



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/385.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Relación de Insight y riesgo de suicidio en la Esquizofrenia. Abordaje terapéutico**

Autores Concepción *González Ortuño*, Elena Nunilón *Egea López*, Noemí *Martínez García*, Obdulia *Ros Martínez*, Virginia *López Balsalobre*, Rocío *Rosique Rosique*

Centro/institución Hospital Virgen del Castillo

Ciudad/país Yecla (Murcia), España

Dirección e-mail conziy@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Insight abarca no sólo la conciencia de la enfermedad, sino también la conciencia de las consecuencias que tiene la enfermedad respecto a la relación del paciente con el mundo. Insight ha sido relacionado como influyente en el mantenimiento y la recurrencia de los síntomas psicóticos. Diversos estudios ponen de manifiesto la relación entre el insight y resultado clínico, mediado a través del compromiso con el tratamiento (Ghaemí & Pope, 1994; Rathod et al. 2005).

Metodología: Nos planteamos explorar: asociación del Insight con riesgo de suicidio en pacientes con Esquizofrenia y determinar eficacia de opciones de tratamiento para mejorar el Insight. Se realiza búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Medline, Cochrane, Cinahl y Embase (Marzo 2014).

Resultados/ Discusión: Se encontró una Guía Clínica, un meta-análisis, una revisión sistemática, dos revisiones y cuatro estudios descriptivos. Se exponen resultados de revisión junto con terapias que pueden ejercer un efecto positivo en Insight y que aumentan adherencia al tratamiento. Se discuten controversias encontradas y se propone abordaje terapéutico centrado en modelo de Recuperación (Recovery) para evitar las consecuencias negativas del aumento de Insight.

Conclusiones: Resulta necesario mejorar la adherencia al tratamiento y el resultado clínico, pero en algunos pacientes puede aumentar la adquisición de una visión paradójicamente desesperanzada, depresión y el comportamiento suicida. Por lo que la conducta suicida, el nivel de depresión, sentimientos de desesperanza y el nivel de insight deben vigilarse estrechamente durante el tratamiento.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Insight es conocido en la literatura psiquiátrica como la conciencia de enfermedad o adherencia al tratamiento. Este concepto de conciencia de enfermedad o percepción de enfermedad puede ser definido como un conjunto de creencias relativas a cómo los individuos dan sentido y comprenden su estado de salud ([Lobban et al. 2003](#)). Insight sería la forma convencional de conceptualizar cómo las personas con una enfermedad mental, evalúan su experiencia de ella. Implica un grado de aceptación de la idea de la enfermedad. Sin embargo el Insight no abarca sólo la conciencia de la enfermedad, sino también la conciencia de las consecuencias que tiene la enfermedad respecto a la relación del paciente con el mundo.

La poca conciencia o falta de conciencia de estar enfermo, se considera una característica clave de la psicosis y ha sido visto por muchos como la característica definitoria real de un trastorno psicótico común de la esquizofrenia (Amador et al . , 1994) . Un aspecto notable de la esquizofrenia es que muchos pacientes muestran una sorprendente falta de conocimiento de su condición (Dam, 2006).Hasta un 50-80% de los pacientes con esquizofrenia no creen que tienen algún trastorno en absoluto.

Para explicar la alta incidencia de esta falta de Insight , han sido propuestas varias teorías psicológicas, psicopatológicas y neuropsicológicas. Hace ya algunos años los expertos asumieron que el *Insight* constituye una dicotomía variable correspondiendo al *todo o nada* (Van Putten et al. 1976, Lin et al. 1979, Heinrichs et al. 1985) Serían cinco dominios los considerados actualmente: el conocimiento de tener una enfermedad mental, el reconocimiento de la necesidad para el tratamiento, el conocimiento de las consecuencias sociales de la enfermedad, el conocimiento de los síntomas psicóticos, y atribución de los síntomas a un trastorno mental.

Hay varios modelos para definir el Insight, lo que ha llevado a distintos instrumentos para su evaluación. Beck y sus colegas propusieron el concepto complementario de habilidades cognitivas del Insight (Insight cognitivo) , definida como la capacidad actual de un paciente para evaluar su experiencias anómalas y sus malas interpretaciones específicas de eventos(Beck et al., 2004).Así el Insight clínico se ha distinguido de Insight cognitivo (Becket al . , 2004) . Insight clínico se refiere a la conciencia de tener un trastorno mental, ser capaz de reconocer los síntomas de la misma y el reconocimiento de la necesidad de tratamiento o ayuda de otras personas (David, 1990) e Insight cognitivo involucra la capacidad de los pacientes para evaluar o distanciarse de las experiencias anómalas e inferencias erróneas de la enfermedad.

La falta de Insight no parece ser un fenómeno estático. A pesar de que puede persistir en algunos pacientes, el Insight puede mejorar durante el tratamiento. Así este concepto ha sido relacionado como influyente en el mantenimiento y la recurrencia de los síntomas psicóticos. Las investigaciones que se llevan a cabo miden esto a través de su efecto sobre las respuestas de afrontamiento (incluyendo adherencia a la medicación), impacto emocional y los procesos cognitivos. Muchos estudios han puesto de manifiesto la relación entre el Insight y el resultado clínico, posiblemente mediado a través del compromiso con el tratamiento ([Ghaemí & Pope, 1994](#) ; [. Rathod et al 2005](#)).

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline, Cochrane, Cinahl y Embase en Marzo 2014, el periodo estudiado comprende desde 2003 a 2014. Con las siguientes palabras clave: Insight, Suicidal Ideation OR Suicide Attempted/psychology, [Schizophrenia](#) y Therapy. Encontrando una Guía Clínica, un meta-análisis, una revisión sistemática, dos revisiones y cuatro estudios descriptivos.

Como objetivos de esta revisión nos planteamos:

Explorar la asociación del Insight con el riesgo de suicidio en pacientes con Esquizofrenia.

Determinar la eficacia de las opciones de tratamiento para mejorar el Insight en las personas con esquizofrenia.

Resultados

En los estudios del Insight se ha encontrado que hay asociaciones contradictorias con los resultados. En particular, los estudios han demostrado que la falta de Insight está vinculada a una mayor gravedad de la psicopatología general (Mintz et al., 2003; Mutsatsa et al., 2006) y a una pobre adherencia al tratamiento, lo que a su vez está asociado con mayor frecuencia de recaídas y hospitalizaciones (Llorca, 2008; Acosta et al., 2009; Velligan et al., 2009). Por el contrario, varios estudios muestran que un mayor Insight está relacionada con el aumento de la depresión (Amador et al., 1994; Mintz et al., 2003; Mutsatsa et al., 2006; Mohamed et al., 2009) menor calidad de vida (Staring et al., 2009), así como más pobre bienestar subjetivo (Valiente et al., 2011).

Insight también ha sido vinculado a la conducta suicida (Drake y Cotton, 1986; Crumlish et al., 2005). Cuando hay pobre curso de la enfermedad, un mayor número de hospitalizaciones (incluyendo hospitalizaciones involuntarias) y el incumplimiento del tratamiento, pueden ser considerados además como factores de riesgo para el suicidio (Hu et al., 1991). Esto último es de vital importancia ya que los pacientes con esquizofrenia tienen una prevalencia particularmente alta de suicidio y comportamiento suicida. El suicidio es la principal causa de muerte prematura en estos pacientes, con unas 12 veces mayor riesgo de morir por suicidio en comparación con la población general ([Saha S et al., 2007](#)) y se estima que el 5-13% de los pacientes con esquizofrenia va a morir por suicidio (Caldwell y Gottesman, 1990; Palmer et al., 2005). El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y el 40%.

Pero hoy por hoy aún existe controversia respecto a este tema (Melle y Barret, 2012), varios estudios indican que los altos niveles de Insight o algunos aspectos de este, pueden aumentar el riesgo de comportamiento suicida (Robinson et al., 2009; Foley et al., 2008; Amador et al., 1996; Crumlish et al., 2005; Schwartz y Smith, 2004; Kao y Liu, 2011). Otros no encuentran ninguna relación entre percepción y las tendencias suicidas (Hawton et al., 2005; Restifo et al., 2009), y algunos estudios indican un efecto protector en el Insight (Bourgeois et al., 2004; Steblaj et al., 1999), posiblemente causado por aumentar la adherencia al tratamiento (Melle y Barret, 2012). Y es que las estimaciones sugieren que el 55% de los pacientes con enfermedades psicóticas crónicas tienen importantes dificultades para adherirse a su régimen de medicación ([Fenton et al., 1997](#)). Tasas similares de falta de adherencia se han documentado en los individuos que presentan un primer episodio de psicosis ([Coldham et al., 2002](#)). Por lo que se puede concluir que la mala adherencia al tratamiento podría asociarse con un aumento en las tasas de suicidio.

En apoyo de la opinión clínica de que el bajo Insight lleva a consecuencias negativas para los pacientes con esquizofrenia, los estudios recientes han sugerido fuertemente que una mayor conciencia enfermedad es lógica y debería ser uno de los principales objetivos en el tratamiento de la esquizofrenia (López-Moríñigo et al.2012). Además, es posible que un alto Insight mejorara el cumplimiento de la medicación (Olfson et al.2006), lo que mejoraría los síntomas depresivos y reduciría el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia (Bakst et al.2009). Sin embargo, también se ha relacionado con efectos negativos significativos en estos pacientes. Esta mejor comprensión podría reducir la autoestima y aumentar la desesperanza (Carroll et al.2004) y esta ha sido relacionada como un factor de riesgo respecto al suicidio. Así que otro factor propuesto que puede incrementar este riesgo es el Insight, aunque esto tiene que ser revisado sistemáticamente.

Desde esta perspectiva, considerar los cambios en el Insight en relación con el tratamiento supone que las mejoras en el Insight pueden, posiblemente tener un desenlace desfavorable, como la depresión. A su vez esta ha sido relacionada como otro factor de riesgo importantes para el suicidio (Hawton et al.2005) ya que se ha visto que entre los factores de riesgo compartidos con la población general están la presencia de depresión, sentimientos de desesperanza y falta de apoyo social (Montross et al.2005; Pompili et al.2009), los niveles más altos de rasgos impulsivos agresivos de personalidad (McGirr y Turecki, 2008) y el abuso de drogas o dependencia (Hawton et al.2005; Pompili et al.2007).

Discusión

Un alto riesgo de suicidio persiste durante toda la vida de los pacientes con esquizofrenia ([López-Moríñigo et al.2012](#)), por lo tanto, la aclaración de las características de los pacientes con esquizofrenia que han intentado suicidarse o suicidio consumado podría ser de gran importancia para determinar quién está en mayor riesgo y por lo tanto debe recibir intervenciones para reducir al mínimo la posibilidad de suicidio.

Además de en el inicio de la enfermedad, el riesgo continúa a lo largo del curso de esta (Dutta et al.2010), ya que la mayoría de las muertes por suicidio tienen lugar dentro de la primera década después de comenzar el tratamiento, y aproximadamente el 50% se producen dentro de los primeros 2 años (Montross et al.2005). Una de las razones para este riesgo temprano puede ser algunos factores de riesgo importantes, como la depresión (Hawton et al.2005). y el abuso de sustancias(Verdoux et al.2001), estos son frecuentes tanto en el período de tratamiento y antes de que comience este (Larsen et al.2006; Romm et al.2010).

Diferentes estudios han demostrado que un mayor Insight está asociado con un aumento en la depresión, un mayor riesgo de desarrollar depresión postpsicótica y el suicidio([López-Moríñigo et al.2012](#)). Wolfersdorf et al. informaron que el aumento de Insight en el curso de la enfermedad mental puede estar relacionado de un modo significativo en el síndrome presuicidal. Es de destacar que la depresión tras recaída psicótica que culmina en el suicidio se ha informado en pacientes con un mayor grado de Insight ([López-Moríñigo et al.2012](#)). En un análisis cualitativo más reciente que investigaba por qué los pacientes con esquizofrenia intentaron suicidarse, Crumlish et al. sugieren que la percepción subjetiva de reconocimiento de tener una enfermedad mental, a diferencia de otros aspectos del Insight puede ser particularmente y a largo plazo predictivo de depresión e intentos de suicidio en la esquizofrenia. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la comprensión de la enfermedad debe ser considerada

como un factor importante en el estudio del riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia ([López-Moríñigo et al.2012](#)).

Tanto es así que algunos estudios seleccionados encontraron la depresión como un factor de riesgo importante para el suicidio. Más precisamente, la *desesperanza* actuó como el factor profético más fuerte para suicidio entre pacientes con la esquizofrenia, comparándolos con las conclusiones de Hawton et al. este síntoma, en vez de la depresión per se, puede representar la meta clínica principal para reducir el riesgo de desarrollar un comportamiento suicida. Hace ya casi 30 años, esta *desesperanza* fue definida como "El elemento cognitivo de las expectativas negativas." Además, fue demostrado ser el enlace más fuerte entre la depresión y suicidio (Amador et al.1994). En cuanto a los mecanismos que subyacen a esta asociación, algunos investigadores han planteado la hipótesis de que el riesgo de suicidio puede ser mediado por los niveles de depresión o desesperanza (Kim et al, 2003; Burgués et al, 2004; López- Moríñigo et al, 2012).

Otra posible explicación para la asociación entre alto Insight y la tendencia al suicidio es que las personas con buen ajuste premórbido y con un alto Insight son más desmoralizadas por su enfermedad, un modelo que recibe algún apoyo de los estudios empíricos (Restifo et al.2009). Otra hipótesis de acuerdo con esto es que las consecuencias asumidas de los trastornos psicóticos (es decir, el miedo a la desintegración mental) puede aumentar el riesgo de suicidio (Hawton et al.2005). Una posible explicación de los resultados aparentemente contradictorios respecto al Insight es, pues, que el impacto del Insight depende de los significados vinculados a la enfermedad, o en otras palabras, las creencias de los pacientes sobre los trastornos psicóticos(Lysaker et al.1990) Si bien una idea de la psicosis implica la aceptación de una enfermedad personal, independientemente de los conocimientos y los hechos acerca de su enfermedad, las creencias acerca de la psicosis son las cogniciones acerca de la causalidad, las opciones de tratamiento y el pronóstico de los trastornos psicóticos(David,1990; Linden y Godemann, 2007).

A todo esto se suma que generalmente, los suicidios tempranos coinciden con una clara conciencia de enfermedad incapacitante y tras la remisión de la sintomatología aguda. Los suicidios de aparición tardía coinciden con un deterioro especialmente social; generalmente son suicidios premeditados aunque pueden estar precipitados por algún acontecimiento estresante. Una parte importante de los suicidios de pacientes con esquizofrenia se producen durante un período de remisión después de cinco a diez años de enfermedad, como reflejo al parecer de una percepción de desespero respecto a su propia patología que puede aparecer sin ningún signo de alarma.

Por todo lo expuesto anteriormente se puede concluir que la percepción de tener una enfermedad mental grave y sus creencias acerca de las enfermedades mentales, pueden influir en el comportamiento suicida. El papel que el Insight tiene en el desarrollo los comportamientos suicidas en este grupo de pacientes representa una área de la controversia actual, que puede tener implicaciones clínicas y éticas cruciales (Hewitt, 2010).

También una correlación entre el nivel de Insight y la depresión ha sido demostrada (Amador et al.1994; Mintz et al.2003; Ghaemi y Rosenquist, 2004; Smith et al.2000) aunque con algunas contradicciones por investigar. Ya que, sobre lo que el Insight mide (el conocimiento de las consecuencias sociales de la enfermedad) podría llevar al paciente a un estado más depresivo (Amador et al.1994). A la vez, esta depresión puede ser el paso a un paciente propenso a pensar en las enfermedades, la incapacidad, etcétera con más pesimismo (Ghaemi y Rosenquist, 2004). Por lo que este paciente más deprimido hipotéticamente expresaría más altos niveles de Insight. Por lo tanto, hay un

dilema de ¿el huevo o la gallina? que puede ser solucionado con estudios de intervención solamente; por ejemplo, si fuera mostrada esa mejoría de Insight con las intervenciones y estas redujesen el suicidio ([López-Moríñigo et al.2012](#)).

Un punto clave en el tratamiento de estos pacientes es la adherencia a este y han sido también numerosos los estudios que han relacionado el Insight con la adherencia, por ejemplo, [Horne y Weinman \(2002\)](#) han demostrado que las creencias específicas sobre el tratamiento (en lugar de la enfermedad) son las que producen mayores efectos sobre la adherencia, y que las percepciones de la enfermedad están relacionados con estas creencias de tratamiento de una manera lógica, sobre todo a las creencias de los pacientes sobre su necesidad de tratamiento.

La presencia de un grado adecuado de Insight se ha asociado con una mejor evolución clínica y funcional en pacientes con psicosis (Mintz et al.2003). Considerando que los bajos niveles de Insight son frecuentes (50-80%) entre los pacientes con esquizofrenia (Crumlish et al.2005), los estudios sobre primer episodio de psicosis (incluyendo trastornos del espectro de la esquizofrenia) han demostrado mayores niveles comparables de Insight al inicio del estudio (60%) con mejoras significativas de hasta 80% en los seguimientos de un año, con la estabilización a largo plazo de 3.2 años de seguimiento (78,6% y 82,8%, respectivamente)(Saeedi et al.2007).

Entre las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento de algunas variables son (como la falta de Insight) relacionados con el paciente, pero otros son características externas vinculadas con el contexto socio-cultural, los procesos terapéuticos y el tratamiento prescrito (Segarra Echebarría et al.2010). Tanto es así que la falta de Insight explica menos del 30% de las diferencias de la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes con un primer episodio (trastornos del espectro esquizofrénico) (Novak-Grubic y Tavcar, 2002). Otras variables, como los síntomas psicóticos, los efectos adversos de la medicación y el consumo de drogas, también están involucrados (Sim et al.2006).Aunque la relación entre el Insight y la adherencia al tratamiento es más complejo y no está claramente apoyado (Lincoln et al.2007) .Un meta-análisis reciente concluye que la relación entre el Insight y la adherencia al tratamiento no es estable en el tiempo. Un nivel adecuado de Insight es una condición necesaria, pero no suficiente para una adecuada adherencia, y la falta de Insight no necesariamente conduce a una mala adherencia. De hecho, la baja adherencia podría resolverse con una intervención específica terapéutica (medicamentos antipsicóticos inyectables de acción prolongada, terapia motivacional o el tratamiento asertivo comunitario). Una vez que se garantiza el cumplimiento del tratamiento, el pronóstico clínico y funcional de los pacientes con un primer episodio de psicosis podría ser relativamente independiente de su nivel de Insight (Robinson et al.2004; Lincoln et al.2007).

Puesto que el Insight de los pacientes es modificable y se ha observado que podrían obtenerse beneficios en el curso de la enfermedad, nos planteamos que terapias son las que se beneficiarían y como serían estas para obtener estos beneficios.

Siguiendo la Guía Clínica de la Esquizofrenia se recomienda la TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo del Insight y para incrementar la adherencia al tratamiento con un nivel de evidencia A.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) para la psicosis es una intervención relativamente nueva que tiene como objetivo reducir el malestar asociado con los síntomas positivos de la psicosis ([Pilling et al. 2002](#)). Puesto que la percepción de un mayor tiempo de evolución de enfermedad se ha relacionado con un mayor nivel de depresión es importante destacar que todos los estudios informan que la depresión se reduce con la TCC. Y con esta terapia el aumento de Insight no ha sido asociado con el estado de ánimo bajo o ideación suicida (Turkington et al., 2002; Granholm et al, 2007).

A pesar de que la mayoría de estudios de TCC que tuvo el Insight en cuenta están centrados en el Insight cognitivo. El único estudio que midió los efectos de la TCC sobre la Insight clínico encontró una mejoría significativa. Se necesitan más estudios sobre los efectos de la TCC sobre Insight clínico.

Respecto a la psicoeducación en la esquizofrenia algunos estudios demostraron un efecto significativo de esta psico-educación en el Insight (Cunningham - Owens et al, 2001; Chan et al, 2007, 2009). Chan et al. (2009) encontraron un gran tamaño del efecto para 10 sesiones de psicoeducación en pacientes en una fase temprana de la esquizofrenia. Chan et al. (2007) comparó un programa de manejo de la enfermedad didáctica de diez sesiones a la terapia ocupacional en un grupo de pacientes hospitalizados masculinos con esquizofrenia. La intervención también dio lugar a una tasa de reingresos inferior.

Centrándonos en la terapia de adherencia al tratamiento el primer estudio que se hizo sobre esta (Kemp et al., 1998) mostró un gran efecto de 4-6 sesiones en la adherencia, informaron de mejoras en los síntomas (como la depresión), junto con el Insight. Aunque posteriormente los estudios no lograron replicar estos hallazgos. Mirando et al. (2010) y Gray et al. (2006) no encontraron ningún efecto de la terapia de adherencia sobre Insight. Existe controversia respecto a la conclusión de que la terapia de la adherencia no tiene un efecto el Insight. Por lo tanto, el tratamiento de pacientes con determinadas intervenciones puede mejorar el Insight más allá del tratamiento como de costumbre.

Aunque es posible mejorar el Insight reduciendo al mismo tiempo la depresión, como por ejemplo , ayudando a las personas a hacer frente a la conciencia de la enfermedad y el estigma a través de intervenciones de psicoeducación y de familia (Lysaker , et al, 2006 ; . . Brent et al, 2011), los riesgos y los beneficios de aumentar el Insight siguen siendo complejos y ofrecer una estrategia terapéutica individualizada presenta retos particulares para el clínico. Puesto que la desesperanza y la percepción de las consecuencias de la enfermedad parecen ser los factores más relacionados con la depresión post-psicótica, nos planteamos que sería conveniente un abordaje terapéutico centrado en el modelo de Recuperación (Recovery) tomando como base sus principios, dando esperanza, facilitando el autocontrol y ayudando al paciente a tener una identidad positiva todo para que asuma su responsabilidad y el control de su enfermedad (Shepherd et al.2008).

Además, es importante reconocer la complejidad del concepto de Insight mismo. Puesto que el Insight no puede ser tratado como un síntoma aislado pero si como un proceso continuo (Markova y Berrios, 1995; Siris, 2001).

Conclusiones

En los pacientes con esquizofrenia, resulta necesario mejorar la adherencia al tratamiento y el resultado clínico, pero en algunos pacientes puede aumentar la adquisición de una visión paradójicamente desesperanzada, la depresión y el comportamiento suicida. Por lo que la conducta suicida, el nivel de depresión, sentimientos de desesperanza y el nivel de Insight deben vigilarse estrechamente durante el tratamiento.

Se debe prestar atención a los posibles efectos secundarios de las intervenciones psicosociales. La información dada para aumentar el conocimiento acerca de los trastornos psicóticos en el marco de las intervenciones psicoeducativas puede ser interpretado negativamente por los pacientes. Es importante que la percepción de la información por el paciente sea discutida, y que haya esfuerzos para instalar unas

esperanzas realistas de un resultado positivo. Por otra parte, los terapeutas deben ser conscientes de que un aumento del Insight en el plano cognitivo a través de la terapia cognitivo-conductual puede aumentar temporalmente la ideación suicida.

Los enfoques terapéuticos deben hacer hincapié en que el tener un trastorno psicótico no equivale necesariamente a una vida de enfermedad, y que se pueden tomar medidas para reducir la probabilidad de recaída y la cronicidad de la discapacidad. De hecho, desafiando las creencias negativas sobre la capacidad de control de la enfermedad y el desarrollo de planes de acción individualizados 'recuperación' se han demostrado útiles para promover la mejora de resultados en condiciones no psiquiátricas ([Petrie et al. 2002](#)).

Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión, y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los períodos de crisis personal, modificaciones del entorno o períodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad.

Se espera que se realicen grandes estudios prospectivos en los próximos años. Estos estudios nos darán nuevos datos importantes sobre el desarrollo del riesgo de suicidio en el curso de los trastornos y etapas de la enfermedad. La investigación futura debe destacar la importancia de las creencias sobre el tratamiento, en particular las creencias acerca de las consecuencias negativas de la medicación ([Horne y Weinman, 1999](#)).

En conclusión, las evaluaciones del Insight, tales como percepción de la enfermedad y sus interacciones con las respuestas emocionales puede generar mejoras en las intervenciones para las personas con psicosis.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació.(2009)Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques;. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.
2. Kao Y.C. Liu Y.P. (2011) Suicidal behavior and insight into illness among patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Q.* Sep;82(3):207-20. doi: 10.1007/s11126-010-9161-z.
3. Lang Andrea B. G. Kager Anita S. E. Schmitz M. Schmidl F. et al .(2003) Los predictores de "insight" con respecto a la enfermedad mental entre los pacientes psicóticos y no psicóticos. *Eur. J. Psychiat* 17(4): 199-209.
4. López-Moríñigo J.D. Ramos-Ríos R. David A.S. Dutta R. (2012)Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Compr Psychiatry.* May;53(4):313-22.
5. Melle I. Barrett E.A. (2012) Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Rev Neurother.*Mar; 12 (3) :353-9. doi: 10.1586/ern.11.191.
6. Misdrahi D. Denard S. Swendsen J. Jaussent I. Courtet P. (2014) Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Res.* Jan

31. pii: S0165-1781(14)00080-8. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.039. [Epub ahead of print]

7. Pijnenborg G.H. Van Donkersgoed R.J. David A.S. Aleman A. (2013) Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res.* Mar;144(1-3):109-17

8. Segarra Echebarría R. Ojeda del Pozo N. Zabala Rabadán A. García Ormaza J. Peña Lasa J. Equiluz Uruchurtu I. et al. (2010) Insight in first episode psychosis: Conceptual and clinical considerations. *Eur. J. Psychiat.* Jun;24(2):78-86.

9. Shepherd G. Boardman J. Slide M. (2008). *Hacer de la Recuperación una realidad.* Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

10. Shepherd G. Boardman J. Slide M. (2008). *Implantando la Recuperación.* Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

11. Watson P.W. (2006) Garety P.A. Weinman J. Dunn G. Bebbington P.E. Fowler D. Freeman D. Kuipers E. Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychol Med.* Jun;36(6):761-70. Epub 2006 Mar 27.