad, menor funcionalidad en este área.
- La falta de conciencia de enfermedad correlaciona con los aspectos del cuidado de uno mismo, mas que con las relaciones sociales o con las actividades.
- Hay que señalar la nula correlación de las conductas disruptivas que parece no tener mucho que ver con la conciencia de enfermedad.

Discusión:

Los resultados nos indican que existe una correlación positiva entre carecer de conciencia de enfermedad, y tener un mal autocuidado.

Podría considerarse que este resultado de correlación, entre el autocuidado y la SUMD global, es tautología. Es decir, que precisamente la PSP A (autocuidado), incluye la toma de medicación como un ítem; y esto es parte también de la conciencia global de la SUMD. Puede que la correlación se deba a un solapamiento de conceptos.

Esperamos que esto sirva para diseñar otros estudios encaminados a dilucidar si mejorar la conciencia de enfermedad sería útil para mejorar autocuidados.

La reconceptualización del trastorno mental grave debe conducir a plantear nuevos objetivos en el tratamiento de este difícil trastorno, entre los que se cuenta la recuperación de la funcionalidad.

Palabras clave: funcionalidad, PSP, insight, SUMD, autocuidado.

Introducción:

Cuando nos referimos a Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados.

Para que las personas con estos diagnósticos puedan ser consideradas como pertenecientes al grupo de los TMG se deben además cumplir otros dos requisitos: persistencia en el tiempo (por consenso 2 años) y presentar graves dificultades en el funcionamiento personal y social debidas a esta enfermedad.

De este modo se puede afirmar que no todas las personas que han sido diagnosticadas de una psicosis (como por ejemplo la esquizofrenia) entran en el grupo del TMG y que no todas las personas con TMG padecen una esquizofrenia. Tal y como se ha señalado, se necesita además del diagnóstico, la persistencia del trastorno en el tiempo y que exista discapacidad.

Las intervenciones farmacológicas han sido el tratamiento principal de las personas con TMG desde su introducción en los años 50. Sin embargo, el control parcial y limitado de la sintomatología con la medicación, las dificultades para que determinados pacientes se ajusten a las pautas farmacológicas, la necesidad de trabajar áreas como la conciencia de enfermedad, los efectos secundarios a corto y a largo plazo, las dificultades en la convivencia y la dificultad para realizar una actividad productiva y ser autónomos, entre otros, plantean la necesidad de utilizar un enfoque más amplio que el tratamiento farmacológico, un enfoque que permita incluir las vertientes biológicas, psicológica y social del tratamiento (“enfoque bio-psico-social”). Así, es preciso incorporar otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales que en muchos aspectos vienen a incluirse en el concepto de Rehabilitación Psicosocial.

El objetivo de estas intervenciones y este enfoque no es otro que la mejora del funcionamiento personal y social y de la calidad de vida de las personas que sufren un TMG, así como el apoyo a su integración. Esto implica ir más allá del control de los síntomas y plantear la superación de la enfermedad, es decir promover que la persona con TMG pueda llevar una vida significativa y satisfactoria, que pueda definir sus propios objetivos y que encuentre en los profesionales ayuda para desarrollarlos. Este concepto ha sido denominado recuperación en la literatura científica y se convierte a la vez en una vía y un objetivo a trabajar con cada paciente.

Estos programas, enmarcados en un enfoque bio-psico-social y encaminados por y hacia la *recuperación*, tienen su máxima expresión en la Salud Mental Comunitaria que pretende atender al paciente en su medio habitual como contraposición a la atención hospitalaria (hospital psiquiátrico). Como se hace referencia en otros capítulos de este manual, este modelo comunitario es consecuencia directa de las modificaciones en la atención a la enfermedad mental en las últimas décadas y que promueven un cambio desde el Hospital psiquiátrico a la comunidad y que han sido reflejados, entre otros documentos, en la Ley General de Sanidad y el documento de Estrategias del SNS.

La coordinación de los recursos y dispositivos debe ofrecer una serie de intervenciones psicosociales (objetivo de esta GPC) que deben estar accesibles a usuarios y familiares y que son los siguientes:¹



Hablamos de una enfermedad muy compleja que hay que afrontar de forma clara y decidida, asumiendo que se trata de un problema de envergadura. Una persona con esta enfermedad puede realizar un proyecto de vida consistente y digno sin necesidad de renuncias en el ámbito laboral ni personal. Evidentemente existen unas limitaciones pero eso no quiere decir que la recuperación no pueda producirse. Encontramos datos de seguimiento de pacientes con esquizofrenia durante 15 años que desvelan que un 40% de ellos tiene periodos de recuperación muy significativos. Por lo general, un tercio de estas personas evoluciona favorablemente; otro tercio no lo hacen al 100% pero presentan una evolución multiepisódica, es decir, que se combinan periodos de recuperación y de recaídas; por último, otro tercio se caracteriza por una mala evolución de la enfermedad.²

Algunos estudios han hallado que el funcionamiento social y el *insight* (*conciencia de enfermedad*) se encuentran asociados positivamente (Soskis y Bowers 1969, Lysker y Bell 1994, Peralta y Cuesta 1994).⁴⁰

Incluso se ha estudiado que a mayor *insight*, mayor funcionalidad y menor estigma, con escalas como la The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) para estudiar el *insight* y The Quality of Life Scale (QOLS) para la funcionalidad.³⁹

Se han realizado estudios entre la calidad de vida y la funcionalidad, y el estar empleado o estar estudiando. Se concluye que los pacientes con empleo o estudiando, tienen una mejor funcionalidad.⁴¹

También se ha hallado que no existe relación entre el *insight* y los síntomas negativos de la PANSS o la parte física de la QOLS.⁴²

Para aclarar conceptos de *insight* (introspección o conciencia de enfermedad) y funcionamiento psicosocial, hemos realizado una revisión bibliográfica.

Introspección

El concepto de introspección (“*insight*”) ha sido ampliamente tratado tanto desde el punto de vista fenomenológico como psicoanalítico, manteniéndose su estudio y uso hoy en día debido a su importancia clínica en aspectos como el cumplimiento del tratamiento, peligrosidad, suicidio y pronóstico. El término introspección se refiere a un estado mental, a un “acto mental”, estado cuya presencia se confirma o no en función del contenido del discurso del paciente y de su conducta (Markova y Berrios, 1992)⁴.

Tal y como David recuerda (1999) Lewis⁵ definió en 1934 la introspección como “*la actitud correcta al cambio mórbido en uno mismo y el darse cuenta, además de que la enfermedad es mental*”, dando idea de un concepto en el que se funden la introspección como la observación del Yo y como atribución de síntomas. Simultáneamente, el mismo autor señala lo doloroso del proceso de ganar introspección y cómo este constructo no es una variable dicotómica de la que carezcan los pacientes psicóticos, mientras los neuróticos la poseen.

Para Markova y Berrios (1992)⁴, el texto de Aubrey Lewis de 1934 no se adscribe claramente a ningún punto de vista teórico, definiendo los distintos conceptos aislados pero sin conseguir una adecuada cualificación global del conjunto. Para los mismos autores una de las principales aportaciones de Lewis es la de no diferenciar psicosis y neurosis en función de la introspección, ya que en ambas puede haber buena o mala introspección. También se destaca la conexión que Lewis hace entre la introspección y los síntomas de la enfermedad, es decir la dependencia de la introspección del proceso patológico en si mismo

El término introspección, es decir el término inglés “*insight*”, es citado por primera vez por Kraft Ebbing, según Berrios y Markova (1998)⁶, al hacer referencia al efecto de los delirios organizados y la desintegración del pensamiento en las fases más avanzadas de la enfermedad. En nuestro idioma la traducción de *insight* por introspección puede dar

lugar a interpretaciones erróneas del término; debe además de recordarse las diferenciaciones que han sido propuestas entre otros por autores como Antonio Vallejo Nagera (1952) quien diferencia entre sensación de enfermedad mental (equivalente a la impresión subjetiva de amenaza), consciencia de enfermedad (dependiente del estado del sensorio) y noción de enfermedad mental (ligada al estado de la inteligencia).

Jaspers define el “*insight*” en función de la observación clínica como la capacidad de juzgar el paciente lo que le está ocurriendo en el curso de la psicosis y las razones por las que le está ocurriendo; de este modo distingue entre consciencia de enfermedad y estimación del tipo y severidad de la enfermedad. Otro aspecto básico en este concepto Jasperiano es la dependencia de la inteligencia, de la educación y de la personalidad. Conrad describe la trema en términos parecidos a los de la introspección, como las sensación de cambio y de restricción de libertad

Podría considerarse que el psicoanálisis - en tanto en cuanto su objetivo es descubrir impulsos y emociones reprimidos y traer al campo consciente los mecanismos inconscientes que supuestamente subyacen a la psicopatología del paciente – tiene como objetivo promover la introspección (Markova y Berrios, 1992)⁴. Esta afirmación no es sustentada por todos los autores psicoanalíticos, existiendo terapias orientadas al insight, y no orientadas. Además, a menudo, en psicoanálisis introspección se equipara a interpretación. Una vez que se llega a la interpretación, el paciente adquiere introspección (Markova y Berrios, 1992)⁴

Markova y Berrios (1998)⁶ describen la introspección como una forma de autoconocimiento diferenciando este último concepto del conocimiento del self. El autoconocimiento se basaría no solo en las creencias acerca de los propios rasgos de personalidad, de cómo aparecemos ante los demás (conocimiento del self), sino también en como todo ello influye en el mundo circundante y en las interacciones con los demás. Los mismos autores ponen en relación este concepto de introspección con las amenazas que suponen para el self y por lo tanto con el concepto de autoengaño.

El interés en el concepto de introspección ha sido reavivado en los últimos años, destacándose su independencia de otras variables clínicas y demográficas y su elevado valor predictivo para la evolución (probablemente mediante el cumplimiento de las pautas terapéuticas). La escasa comprensión del tratamiento en los pacientes psiquiátricos crónicos ha sido asociada a déficits cognitivos sugiriendo la existencia de barreras para el aprendizaje asociadas a la enfermedad (Macpherson y cols., 1993)⁷.

Modelos explicativos de la pérdida de introspección

Se han descrito al menos 6 modelos para explicar la pérdida de introspección en la esquizofrenia, modelos que no son incompatibles entre si y que deben de hacer pensar en la falta de introspección como un síntoma multifactorial (Birchwood y cols., 1993; Birchwood y cols., 1994; Cuesta y Peralta, 1994; Macpherson y cols., 1996)⁸:

- **clínico:** La pérdida de introspección como síntoma primario de la enfermedad, pudiendo formar parte de una de las ocho principales dimensiones sintomáticas halladas en la esquizofrenia (Peralta y Cuesta, 2001)⁹

- **psicodinámico**: Negación de la enfermedad como mecanismo de defensa del Yo, siguiendo modelos de recuperación de episodios agudos como el de “integración” o el de “sellado”. Los estudios acerca de los estilos psicológicos de recuperación tras un episodio psicótico señalan la existencia de un “continuum” entre sus diversas modalidades siendo los dos polos opuestos:

- Integración: El individuo busca información y mantiene una actitud curiosa antes sus síntomas, contemplándolos como parte de su vida.
- “Sellado”: La experiencia es vivida como algo intruso y tiende a ser encapsulada, viviendo los síntomas más como la causa que como la consecuencia de su enfermedad

Mayer-Gross (citado por McGorry y McConville, 1999)¹⁰ definió cuatro estrategias defensivas del esquizofrénico que le ayudan a adaptarse a sus experiencias anormales:

- Negación del futuro
- Creación de una nueva vida tras la aparición de la enfermedad
- Negación de la experiencia psicótica
- Mezclar la experiencia psicótica en un grupo de nuevas experiencias vitales

La negación de la enfermedad forma parte de las respuestas adaptativas a corto y largo plazo en otras enfermedades. En el caso de la esquizofrenia – y específicamente de los primeros episodios - hay que tener en cuenta factores como la edad de aparición y los estereotipos sociales imperantes. La aparición de un primer brote en la adolescencia implica una amenaza para las ilusiones de invulnerabilidad y hace que la falta de conciencia de enfermedad pueda entenderse como una respuesta psicológica apropiada a la edad (McGorry, 1995)¹¹. Los estereotipos sociales que el paciente tiene antes de su primer episodio llevan a una lógica resistencia cuando se le propone aplicar dichos estereotipos a si mismo, lo que lleva a una negación que puede ser adaptativa en base a una amenaza psicológica de auto-estigmatización (McGorry y McConville, 1999)¹⁰. A ello debemos añadir que las expectativas de vuelta a la normalidad y a la salud no están necesariamente fuera de la realidad

- **cognitivo**: Como déficit neuropsicológico o como concepto que resume el conjunto de atribuciones y creencias respecto a los síntomas. Amador (1991)¹² considera que la falta de introspección en esquizofrenia es un resultado de un uso sobredimensionado de mecanismos normales adaptativos en forma de distorsiones cognitivas destinadas a proteger la autoestima

La Teoría de la Disonancia Cognitiva (Festinger, 1957)¹³ puede proporcionar una explicación de los dilemas que surgen en el paciente al tratar de reorientar su vida tras un episodio psicótico y hacer frente estereotipos diagnósticos y pronósticos, frente a su sentido interno de competencia y valía. Ante esta disonancia y la evidencia externa (síntomas y diagnóstico) el individuo se muestra más activo en defensa de sus creencias y niega la existencia de una enfermedad.

El concepto de Cambio Disposicional (Moore y cols., 1979)¹⁴, sugiere que existe un cambio de una atribución situacional a otra disposicional acerca del “*self*” tras una experiencia de gran intensidad. De este modo se pasa de una atribución a factores externos en el primer episodio psicótico a una gradual atribución de factores internos y personales. Si esto es adaptativo se pone en marcha los mecanismos de integración. Si es excesivo se corre el riesgo de un “hundimiento” (McGorry y McConville, 1999)¹⁰

- **neurológico:** Como disfunción cerebral que origina una falta de conciencia análoga a la anosognosia en las disfunciones parietales. Keefe (1998) acuñó el término de “*Agnosia Auto-noética*” para referirse a la incapacidad para distinguir entre acontecimientos mentales generados interna o externamente, no atribuible a ninguna región cerebral específica

Diversos estudios han intentado relacionar la pérdida de introspección con hallazgos neuroanatómicos. Takai y cols (1992) refieren cómo la falta de conciencia de enfermedad se correlacionaba con el hallazgo de una mayor proporción ventrículo/cerebro. De forma más específica Flashman y cols. (2000)¹⁵ describen como los pacientes esquizofrénicos con menor introspección según la SUMD presentaban un menor volumen cerebral e intracraneal (tejido cerebral + LCR). Laro y cols (2000)¹⁶ describen como la atrofia frontal se asocia a menor introspección en esquizofrenia

Markova y Berrios (1998)⁶ distinguen tres tipos de situaciones neurológicas relacionadas con la introspección:

- Estados en los que se niega un síntoma, una enfermedad o una parte del cuerpo como es la anosognosia
- Estados en los que el sujeto cree en la realidad de un síntoma, como el síndrome de Anton (alucinaciones en ciegos) o determinadas prosopagnosias
- Situaciones experimentales en las que se controla el grado de convicción y vivencia de realidad de determinadas experiencias como las alucinaciones y en las que se considera que las estructuras límbicas juegan un importante papel

- **aprendizaje:** La introspección como resultado del aprendizaje que, a su vez, depende del nivel educacional y la inteligencia.

- **social:** En cuanto a que la negación de la enfermedad puede estar basado en actitudes comunes a grupos culturales y sociales o influir en su componente patológico. White y cols. (2000)¹⁷ han descrito la asociación entre introspección y tamaño del grupo primario

Las distintas opciones expuestas no son excluyentes entre si pudiéndose, por ejemplo, argumentar que los hallazgos neurobiológicos que correlacionan con la falta de introspección pueden simultáneamente apoyar la existencia de un déficit de tipo anosognósico y ser una dimensión más en la heterogeneidad clínica primaria de la esquizofrenia.

Visión dimensional y factorial de la introspección y su medición

Birchwood y cols. (1993)⁸ describen la introspección más como una dimensión que una variable categorial. Según los mismos autores la introspección comprende 3 factores:

- Conciencia de enfermedad
- Necesidad de tratamiento
- Atribución de los síntomas

En términos similares, la introspección tiene varios componentes o dimensiones, tal y como lo expresa David (1990)⁵:

- Reconocimiento de la enfermedad

- Recalificación de los fenómenos
- Cumplimiento del tratamiento y
- Reacción a hipotéticas contradicciones

Greenfeld y cols. (1989)¹⁸ consideran que la introspección es un constructo multidimensional que incluye 5 componentes independientes:

- La visión del paciente acerca de sus síntomas
- Su punto de vista acerca de la existencia de una enfermedad
- Las especulaciones sobre su etiología
- Su punto de vista respecto a la vulnerabilidad a una recaída
- Su opinión acerca de la utilidad del tratamiento

Markova y Berrios (1992)⁴ definen un constructo de insight más complejo, en el que intervienen 7 aspectos y que presta especial atención a la conciencia del modo en que la enfermedad influye en su relación con el mundo:

- Hospitalización
- Enfermedad Mental en general
- Percepción de estar enfermo
- Cambios en el self
- Control sobre la situación
- Percepción sobre el medio
- Deseo de comprender la situación

El primer intento de medición sistematizada de introspección fue propuesto por Tolor y Reznikoff en 1960 (citado por Markova y Berrios,1992)⁴. De acuerdo a la concepción multidimensional de la introspección, también su medición debe basarse en dichos aspectos. La escala SUMD (Escala para la evaluación de la falta de conciencia de enfermedad mental Amador y cols., 1991)¹² y la Escala de Evaluación de Insight (SAI) (David, 1990)⁵ permiten la evaluación conciencia de enfermedad. Otra escala es el cuestionario de insight y actitudes ante el tratamiento (ITAQ) (McEvoy et al. 1989)¹⁹.

La escala a utilizar depende más de los objetivos y preferencias del clínico e investigador. Tanto la SUMD como la SAI permiten una mejor comprensión de las relaciones con otros conceptos psicopatológicos, mientras que la ITAQ puede ser más apropiada para el seguimiento relacionado con el cumplimiento de la medicación (Cuesta y cols., 2000)⁹

Las mediciones del grado de introspección en el tiempo indican que en mayor o menor grado persisten en un importante porcentaje de pacientes, siendo los items referentes a conciencia de trastorno mental en el pasado y conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad en el pasado los únicos que se asocian a mejoría en los síntomas (Cuesta y cols., 2000)⁹.

La determinación de ausencia de introspección debe de ser ligada a tres áreas que otorgan al concepto sus cualidades específicas (Markova y Berrios, 1998)⁶:

- En qué modelo de introspección se está trabajando
- A qué aspecto particular de la enfermedad se refiere la introspección (vg .: a qué síntoma)
- En qué grado y qué sentido existe afectación de la introspección.

Introspección y psicopatología

La falta de introspección ha sido asociada a delirios, especialmente de grandeza, de difusión del pensamiento y de contenido sexual y a un peor ajuste premórbido en adolescencia y edad adulta (Debowska y cols., 1988)²⁰. Otros autores no han detectado una asociación estable entre aspectos de la introspección y sintomatología (Cuesta y Peralta, 1994; Cuesta y cols., 2000). Amador y cols. (1994)¹² detectaron como la pérdida de introspección es más frecuente en pacientes esquizofrénicos que en esquizoafectivos y depresiones mayores con síntomas afectivos, resultados que han sido confirmados en estudios posteriores (Pini y cols., 2001)²¹ aunque no por David y cols. (1995)⁵ quienes no refieren un especial vínculo de la pérdida de introspección al diagnóstico de esquizofrenia. Sanz y cols (1998)²² relacionan inversamente la introspección con la presencia de delirios y grandiosidad y positivamente con la presencia de depresión. También Smith y cols. (2000)²³ encuentran la asociación entre introspección y depresión.

Greenfeld y cols. (1989)¹⁸ señalan las diferencias en el “insight” de un paciente en su primera presentación, más tendente a atribuciones externas, que el de una presentación más cronificada en los que puede haber mayor tendencia a aceptar enfermedad aunque no con una correcta descripción de síntomas.

Objeciones al concepto de introspección

Es conveniente recordar también las críticas de las que ha sido objeto el concepto por ser considerado poco útil, académico pero no práctico, evasivo, difícil de conseguir, confuso, “eurocéntrico”, simple, e incluso racista (Perkins y Moodley, 1993; Beck-Sander, 1998; McGorry y McConville, 1999)¹⁰. Se ha señalado que la introspección acerca de la enfermedad mental no es necesariamente adaptativa (especialmente en lo referente a la atribución de síntomas) y que, especialmente en lo referente a atribución a causa, cierto grado de alteración en la introspección puede ser adaptativo (Lamb, 1986)²⁴. Este aspecto tiene particular importancia a la hora de hablar de las depresiones post-psicóticas. Iqbal y cols. (2000)²⁵ señalan como durante la depresión post-psicótica se incrementa el grado de introspección lo que consideran prueba de la relación entre depresión y psicosis, en un sentido similar a lo ya referido por McGlashan y Carpenter (1976). Cunnigham y cols. (2001)²⁶ describen como el aumento de introspección se correlaciona con un incremento de ideación suicida

Lally (1989)²⁷ argumenta que el proceso de “sumergirse “ en la enfermedad tiene tanto riesgos como beneficios para el paciente y que el reconocimiento, asimilación e integración de un episodio psicótico es un proceso psicodinámico desafiante similar al experimentado al recuperarse de otros acontecimientos traumáticos tal y como se ha referido al comentar los modelos de integración y sellado.

El desarrollo de introspección no es un objetivo terapéutico en si mismo, sino uno de los posible vehículos para proporcionar adherencia al tratamiento, mejorar la calidad de vida y el nivel de funcionamiento.

Funcionalidad³

La *funcionalidad* se refiere a la capacidad de adaptación a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que posee un miembro adulto productivo y sin enfermedad. En la esquizofrenia, el desempeño funcional se halla gravemente afectado, dado que sus manifestaciones intrínsecas disminuyen la capacidad del paciente para adaptarse a su medio. Esto a su vez trae como consecuencia discapacidad y pérdida de la calidad de vida, dependencia con estructuras que brindan soporte social y grandes dificultades para lograr una auténtica reinserción en la sociedad, lo que además acarrea un estigma social negativo y produce importantes gastos en el sistema sanitario. Por eso, tener en cuenta la funcionalidad permite planificar el proceso de recuperación, yendo más allá de los síntomas de la enfermedad.

Funcionalidad y síntomas positivos²⁹

Los síntomas positivos afectan gravemente la funcionalidad, pero sólo durante los episodios agudos de la enfermedad, período en el que tienen una importante carga emocional y en el que centran toda la atención, incluso haciendo olvidar otros que son más importantes en el pronóstico. De hecho, son el deterioro de las capacidades cognitivas y la existencia de síntomas negativos los que afectan de manera adversa el desempeño funcional del paciente a mediano y largo plazo, y no la presencia de síntomas positivos residuales.

Así, si se tiene en cuenta la recuperación de la funcionalidad como objetivo, esto permite que el profesional se sitúe más allá de la existencia de determinados síntomas y busque la reinserción social del paciente.

El impacto de los síntomas negativos en la funcionalidad del paciente²⁸

Es probable, a juicio de los autores de este trabajo, que los síntomas negativos "primarios" junto con las alteraciones cognitivas posean la clave para comprender esta enfermedad a nivel fisiopatológico, pues posiblemente estén más cerca de sus causas, e incluso en el origen de otros síntomas, como los positivos, que puede que no sean más que reacciones estereotipadas de un cerebro con carencias y que no puede afrontar situaciones ambientales complejas. Desde un punto de vista evolutivo, la esquizofrenia se considera una patología crónica y de mal pronóstico, pero no debido a la presencia de síntomas positivos (la eficacia de la medicación sobre ellos es excelente) ni por la recurrencia de los brotes, sino porque tras la remisión (incluso completa de los síntomas positivos), el paciente no vuelve a la situación original, sino que en una importante proporción de casos se convierte o acentúa ciertos rasgos previos (escasa o ninguna relación social, incapacidad de integración y de mantener una situación laboral aunque sea precaria).

Desde el punto de vista psicopatológico, los síntomas que están en la base de esta dramática situación son ese grupo de síntomas confusos, mal definidos, escasamente explorados, habitualmente olvidados, y frente a los cuales la más frecuente de las posturas es el nihilismo terapéutico (por la sobrecarga asistencial, por falta de tiempo, porque el paciente no se queja); es decir los síntomas negativos.

Por otra parte, las consecuencias de los síntomas negativos contribuyen a su refuerzo (aislamiento, desconexión, falta de motivación, falta de iniciativa, falta de integración), de manera que el paciente ingresa en un círculo vicioso. Por eso, dedicar más tiempo a la investigación y el tratamiento de estos síntomas no sólo modificará la percepción de la enfermedad, sino también su pronóstico; además de reducir el padecimiento y mejorar la integración social.

Deterioro cognitivo y funcionalidad³⁰

Al igual que con los síntomas negativos, en la esquizofrenia el acento suele colocarse en los síntomas positivos y no en el déficit cognitivo. Sin embargo, actualmente se ha producido un renovado interés en el área cognitiva de estos pacientes debido a los siguientes factores: el 85% presenta algún tipo de déficit cognitivo, el deterioro cognitivo parece más estable en el tiempo, a la mayor eficacia de los neurolépticos atípicos en su tratamiento, y a que el grado de deterioro en esta área afecta el pronóstico de la enfermedad.

Las funciones cognitivas básicas que aparecen más frecuentemente afectadas en la esquizofrenia son: atención (dificultad para procesar varios estímulos al mismo tiempo o estímulos complejos), lenguaje (pérdida en la fluidez verbal), memoria (disminución de la capacidad de recordar palabras o imágenes en un corto período para realizar una tarea completa), función motora (enlentecimiento, más marcado en pruebas bimanuales), capacidad de abstracción y funciones de ejecución (dificultad para realizar asociaciones correctas o discriminar ideas relevantes). Por su parte, también las funciones de cognición social están afectadas, como la capacidad para percibir correctamente una situación, para encontrar soluciones en un conflicto y para llevar adelante las soluciones.

En lo que se refiere a la función cognitiva, se trata de salir del esquema de la simple constatación de que los pacientes fallan más en determinadas pruebas, y de preguntarse de qué manera dichos déficit les crean a su vez problemas en las relaciones interpersonales o en el funcionamiento social, y partiendo de esta explicación crear protocolos de tratamiento o de rehabilitación, adecuados a la disfunción cognitiva de cada paciente.

Síntomas afectivos y funcionalidad³¹

Ya Bleuler consideraba las anomalías afectivas como uno de los cuatro síntomas primarios de la enfermedad, acompañando los trastornos de las asociaciones, el autismo y la ambivalencia. En la mayor parte de los casos, los profesionales consideran estas alteraciones como una parte más del cuadro clínico y esperan su supresión o alivio por medio del tratamiento. Sin embargo, en algunas ocasiones la intensidad, la frecuencia u otros aspectos hacen que se le preste una atención específica y se considere un tratamiento diferenciado, en paralelo al tratamiento nuclear de la enfermedad. Con frecuencia se produce cierta confusión en el análisis al mezclarse los hallazgos relativos a la tristeza con el estado de ánimo y el síndrome depresivo.

El trastorno depresivo no siempre es fácil de discriminar en estos casos, y sólo se puede hacer el diagnóstico cuando los síntomas depresivos se acompañan de síntomas cognitivos y vegetativos. Si bien numerosos estudios sobre comorbilidad entre

esquizofrenia y depresión muestran una alta prevalencia de ambas patologías, la causa de los síntomas depresivos en la esquizofrenia en sentido estricto está lejos de ser delimitada, aunque algunos autores propongan distintos modelos para resolver este problema.

Los síntomas afectivos complican el cuadro clínico de la esquizofrenia y producen un fuerte impacto en distintas áreas de la vida del paciente, en la respuesta al tratamiento y la evolución de la enfermedad, incluso por su relación con los intentos de suicidio y los suicidios consumados. La visión negativa como la falta de expectativas es parte intrínseca de la clínica depresiva en general, y de la que se observa en el paciente esquizofrénico en particular. De hecho, algunos autores señalan la presencia de depresión mayor como uno de los mejores predictores de reingreso temprano (menos de 3 meses) tras el alta hospitalaria. Incluso es posible considerar la clínica depresiva como generadora de problemas que se superponen con los síntomas negativos de la esquizofrenia. La anhedonia, la dificultad de relación y el aislamiento social, la falta de energía ahondan la alienación del paciente y facilitan la aparición de desesperanza y la falta de compromiso en el tratamiento.

Por su parte, la relación entre clínica depresiva y suicidio es más compleja de lo que puede parecer a primera vista. De hecho, algunos estudios señalan que la presencia de depresión en la esquizofrenia está asociada a una peor evolución, a problemas laborales, menor actividad, insatisfacción general y tendencias suicidas. Agregado a ello, algunos autores señalan que los pacientes esquizofrénicos con mayores capacidades de recuperación serían los que presentan tendencias suicidas, ya que quizás al ser capaces de una introspección más profunda y tener una mayor conciencia de enfermedad para valorar su situación, opten por escapar de un futuro muy negativo mediante la tentativa suicida.

Por último, el tratamiento farmacológico de la clínica depresiva en la esquizofrenia debiera estar basado en el uso de neurolépticos (fundamentalmente NAPS como clozapina y olanzapina, que tendrían una acción preventiva del suicidio). Por su parte, el uso de antidepresivos (ATD) sólo ofrece ventajas en el caso de cuadros depresivos que aparecen en el marco de una psicosis estabilizada; entre ellos, los agentes tricíclicos poseen la mayor evidencia acumulada sobre un efecto benéfico.

Alteración de la funcionalidad provocada por la toxicidad neurológica de los antipsicóticos²⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades más discapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años.

Si bien los CAPS proporcionan a los pacientes un alivio para la mayor parte de la sintomatología psicótica, no todos los pacientes toleran sus efectos adversos, que pueden ser discapacitantes en relación con el desempeño funcional, lo cual a su vez lleva al incumplimiento del tratamiento.

La toxicidad neurológica de los neurolépticos típicos incluye la afectación del sistema extrapiramidal (EP), el síndrome neuroléptico maligno, las crisis comiciales, los efectos sobre la función cognitiva y la sedación. Los efectos secundarios neurológicos suelen

ser muy desagradables para el paciente, y es posible que su efecto disminuya el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Más aun, muchas veces constituyen los signos más visibles de la enfermedad, contribuyendo con el estigma de la enfermedad. Además, algunos de los efectos secundarios EP determinan que los demás vean al paciente como un enfermo mental, lo que a su vez dificulta su integración en la comunidad. Asimismo, la presencia de estos signos también puede hacer que el paciente restrinja aun más su interacción social.

Con el advenimiento de los nuevos antipsicóticos (risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona) el panorama de la toxicidad neurológica ha cambiado completamente, y la reducción de estos efectos trae aparejada una menor disfuncionalidad global y mejoría en la calidad de vida.

Afectación de la funcionalidad provocada por la disfunción sexual secundaria a los antipsicóticos³²

La aparición de disfunción sexual secundaria al uso de estos fármacos a menudo se subestima sin tener en cuenta que puede comprometer el cumplimiento del tratamiento a largo plazo. Además, al paciente le cuesta informar sobre este problema, ya sea por vergüenza o por falta de confianza, o bien el profesional suele tener dificultades para preguntar sobre estos aspectos. La disfunción sexual puede incluir diversas alteraciones tales como pérdida de la libido; dificultades en la eyaculación, orgasmo o erección en el hombre y de la lubricación vaginal en las mujeres; alteraciones menstruales o ginecomastia. Estas alteraciones son reversibles con la suspensión del tratamiento, a excepción del priapismo, que a veces puede requerir intervención quirúrgica.

El mayor inconveniente derivado de estos efectos adversos es la posibilidad de abandono del tratamiento, dado que estas alteraciones ocasionan deterioro en las relaciones de pareja y empeoramiento en la interacción social.

Por su parte, la suspensión del tratamiento ocasiona recaídas, reingresos y posible agresividad. Debido a que se trata de pacientes muy heterogéneos, con distintas evoluciones clínicas y actividad sexual, es conveniente diferenciar distintos subgrupos. Por un lado, los pacientes agudos que requieren internación y no suelen presentar quejas sobre su función sexual, y en quienes la necesidad de controlar los síntomas de primer orden supera inicialmente la preocupación por el desempeño funcional posterior. Sin embargo, en estos casos los profesionales deberían recordar que no puede existir el concepto de eficacia sin estar estrechamente ligado a la presencia de efectos adversos mal tolerados a largo plazo. En segundo lugar, se debe considerar los pacientes crónicos con buena evolución, quienes están interesados en la vida sexual (aun cuando tengan dificultades emocionales en la expresión de sus necesidades sexuales). En estos casos suelen ser más frecuentes los problemas sociales, familiares y con la comunidad derivados del mayor riesgo de embarazo o por comportamientos sexuales que no son los comunes. En tercer término es necesario tener en cuenta pacientes sumamente deteriorados, pero que por el hecho de permanecer en instituciones psiquiátricas no es que carezcan de interés sexual. Por último, existe un grupo cada vez más numeroso de pacientes que presenta buena evolución a corto y largo plazo y para quienes es necesario considerar el tema de la sexualidad. Muchos de ellos mantienen una vida familiar, social y laboral adecuada, y su actividad puede verse gravemente resentida si aparece disfunción sexual a largo plazo provocada por alguno de estos fármacos. En este grupo

es imprescindible valorar este aspecto junto con el paciente, y resulta determinante en la elección de un antipsicótico a largo plazo.

Teniendo en cuenta la importancia actual de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente como variable de gran interés en la elección de un tratamiento, la alteración de la función sexual bajo la perspectiva de largo plazo resulta un factor decisivo en la elección terapéutica a fin de evitar las consecuencias resultantes del abandono de tratamiento.

*Desempeño social*³³

Este concepto se refiere a la capacidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo y desempeñar una serie de papeles socialmente definidos en una determinada cultura. Por extensión, su participación y su integración en actividades sociales y recreativas se consideran también como dimensiones del funcionamiento social. A su vez, se trata de un concepto que engloba un funcionamiento cognitivo básico (memoria, atención, concentración y procesamiento), una serie de capacidades instrumentales necesarias para la vida diaria (higiene, apariencia, tareas domésticas, manejo del dinero) y un repertorio de interacciones sociales que exigen el desempeño de un determinado papel (esposo, amigo, vecino, trabajador, compañero).

El desempeño social en estos pacientes resulta crucial por diferentes motivos: por ser una de las características de la patología, por utilizarse como criterio para el diagnóstico, por tratarse de un potente predictor de resultados y por ser uno de los principales objetivos del tratamiento y de los programas de rehabilitación. En estos casos, además del tratamiento farmacológico se requiere de intervenciones psicosociales tendientes a prevenir recaídas, recuperar las capacidades perdidas en el curso de la enfermedad, orientar al grupo familiar y lograr la reinserción escolar o laboral.

Así, aunque el tratamiento farmacológico continúa siendo el eje fundamental sobre el que descansan el resto de las intervenciones, el tratamiento de esta patología va más allá de la prescripción farmacológica. Los mejores resultados se obtienen combinando el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervenciones psicosociales. De ellas, las que han logrado mayor eficacia son las que tienen el modelo de estrés-vulnerabilidad-afrentamiento como marco teórico de referencia; ponen énfasis en la provisión de información y educación sobre la naturaleza biológica de la enfermedad; fomentan la confianza mutua y la cooperación entre familiares, pacientes y equipo terapéutico sin culpabilizar sobre el origen de la enfermedad; se orientan al fortalecimiento de las capacidades naturales para afrontar el problema; son lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las peculiaridades de cada paciente-evolución-circunstancias de la enfermedad, y consideran el sistema de valores y preferencias del paciente y su familia en la elección de objetivos a conseguir con el tratamiento.

Entre la gran variedad de intervenciones psicosociales, las más rigurosamente evaluadas y que han demostrado mayor eficacia son las intervenciones psicoeducativas y de soporte familiar, el entrenamiento de capacidades sociales, terapias de tipo cognitivo conductual, de rehabilitación cognitiva, vocacional y de apoyo al empleo. Los tratamientos psicosociales desempeñan un importante papel en el tratamiento integral de la esquizofrenia, no sólo complementando los efectos del tratamiento psicofarmacológico, sino suplementando estos efectos en áreas donde la medicación por

sí misma parece menos eficaz (síntomas negativos, desempeño social, reinserción laboral). Además, algunas intervenciones parecen disminuir el riesgo de recaídas, reducir síntomas positivos, facilitar la competencia social y mejorar la calidad de vida, así como lograr una reinserción laboral precoz y duradera. Por último, es posible considerar que los nuevos antipsicóticos junto con las intervenciones psicosociales mejoren los resultados.

Objetivos e Hipótesis:

Objetivo principal:

Estudiar si existe relación entre el grado de insight y el funcionamiento psicosocial en un grupo de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG).

Objetivos específicos:

1. Comprobar si existe relación entre la conciencia de enfermedad global y: el autocuidado, las actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio, las relaciones personales y sociales y los comportamientos perturbadores y agresivos.
2. Estudiar la relación entre la conciencia de sintomatología y: el autocuidado, las actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio, las relaciones personales y sociales y los comportamientos perturbadores y agresivos.
3. Relacionar la conciencia de atribución de los síntomas a la enfermedad y: el autocuidado, las actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio, las relaciones personales y sociales y los comportamientos perturbadores y agresivos.

Hipótesis exploratorias:

A mayor conciencia de enfermedad global, de síntomas y de atribución, mayor funcionalidad en las cuatro áreas a estudio (autocuidado, actividades sociales habituales, relaciones sociales y comportamientos perturbadores).

Material y métodos:

Diseño:

Estudio descriptivo transversal de una serie de pacientes con enfermedad mental, atendidos en un centro de día de rehabilitación.

Muestra:

Se seleccionan 40 pacientes con diagnóstico de TMG, de entre 18 y 67 años, del Centro de Día de rehabilitación psico-social Romareda, Sector III, Zaragoza.

Los pacientes se seleccionan en base a un grado de colaboración aceptable para la entrevista y respuesta a los tests.

Los pacientes poseen una estabilidad psicopatológica, considerando estabilidad, el no haber ingresado en unidades de corta estancia en un periodo mayor a 6 meses, y no haber recibido cambios en el tratamiento psicofarmacológico en los últimos 3 meses.

El Centro de Día es un dispositivo de rehabilitación, donde los pacientes acuden diariamente y acceden a recursos psicoterapéuticos, sociales y ocupacionales.

Se reserva un despacho, durante 3 horas semanales, a lo largo de 2 meses, para realizar una entrevista semiestructurada (preguntando las variables a estudio, tras un sondeo inicial sobre el estado del paciente), pasar la escala PSP (Personal and Social Performance) y SUMD (Escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental), 30 minutos aproximadamente, por paciente.

Esperamos obtener pacientes con una larga evolución de su enfermedad mental, que han asistido a múltiples dispositivos terapéuticos, y que finalmente poseen una adherencia al tratamiento integral en este Centro de Día.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave (persistencia en el tiempo de 2 años y presentar graves dificultades en el funcionamiento personal y social debidas a esta enfermedad).

- Esquizofrenia (F20.x)
- Trastorno esquizotípico (F21.x)
- Trastorno esquizoafectivo (F25.x)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28.x)
- Trastorno bipolar (F31.x)

2. Edad: 18-70 años.

3. Estabilidad de la enfermedad en un periodo mayor a 6 meses (definiendo como estabilidad el no ingreso en Unidades de Corta Estancia).

4. Sin cambios en el tratamiento psicofarmacológico un periodo mayor a 3 meses.

Criterios de exclusión:

1. Cualquier otro diagnóstico de la CIE-10.
2. Escaso grado de colaboración.
3. No estabilidad psicopatológica.

Ética:

La entrevista se administra a los pacientes en el marco de la atención clínica que reciben en el Centro de día (con el asesoramiento y apoyo de la Dirección del Centro). tras el consentimiento verbal por parte del paciente de aceptación de la misma.

VARIABLES A ESTUDIO:

Sexo.

Edad.

Diagnóstico según CIE-10..

Edad de inicio de la enfermedad.

Tiempo de ingreso en el centro de día (meses).

Tiempo de evolución de la enfermedad (meses).

Última fecha de ingreso en UCE.

Última fecha de modificación del tratamiento psicofarmacológico.

Escalas psicodiagnósticas:

La **SUMD** (Escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental) es una escala fiable y válida e 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.³⁴

La escala se compone de 2 partes; la primera 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. Esta parte se puntúa sumando el total de una escala Likert, con puntuaciones del 1 al 5, siendo 1 conciencia y 5 no conciencia. A mayor puntuación, menor conciencia de enfermedad.

La segunda parte se compone 6 ítems destinados a síntomas específicos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad) que conforman dos subescalas: 6 ítems para conciencia de síntomas y 6 ítems para atribución de los síntomas a la enfermedad. Se puntúa sumando cada subescala por separado (síntomas y atribución), de la escala Likert y dividiendo entre el total de ítems relevantes (mayor a 0). A mayor puntuación, menor conciencia de enfermedad.

La **PSP** (Funcionamiento Personal y Social), del inglés Personal and Social Performance es un instrumento fiable, válido y sensible para medir el funcionamiento de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia. Dada su brevedad, es un instrumento apropiado para ser utilizado en la práctica clínica cotidiana para cuantificar y controlar el funcionamiento de los pacientes. La PSP es un instrumento puntuado por el clínico que evalúa el funcionamiento del paciente en las siguientes 4 áreas: *a*) autocuidado; *b*) actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio; *c*) relaciones personales y sociales, y *d*) comportamientos perturbadores y agresivos. Teniendo en cuenta la información obtenida, los clínicos puntúan las 4 áreas según los criterios operativos establecidos, utilizando una escala Likert de gravedad de 6 puntos, que va del 1 (ausente) al 6 (muy grave). Las áreas 1-3 tienen los mismos criterios operativos, mientras el área 4 tiene sus propios criterios operativos para facilitar a los clínicos la evaluación de la gravedad de las dificultades que presenta el paciente. La puntuación de la PSP es un proceso en tres etapas: *a*) en primer lugar, utilizando los criterios operativos, los clínicos puntúan la gravedad de las dificultades existentes en las 4 áreas; *b*) en segundo lugar, usando un algoritmo de puntuación estas 4 puntuaciones se transforman en una puntuación con un intervalo de 10 puntos, que va de 1-10 (falta de autonomía para el funcionamiento básico) a 91-100 (funcionamiento excelente en las 4 áreas principales), y *c*) en tercer lugar, teniendo en cuenta el funcionamiento en una relación de otras 9 áreas de la vida, se elige una puntuación específica del intervalo de 10 puntos.³⁵

La PSP proporciona puntuaciones para cada una de las 4 áreas, de tal manera que las puntuaciones más altas indican un funcionamiento peor, y una puntuación global en la que los valores más elevados reflejan un mejor funcionamiento personal y social.

Análisis estadísticos:

Se han tratado los datos con el SPSSv10.0 ofreciendo en las Tabla I y II los datos descriptivos de la muestra.

Se han efectuado análisis de los resultados de SUMD y PSP mediante correlación de Pearson. Tablas III, IV, V y VI.

Resultados:

Los resultados que se exponen se corresponden a la muestra totalson en un total (n=40).

Los **datos descriptivos** se exponen en la Figura I y Tabla I:

- La distribución por sexo de la muestra estudiada fue 35% de mujeres y 65% de varones.
- La edad media de la muestra fue de 42.1 años. Siendo la edad media de mujeres 41.21 y el rango de edad de 31 a 58. Y la edad media de varones fue 42.57 con un rango de edad de 25 a 67. Desviación típica 9.5.
- Los diagnósticos: F20.0 52.5%, F20.1 5%, F20.3 7.5%, F20.6 2.5%, F20.8 2.5%, F20.9 2.5%, F21 5%, F25 12.5%, F28 2.5%, F31 7.5%.
- El Tiempo medio de ingreso 56,225 meses (4 años y 8 meses). Desviación típica 55.29.
- La Edad media de inicio son 21.525 años. Desviación típica 7.214613.
- El Tiempo medio de evolución de la enfermedad son 20.9 años. Desviación típica 8.6.

Figura I

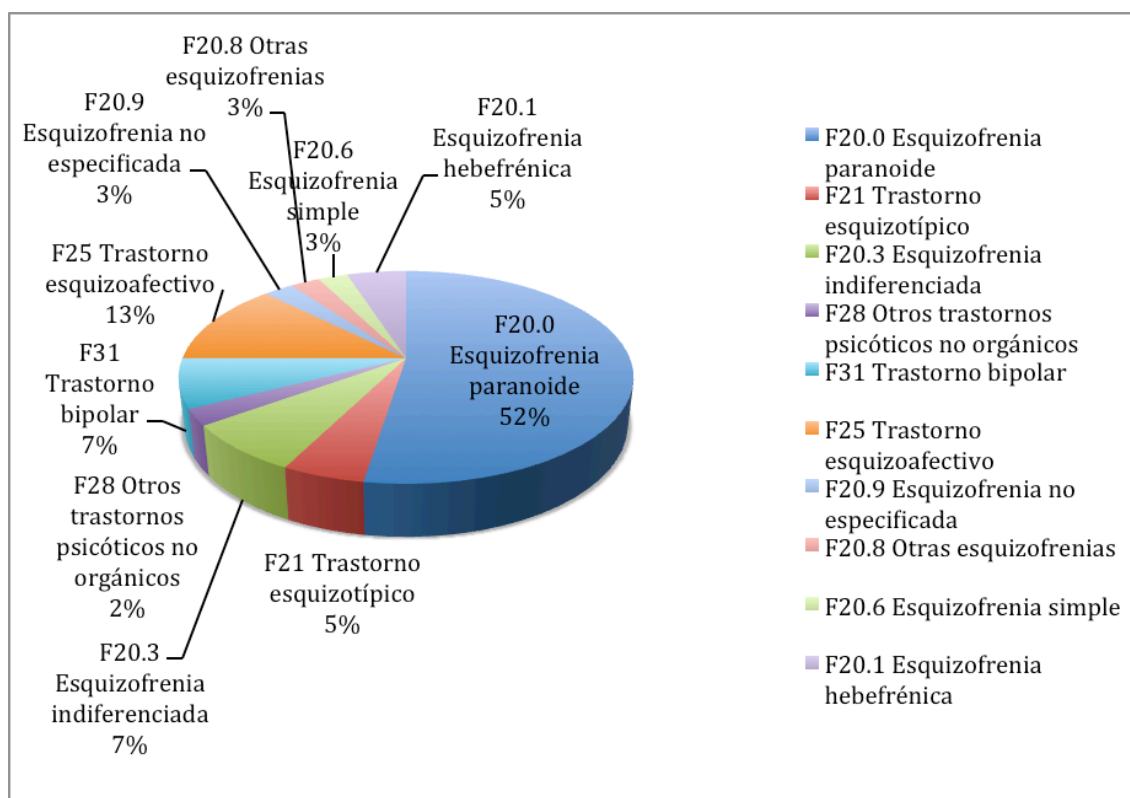


Tabla I

Sexo	edad	dx	tº ingreso	tº ingreso (meses)	edad inicio	tº evolución (meses)
Mujer	47	F20.0	9años9meses	117	20	27
Hombre	48	F21	4años5meses	53	20	28
Hombre	61	F20.0	4años	48	27	34
Hombre	27	F20.3	2años7meses	31	8	19
Hombre	31	F20.0	1año	12	19	12
Hombre	40	F20.0	7años8meses	92	23	26
Hombre	38	F20.0	8meses	96	16	22
Mujer	37	F28	9meses	108	35	2
Hombre	35	F20.0	6años8meses	80	8	27
Mujer	40	F20.0	1año1mes	13	18	22
Mujer	37	F31	1mes	1	15	22
Mujer	31	F20.0	1año9meses	21	15	16
Hombre	57	F20.0	7años2meses	86	31	26
Hombre	40	F20.0	1año5meses	17	20	20
Hombre	38	F20.0	2años2meses	26	22	16
Hombre	46	F20.0	3años7meses	33	26	20
Hombre	58	F20.0	3años9meses	35	38	20
Mujer	58	F25	5años11meses	71	24	34
Mujer	40	F20.0	3años	36	14	26
Hombre	49	F20.0	5años1mes	61	20	29
Hombre	50	F20.0	2años11meses	35	18	32
Hombre	67	F25	6años3meses	72	33	34
Mujer	38	F31	2años	24	16	22
Mujer	33	F31	9meses	9	28	5
Mujer	40	F20.3	1año8meses	20	36	4
Hombre	34	F21	5meses	5	14	20
Hombre	25	F25	6meses	6	20	5
Hombre	41	F20.0	16años7meses	199	21	20
Hombre	47	F25	8años9meses	105	35	12
Mujer	50	F20.9	3años10meses	46	25	25
Mujer	51	F20.0	14años5meses	173	23	28
Hombre	33	F20.8	2años5meses	29	24	9
Hombre	30	F20.1	1año6meses	18	20	10
Mujer	35	F20.0	4meses	4	20	15
Hombre	31	F20.6	5meses	5	10	21
Hombre	50	F20.3	21años3meses	255	16	34
Hombre	40	F25	5años3meses	63	21	19
Hombre	42	F20.0	6años6meses	78	19	26
Hombre	49	F20.1	2años6meses	30	21	29
Mujer	40	F20.0	3años	36	22	18

Los **datos de correlación** se exponen en las Tablas II, III, IV y V.

- En conjunto los resultados indican que tan solo existe una asociación estadísticamente significativa, entre el apartado primero de discapacidad (autocuidado) de la PSP y la Sumd global.
- Se halla una correlación menos intensa, entre PSP autocuidado y las subescalas de SUMD (conciencia de síntomas y atribución de ellos a la enfermedad).
- Hay que tener en cuenta que en las puntuaciones de la PSP parciales, cuantos mas puntos mayor discapacidad, pero que en la PSP total cuanto mas puntos mayor funcionalidad.
- En la SUMD cuantos mas puntos peor conciencia de enfermedad en todas las subescalas. No hay una puntuación total de SUMD, solo de conciencia global; pero realmente la SUMD ofrece una visión multidimensional por lo que hay que relacionar todas las subescalas vs todas las partes de la PSP.
- Así vemos si en cada dimensión hay una posibilidad de correlación.

Tabla II
Pearson

SUMD global / PSP Autocuidado*	0,510772739
SUMD global / PSP Relaciones	0,246721357
SUMD global / PSP Actividades	0,188580055
SUMD global / PSP Conductas Disruptivas	0,097808431
SUMD global / PSP Total	-0,242815566
SUMD síntomas / PSP Autocuidado *	0,41504485
SUMD síntomas / PSP Relaciones	0,186383108
SUMD síntomas / PSP Actividades	0,135682257
SUMD síntomas / PSP Conductas Disruptivas	-0,090099565
SUMD síntomas / PSP Total	-0,16
SUMD Atribución / PSP Autocuidado *	0,479192363
SUMD Atribución / PSP Relaciones	0,287057034
SUMD Atribución / PSP Actividades	0,255293012
SUMD Atribución / PSP Conductas Disruptivas	-0,025904384
SUMD Atribución / PSP Total	-0,224917273

* son significativos

Asociaciones moderadas

- La parcial de autocuidado ha mostrado que cuanto mayor es la puntuación en el nivel de discapacidad mayor es la puntuación en cualquiera de las 3 subescalas del SUMD. Es decir que a menor grado de conciencia de enfermedad, menor funcionalidad en este área.

Tabla III. SUMD GLOBAL VS PSP AUTOCUIDADO

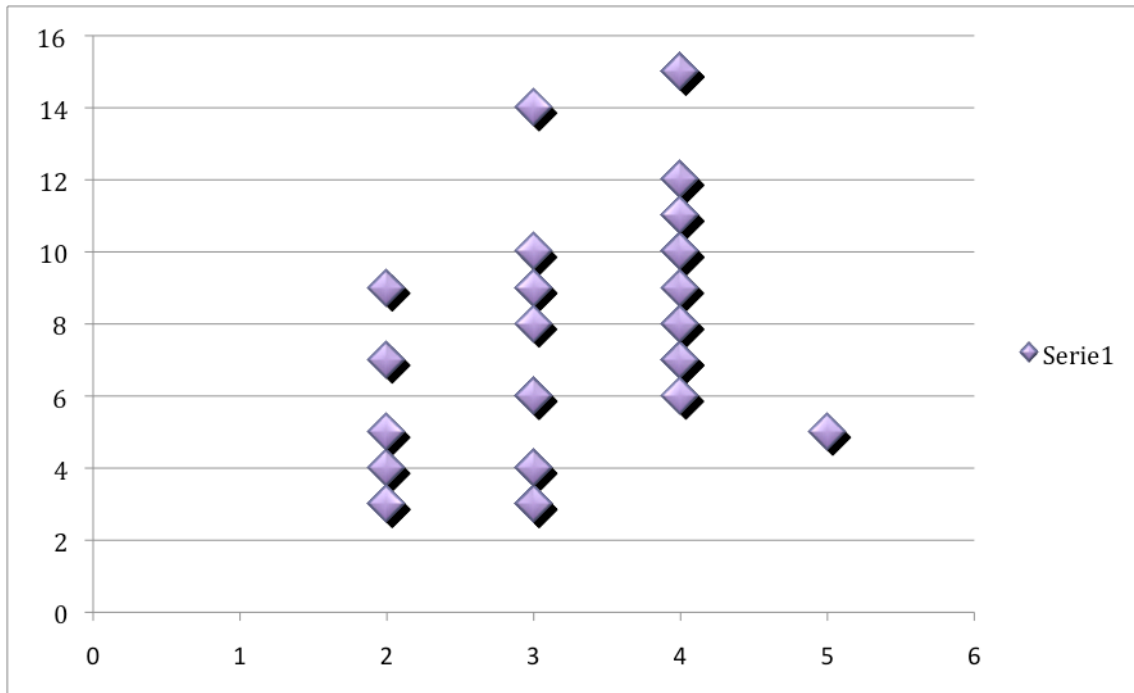


Tabla IV: SUMD SINTOMAS VS PSP AUTOCUIDADO

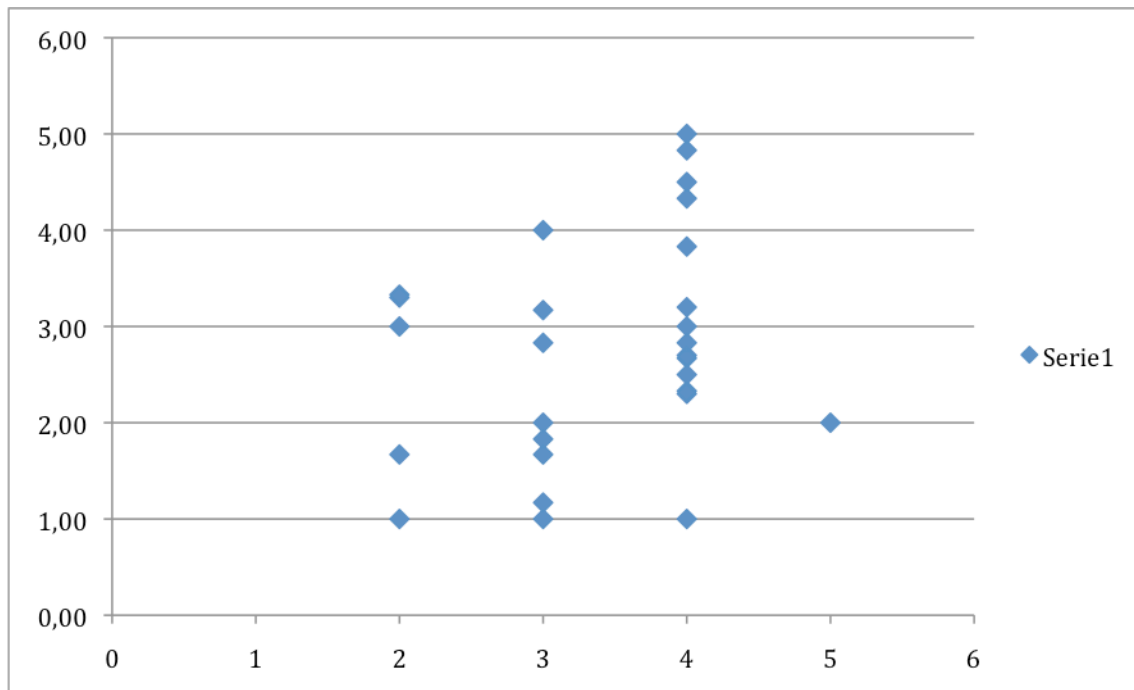
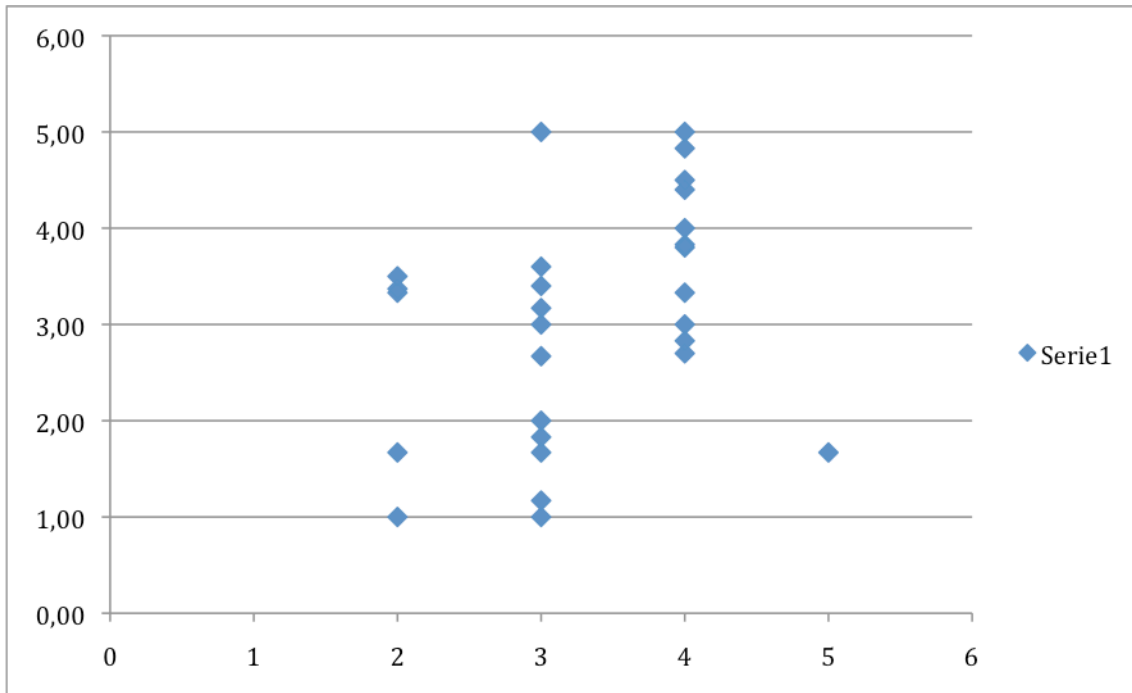


Tabla V. SUMD ATRIBUCION VS PSP AUTOCUIDADO



- La falta de conciencia de enfermedad correlaciona con los aspectos del cuidado de uno mismo, mas que con las relaciones sociales o con las actividades.
- Hay que señalar la nula correlación de las conductas disruptivas que parece no tener mucho que ver con la conciencia de enfermedad.

Discusión:

La reconceptualización del trastorno mental grave debe conducir a plantear nuevos objetivos en el tratamiento de esta difícil enfermedad, entre los que se cuenta la recuperación de la funcionalidad.

Por lo tanto, la funcionalidad de estos pacientes dependerá de las posibilidades de tratamiento, no sólo de los síntomas positivos, sino de otros grupos sintomáticos más trascendentes (negativos, cognitivos y afectivos) y de la toxicidad neurológica y sexual asociada con el uso de antipsicóticos, que puede repercutir sobre las posibilidades de reinserción social de los pacientes, además de limitar su recuperación y favorecer su estigmatización.³

Por estos motivos, la integración de medidas farmacológicas, psicológicas y sociales son exigibles en el marco de una atención integral moderna en una sociedad occidental.³

Los profesionales de la salud mental tienen así el deber y el privilegio de exigir a la sociedad los mejores medios para la atención de los pacientes, en igualdad de condiciones con otras especialidades médicas.³

No se pueden extraer relaciones causales de la correlación que hemos estudiado, pero si hay que señalar la asociación hallada.

No hemos encontrado estudios como el nuestro, en los que se haya utilizado la PSP (Escala de funcionamiento social y personal), que es una escala mejor que la SOFAS (Social and Occupational Assessment Scale) en que especifica la áreas que han de ser evaluadas, proporciona criterios operativos claros para la puntuación de la gravedad de la discapacidad y es lingüísticamente más precisa. También está avanzada respecto a la GAF (Global Assessment of Functioning) en que no incorpora psicopatología y hay mayor fiabilidad interexaminador.

Los resultados nos indican que existe una correlación positiva entre carecer de conciencia de enfermedad, y tener un mal autocuidado.

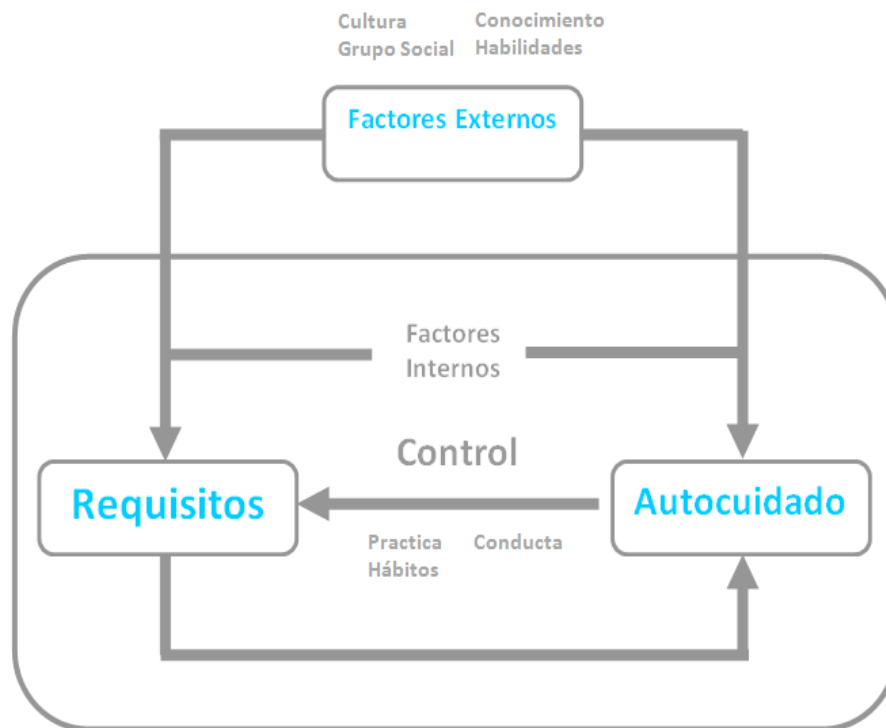
Definimos autocuidado como *"la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar"*.

La teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorotea Orem, nacida en Baltimore, Estados Unidos. "El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar."³⁶

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.³⁶

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.³⁶

Requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.³⁶



En la subescala PSP A, lo que se mide de autocuidado es:

- Bañarse
- Lavarse el cabello.
- Cepillarse los dientes.
- Cambiarse de ropa.
- Tomar medicación.
- Comer.

En conjunto los resultados indican que existe una asociación estadísticamente significativa, entre el apartado primero de discapacidad (autocuidado) de la PSP y la SUMD global (conciencia de trastorno mental, conciencia de los efectos de la medicación y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno).

Se halla una correlación menos intensa, entre PSP autocuidado y las subescalas de SUMD: La conciencia de síntomas y la atribución de ellos a la enfermedad, tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad.

La parcial de autocuidado ha mostrado que cuanto mayor es la puntuación en el nivel de discapacidad mayor es la puntuación en cualquiera de las 3 subescalas del SUMD. Es decir que a menor grado de conciencia de enfermedad, menor funcionalidad en este área.

La falta de conciencia de enfermedad correlaciona con los aspectos del cuidado de uno mismo, mas que con las relaciones sociales y personales o con las actividades sociales habituales.

De manera, que no hay correlación estadísticamente significativa entre la conciencia de enfermedad y tener una mejor relación de pareja, familiar, de amistad, o una mejor red de soporte fuera del tratamiento.

Hay que señalar la nula correlación de las conductas disruptivas (hablar demasiado alto, insultar, discutir, amenazar verbalmente, romper o tirar objetos, golpear, pelear, amenazar con auto/heterolesiones) que parecen no tener mucho que ver con la conciencia de enfermedad.

Podría considerarse que este resultado de correlación, entre el autocuidado y la SUMD global, es tautología. Es decir, que precisamente la PSP A (autocuidado), incluye la toma de medicación como un ítem; y esto es parte también de la conciencia global de la SUMD. Puede que la correlación se deba a un solapamiento de conceptos.

Esperamos que esto sirva para diseñar otros estudios encaminados a dilucidar si mejorar la conciencia de enfermedad sería útil para mejorar autocuidados.

Las distintas partes del PSP se comportan de forma diferente por lo que se aconseja atender a los resultados parciales en investigaciones de este tipo.

Los pacientes con Trastorno Mental Grave, padecen de factores de riesgo cardiovascular, en parte debido a un deficitario autocuidado. Obesidad (42% vs. 27% de población general), Diabetes Mellitus (al menos el doble de prevalencia de la población general), Dislipidemias, Dependencia a la nicotina (75% vs. 25% de población general) y enfermedades cardiovasculares (aproximadamente el doble de mortalidad que en la población general).³⁸

Si pudiéramos mejorar el insight, quizá disminuyéramos también los factores de riesgo cardiovascular, que acortan la esperanza de vida y aumentan la comorbilidad de los enfermos con Trastorno Mental Grave.

Ha habido otros estudios donde incluso se ha resuelto que a mayor insight, mayor funcionalidad y menor estigma, con escalas como la The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) para estudiar el insight y The Quality of Life Scale (QOLS) para la funcionalidad.³⁹ Pero creemos que nuestro estudio es más completo, dado que la SUMD es mejor escala para la conciencia de enfermedad que la PANSS, y la PSP mide

mas funciones de la vida diaria que la QOLS (específicamente no se mide el autocuidado en una única sección).

Se han realizado estudios entre la calidad de vida y la funcionalidad, y el estar empleado o estar estudiando. Se concluye que los pacientes con empleo o estudiando, tienen una mejor funcionalidad.⁴¹

En nuestro estudio, las actividades sociales habituales (trabajo y estudio, tareas del hogar, programas de tratamiento, trabajo de voluntariado y organizaciones religiosas), no se han correlacionado de manera significativa con una buena conciencia de enfermedad.

También se ha hallado que no existe relación entre el insight y los síntomas negativos de la PANSS o la parte física de la QOLS.⁴²

En el estudio Eiffel de 2010, se analizan 577 pacientes con primer episodio psicótico y se les hace un seguimiento a un año, comparando factores sociodemográficos, psicopatología, insight y funcionalidad (con las escalas CGI y GAF). Los resultados señalan que el insight predice de forma significativa la funcionalidad posterior. Se propone que aumentar el insight en intervenciones tempranas, puede mejorar la funcionalidad posterior.³⁷

En relación a este estudio, creemos que sería interesante, aplicar la PSP respecto a la GAF, ya que avanza en relación a que no incorpora psicopatología y existe una mayor fiabilidad interexaminador, siendo la lingüística mas clara. También pensamos que extrapolar nuestra investigación, a adolescentes con primeros episodios psicóticos, puede aportar datos frescos y quizá mas exactos, dado que nuestra muestra es una población principalmente cronicada.

Nuestro estudio está marcado por un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide en más de la mitad de la muestra; aún así, podría ser mas puro, un estudio en el que los pacientes tuvieran todos el mismo diagnóstico.

La esquizofrenia es un Trastorno Mental Grave, que supone una cronicidad con disminución de la funcionalidad del paciente con el paso del tiempo. Por eso, si pudiéramos invertir tiempo y mejorar los factores relacionados con la funcionalidad, podríamos evitar el deterioro y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Limitaciones y problemas:

Las limitaciones del estudio son la heterogeneidad de la muestra por edad, diagnóstico, curso evolutivo, tratamientos farmacológicos orales e inyectables, psicopatología y síntomas, factores cognitivos y factores ambientales.

Otras limitaciones: tamaño muestral pequeño; problemas de generalización, dado que es una muestra sesgada por su cronificación y elevado tiempo de evolución. Por eso pensamos que habría que estudiarlo en una población mas joven como adolescentes en primer episodio.

Puede ser que al ser enfermos crónicos tengan menor nivel de autocuidado y esto puede interferir con los resultados.

Otra limitación sería depurar diagnósticos hacia Esquizofrenia F20.x, tal y como se define en el CIE-10.

Revisión bibliográfica:

1. www.guiasalud.es/egpc/tmg/pacientes/01_que_es_gpc.html
2. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Alejandra Caqueo Urizar y Serafín Lemos Giráldez*
Universidad de Tarapacá (Chile) y * Universidad de Oviedo
3. GRUPO GEOPTE (GRUPO ESPAÑOL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA). "La Funcionalidad como Objetivo en el Tratamiento de la Esquizofrenia." Actas Españolas de Psiquiatría 30(5):312-325, 2002
REVISTA : [La Funcionalidad como Objetivo en el Tratamiento de la Esquizofrenia]
4. MARKOVA, I.S.; BERRIOS, G.E.: The meaning of insight in clinical psychiatry. Br j psychiatry 1992; 160:850-860.
5. DAVID, A. S.: Insight and psychosis. Br J Psychiatry 1990; 156:798-808.
DAVID, A.S.: "To see ourselves as others see us". Aubrey Lewis's insight. Br j Psychiatry 1999; 175:210-216.
DAVID, A.; VAN OS, J.; JONES, P. et al.: Insight and psychotic illness: cross-sectional and longitudinal associations. Br J Psychiatry 1995; 167:621-628
6. BERRIOS, G.E.; MARKOVA, I.S.: Insight in the psychoses: A conceptual History. En Amador, X.F.; David, A.,S.: Insight and Psychosis (pp 33-46). New York. Oxford University Press 1998.
7. MACPHERSON, R.; DOUBLE, D. B.; ROWLANDS, P. R. et al: Long term psychiatric patients' understanding of neuroleptic medication. Hosp Com Psychiatry 1993, 44:71-73.
8. BIRCHWOOD, M.; SMITH, J.; DRURY, V. et al: A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. Acta,Psychiatr Scand 1993, 86:1-6.
9. CUESTA, M. J.; PERALTA, V.: Lack of insight in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1994, 20:359-366.
CUESTA, M.J.; PERALTA, V.; ZARZUELA, A.: Reappraising insight in psychosis. Multisacle longitudinal study. Br J Psychiatry 2000; 177:233-240.
10. McGORRY, P.D.; McCONVILLE, S.B.: Insight in psychosis: An elusive Target. Comprehensive Psychiatry 1999; 40:131-142.
11. McGORRY, P.D.; Psychoeducation in first episode psychosis: a therapeutic process. Psychiatry 1995; 58:329-344

12. AMADOR, X.F.; FLAUM, M.; ANDREASEN, N.C. et al.: Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:826–836
AMADOR, X.F.; STRAUSS, D.H.; YALE, S.A.; GORMAN, J.M.: Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991 ; 17:113-32
13. FESTINGER, L.: *A theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1957.
14. MOORE, B.S.; SHERROD, D.R.; LIU, T.J.; UNDERWOOD, B.: He dispositional shift in attribution over time. *J Exp Soc Psychol* 1979; 15:553-569
15. FLASHMAN, L.; McALLISTER, T.W.; ANDREASEN, N.C.; SAYKIN, A.J.: Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1167-1169
16. LAROI, F; FANNEMEL, M; RONNENBERG, U. et al.: Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res* 2000; 100:49-58.
17. WHITE, R.; BEBBINGTON, P.; PEARSON, J. et al.: The social context of insight in schizophrenia. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2000; 35:500-507
18. GREENBERG, L.; FINE, S.B.; COHEN, C. et al.: An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families in an acute care setting. *Hosp Com Psychiatry* 1988, 39:277-282.
GREENFELD, D.; STRAUSS, J.S.; BOWERS, M.B.; MANDELKERN, M.: Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull* 1989; 15:245-252.
19. McEVOY, J.P.; APPERSON, L.J.; APPELBAUM, P.S. et al.: Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Disease* 1989; 177:43-47.
20. DEBOWSKA, G.; GRZYWA, A; KUCHARSKA-PIETURCA, K.: Insight in paranoid schizophrenia. Its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comprehensive Psychiatry*, 1998; 39:255-260
21. PINI, S; CASSANO, G.B.; DELL'OSSO, L; AMADOR, X.F.: Insight Into Illness in Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, and Mood Disorders With Psychotic Features *Am J Psychiatry* 2001; 158:122–125.
22. SANZ, M.; CONSTABLE, G.; LOPEZ-IBOR, I. et al.: A comparative study of insight scales and their relationship to psychological and clinical variables. *Psychol Med* 1998; 28:437–446
23. SMITH, T.E.; HULL, J.W.; ISRAEL, L.M.; WILLSON, D.F.: Insight, symptoms and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000 26:193-200.

24. LAMB, R.H.: Taking issue: adding insight to injury. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37:869
25. IQBAL, Z.; BIRCHWOOD, M.; CHADWICK, P.; TROWER, P.: Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. *Br J Psychiatry* 2000; 177:522-528.
26. CUNNINGHAM OWENS, D.G.; CARROLL, A.; FATTAH, S. et al.: A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:362-9.
27. LALLY, S.J.: "Does being in here mean there is something wrong with me?". *Schizophr Bull* 1989 ; 15:253-65
28. LINDENMAYER JP, KHAN A, ISKANDER A, ABAD MT, PARKER B. A randomized controlled trial of olanzapine versus haloperidol in the treatment of primary negative symptoms and neurocognitive deficits in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2007 Mar;68(3):368-79.
29. LIPKOVICH IA, DEBERDT W, CSERNANSKY JG, SABBE B, KEEFE RS, KOLLACK-WALKER S. Relationships among neurocognition, symptoms and functioning in patients with schizophrenia: a path-analytic approach for associations at baseline and following 24 weeks of antipsychotic drug therapy. *BMC Psychiatry.* 2009 Jul 14;9:44.
30. SHARMA T Cognitive effects of conventional and atypical antipsychotics in schizophrenia..*Br J Psychiatry Suppl.* 1999;(38):44-51.
31. KASPER S. Optimisation of long-term treatment in schizophrenia: treating the true spectrum of **symptoms**. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006 Sep;16 Suppl 3:S135-41. Epub 2006 Jul 25.
32. IAGUBOV MI, SHTARK LN. **Sexual** disturbances during the treatment with neuroleptics in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2011;111(9 Pt 2):57-60. Russian.
33. HARVEY PD, GREEN MF, KEEFE RS, VELLIGAN DI. Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement on its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness. *J Clin Psychiatry.* 2004 Mar;65(3):361-72. Review.
34. The European journal of psychiatry (edición en español) *versión impresa* ISSN 1579-699X *Eur. J. Psychiat.* (Ed. esp.) v.17 n.4 Zaragoza oct. 2003 doi: 10.4321/S1579-699X2003000400002. Los predictores de "*insight*" con respecto a la enfermedad mental entre los pacientes psicóticos y no psicóticos.
35. GARCIA-PORTILLA, MARÍA PAZ; SAIZ, PILAR ALEJANDRA; BOUSOÑO, MANUEL; BASCARAN, MARÍA TERESA; GUZMÁN-QUILO, CARLOS; BOBES, JULIO. Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y

Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable Publicado en Rev Psiquiatr Salud Ment.2011; 04 :9-18 - vol.04 núm 01.

36. OREM, D.(1985). Nursing: Concepts of Practice. St. Louis: Mosby-Year Book.

37. R. SEGARRA ^{A,C,E,*}, N. OJEDA ^{B,E}, J. PEÑ A ^B, J. GARCÍA A, A.
RODRIGUEZ-MORALES ^F, I. RUIZ ^F, R. HIDALGO ^F, J.A. BURO´ N ^F, J.I.I.
EGUILUZ ^{A,C,E}, M. GUTIE´ RREZ ^{C,D,E} Longitudinal changes of insight in first
episode psychosis and its relation to clinical symptoms, treatment adherence and global
functioning: ~~one~~ follow-up from the Eiffel study.

38. HARRIS EC. BARRACLOUGH B. Br. Journal Psychiatry. 1998; 173: 11-53.

39. LYSAKER PH, ROE D, YANOS PT. Toward understanding the insight paradox:
internalized stigma moderates the association between insight and social functioning,
hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophr
Bull. 2007 Jan;33(1):192-9. Epub 2006 Aug 7. PMID: 16894025 [PubMed - indexed for
MEDLINE]

40. LYSAKER PH, BELL MD, BRYSON GJ, KAPLAN E. J NERV MENT Insight
and interpersonal function in schizophrenia. Dis. 1998 Jul;186(7):432-6. PMID:
9680045

41. UÇOK A, GORWOOD P, KARADAYI G; ON BEHALF OF THE EGOFORS.
Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with
schizophrenia: EGOFORS Study. Eur Psychiatry. 2011 May 16.

42. XIANG YT, WANG Y, WANG CY, CHIU HF, CHEN Q, CHAN SS, LAI KY,
LEE EH, UNGVARI GS. Association of insight with sociodemographic and clinical
factors, quality of life, and cognition in Chinese patients with schizophrenia. Compr
Psychiatry. 2011 May 30

