

Validación de la versión para Colombia de la Escala de Evaluación de Introspección Expandida (SAI-E) en sujetos con trastornos afectivos y psicóticos*

**Fabiola Navarro Marún¹, Jorge Carlos Holguín Lew²
Juan Fernando Cano Romero³, Carlos Alberto Cardeño Castro⁴
José Mario Gómez Lizarazo⁵, Kerly Jiménez Vargas⁶
Carlos Alberto Palacio Acosta⁷, Beatriz Aguirre Gaviria⁸
Jenny García Valencia⁹**

Resumen

Introducción: Aunque la introspección es un concepto fundamental en psiquiatría, no tiene una definición precisa. Para estudiar y entender mejor este fenómeno se ha usado ampliamente la Escala para Evaluación de Introspección-Expandida (SAI-E), porque es de fácil aplicación y ha demostrado buenas propiedades psicométricas. *Objetivo:* Validar la SAI-E para su uso en pacientes con trastornos psiquiátricos de Colombia. *Método:* La SAI-E fue traducida y retrotraducida por expertos en inglés y español, y dichas traducciones fueron revisadas por psiquiatras con experiencia en psicopatología y psicosis. Luego, la escala fue aplicada a 146 pacientes hospitalizados con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno

.....

* Este trabajo se basa en la tesis académica titulada Validación de la Escala de Evaluación de Introspección SAI-E, obtenida en el 2005 en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Esta investigación fue financiada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (Codi), de la Universidad de Antioquia. Los resultados preliminares se presentaron en el XLII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Cali, Colombia, 2003.

- ¹ Médica psiquiatra. Profesora del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- ² Médico psiquiatra, Pontificia Universidad Bolivariana, Medellín, Colombia. Master of Philosophy en Psicopatología e Historia de la Psiquiatría, Universidad de Cambridge, Inglaterra. Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- ³ Médico psiquiatra, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Investigador del Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso. Bogotá, Colombia.
- ⁴ Médico psiquiatra, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Candidato a Master en Farmacología, Universidad de Antioquia. Coordinador médico de la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, Medellín, Colombia. Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

afectivo bipolar y episodio depresivo mayor. *Resultados:* Se obtuvo una versión clara y clínicamente útil, fácil de aplicar por parte de profesionales de la salud mental. Esta versión mostró una adecuada consistencia interna, reproducibilidad prueba-reprueba e interevaluador, y sensibilidad al cambio. En el análisis factorial exploratorio se encontraron tres dominios (conciencia de enfermedad, conciencia de los síntomas y aceptación del tratamiento farmacológico), similares a los propuestos por los autores originales de la SAI-E. *Conclusión:* La versión para Colombia de la SAI-E tiene buenas propiedades psicométricas. Su uso en investigación puede contribuir a un mejor entendimiento transcultural de las alteraciones de la introspección entre pacientes psiquiátricos.

Palabras clave: estudios de validación, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión.

Title: Validation of the Colombian Version of Scale for Assessment of Insight Expanded Version (SAI-E) in Subjects with Mood and Psychotic Disorders

Abstract

Introduction: Although insight is a crucial concept in psychiatry, its precise definition remains elusive. The Scale for the Assessment of Insight Expanded Version (SAI-E) is a scale that has been widely used and has demonstrated good psychometric properties and it is easy to apply. *Objective:* To validate the SAI-E for its use among patients

with psychiatric disorders from Colombia. *Methods:* the SAI-E was translated and back-translated by experts in English and Spanish languages and the translations was reviewed by psychiatrists with expertise in psychopathology and psychoses. Then, the scale was applied to 146 inpatients with the following diagnoses: schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and major depressive episode. *Results:* A clear, concise and clinically useful version was obtained. It was easy to apply by mental health professionals after a brief training period. It showed good internal consistency, test-retest and inter-rater reproducibility validity, and responsiveness. The existence of three principal domains of insight (illness awareness, symptom awareness, and pharmacological treatment acceptance) was found in the exploratory factor analysis and it is in agreement with the components of insight proposed by the original authors of the SAI-E. *Conclusion:* The Colombian version of the SAI-E scale has good psychometric properties. Its use for research in Colombian populations can contribute to a better cross-cultural understanding of insight disturbances among psychiatric patients.

Key words: Validation studies, schizophrenia, bipolar disorder, depression.

Introducción

Introspección es un término sumamente polisémico y su heterogeneidad conceptual subyacente ha

⁵ Médico psiquiatra.

⁶ Médica psiquiatra.

⁷ Médico psiquiatra, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Magíster en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Jefe del Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

⁸ PhD en Comparative Literature. Profesora de la Facultad de Comunicaciones, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁹ Médica psiquiatra, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Magíster en Epidemiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

sido fuente de confusión y dificultades para la investigación psicopatológica (1). Esto ha llevado a que estudiar el concepto de introspección no siempre sea lo mismo que estudiar el fenómeno de la introspección. En psiquiatría, dicho término se ha usado de varias formas:

- La extensión en la cual un individuo es capaz de evaluar su estado mental, sus comportamientos de acuerdo con definiciones sociales y consensuales y sus juicios acerca de la salud y los trastornos mentales.
- La extensión en la cual un individuo es capaz de identificar cambios tanto en sus funciones mentales como en su comportamiento y atribuirlos a un trastorno mental.
- La extensión en la cual un individuo es capaz de reconocer que su estado mental y comportamiento han tenido un impacto (usualmente deletéreo) en las relaciones con otros y en el desempeño psicosocial.
- La extensión en la cual un individuo (como consecuencia de todo lo mencionado) admite que necesita tratamiento psiquiátrico (1,2).

Por consiguiente, el término introspección incluye diferentes comportamientos, narrativas y experiencias subjetivas (3). En términos de su estructura, parece un fenómeno o grupo de fenómenos que resulta de las relaciones e interacciones de diversos componentes:

sistemas neurobiológicos y cognitivos, experiencia personal, reglas sociales y códigos con respecto a la salud y los trastornos mentales, entre otros (1,4).

Esto les dificulta a clínicos e investigadores decidir qué es lo fundamental y lo accesorio cuando se define y estudia la introspección. Un ejemplo es el debatido principio del cumplimiento con el tratamiento: ¿este comportamiento es un componente cardinal de la introspección o un fenómeno diferente en el cual la introspección desempeña únicamente un papel secundario? (5,6).

Un problema adicional señalado por otros autores se refiere a que en psiquiatría el foco usual de interés ha sido “la falta de introspección” y, por lo tanto, el estudio de este grupo de fenómenos está anclado en una definición “negativa”, con todos los problemas que surgen de tal situación (7,8). La falta de introspección y su relación con otros síntomas, el pronóstico, así como las diversas medidas de resultado y cumplimiento con las intervenciones terapéuticas ha sido materia de investigación durante las últimas décadas.

En general, los resultados de esos estudios sugieren que la falta de introspección puede tener importantes consecuencias en algunos dominios del funcionamiento del paciente (5,9-11). En trastornos no psicóticos, la introspección y sus alteraciones han sido poco estudiadas, probablemente por el supuesto

tradicional de que esos pacientes no presentan mayores deterioros en esa área. Sin embargo, la experiencia clínica muestra que aun en trastornos donde no hay delirios o alucinaciones, la introspección puede estar drásticamente alterada (por ejemplo, debido a lesiones del lóbulo frontal, trastornos adictivos, trastornos de personalidad, hipomanía, entre otros) (1).

Esto lleva a la pregunta (hasta ahora sin respuesta definitiva) de si la falta de introspección es un fenómeno unitario –el mismo entre los diferentes trastornos– o si hay varios tipos de alteraciones de la introspección, cada una con sus causas y mecanismos particulares –por ejemplo, la introspección en condiciones psicóticas y no psicóticas– (4).

Si se admite la segunda posibilidad, aplicar un *constructo* único de introspección a todas las situaciones clínicas, puede ser insuficiente y probablemente conduzca a equívocos. Hasta el momento, la mayoría de autores concibe la introspección como un *constructo* que puede tener una mejor aproximación desde una perspectiva multidimensional más que categórica (12). Es decir, la introspección, sus componentes y sus deficiencias tienen varios grados.

La heterogeneidad conceptual de la introspección ha resultado en una serie de explicaciones etiopatogénicas para la “falta de introspección”. En algunas de ellas, esta falta de introspección se modela a partir de sus similitudes con la anosognosia, mientras en otras corresponde

a una alteración más fundamental de la autoconciencia, el autoconocimiento o un mecanismo de defensa (por ejemplo, el autoengaño y la negación de la enfermedad) (12,13).

Como con otros fenómenos psicopatológicos, se han desarrollado diversos instrumentos con el objetivo de evaluar la introspección en pacientes psiquiátricos (la mayoría con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar) (14-19). Aunque casi todos ellos han mostrado buenas propiedades psicométricas, es probable que midan aspectos diferentes de la introspección, dependiendo de los *constructos* subyacentes a la escala, y esto puede contribuir a las inconsistencias encontradas entre los estudios. Un problema relacionado es que demostrar una adecuada confiabilidad y validez de una escala o cuestionario en un contexto sociocultural particular no asegura la universalidad del instrumento, lo cual puede ser otro obstáculo para repetir y generalizar los hallazgos de investigación (20,21).

Como un primer paso para futuras investigaciones sobre esta controversial área en Colombia, el presente estudio validó la Escala de Evaluación de Introspección-Expandida (Schedule of Assessment of Insight-Expanded [SAI-E]) en un grupo de pacientes psiquiátricos colombianos (18). La SAI-E fue escogida entre varias escalas, porque:

- Después de una extensa revisión de la literatura sobre el tema, se consideró que la aproximación

teórica de la escala es exhaustiva, y su aplicabilidad clínica, adecuada.

- La SAI-E se ha usado y validado con éxito en diversos estudios internacionales.
- La escala es fácil de usar en contextos clínicos y de investigación.
- La SAI-E refleja una concepción de la introspección como un fenómeno multidimensional (18,22-26).

Métodos

Traducción y adaptación de la SAI-E

Se hicieron tres traducciones del inglés al español por parte de traductores que conocían el instrumento original y sus objetivos. Un comité de traducción, que incluyó a tres psiquiatras con experiencia y a una profesora de la Facultad de Comunicaciones de la Universidad de Antioquia, evaluaron las versiones en español. Ellos escogieron dos de las versiones en español, que fueron traducidas al inglés por personas diferentes, a quienes hicieron la primera traducción y que tenían el inglés como lengua materna. El comité comparó estas versiones en inglés con la SAI-E original y seleccionaron la que tenía mayor similitud con esta última.

Después del proceso de traducción, se entrenó a los psiquiatras que hicieron parte del estudio en la aplicación de la escala. Ésta fue diligen-

ciada por 25 pacientes para evaluar la comprensibilidad de los ítems, el tiempo necesario para su administración y el grado de dificultad en la asignación de los puntajes.

Población de estudio y procedimientos para la evaluación de validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio

En el estudio se incluyeron sujetos quienes eran atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl, el Hospital Mental de Antioquia, la Clínica Samein y la Clínica Insam, de la ciudad de Medellín, Colombia. Los sujetos tenían los siguientes diagnósticos según los criterios del DSM-IV-TR (27): esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo bipolar y episodio depresivo mayor (con psicosis y sin esta).

Los comités de ética de cada una de las instituciones participantes aprobaron la investigación, y un formato de consentimiento informado fue leído y firmado por todos los sujetos y, al menos, un miembro de la familia. Los sujetos que no estaban en capacidad de comprender el consentimiento o que no deseaban hacerlo fueron excluidos del estudio, así como aquellos que tuvieran un deterioro en el estado de la conciencia que hiciera la evaluación poco confiable.

Validez de contenido: estructura factorial

Se aplicó la SAI-E a 146 sujetos hospitalizados con los diagnósti-

cos ya anotados. El tamaño de la muestra fue calculado teniendo en cuenta la recomendación general de incluir entre cinco y diez pacientes por ítem de la escala para el análisis factorial (28).

Validez de constructo

La validez de *constructo* fue evaluada mediante la comparación de grupos extremos: uno incluía pacientes con trastornos psicóticos, y el otro, pacientes con episodios depresivos sin psicosis. Se decidió comparar sujetos con episodio depresivo sin psicosis, porque en estudios previos se ha demostrado que tienen un grado de introspección mayor que los pacientes sin psicosis (29).

Cada grupo estaba compuesto por 58 sujetos. Se empleó la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra para diferencias de promedios entre grupos independientes, con el programa “tamaño de la muestra” (30), tomando un error tipo I de 0,05, un error tipo II de 0,1, una desviación estándar de 8,3, una puntuación promedio de 12,1 en el grupo con psicosis y de 18,5 en el grupo sin psicosis (31).

Confiabilidad

La confiabilidad fue examinada en sus tres formas: consistencia interna, reproducibilidad prueba-reprueba e interevaluador. La consistencia interna fue examinada en los 146 participantes que participaron en la evaluación de la estruc-

tura factorial. La reproducibilidad prueba-reprueba fue examinada en 45 sujetos, a quienes el mismo psiquiatra les aplicó la prueba dos veces con un intervalo de una semana. Se calculó el tamaño de muestra con la fórmula para coeficiente de correlación intraclase con el programa “tamaño de la muestra” (30), tomando un error tipo I de 0,05, un error tipo II de 0,2, un coeficiente de correlación intraclase mínimo de 0,6 y una exactitud de 0,15.

Para evaluar la reproducibilidad interevaluador, tres psiquiatras aplicaron la escala simultáneamente a 30 sujetos. Este número se calculó con la fórmula para tamaño de muestra para coeficiente de correlación intraclase con el programa “tamaño de la muestra” (30), tomando un error tipo I de 0,05, un error tipo II de 0,2, un coeficiente de correlación intraclase mínimo aceptable ρ_0 de 0,6, un coeficiente de correlación intraclase esperado ρ_1 de 0,8, y tres evaluadores.

Sensibilidad al cambio

La sensibilidad al cambio fue evaluada mediante la aplicación de la SAI-E a 25 individuos, en dos ocasiones: durante la primera semana de hospitalización y una semana después de que el sujeto fuera dado de alta. El número de sujetos fue calculado con la fórmula para tamaño de muestra para comparar los promedios en grupos relacionados con el programa “tamaño de la muestra” (30), con una desviación

estándar de 6, un error tipo I de 0,05 y un error tipo II de 0,2.

Análisis estadístico

Para examinar la estructura factorial, se definieron las dimensiones (factores o dominios) de la escala por medio del análisis factorial de componentes principales. Se evaluó la pertinencia del análisis mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. Para la selección de las dimensiones, se empleó el criterio gráfico y el de Kaiser (un valor propio >1). Se hizo rotación Varimax. Para seleccionar los ítems pertenecientes a cada dimensión se usó el criterio de Stevens ($5.152/\sqrt{n-2}$).

Para evaluar la validez del *constructo* mediante la comparación de grupos extremos se buscó establecer si había diferencias entre las puntuaciones de los sujetos con psicosis y aquellos con episodios depresivos sin psicosis. Como los datos no tenían distribución normal, lo cual fue probado con la prueba de Shapiro-Wilk, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Respecto a la confiabilidad, se evaluó la consistencia interna usando un alfa de Cronbach, tomando como valores aceptables aquellos entre 0,7 y 0,9 (32). Las reproducibilidades prueba-reprueba e interevaluador se examinaron empleando el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y se tomaron como valores aceptables de CCI aquellos que estuvieran por encima de 0,6 (32).

La sensibilidad al cambio se evaluó mediante la comparación de las dos evaluaciones realizadas a los sujetos por medio de la prueba de Wilcoxon, porque los datos no tenían una distribución normal. Todos los procedimientos se hicieron con el programa estadístico SPSS, versión 11.1, y se empleó un nivel de significación de 0,05.

Resultados

Al aplicar preliminarmente en 25 sujetos la SAI-E, los entrevistadores encontraron la escala entendible y de fácil asignación de puntaje. El tiempo promedio de administración fue de 20 minutos.

Validez de contenido: estructura factorial

Las características demográficas y clínicas de los sujetos que participaron en la evaluación de la estructura factorial pueden verse en la Tabla 1. A partir del análisis factorial se obtuvieron tres dominios que explicaban el 59,8% de la varianza.

El primero explicó el 25,4% de la varianza e incluyó ítems relacionados con la conciencia de que se tiene un trastorno mental, y se denominó *conciencia de enfermedad*. El segundo explicó el 19% de la varianza e incluye ítems que implican un reconocimiento por parte del sujeto de que algunas de sus experiencias son anormales, y se llamó *conciencia de síntomas*. El tercero fue llamado *aceptación del*

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los sujetos incluidos en la evaluación de la estructura factorial

Características	Mediana	Rango intercuartílico
Edad (en años)	32	22-42,25
Años de escolaridad	5	3-8
Duración del trastorno (meses)	45,5	10-146,25
	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico		
• Femenino	71	48,4
• Masculino	75	51,6
Ocupación		
• Estudiante	9	6,2
• Subempleado	12	8,2
• Empleado	24	16,4
• Desempleado	49	33,6
• Ama de casa	52	35,6
Diagnóstico		
• Episodio depresivo mayor	6	4
• Trastorno esquizoafectivo	16	11
• Esquizofrenia	38	26
• Trastorno afectivo bipolar I: episodio maniaco	86	59

tratamiento farmacológico, incluía los ítems A y B y explicó el 15,4% de la varianza. Dado que el ítem 6 cargó en el segundo y tercer dominios, se dejó en ambos (Tabla 2).

Validez de constructo

Respecto a la validez de *constructo* por comparación de grupos extremos, la mitad de los sujetos con episodio depresivo sin psicosis tenía una puntuación por encima de 24 (rango intercuartílico: 22-25,56), y la mitad de los sujetos psicóticos hospitalizados, una puntuación por encima de 9,4 (rango intercuartílico: 5,23-14,05). La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p < 0,0001$).

Confiabilidad

Consistencia interna

La escala completa y el primero y el segundo dominios mostraron una buena consistencia interna con valores de alfa de Cronbach de 0,80, 0,81 y 0,70, respectivamente. El tercer dominio tenía un alfa de Cronbach de 0,54.

Reproducibilidad prueba-reprueba e interevaluador

La puntuación total de la escala tenía buena reproducibilidad prueba reprueba (CCI=0,78, IC 95%: 0,52-0,74) e interevaluador (CCI=0,99, IC95%: 0,98-0,99) (tablas 3 y 4).

Tabla 2. Estructura factorial de la versión para Colombia de la SAI-E

Ítem		Dominio		
		1	2	3
		Conciencia de enfermedad	Conciencia de síntomas	Aceptación del tratamiento farmacológico
1	¿Usted piensa que ha estado experimentando algunos cambios o dificultades emocionales o psicológicas?	0,762	-0,088	-0,147
2	¿Piensa que esto quiere decir que algo anda mal en usted?	0,628	0,210	-0,016
3	¿Piensa que lo que ha estado experimentando es una enfermedad o trastorno mental?	0,749	0,237	0,230
4	¿Cuál es su explicación para lo que ha estado experimentando?	0,501	0,432	0,354
5	¿Lo que ha estado experimentando ha traído consecuencias o problemas a su vida?	0,695	0,141	0,271
6	¿Piensa que lo que ha estado experimentando o el problema ocasionado por este necesita tratamiento?	0,499	0,497	0,388
7	Seleccione los síntomas más importantes (máximo 4) y califique de 0 a 4 qué tan consciente está de cada síntoma	0,310	0,623	0,073
8	Para cada síntoma relacionado arriba, pregúntele al paciente cuál es su explicación	0,375	0,679	0,005
9	¿Cómo se siente cuando la gente no le cree? (Cuando usted habla acerca de... delirios o alucinaciones)	-0,180	0,813	-0,036
A	¿Cómo acepta el paciente el tratamiento?	0,105	-0,047	0,783
B	¿El paciente pide el tratamiento voluntariamente?	0,002	0,115	0,805

Sensibilidad al cambio

La SAI-E mostró sensibilidad al cambio. La mediana de puntuación en la primera aplicación fue 9,5 (rango intercuartílico: 5,76-15,6) y la mediana de puntuación después del alta fue 19 (rango intercuartílico: 17,45-22,38). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Discusión

Con el presente estudio se validó la SAI-E para evaluar la introspección en pacientes colombianos con trastornos psicóticos y afectivos. Se obtuvo una versión clara, concisa y clínicamente útil. Los profesionales de la salud mental pueden aplicarla fácilmente y en un corto tiempo después de un breve período de entre-

namiento. La escala también posee buena confiabilidad y validez.

En el análisis factorial de componentes principales se obtuvieron tres dominios que están de acuerdo con los componentes de la introspección propuestos por David en 1990 (18,33). El primer dominio tenía el peso más alto y corresponde a la “conciencia de enfermedad”, una característica tradicionalmente identificada con la introspección (34). Esta dimensión es claramente separable de la “conciencia de síntomas”, el segundo dominio. Esto es importante porque ambos factores pueden tener implicaciones dife-

rentes desde perspectivas teóricas, neurocognitivas y clínicas (35).

El tercer dominio se relacionó con el conocimiento por parte del paciente de la necesidad de tratamiento farmacológico. Aunque, tal vez, se relaciona con cumplir con el tratamiento, son necesarios futuros estudios para aclarar la relación existente entre este dominio y el *constructo* principal de la introspección, pues razones para el cumplimiento o el incumplimiento no relacionadas con el *constructo* introspección pueden también explicar este complejo comportamiento (5,36,37).

Tabla 3. Reproducibilidad prueba-reprueba de la versión para Colombia de la SAI-E

Ítem	CCI	IC 95%
1. ¿Usted piensa que ha estado experimentando algunos cambios o dificultades emocionales o psicológicas?	0,52	0,10-0,74
2. ¿Piensa que esto quiere decir que algo anda mal en usted?	0,42	-0,07-0,69
3. ¿Piensa que lo que ha estado experimentando es una enfermedad o trastorno mental?	0,65	0,34-0,81
4. ¿Cuál es su explicación para lo que ha estado experimentando?	0,68	0,41-0,83
5. ¿Lo que ha estado experimentando ha traído consecuencias o problemas a su vida?	0,67	0,39-0,82
6. ¿Piensa que lo que ha estado experimentando o el problema ocasionado por éste necesita tratamiento?	0,75	0,54-0,87
7. Seleccione los síntomas más importantes (máximo 4) y califique de 0 a 4 que tan consciente está de cada síntoma	0,63	0,12-0,83
8. Para cada síntoma relacionado arriba, pregúntele al paciente cuál es su explicación	0,54	0,09-0,76
9. ¿Cómo se siente cuando la gente no le cree? (Cuando usted habla acerca de... delirios o alucinaciones)	0,36	-0,13-0,65
A. ¿Cómo acepta el paciente el tratamiento?	0,38	-0,14-0,67
B ¿El paciente pide el tratamiento voluntariamente?	0,74	0, 52-0,86
Subtotal	0,79	0,55-0,89
Total	0,78	0,52-0,74

CCI: coeficiente de correlación intraclase. IC: intervalo de confianza.

Tabla 4. Reproducibilidad prueba-reprueba de la versión para Colombia de la SAI-E

Ítem	CCI	IC 95%
1. ¿Usted piensa que ha estado experimentando algunos cambios o dificultades emocionales o psicológicas?	0,99	0,99-0,99
2. ¿Piensa que esto quiere decir que algo anda mal en usted?	0,98	0,97-0,99
3. ¿Piensa que lo que ha estado experimentando es una enfermedad o trastorno mental?	0,97	0,95-0,98
4. ¿Cuál es su explicación para lo que ha estado experimentando?	0,96	0,94-0,98
5. ¿Lo que ha estado experimentando ha traído consecuencias o problemas a su vida?	0,98	0,97-0,99
6. ¿Piensa que lo que ha estado experimentando o el problema ocasionado por éste necesita tratamiento?	0,99	0,98-0,99
7. Seleccione los síntomas más importantes (máximo 4) y califique de 0 a 4 qué tan consciente está de cada síntoma	0,91	0,84-0,95
8. Para cada síntoma relacionado arriba, pregúntele al paciente cuál es su explicación	0,97	0,96-0,99
9. ¿Cómo se siente cuando la gente no le cree? (Cuando usted habla acerca de... delirios o alucinaciones)	0,96	0,92-0,98
A. ¿Cómo acepta el paciente el tratamiento?	1,0	-
B. ¿El paciente pide el tratamiento voluntariamente?	0,94	0,89-0,97
Subtotal	0,99	0,98-0,99
Total	0,99	0,98-0,99

CCI: coeficiente de correlación intraclase. IC: intervalo de confianza.

Las diferencias con respecto al grado de introspección entre pacientes psicóticos y no psicóticos están de acuerdo con observaciones clínicas y de investigación previas (38,39). En la muestra de sujetos con episodio depresivo sin psicosis, el grado de introspección medido con la SAI-E fue mayor. Este estudio mostró que la SAI-E fue útil para discriminar grados de introspección en estas diferentes poblaciones clínicas.

Sin embargo, surge una dificultad cuando se aplica la escala a sujetos con depresión sin psicosis, porque el ítem 9 examina específicamente delirios y alucinaciones, los cuales

obviamente no están presentes en estos pacientes. Por consiguiente, las características psicométricas de esta escala deben ser estudiadas en poblaciones en las cuales este ítem no sea aplicable. Una posibilidad podría ser validar la SAI-E sin incluir este ítem en poblaciones no psicóticas. Este procedimiento puede incrementar la aplicabilidad de la escala a poblaciones que no tengan psicosis, y sería más útil para un entendimiento más amplio del fenómeno "introspección".

Como se mencionó antes, la SAI-E mostró una excelente consistencia interna en todos sus dominios,

con excepción de “la aceptación del tratamiento farmacológico”. Esto puede haber ocurrido, porque los ítems incluidos para evaluar este fenómeno miden diferentes aspectos de la farmacoterapia y la aceptación del tratamiento no siempre implica un compromiso activo en este (lo que está más directamente relacionado con el cumplimiento). También es posible que la relativamente baja consistencia interna se deba al pequeño número de ítems que compone este dominio, ya que el valor del alfa de Cronbach no sólo depende de la correlación entre ítems, sino también de su número (32).

La reproducibilidad prueba-reprueba fue aceptable para las puntuaciones totales y subtotales. Sin embargo, fue baja para ciertos ítems, lo que podría reflejar que el período de una semana escogido para su evaluación fue muy largo, especialmente para un fenómeno que puede tener amplias fluctuaciones en pacientes hospitalizados en tratamiento intensivo, como ya ha sido reportado por otros autores. Esto deja abierta la pregunta acerca de la necesidad de evaluaciones más frecuentes de introspección en pacientes hospitalizados para examinar la reproducibilidad prueba-reprueba. La reproducibilidad interevaluador fue excelente, lo cual puede ser un reflejo de que la escala es fácil de aplicar y útil para contextos clínicos y de investigación.

La versión colombiana de la escala mostró una buena sensibilidad

al cambio. Así, parece ser un instrumento adecuado para capturar las variaciones de la introspección a través del tiempo en el mismo paciente.

En síntesis, la versión para Colombia de la SAI-E posee buenas propiedades psicométricas y puede ser usada para propósitos clínicos y de investigación sobre el fenómeno introspección en pacientes colombianos con trastornos psicóticos y afectivos. Esta versión validada permitirá investigaciones sobre el tema en Colombia y posibilitará recolectar información que puede ser útil para comparaciones con resultados obtenidos en estudios en otros países.

Agradecimientos

Al Hospital San Vicente de Paúl, al Hospital Mental de Antioquia, a la Clínica Samein y a la Clínica Insam de Medellín, Colombia, y a los pacientes que participaron en esta investigación.

Referencias

1. Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992 Jun;160:850-60.
2. McGorry PD, McConville SB. Insight in Psychosis. *Harv Ment Health Lett*. 2000 Nov;17(5):3-5.
3. Roe D, Kravetz S. Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2003 Jul;191(7):417-24.
4. David AS. On insight and psychosis: discussion paper. *J R Soc Med*. 1990 May;83(5):325-9.
5. Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, Macewan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment

- non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res.* 2008;102(1-3):295-302.
6. Kemp R, David AS. Insight and compliance. In: Gordon B, editor. *Treatment compliance and the therapeutic alliance.* Newark: Blackwell; 1995. p. 61-4.
 7. Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord.* 1998 Apr;49(1):55-8.
 8. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F, De LJ. Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? *Am J Psychiatry.* 1995 Sep;152(9):1380-2.
 9. Drake RJ, Dunn G, TARRIER N, Bentall RP, Haddock G, Lewis SW. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *J Clin Psychiatry.* 2007 Jan;68(1):81-6.
 10. Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemmler G, Hummer M, Fleischhacker WW. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 Jun;256(4):246-55.
 11. Baier M, Deshay E, Owens K, Robinson M, Lasar K, Peterson K, et al. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2000 Dec;14(6):259-65.
 12. Ghaemi SN, Pope HG, Jr. Lack of insight in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry.* 1994 May;2(1):22-33.
 13. Markova IS, Berrios GE. The 'object' of insight assessment: relationship to insight 'structure'. *Psychopathology.* 2001;34(5):245-52.
 14. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the beck cognitive insight scale. *Schizophr Res.* 2004 Jun 1;68(2-3):319-29.
 15. Sturman ED, Sproule BA. Toward the development of a mood disorders insight scale: modification of Birchwood's psychosis insight scale. *J Affect Disord.* 2003 Oct;77(1):21-30.
 16. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Jan;89(1):62-7.
 17. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman Jm. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry.* 1993 Jun;150(6):873-9.
 18. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry.* 1992 Nov;161:599-602.
 19. Markova IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;86(2):159-64.
 20. Saravanan B, David A, Bhugra D, Prince M, Jacob Ks. Insight in people with psychosis: the influence of culture. *Int Rev Psychiatry.* 2005 Apr;17(2):83-7.
 21. Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Assessing insight in schizophrenia: east meets west. *Br J Psychiatry.* 2007 Mar;190:243-7.
 22. Dantas CR, Banzato CE. Inter-rater reliability and factor analysis of the brazilian version of the schedule for the assessment of insight: Expanded Version (SAI-E). *Rev Bras Psiquiatr.* 2007 Dec;29(4):359-62.
 23. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yen JY, Huang CF. Changes in insight among patients with bipolar i disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord.* 2007 May;9(3):238-42.
 24. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yeh ML, Yang SJ, Yen JY, et al. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Aug;59(4):403-9.
 25. Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yang SJ, Ke JH, Yen JY. Changes of insight in manic episodes and influencing factors. *Compr Psychiatry.* 2003 Sep;44(5):404-8.
 26. Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizo-

- phrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry*. 2002 Nov;43(6):443-7.
27. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -iv- texto revisado. Barcelona: Elsevier-Masson; 2001.
 28. Dawson-Sanders B. Métodos estadísticos para variables múltiples. In: Dawson-Sanders B, editor. Bioestadística médica. México: Manual Moderno; 1990. p. 239-64.
 29. Thompson KN, MCGorry PD, Harrigan SM. Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry*. 2001 Nov;42(6):498-503.
 30. Tamaño de la Muestra [Computer Program]. Versión 1.1. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2001.
 31. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. a comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med*. 1998 Mar;28(2):437-46.
 32. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.
 33. David A. Insight. *Lancet*. 1990 Sep 8;336(8715):634.
 34. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;156:798-808.
 35. Fennig S, Naisberg-Fennig S, Craig TJ. Assessment of insight in psychotic disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1996;33(3):175-87.
 36. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002 Oct;63(10):892-909.
 37. Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychoses. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Sep;100(3):167-75.
 38. 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 Oct;51(10):826-36.
 39. Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK. Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2000 May;41(3):167-71.

Recibido para evaluación: 2 de abril de 2008

Aceptado para publicación: 21 de julio de 2008

Correspondencia
Jenny García Valencia
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia
Calle 64 N°. 51D-38
Medellín, Colombia.
jegava@une.net.co