

# Introspección en pacientes con psicosis\*

**Fabiola Navarro Marún<sup>1</sup>**

**Carlos Alberto Cardeno<sup>2</sup>**

**Juan Fernando Cano<sup>3</sup>**

**José Mario Gómez<sup>4</sup>**

**Kerly Jiménez<sup>5</sup>**

**Carlos Alberto Palacio<sup>6</sup>**

**Jenny García<sup>7</sup>**

## Resumen

El término *introspección* carece de una definición universal, pero en la práctica clínica con personas con trastornos psicóticos se refiere a un estado mental que se infiere a partir de la respuesta verbal y conductual de un paciente a su enfermedad. En este artículo se revisa la evolución histórica del concepto, algunos modelos teóricos explicativos y las variables clínicas que se han relacionado con la introspección, como son la gravedad de las manifestaciones clínicas, la edad de inicio, el pronóstico, la adherencia al tratamiento, el nivel de inteligencia y las alteraciones neuropsicológicas.

**Palabras clave:** introspección, trastorno psicótico, esquizofrenia, trastorno bipolar.

**Title:** Insight in Patients with Psychosis.

## Abstract

The term insight lacks a universal definition, but in clinical practice with patients with psychotic disorders, it refers to a mental state inferred from the verbal and behavioral response of a patient to his or her illness. This article reviews the historical development of the concept, some explanatory theoretical models, and the clinical variables which have been related to

\* La presente revisión se hizo como parte de la investigación titulada "Validación de la escala de evaluación de introspección", financiada por el CODI- Universidad de Antioquia.

<sup>1</sup> Psiquiatra. Profesora del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

<sup>3</sup> Psiquiatra.

<sup>4</sup> Psiquiatra.

<sup>5</sup> Psiquiatra.

<sup>6</sup> Psiquiatra. Jefe de la Escuela de Investigaciones Médicas Aplicadas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

<sup>7</sup> Psiquiatra, Profesora del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

insight, such as: severity of clinical manifestations, age of onset, prognostic, adherence to treatment, level of intelligence, and neuropsychological alterations.

**Key words:** Insight, psychotic disorder, schizophrenia, bipolar disorder.

## Introducción

El término *introspección* (o *insight*) se ha utilizado para referirse a un cierto estado mental que se infiere a partir de la respuesta (verbal y conductual) del paciente a su enfermedad. Este concepto abarca diversos fenómenos basados en diferentes dimensiones (1-2) y está muy difundido en la clínica psiquiátrica, sobre todo en la psicosis (3). Sin embargo, no se ha especificado en qué consiste este fenómeno, ni si es un síntoma o un aspecto de otros síntomas, ni cómo puede medirse o hacerse objetivo, ni qué mecanismos están implicados en su normal existencia o en su alteración.

Históricamente ha sido difícil evaluar la introspección, porque se trata de un fenómeno que carece de una definición universal y que con frecuencia se mide de forma subjetiva, lo cual dificulta su observación y medición; tampoco existe un marco teórico explicativo (3-4).

Además de su importancia en el curso de los trastornos psiquiátricos, la introspección se ha llegado a considerar un síntoma con importancia nosológica en enfermedades mentales, como la esquizofrenia. La

Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó en 1973 un estudio internacional multicéntrico, donde la falta de introspección fue el síntoma más común: se encontró en el 97% de los casos de pacientes esquizofrénicos (5).

## Evolución histórica del concepto *introspección*

La *introspección* ha sido de reciente caracterización en la psiquiatría. No obstante, desde la Antigüedad, los griegos utilizaron términos como *autoconocimiento* y *autoevaluación* al referirse a un objetivo necesario para lograr algún bienestar (6-7). El término *insight* fue introducido en el siglo XIX cuando Dagonet, en 1881, reportó los primeros estudios clínicos que observaron los efectos de la enfermedad en el autoconocimiento (4). Además, en la segunda mitad del siglo XIX se le dio especial importancia a fenómenos neurológicos que implicaban la negación de la sintomatología; esto animó a los investigadores a buscar una ubicación específica de la lesión (6,8).

El *insight* ha tenido varias acepciones desde entonces y ha sido traducido al español como *introspección* por algunos investigadores, a pesar de que no es una traducción literal. El concepto en inglés se define como una metáfora visual: visión interna, “con los ojos de la mente”, percepción interior, discernimiento, el hecho de penetrar con los ojos del en-

tendimiento en el carácter interno o en la naturaleza oculta de las cosas. En psiquiatría el constructo *introspección* se refiere a un “estado de la mente” o “un acto mental”, un conocimiento que se infiere de la respuesta del paciente a la enfermedad (9).

### **Modelos teóricos explicativos de la introspección**

#### *Psiquiatría fenomenológica*

Una de las características del acercamiento de Karl Jaspers a la práctica clínica era la importancia que le daba a lo expresado por el paciente: “La autoobservación del paciente es una de las más importantes fuentes de conocimiento en la vida psíquica patológica” (9). Él estableció una importante diferencia entre la *introspección* —como la habilidad de los pacientes para juzgar qué les estaba ocurriendo durante el desarrollo de la psicosis y la razón de por qué les estaba ocurriendo— y la conciencia de enfermedad —como la experiencia de sentirse enfermo o cambiado— (6). La introspección sería una percepción correcta del tipo y de la gravedad de la enfermedad. Para Jaspers, una introspección transitoria puede ocurrir durante la psicosis aguda, pero no será duradera ni completa. Si la introspección persiste, es más posible que el paciente tenga un trastorno de personalidad que un trastorno psicótico.

#### *Teoría psicodinámica*

Freud usó *insight* o los términos alemanes *einsicht/einblick* para denominar predominantemente la conciencia de estar enfermo (7,9). El psicoanálisis ha sostenido el enfoque de la introspección como la capacidad del individuo para pensarse a sí mismo y su ser.

Para algunos autores, el objetivo fundamental de la terapia psicoanalítica es hacer conscientes los mecanismos inconscientes que, se supone, subyacen a la psicopatología del paciente, incluyendo en la introspección no sólo el conocimiento intelectual, sino también aspectos emocionales y volitivos. En el psicoanálisis, esta afirmación ha sido criticada, debido a la ausencia de soporte empírico adecuado y a la poca claridad del término; en últimas, para algunos la introspección queda como mecanismo de autococonocimiento (10).

Se han realizado algunos intentos de medir estas variables psicoanalíticas. En 1960, Tolor y Reznikoff desarrollaron un test de 27 situaciones hipotéticas que mostraban los mecanismos de defensa más comunes, y lo aplicaron a estudiantes de secundaria. Los resultados mostraron que las respuestas estaban influidas por la inteligencia y la motivación de los encuestados (7,11). Persiste la duda de la validez de este concepto dentro de la teoría, debido a que es poco reproducible y comparable.

*Psiquiatría clínica*

El concepto moderno de introspección en la psiquiatría clínica parte de los trabajos de Aubrey Lewis en 1934. Lewis definió *introspección* como “la correcta actitud hacia los cambios mórbidos en sí mismo y, más aún, la comprensión de que la enfermedad es mental”. Este autor fue probablemente el primer psiquiatra que señaló la relación entre falta de introspección y anosognosia (falta de conciencia de enfermedad o discapacidad que usualmente sigue a un daño agudo en el hemisferio cerebral derecho), y notó también la relación entre introspección escasa y esquizofrenia (7,12), lo que ha sido confirmado por estudios clínicos internacionales en los cuales la falta de introspección en el *present*

*state examination* (PSE) es el síntoma más discriminativo (5,13-14).

En la definición de introspección es importante establecer qué enfoque tiene, si es categórico o continuo. El primero indica que la variable está presente o ausente y que no es graduable; el segundo se refiere a que la introspección es multidimensional y graduable (4-5,13).

Entre los representantes del primer grupo podemos mencionar a Eskey (15), Van Putten (16) y otros (Tabla 1). Por otra parte, autores como McEvoy (17), David (2,9,11,18-19), Amador (1) y Marková y Berrios (20) han optado por modelos continuos de introspección. Mientras que el grupo de McEvoy proponía un modelo unitario, los restantes adaptaron un enfoque multidimensional.

Tabla 1. Estudios clínicos de introspección que utilizan modelos categoriales

Estudios	Definiciones	Tipos de introspección	Limitaciones
Eskey (1958)	Conciencia verbalizada por el paciente de la existencia de una alteración en el funcionamiento intelectual.	Completo, parcial y nulo.	No especifica el criterio de clasificación.
Van Putten y otros (1976)	Reconocimiento por el paciente de cierta conciencia de enfermedad emocional.	Presente y ausente.	No especifica el criterio de clasificación.
Heinrichs y otros (1986)	Capacidad del paciente, en la fase inicial de la enfermedad, para darse cuenta del inicio de la recaída.	Presente y ausente.	Clasificación basada en la descripción de la historia y la discusión en grupo. Validez y fiabilidad cuestionables.

*Continuación*

<b>Estudios</b>	<b>Definiciones</b>	<b>Tipos de introspección</b>	<b>Limitaciones</b>
Barktó y otros (1988)	Reconocimiento del carácter patológico de su conducta y estado emocional y de la necesidad de recibir tratamiento según la visión del terapeuta.	Cuatro grados de intensidad en la falta de introspección.	No especifica criterios de clasificación entre grados.
Takai y otros (1992)	No da una definición explícita.	Presente, parcialmente presente y ausente.	Clasificación basada en el ítem 104 de PSE.
Cuesta y Peralta (1994)	No da una definición explícita	Presente, parcialmente presente y ausente.	Clasificación basada en el índice global de introspección, combinación de tres ítems de AMPD.
Dickerson y otros (1997)	No da definición explícita.	Siete grados de intensidad, desde ausente hasta extremo.	Clasificación basada en el ítem G12 de PANNS.

*Fuente:* Modificado a partir de Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000. p. 395.

En su mayoría, estos estudios empíricos han intentado relacionar los diferentes grados de introspección con otras variables, como el diagnóstico, la gravedad del trastorno mental, el nivel de coeficiente intelectual, la adherencia al tratamiento y el pronóstico, pero los resultados han sido inconsistentes entre las diferentes investigaciones, debido más a factores metodológicos—como la selección de los pacientes y el curso y las fases de enfermedad—que a grandes diferencias de las escalas utilizadas (21). Estos autores afirman que la elección de una escala en particular para la evaluación de la introspección depende de las preferencias del investigador o del clínico; sin embargo, reco-

lectar y evaluar la información por medio de un instrumento de evaluación multidimensional refleja mejor los diferentes componentes del constructo de la introspección, y por esto su uso debería generalizarse.

Autores como McEvoy consideran que la introspección implica mucho más que el simple conocimiento de la enfermedad, ya que han observado que algunos pacientes conocen perfectamente la enfermedad y son capaces de reconocerla en los demás, pero no tienen conciencia de su propia enfermedad mental y, además, su conocimiento de ésta depende en gran medida de lo transmitido por el equipo tratante y se relaciona con el pronóstico (17,22).

Anthony David revisó el concepto de introspección en relación con la psicosis, y limitó el uso del término en dos sentidos: el reconocimiento de tener una enfermedad mental (y en esto concuerda con Aubrey Lewis, en 1934) y la posibilidad de reconstruir algunos eventos mentales de la enfermedad como patológicos. Según David, el concepto tiene al menos tres dimensiones que se solapan: conciencia de enfermedad, capacidad para redefinir la experiencia psicótica como anormal y adherencia al tratamiento. Además, observó que los pacientes psicóticos pueden mantener dos creencias contradictorias, lo que reafirmaría la multidimensionalidad de la introspección (2,9). David diseñó en 1992 la SAI (*scale of assessment of insight*) basándose en su concepto multidimensional de tres aspectos traslapados; junto con Roisin Kemp realizó una revisión de ésta, concretándola en la SAI-E (*scale of assessment of insight-expanded*) (9,11).

Xavier Amador propone que la introspección debe ser mirada como un fenómeno multidimensional. Asimila el término *introspección* a la *conciencia de enfermedad*, y en su estudio la define como la capacidad de reconocer las características esenciales del signo o síntoma que tenía el paciente y los efectos de los medicamentos (13,23-24). Este autor engloba estos aspectos en cuatro esferas de la introspección: (a) conocimiento de los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad; (b) atri-

bución de la enfermedad; (c) formación del autoconcepto, y (d) mecanismos defensivos psicológicos. Con fundamento en estas esferas hizo la SUMD (*scale of unawareness of mental disorder*), con la cual llegó a la siguiente conclusión: el grado de introspección no está relacionado con la gravedad de la psicopatología, a pesar de que se muestra una tendencia a relacionarlas. Demuestra que los pacientes esquizofrénicos tienen escasa conciencia de varios de sus signos y síntomas —ante lo cual sugiere que en los programas de psicoeducación no se debe trabajar sólo en el reconocimiento temprano de las recaídas, sino también en la autoconciencia de padecer los signos o síntomas— y que los déficits graves de introspección son más comunes en la esquizofrenia. Agrega que a mayor déficit de introspección, mayor probabilidad de tener escasa funcionalidad psicosocial en el episodio presente y en el año previo, lo cual posiblemente está relacionado con déficit neuropsicológico o con mala respuesta al tratamiento. Los datos de sus estudios corroboran que la introspección tiene valor descriptivo y pronóstico en la esquizofrenia (13-14,24).

Markova y Berríos afirman que la introspección es una manera de conocerse a sí mismo que implica el autoconocimiento, la conciencia de padecer un trastorno mental y la forma en que dicho trastorno afecta la relación con el entorno; por lo tanto, consideran que el término no debe ser evaluado como fenómeno aisla-

do, sino en relación con algún fenómeno psicopatológico. Además, conciben la introspección de dos maneras: (a) el concepto teórico o primario que se refiere a la conciencia del cambio producido por el trastorno mental en el paciente y (b) un aspecto práctico, como lo son los fenómenos clínicos o procesos secundarios observables en el paciente sí mismo, medidos por las escalas multidimensionales de introspección (4,20,25).

Cuesta y Peralta han trabajado la introspección como un constructo categórico, sin ofrecer un concepto como tal. Se han referido a diferentes hipótesis etiológicas ya trabajadas: (a) la falta de introspección se debe a un mecanismo de defensa psicológico, la negación; (b) el déficit de introspección es producido por una alteración neuropsicológica o (c) dicho déficit puede ser parte de la evolución natural de la enfermedad y convertirse en síntoma primario de ésta (6,21,26).

Actualmente se están realizando investigaciones que relacionan déficit neurocognoscitivo y patología cerebral con introspección. Se ha encontrado, así mismo, alguna relación entre la patología del lóbulo frontal derecho y el déficit de introspección; además, el bajo coeficiente intelectual se ha asociado con alteraciones de la introspección. Sin embargo, los hallazgos en este tema han sido inconsistentes (8,26-30): pretender relacionar la introspección con un área cerebral específica es difícil, debido a la complejidad de

este fenómeno que afecta múltiples áreas cognoscitivas.

### *Teoría del self*

En psicología, la teoría del *self* se refiere a la conciencia del individuo sobre las características de su personalidad: cómo es ante otros, su autoestima y su autoevaluación. Al contrario del *self*, que se relaciona con diferentes características de la personalidad, la introspección habla sólo de un proceso mórbido. Entonces, puede considerarse que la introspección es una subcategoría del autoconocimiento (7,11).

Para buscar la introspección, la persona no sólo debe comprender la enfermedad y los aspectos relacionados con ella, también debe entender cómo influye en su personalidad (31). Esto implica entrenamiento en autoanálisis y observación dedicada, lo cual es difícil de lograr cuando se presentan individuos psiquiátricos gravemente enfermos (32).

### **Estudios empíricos y variables clínicas relacionadas con la introspección**

La mayoría de estudios empíricos que han intentado relacionar distintos grados de introspección con la gravedad de las manifestaciones clínicas, el pronóstico, la evolución del trastorno, nivel de inteligencia, la respuesta al tratamiento y las alteraciones neurológicas han sido inconsistentes. Esto puede ex-

plicarse por los diferentes conceptos de introspección utilizados y sus diversos métodos de evaluación (10).

Respecto a la gravedad de las manifestaciones clínicas, unos estudios muestran relación entre escasa introspección y mayor intensidad de los síntomas, mientras que otros no encuentran relación alguna (10). Tal vez los estudios más consistentes son aquellos que han mostrado asociación entre escasa introspección y delirios, y una relación inversa entre introspección y gravedad de la depresión (33-34).

La relación entre pronóstico y falta de introspección tampoco está definida con claridad. Aunque la mayoría de los estudios se orientan a una relación entre introspección y una mejor evolución, algunos autores, como Eskey (15) y Van Putten (16), no hallaron relación. Otros, como Smith (33,35), se enfocan en una relación compleja que depende de la variable utilizada para mirar el resultado. Una buena introspección puede relacionarse con determinadas variables o aspectos del pronóstico (respuesta al tratamiento, ajuste social, etc.), pero no con otras (por ejemplo, malestar subjetivo) (10).

Acercas de la relación entre la edad de inicio del trastorno y el grado de introspección, tampoco hay resultados concluyentes. La gran mayoría de estudios no encuentra relación alguna, aunque Vaz y Amador hallaron una moderada relación entre edad de inicio de tratamiento y escasa introspección (36,37), y

Kim observó una peor introspección asociada con una edad de comienzo tardío (38).

La introspección se ha estudiado también desde el punto de vista de su asociación a la respuesta positiva al tratamiento. La falta de respuesta positiva al tratamiento es un problema común en la práctica médica. La mayor parte de las investigaciones encuentran una relación entre pérdida de introspección y respuesta negativa al tratamiento (4,39). Aunque el tener introspección no garantiza una buena respuesta al tratamiento, los estudios han realizado aproximaciones que tratan de relacionar introspección y respuesta al tratamiento, en las cuales ésta se define como: fenómeno complejo que representa la contribución personal al manejo de la propia enfermedad o variedad de comportamientos del paciente que incluye la falla para entrar a programas de tratamiento, la finalización prematura de una terapia y el cumplimiento parcial de instrucciones (40-42).

## Conclusiones

- Los resultados de los estudios sobre introspección no pueden ser comparados por las diversas conceptualizaciones.
- En psicopatología, el término *introspección* se restringe a aspectos del autoconocimiento.
- No existe convergencia entre el término, la conducta y el concepto.

- La introspección es un fenómeno complejo y multidimensional.
- En esencia, el uso del término *introspección* en psicopatología implica una bifurcación entre el conocimiento de sí mismo y el conocimiento del mundo externo. Se asume que el deterioro del autoconocimiento en psicopatología es distinto del deterioro del conocimiento del mundo externo.
- La evaluación de la introspección es importante en psicopatología.

### Referencias

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991;17:113-32.
2. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry.* 1990;156:798-808.
3. Markova I, Berríos G, Romero-Nieva F. Introspección y memoria. En: Bulbena A, editor. *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Madrid; 2000. p. 153-78.
4. Domínguez A, Markova I, Berríos G. Evaluación de la introspección en la psicosis. En: Bulbena A, editor. *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Madrid; 2000. p. 137-52.
5. World Health Organization. *International pilot study of schizophrenia.* 1973. Geneva: World Health Organization Press.
6. Cuesta MJ. Introspección y neuropsicología en el trastorno esquizofrénico. En: Pichot P, Ezcurra J, González A, Gutiérrez M, editores. *Psicofarmacología: de los mecanismos básicos a la respuesta clínica.* Madrid; 1999. p. 385-401.
7. Markova IS, Berríos GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry.* 1992;160:850-60.
8. McEvoy JP, Hartman M, Gottlieb D. Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophr Bull.* 1996;22:635-41.
9. David AS, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry.* 1992;161:599-602.
10. Villagrán J, Luque R. Psicopatología del insight. En: Berríos GE, editor. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias.* Madrid; 2000. p. 389-419.
11. David AS. Illness and insight. *Br J Hosp Med.* 1992;48:652-4.
12. David AS. "To see ourselves as others see us". Aubrey Lewis's insight. *Br J Psychiatry.* 1999;175:210-6.
13. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51:826-36.
14. Pini S, Cassano GB, 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.
15. Eskey A. Insight and prognosis. *J Clin Psychol.* 1958;14:426-9.
16. Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry.* 1974;31:67-72.
17. McEvoy JP, Freter S, Everett G, Geller JL, Appelbaum P, Apperson LJ, et al. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis.* 1989;177:48-51.
18. David AS. On insight and psychosis: discussion paper. *J R Soc Med.* 1990; 83:325-9.
19. David AS, van Os J, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry.* 1995;167: 621-8.
20. Markova IS, Berríos GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1992; 86:159-64.
21. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis: multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry.* 1995;117:233-40.
22. McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry.* 1989;30:13-7.
23. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry.* 1993;150:873-9.

24. Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1993;64: 305-18.
25. Markova IS, Berríos GE. The 'object' of insight assessment: relationship to insight 'structure'. *Psychopathology.* 2001;34: 245-52.
26. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F, de León J. Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? *Am J Psychiatry.* 1995;152:1380-2.
27. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry.* 1996; 169:444-50.
28. Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;97:297-301.
29. Mohamed S, Fleming S, Penn DL, Spaulding W. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187: 525-31.
30. Upthegrove R, Oyebode F, George M, Haque MS. Insight, social knowledge and working memory in schizophrenia. *Psychopathology.* 2002;35:341-6.
31. Johnson S, Orrell M. Insight and psychosis: a social perspective. *Psychol Med.* 1995;25:515-20.
32. Francis JL, Penn DL. The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189:822-9.
33. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res.* 1998;33:63-7.
34. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull.* 2000;26:193-200.
35. Smith TE, Hull JW, Goodman M, Hedayat-Harris A, Willson DF, Israel LM, et al. The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:102-8.
36. Vaz FJ, Bejar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28:311-7.
37. Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 1998; 21:27-42.
38. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 1997;38:117-23.
39. Kemp R, David AS. Insight and compliance. In: Gordon, Breach, editors. *Treatment compliance and the therapeutic alliance.* Newark: Blackwell. 1995. p. 61-4.
40. Francis JL, Penn DL. The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189:822-9.
41. Kampman O, Lehtinen K, Lassila V, Leinonen E, Poutanen O, Koivisto E. Attitudes towards neuroleptic treatment: Reliability and validity of the Attitudes Towards Neuroleptic Treatment (ANT) questionnaire. *Schizophr Res.* 2000;45:223-34.
42. Kampman O, Laippala P, Vaananen J, Koivisto E, Kiviniemi P, Kilkku N et al. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Res.* 2002;110:39-48.

*Recibido para evaluación:* 1 de diciembre de 2005

*Aceptado para publicación:* 20 de febrero de 2006

Correspondencia

*Fabiola Navarro Marín*

*Departamento de Psiquiatría*

*Hospital Universitario San Vicente de Paúl - Medellín, Colombia*

*fabinavarro@epm.net.co*