

# Metacognición, insight clínico y sintomatología en pacientes ambulatorios chilenos con Esquizofrenia

## Metacognition, clinical insight and symptomatology in Chilean outpatients with Schizophrenia

Sergio Vergara-Ramírez<sup>a,b</sup>, Celeste Manríquez-Salles<sup>b</sup>, Daniela Hernández-Díaz<sup>c</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** People with schizophrenia have serious disturbances in forming complex ideas about themselves and others, defined as metacognitive deficits, along with less clinical insight or awareness of mental disorder. The present study assessed these disturbances and the correlations between metacognition, clinical insight and symptomatology in outpatients with schizophrenia. **Methods:** A quantitative, relational, prospective, cross-sectional and observational study was designed. Thirty-one outpatients of the “Luz y Esperanza” Day Center in Talca (Chile) were evaluated using the Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated, Scale of Unawareness of Mental Disorder and the Positive and Negative Syndrome Scale, in the period 2019-2020. **Results:** Low metacognitive and clinical insight scores were found, highlighting statistically significant correlations of total metacognitive score, Self-Reflectivity and Mastery with low Awareness of mental disorder and the subscales of negative symptoms and disorganization. **Conclusions:** Our results support the inclusion of metacognitive deficits and clinical insight in schizophrenia models. Its potential contribution to the design of psychotherapeutic interventions that promote these abilities and influence negative and disorganized symptoms is discussed. It is necessary to replicate studies about these variables in our country, including a greater number of participants.

**Keywords:** Metacognition, clinical insight, symptomatology, schizophrenia.  
*Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2023; 61 (4); 420-431*

Recibido: 15-08-2022

Aceptado: 30-10-2023

**Financiamiento:** No hubo fuente de apoyo financiero.

**Conflicto de interés:** Ningún conflicto por declarar.

<sup>a</sup> Médico Psiquiatra. Universidad Católica del Maule, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Clínicas, Talca, Chile.

<sup>b</sup> Médico Psiquiatra, Hospital Regional de Talca, Chile.

<sup>c</sup> Médico Psiquiatra, Hospital de Curicó, Chile.

## INTRODUCCIÓN

En 1911, Bleuler acuñó el término “esquizofrenia” para referirse a un trastorno vinculado a la disrupción de los procesos asociativos necesarios para formar ideas integradas sobre sí mismo y los demás<sup>(1)</sup>, que estarían a la base de la actividad humana más compleja y significativa<sup>(2)</sup>. Actualmente, se ha destacado en la esquizofrenia el rol de las dificultades en reflejar los estados mentales propios y ajenos, denominados déficits metacognitivos, y la falta de insight o conciencia de padecer el trastorno<sup>(3,4)</sup>.

El término metacognición fue definido inicialmente por Flavell (1979) como “cognición de la cognición”<sup>(5)</sup>. Para Semerari et al. (2003), metacognición se refiere a la habilidad de comprender y reflejar sobre estados mentales con el propósito de enfrentar problemas cotidianos y regular estados internos<sup>(6)</sup>. Se trata de una habilidad que se despliega en contextos intersubjetivos y que puede variar entre personas con distintos grados de déficit, siendo influida por factores sociales, psicológicos y biológicos<sup>(7)</sup>.

Las habilidades metacognitivas en esquizofrenia se encuentran descendidas y se evalúan a través de cuatro dominios: *Autorreflexividad* o habilidad para tomar conciencia de los estados mentales propios; *Comprensión de la mente de otros*, entendida como la habilidad para pensar acerca de los estados mentales de los demás; *Descentración* o capacidad de adoptar una perspectiva no egocéntrica y *Maestría* o habilidad para establecer estrategias útiles que permitan resolver conflictos psicológicos o la angustia relacionada con ellos<sup>(8,9)</sup>. En relación a las capacidades metacognitivas en esquizofrenia, éstas son menores al ser comparadas con la población general y otros trastornos de salud mental<sup>(10-13)</sup>. Se ha documentado la relación de déficits metacognitivos con mayor gravedad sintomática, principalmente síntomas negativos y de desorganización en esquizofrenia de larga data<sup>(14)</sup> y en primer episodio<sup>(15-18)</sup>. Además, dichos déficits han correlacionado con alteraciones neurocognitivas<sup>(19,20)</sup> y menor funcionamiento social<sup>(21-23)</sup>.

En cuanto al término insight, se refiere al reconocimiento de tener una enfermedad mental y la posibilidad de reconstruir algunos eventos mentales de la enfermedad como patológicos<sup>(24)</sup>. Una menor capacidad de insight clínico se ha asociado con mayor severidad de la sintomatología global, positiva, negativa, de desorganización y de excitación en esquizofrenia<sup>(25)</sup>. Sobre su relación con metacognición, Vohs et al. (2016) han establecido que el desarrollo de mayor insight requeriría la capacidad de contar con un profundo sentido personal de cómo la irrupción de una enfermedad mental puede interrumpir el curso de la vida, la habilidad de captar los cambios en los estados mentales propios y ajenos por la aparición del trastorno y la habilidad de seleccionar eventos biográficos asociados a la enfermedad<sup>(26)</sup>. Al respecto, se ha objetivado relación de menor puntaje en *Maestría* con menor Insight clínico<sup>(19,27,28)</sup>, menor *Conciencia sobre los efectos de la medicación* y menor *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental*<sup>(29)</sup>. Además, se ha documentado correlación de menor *Autorreflexividad* con menor *Conciencia de poseer un trastorno*<sup>(29)</sup>, menor *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental*<sup>(28)</sup> y menor insight clínico total<sup>(20)</sup>.

Considerando diferencias culturales, históricas y lingüísticas, resulta necesario replicar estudios al respecto en culturas como la nuestra<sup>(11)</sup>. Este trabajo tiene por objetivo conocer los déficits metacognitivos, insight y sintomatología, así como sus relaciones, en pacientes con Esquizofrenia que asistieron ambulatoriamente al Centro Diurno “Luz y Esperanza” Talca entre los años 2019 y 2020. Nos planteamos como hipótesis encontrar severos déficits metacognitivos en *Autorreflexividad* y *Maestría*, bajos niveles de insight clínico y correlaciones de estos déficits metacognitivos con menor insight y mayor sintomatología negativa y de desorganización en nuestros usuarios.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cuantitativo, relacional, prospectivo, de corte transversal y observacional<sup>(30)</sup>.

Se consideró la población de pacientes con diagnóstico confirmado de Esquizofrenia que asisten al Centro Diurno “Luz y Esperanza” Talca, de acuerdo a los criterios CIE-10, entre junio 2019 y diciembre 2020. Pacientes y sus tutores dieron consentimiento informado para participar en el estudio, el que contó con la aprobación del Comité de ética del Servicio de Salud Maule. La información sobre los sujetos diagnosticados con Esquizofrenia se obtuvo de los registros del Centro Diurno “Luz y Esperanza” Talca. Se consultó al equipo terapéutico de dicho centro para confirmar que los diagnósticos inscritos en el sistema fueran concordantes con el diagnóstico clínico actual. Se consideró como criterio de exclusión el cursar fase aguda del trastorno de acuerdo a los parámetros establecidos en la Guía Clínica de Esquizofrenia del Ministerio de Salud de Chile<sup>(31)</sup>. Tres personas rechazaron participar en el estudio, finalmente se contó con un total de 31 participantes.

### Instrumentos

Los instrumentos fueron aplicados por dos de los autores (C.M y D.H) a cada participante en una sesión de una hora. Para evitar interferir en el desempeño cognitivo de los usuarios, la sesión se inició aplicando la Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII) que busca evocar narrativas, seguida de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS), finalizando con la aplicación de los tres ítems generales de la Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD).

*Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII)*. La IPII es una entrevista semiestructurada que evalúa cómo las personas describen su narrativa de vida y experiencia de padecer un trastorno de salud mental<sup>(32)</sup>. Su aplicación demora alrededor de 30 minutos y se divide en cinco secciones: narración general libre sobre la historia de su vida, narración sobre la experiencia de padecer un problema de salud mental, qué ha sido y no ha sido afectado en su vida interpersonal por la enfermedad, el grado de influencia del problema de salud mental en su vida y opinión sobre su futuro. En este trabajo se utilizó la versión traducida al español por Leonor Irrázaval<sup>(8)</sup>.

*Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A)*. La MAS-A es una escala que evalúa las habilidades metacognitivas tal como se manifiestan en las narrativas de los pacientes<sup>(19)</sup>. Está compuesta por cuatro subescalas y un puntaje total, cuyos valores reflejan jerárquicamente las habilidades metacognitivas logradas. Un mayor puntaje traduce el despliegue de capacidades metacognitivas más avanzadas por parte del sujeto. Las subescalas son: *Autorreflexividad* (puntaje de 0-9), *Comprensión de la mente de otros* (puntaje de 0-7), *Descentración* (puntaje de 0-3) y *Maestría* (puntaje de 0-9). La suma de ellas representa la capacidad metacognitiva total (puntaje de 0-28). Las subescalas son puntuadas por cada función que el evaluador considera lograda, tomando los datos de las transcripciones obtenidas de la IPII. Si la función es lograda completamente se otorga 1 punto, parcialmente lograda 0,5 punto y si no se cumple 0 punto. En este estudio se aplicó la versión traducida al español por Leonor Irrázaval<sup>(8)</sup>. Los datos obtenidos con la versión norteamericana de la MAS-A reportan valores de consistencia interna y fiabilidad test-retest e inter-jueces aceptables, con coeficientes intraclass entre 0,71 y 0,91<sup>(19,33)</sup>.

*Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)*. La PANSS consiste en una entrevista y escala de observación que evalúa el Síndrome Esquizofrénico desde el punto de vista dimensional y categorial. Desarrollada por Kay, Fiszbein y Opler (1987) y adaptada al español por Peralta y Cuesta (1994), consta de 30 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 1 a 7<sup>(34)</sup>. En este trabajo se utilizó una variación de la versión original que consiste en un modelo de cinco factores que valora otras subescalas: Positiva (puntaje de 7 a 49), Negativa (puntaje de 8 a 56), Desorganización (puntaje de 10 a 70), Excitación (puntaje de 8 a 56) y Distrés emocional (puntaje de 8 a 56). Mayores puntajes en cada subescala indican mayor gravedad de la sintomatología<sup>(35)</sup>. Este modelo de 5 factores permite valorar otros síndromes (Desorganización, Excitación y Distrés emocional) ausentes en la escala original y que resultan de interés para este estudio. Los valores de consistencia interna del modelo de cinco factores de la PANSS

fueron  $\alpha$  Positiva= 0.73;  $\alpha$  Negativa= 0.83;  $\alpha$  Desorganización= 0.81;  $\alpha$  Excitación= 0.70;  $\alpha$  Distrés emocional= 0.64<sup>(36)</sup>.

*Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. La SUMD es una escala heteroaplicada para valorar multidimensionalmente la conciencia de enfermedad en los pacientes con psicosis, desarrollada por Amador et al. (1993) y adaptada al español por Ruiz et al. (2008)<sup>(37)</sup>. Al igual que en trabajos previos<sup>(29)</sup>, se utilizaron los puntajes de los tres ítems generales que evalúan *Conciencia de poseer un trastorno*, *Conciencia sobre los efectos de la medicación*, *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental* y la sumatoria de éstos que corresponde al insight clínico total (38). Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert de 6 valores de intensidad, en que 0 es considerado ítem no relevante, 1 punto completa conciencia y 5 puntos no hay conciencia. En la puntuación global de insight clínico los autores no proporcionan puntos de corte, a mayor puntuación mayor gravedad<sup>(40)</sup>. Se ha reportado para la SUMD una confiabilidad entre evaluadores de buena a excelente, con correlaciones interclase entre 0,82 y 0,91<sup>(29)</sup>.

### Análisis de datos

Se tomó la información recolectada a través de los instrumentos señalados y se estructuró una base de datos desarrollada para este proyecto. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 para Mac. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, con distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad para los datos recogidos de las variables en estudio. En cuanto al análisis inferencial, se evaluó la relación entre las variables cuantitativas metacognición, insight clínico y sintomatología utilizando el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman. No hubo datos perdidos. El nivel de significancia se estableció en 0,05.

## RESULTADOS

El análisis descriptivo para las variables

demográficas, capacidades metacognitivas, insight clínico y sintomatología se resume en la **Tabla 1**. La media del puntaje total de la MAS-A de los participantes fue 11.9, de la escala *Autorreflexividad* 4.1, *Comprensión de la mente de otros* 3.0, *Descentración* 0.7 y *Maestría* 3.7. En cuanto a insight, la media de insight clínico total en la SUMD fue de 7.9, de *Conciencia de poseer un trastorno* 2.6, *Conciencia de los efectos de la medicación* 2.6 y *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental* 2.7. La media de los puntajes de sintomatología psicótica en la PANSS, considerando los 5 factores propuestos por Van der Gaag (2006) (35), fue de 15.8 en la subescala Positiva, 20.6 en la Negativa, 29.4 en la subescala de Desorganización, 17.2 en la de Excitación y 18.0 en la de Distrés Emocional.

Las relaciones entre capacidades metacognitivas e insight clínico se enlistan en la **Tabla 2**. El ítem *Conciencia de poseer un trastorno* de la SUMD presentó correlación negativa significativa con el puntaje total de la MAS-A ( $\rho = -0.421$ ,  $p = 0.018$ ), el dominio *Autorreflexividad* ( $\rho = -0.367$ ,  $p = 0.042$ ), *Descentración* ( $\rho = -0.405$ ,  $p = 0.024$ ) y *Maestría* ( $\rho = -0.386$ ,  $p = 0.032$ ). El dominio Maestría de la MAS-A además presentó correlación negativa significativa con el ítem *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental* ( $\rho = -0.369$ ,  $p = 0.041$ ) y el puntaje de insight total de la SUMD ( $\rho = -0.374$ ,  $p = 0.038$ ). No se apreciaron otras correlaciones significativas entre ambas variables.

Las asociaciones entre metacognición y sintomatología se resumen en la **Tabla 2**. El puntaje total de la MAS-A presentó correlación negativa significativa con la subescala Desorganización de la PANSS ( $\rho = -0.637$ ,  $p = 0.0001$ ), la subescala Negativa ( $\rho = -0.445$ ,  $p = 0.012$ ) y la subescala Excitación ( $\rho = -0.366$ ,  $p = 0.043$ ). El dominio *Autorreflexividad* obtuvo relación negativa significativa con las subescalas Desorganización ( $\rho = -0.644$ ,  $p < 0.0001$ ) y Negativa ( $\rho = -0.409$ ,  $p = 0.022$ ). *Comprensión de la mente de otros* se relacionó significativamente con la subescala Desorganización ( $\rho = -0.538$ ,  $p = 0.002$ ) y

**Tabla 1.** Variables demográficas, puntajes metacognitivos, insight clínico y sintomatología en Esquizofrenia, usuarios Centro Diurno Talca.

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Media	Moda	Mediana	Desviación estándar
<b>Edad</b>			<b>48,0</b>	<b>51</b>	<b>51,0</b>	<b>11,7</b>
<b>Sexo</b>						
<b>Masculino</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>				
<b>Femenino</b>	<b>7</b>	<b>22,6</b>				
<b>Escolaridad</b>						
<b>Básica incompleta</b>	<b>3</b>	<b>9,7</b>				
<b>Básica completa</b>	<b>5</b>	<b>16,1</b>				
<b>Media incompleta</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>				
<b>Media completa</b>	<b>12</b>	<b>38,7</b>				
<b>Superior incompleta</b>	<b>9</b>	<b>29,0</b>				
<b>Superior completa</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>				
<b>Uso de antipsicóticos</b>						
<b>Sin antipsicóticos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>				
<b>1° generación</b>	<b>0</b>	<b>0</b>				
<b>2° generación</b>	<b>22</b>	<b>71,0</b>				
<b>1° y 2° generación</b>	<b>9</b>	<b>29,0</b>				
<b>Hospitalizaciones previas</b>			<b>2,52</b>	<b>1</b>	<b>1,8</b>	<b>2,52</b>
<b>Tiempo desde última hospitalización (años)</b>			<b>10,39</b>	<b>0</b>	<b>5,0</b>	<b>10,63</b>
<b>Puntaje MAS-A</b>						
<b>Autorreflexividad</b>			<b>4,19</b>	<b>3,5</b>	<b>4,0</b>	<b>1,13</b>
<b>Comprensión mente otros</b>			<b>3,08</b>	<b>2,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,03</b>
<b>Descentración</b>			<b>0,77</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,62</b>
<b>Maestría</b>			<b>3,76</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,30</b>
<b>MAS-A total</b>			<b>11,98</b>	<b>7,5</b>	<b>11,0</b>	<b>3,79</b>
<b>SUMD</b>						
<b>Conciencia del trastorno</b>			<b>2,61</b>	<b>3,0</b>	<b>2,68</b>	<b>0,92</b>
<b>Conciencia efectos medicación</b>			<b>2,61</b>	<b>3,0</b>	<b>2,73</b>	<b>0,92</b>
<b>Conciencia consecuencias sociales</b>			<b>2,71</b>	<b>3,0</b>	<b>2,74</b>	<b>1,07</b>
<b>SUMD total</b>			<b>7,94</b>	<b>9</b>	<b>8,38</b>	<b>2,62</b>
<b>PANSS</b>						
<b>Positiva</b>			<b>15,84</b>	<b>15</b>	<b>15,0</b>	<b>6,57</b>
<b>Negativa</b>			<b>20,61</b>	<b>12</b>	<b>21,0</b>	<b>8,53</b>
<b>Desorganización</b>			<b>29,48</b>	<b>35</b>	<b>30,0</b>	<b>7,42</b>
<b>Excitación</b>			<b>17,23</b>	<b>14</b>	<b>16,0</b>	<b>5,24</b>
<b>Distrés emocional</b>			<b>18,00</b>	<b>14</b>	<b>18,0</b>	<b>5,24</b>

*Nota:* MAS-A: Metacognition Assessment Scale Abbreviated. SUMD: Scale of Unawareness of Mental Disorder. PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale.

**Tabla 2.** Correlaciones entre metacognición, sintomatología e insight clínico en Esquizofrenia, usuarios Centro Diurno Talca.

	MAS-A Total	MAS-A Autorreflexividad	MAS-A Comprensión de la mente de otros	MAS-A Descentración	MAS-A Maestría
PANSS Positiva	-,161	-,205	-,247	-,224	-,075
PANSS Negativa	-,445*	-,409*	-,440*	-,317	-,215
PANSS Desorganización	-,637**	-,644**	-,538**	-,432*	-,528**
PANSS Excitación	-,366*	-,351	-,292	-,437*	-,319
PANSS Distrés emocional	-,103	-,056	-,265	-,083	-,125
SUMD Total	-,313	-,291	-,250	-,273	-,374*
SUMD Conciencia del trastorno	-,421*	-,367*	-,346	-,405*	-,386*
SUMD Conciencia efectos medicación	-,240	-,194	-,295	-,246	-,192
SUMD Conciencia consecuencias sociales	-,240	-,229	-,167	-,143	-,369*

*Nota:* Correlación de Spearman, rho. MAS-A: Metacognition Assessment Scale Abbreviated. PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale. SUMD: Scale of Unawareness of Mental Disorder.

\*  $p \leq 0,05$ , la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

\*\* $p \leq 0,01$ , la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Negativa ( $\rho = -0.440$ ,  $p = 0.013$ ). *Descentración* presentó relación negativa significativa con las subescalas Desorganización ( $\rho = -0.432$ ,  $p = 0.015$ ) y Excitación ( $\rho = -0.437$ ,  $p = 0.014$ ). La habilidad *Maestría* se relacionó significativamente solo con la subescala Desorganización ( $\rho = -0.528$ ,  $p = 0.002$ ). No hubo correlación estadísticamente significativa de ninguno de los dominios metacognitivos con Distrés emocional.

Las relaciones entre insight clínico y sintomatología se aprecian en la **Tabla 3**. Se observó correlación significativa del ítem *Conciencia de poseer un trastorno* de la SUMD con la subescala Negativa de la PANSS ( $\rho = 0.434$ ,  $p = 0.015$ ), la subescala Desorganización ( $\rho = 0.516$ ,  $p = 0.003$ ) y la subescala Excitación ( $\rho = 0.464$ ,  $p = 0.008$ ). Además, la subescala Desorganización se relacionó significativamente con el ítem *Conciencia de las*

**Tabla 3.** Correlaciones entre insight clínico y sintomatología en Esquizofrenia, usuarios Centro Diurno Talca.

	SUMD Total	SUMD Conciencia del trastorno	SUMD Conciencia efectos medicación	SUMD Conciencia consecuencias sociales
PANSS Positiva	,164	,348	,315	-,133
PANSS Negativa	,348	,434*	,326	,213
PANSS Desorganización	,507**	,516**	,354	,414*
PANSS Excitación	,349	,464**	,380*	,116
PANSS Distrés emocional	,185	,309	,256	-,031

*Nota:* Correlación de Spearman, rho. SUMD: Scale of Unawareness of Mental Disorder. PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale.

\*  $p \leq 0,05$ , la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

\*\* $p \leq 0,01$ , la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*consecuencias sociales del trastorno mental* ( $\rho = 0.414$ ,  $p = 0.020$ ) y el puntaje de insight total de la SUMD ( $\rho = 0.507$ ,  $p = 0.004$ ). Finalmente, el ítem *Conciencia sobre los efectos de la medicación* se correlacionó significativamente con la subescala *Excitación* de la PANSS ( $\rho = 0.380$ ,  $p = 0.035$ ).

## DISCUSIÓN

La baja capacidad metacognitiva de los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia del Centro Diurno “Luz y Esperanza” Talca es similar a los resultados obtenidos en muestras de pacientes con Esquizofrenia de larga data<sup>(11)</sup> y primer episodio psicótico<sup>(17,18)</sup>. En este trabajo, la media en *Autorreflexividad* indica que los usuarios lograron identificar operaciones cognitivas y emociones propias, sin lograr subfunciones más avanzadas de Diferenciación ni de Integración de los propios estados mentales. Además, en promedio solo identificaron operaciones cognitivas ajenas

con grave dificultad para reconocer que no son el centro de las actividades mentales de otras personas. En cuanto al dominio *Maestría*, los sujetos fueron capaces de responder a problemas psicológicos a través de la evasión o de actividades pasivas, denominadas estrategias de afrontamiento de primer nivel. Sobre los puntajes obtenidos de insight clínico en la SUMD, los usuarios presentaron niveles de conciencia intermedia en las variables *Conciencia de poseer un trastorno*, *Conciencia sobre los efectos de la medicación* y *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental*.

La correlación del puntaje metacognitivo total con el ítem *Conciencia de poseer un trastorno* es concordante con el modelo integrativo de insight en psicosis de Vohs et al. (2016), en el que los sujetos al presentar déficits metacognitivos verían limitada su capacidad de comprender el hecho de poseer una enfermedad mental<sup>(26)</sup>. Se encontraron

correlaciones significativas del dominio metacognitivo *Maestría* con el puntaje de insight total de la SUMD y los ítems *Conciencia de poseer un trastorno* y *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental*. El ítem de la SUMD *Conciencia de poseer un trastorno* también presentó correlación significativa con *Autorreflexividad* y *Descentración*. En otras palabras, la habilidad de reflejar sobre los propios estados mentales de manera descentrada en el contexto de resolver activamente problemas, se relacionaría a las dificultades de conceptualizar con precisión el padecer Esquizofrenia y las consecuencias que esto podría tener en su entorno<sup>(19,20,29)</sup>. Nuestros resultados respaldan lo expuesto por Vohs et al. (2015), sobre la relevancia de una capacidad autorreflexiva básica al servicio de la identificación de problemas y su resolución que preceda la conciencia de padecer un trastorno y sus consecuencias sociales<sup>(28)</sup>. En nuestro trabajo y de modo similar a las conclusiones de Lysaker et al. (2005), *Comprensión de la mente de otros* fue el dominio metacognitivo que presentó menor relación con los distintos ítems de insight clínico<sup>(19)</sup>. Se podría plantear que evaluar este dominio a través de pruebas de tipo narrativo, como la IPII, no conseguiría evocar con la misma precisión las habilidades de comprender estados mentales ajenos y propios<sup>(19)</sup>.

La correlación encontrada entre capacidad metacognitiva total y sus dominios con las subescalas Desorganización y Negativa de la PANSS, concuerda con estudios en pacientes angloparlantes<sup>(14-17)</sup>, lo que ha llevado a plantear la posible presencia de déficits metacognitivos a la base de las disrupciones en la organización del pensamiento y de los síntomas negativos en Esquizofrenia<sup>(2)</sup>. De este modo, la dificultad inicial de acceder a los estados mentales propios y ajenos en el contexto de interacciones sociales, llevaría a procesos de retraimiento social exacerbando las dificultades interpersonales que presentan<sup>(15)</sup>. Por otra parte, nuestros resultados van en línea con lo señalado por Lysaker et al. (2018) sobre la relación entre *Conciencia de poseer un trastorno* y las subescalas Desorganización, Negativa y

Excitación de la PANSS, así como la asociación de la subescala Desorganización con insight clínico total y *Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental*<sup>(25)</sup>. Por una parte, los síntomas de Desorganización de nuestros usuarios serían una importante barrera para el desarrollo de una mayor capacidad de insight y, por otra, una baja capacidad de insight llevaría a mala adherencia al tratamiento, lo cual puede resultar en la exacerbación de estos síntomas<sup>(26)</sup>.

En síntesis, destacamos las asociaciones de los déficits en formas autorreflexivas y descentradas de hacer sentido de sí mismo y el mundo puestas al servicio de resolver problemas psicológicos cotidianos, con la capacidad de tomar conciencia de padecer Esquizofrenia y la gravedad de síntomas negativos y de desorganización. Desde esta perspectiva, se podría hipotetizar que las intervenciones psicoterapéuticas que aborden los déficits metacognitivos en Esquizofrenia, principalmente en los dominios *Maestría* y *Autorreflexividad*, podrían promover insight y disminuir la sintomatología de desorganización y negativa en Esquizofrenia. Sobre el impacto de estas variables en la terapéutica de la Esquizofrenia, durante la última década se han desarrollado modelos psicoterapéuticos como la Metacognitive Reflection and Insight Therapy<sup>(39)</sup> y la Metacognitive Interpersonal Therapy for Psychosis<sup>(40)</sup>, en que el desarrollo de habilidades metacognitivas permite promover mayor insight.

Dentro de los aspectos metodológicos de este estudio, el uso de la PANSS y sus 5 factores propuesto por Van der Gaag (2006) resultó un acierto en contraposición a las tres subescalas que utiliza la PANSS original<sup>(35)</sup>. El uso del modelo de 5 factores permitió evidenciar la correlación entre síntomas de desorganización y metacognición que el modelo original no hubiera podido mostrar. Por otra parte, este trabajo presenta limitaciones que resulta importante explicitar. Primero, se trata de un estudio correlacional que permite conocer la presencia de asociaciones, pero no se puede estimar causalidad entre las variables. Además, se han utilizado los instrumentos IPII,



MAS-A y SUMD que no están validado en nuestra población. Otra limitación resultó ser la escasa cantidad de usuarios incluidos en el trabajo, lo

cual podría corregirse a través de futuros estudios multicéntricos en colaboración con otros servicios clínicos del país.

### RESUMEN

**Introducción:** Las personas con esquizofrenia presentan graves dificultades para formar ideas complejas sobre sí mismos y otros, definidas como déficits metacognitivos, junto a menor insight clínico o capacidad para tomar conciencia de poseer un trastorno de salud mental. El presente estudio evaluó dichas alteraciones y las correlaciones entre metacognición, insight clínico y sintomatología en pacientes ambulatorios con esquizofrenia. **Metodología:** Se diseñó un estudio cuantitativo, relacional, prospectivo, transversal y observacional. Treinta y un pacientes ambulatorios del Centro Diurno “Luz y Esperanza” de Talca (Chile) fueron evaluados utilizando la Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated, Scale of Unawareness of Mental Disorder y la Escala de Síndromes Positivo y Negativo, en el período 2019-2020. **Resultados:** Se encontraron bajos puntajes metacognitivos y de insight clínico, destacando las correlaciones estadísticamente significativas de puntaje metacognitivo total, Autorreflexividad y Maestría con escasa Conciencia de poseer un trastorno y las subescalas de síntomas negativos y desorganización. **Conclusiones:** Nuestros resultados respaldan la inclusión de los déficits metacognitivos y de insight clínico en los modelos de esquizofrenia. Se discute sobre su potencial aporte en el diseño de intervenciones psicoterapéuticas que promuevan estas capacidades e influyan en los síntomas negativos y de desorganización. Es necesario replicar estudios sobre estas variables en nuestro país, que incluyan un mayor número de participantes.

**Palabras clave:** Metacognición, insight clínico, sintomatología, esquizofrenia.

**Agradecimientos:** Al Servicio de Salud Maule.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bleuler E. Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Polemos; 2011.
2. Lysaker PH, Vohs J, Minor KS, Irrázaval L, Leonhardt B, Hamm JA, Kukla M, Popolo R, Luther L, Buck KD, Wasmuth S, Dimaggio G. Metacognitive Deficits in Schizophrenia: Presence and Associations With Psychosocial Outcomes. *J Nerv Ment Dis.* 2015 Jul;203(7):530-6. doi: 10.1097/NMD.0000000000000323. PMID: 26121151.
3. Lysaker P, Buck K, Leonhardt K, Buck B, Hamm J, Hasson-Ohayon I, Vohs J, Dimaggio G. Metacognitively focused psychotherapy for people with schizophrenia: eight core elements that define practice. In: Lysaker P, Dimaggio G, Brüne M, editors. *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia. Psychopathology and Treatment Approaches.* London: Academic Press; 2014. p. 196-212.
4. Lysaker PH, Leonhardt BL, Pijnenborg M, van Donkersgoed R, de Jong S, Dimaggio G. Metacognition in schizophrenia spectrum disorders: methods of assessment and associations with neurocognition, symptoms, cognitive style and function. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2014;51(1):54-62. PMID: 24858635.
5. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental

- inquiry. *Am Psychol.* 1979;34(10):906-11. doi: 10.1037/0003-066x.34.10.906.
6. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolo G, Procacci M, Alleva G. How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clin Psychol Psychother.* 2003;10(4):238-61. doi: 10.1002/cpp.362.
  7. Lysaker PH, Cheli S, Dimaggio G, Buck B, Bonfils KA, Huling K, Wiesepape C, Lysaker JT. Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? *BMC Psychiatry.* 2021 Jul 2;21(1):329. doi: 10.1186/s12888-021-03338-4. PMID: 34215225; PMCID: PMC8254212.
  8. Lysaker P, Buck K, Hamm J. Escala de Evaluación de la Metacognición: Una breve visión general y Manual de Codificación para la versión abreviada (EEM-A) v 2015. *Rev GPU.* 2016;12(2): 174-90.
  9. Vergara S. Metacognición en Esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2018;56(4): 269-78. doi: 10.4067/s0717-92272018000400269.
  10. Tas C, Brown EC, Aydemir O, Brüne M, Lysaker PH. Metacognition in psychosis: comparison of schizophrenia with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2014 Nov 30;219(3):464-9. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.040. Epub 2014 Jun 28. PMID: 25017619.
  11. Lysaker PH, Irrarrázaval L, Gagen EC, Armijo I, Ballerini M, Mancini M, Stanghellini G. Metacognition in schizophrenia disorders: Comparisons with community controls and bipolar disorder: Replication with a Spanish language Chilean sample. *Psychiatry Res.* 2018 Sep;267:528-534. doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.049. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29980133.
  12. Inchausti F, Ortuño-Sierra J, García-Poveda NV, Ballesteros-Prados A. Habilidades metacognitivas en adultos con abuso de sustancias bajo tratamiento en comunidad terapéutica. *Adicciones.* 2017;29(2): 74-82.
  13. Popolo R, Smith E, Lysaker PH, Lestingi K, Cavallo F, Melchiorre L, Santone C, Dimaggio G. Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Res.* 2017 Nov;257:45-50. doi: 10.1016/j.psychres.2017.07.022. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28719831.
  14. Hamm JA, Renard SB, Fogley RL, Leonhardt BL, Dimaggio G, Buck KD, Lysaker PH. Metacognition and social cognition in schizophrenia: stability and relationship to concurrent and prospective symptom assessments. *J Clin Psychol.* 2012 Dec;68(12):1303-12. doi: 10.1002/jclp.21906. Epub 2012 Aug 8. PMID: 22886716.
  15. Macbeth A, Gumley A, Schwannauer M, Carcione A, Fisher R, McLeod HJ, Dimaggio G. Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. *Compr Psychiatry.* 2014 Feb;55(2):268-73. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.027. Epub 2013 Oct 22. PMID: 24262130.
  16. Vohs JL, Lysaker PH, Francis MM, Hamm J, Buck KD, Olesek K, Outcalt J, Dimaggio G, Leonhardt B, Liffick E, Mehdiyoun N, Breier A. Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophr Res.* 2014 Mar;153(1-3):54-9. doi: 10.1016/j.schres.2014.01.012. Epub 2014 Feb 4. PMID: 24503175.
  17. Trauelsen AM, Gumley A, Jansen JE, Pedersen MB, Nielsen HL, Trier CH, Haahr UH, Simonsen E. Metacognition in first-episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Res.* 2016 Apr 30;238:14-23. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.003. Epub 2016 Feb 15. PMID: 27086205.
  18. Vergara-Ramirez S, Leon-Urbe A. Metacognición, apego y sintomatología en esquizofrenia primer episodio. *Ter Psicol.* 2020;38(2): 131-52. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200131>
  19. Lysaker PH, Carcione A, Dimaggio G, Johannesen JK, Nicolò G, Procacci M, Semerari A. Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatr Scand.* 2005 Jul;112(1):64-71. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x. PMID: 15952947.
  20. Nicolò G, Dimaggio G, Popolo R, Carcione A, Procacci M, Hamm J, Buck KD, Pompili E, Buccione I, Lagrotteria B, Lysaker PH.

- Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2012 Jul;200(7):644-7. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825bfb10. PMID: 22759945.
21. Lysaker PH, Dimaggio G, Carcione A, Procacci M, Buck KD, Davis LW, Nicolò G. Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. *Schizophr Res.* 2010 Sep;122(1-3):124-30. doi: 10.1016/j.schres.2009.04.024. Epub 2009 May 19. PMID: 19457645.
  22. Lysaker PH, Shea AM, Buck KD, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M, Salvatore G, Rand KL. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2010 Nov;122(5):405-13. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01554.x. PMID: 20346074.
  23. Lysaker PH, Erickson MA, Buck B, Buck KD, Olesek K, Grant ML, Salvatore G, Popolo R, Dimaggio G. Metacognition and social function in schizophrenia: associations over a period of five months. *Cogn Neuropsychiatry.* 2011;16(3):241-55. <https://doi.org/10.1080/13546805.2010.530470>
  24. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The Assessment of Insight in Psychosis. *Br J Psychiatry.* 1992;161:599-602. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.5.599>
  25. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry.* 2018 Feb;17(1):12-23. doi: 10.1002/wps.20508. PMID: 29352540; PMCID: PMC5775127.
  26. Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH. An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother.* 2016 Oct;16(10):1193-204. doi: 10.1080/14737175.2016.1199275. Epub 2016 Jun 22. PMID: 27278672.
  27. Lysaker PH, Erickson M, Ringer J, Buck KD, Semerari A, Carcione A, Dimaggio G. Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *Br J Clin Psychol.* 2011;50(4):412-424. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2010.02003.x>
  28. Vohs JL, Lysaker PH, Liffick E, Francis MM, Leonhardt BL, James A, Buck KD, Hamm JA, Minor KS, Mehdiyoun N, Breier A. Metacognitive capacity as a predictor of insight in first-episode psychosis. *J Nerv Ment Dis.* 2015 May;203(5):372-8. doi: 10.1097/NMD.0000000000000291. PMID: 25900550.
  29. Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, Callaway SS, Salvatore G, Carcione A, Nicolò G, Stanghellini G. Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Compr Psychiatry.* 2011 May-Jun;52(3):253-60. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.07.007. PMID: 21497218.
  30. Hernández R. Metodología de la Investigación. Mexico. D.F: McGraw-Hill; 2010.
  31. Ministerio de Salud. Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de Esquizofrenia. Santiago: Minsal; 2009. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Esquizofrenia.pdf>.
  32. Lysaker PH, Clements CA, Plascak-Hallberg CD, Knipscheer SJ, Wright DE. Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry.* 2002 Fall;65(3):197-206. doi: 10.1521/psyc.65.3.197.20174. PMID: 12405078.
  33. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Oct;116(4):290-8. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01067.x. PMID: 17803759.
  34. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1994 Jul;53(1):31-40. doi: 10.1016/0165-1781(94)90093-0. PMID: 7991730.
  35. Van der Gaag M, Hoffman T, Remijnsen M, Hijman R, de Haan L, van Meijel B, van Harten PN, Valmaggia L, de Hert M, Cuijpers A, Wiersma D. The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of

- a revised model. *Schizophr Res.* 2006 Jul;85(1-3):280-7. doi: 10.1016/j.schres.2006.03.021. Epub 2006 May 26. PMID: 16730429.
36. Bagaric D, Brecic P, Ostojic D, Jukic V, Goles A. The relationship between depressive syndrome and suicidal risk in patients with acute schizophrenia. *Croat Med J.* 2013 Oct 28;54(5):436-43. doi: 10.3325/cmj.2013.54.436. PMID: 24170722; PMCID: PMC3816561.
  37. Ruiz A, Pousa E, Duño R, Crosas J, Cuppa S, García C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD) [Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008 Mar-Apr;36(2):111-119. Spanish. PMID: 18365791
  38. Garcia-Portilla M, Bascaran M, Saiz P, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Majadahonda, España: Cyesan; 2015.
  39. Lysaker PH, Klion R. Recovery Meaning-Making, and Severe Mental Illness. A Comprehensive Guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy. New York: Routledge; 2018
  40. Salvatore G, Dimaggio G, Ottavi P, Popolo R. Terapia Metacognitiva Interpersonale della Schizofrenia. La procedura formalizzata di intervento. Milán: FrancoAngeli; 2017.

---

**Correspondencia a:**

Sergio Vergara-Ramírez

Dirección postal: Edificio Plaza Poniente 1258, oficina 209, Talca.

Email: vergarasergio1@gmail.com,

Teléfono: 985493299