



VARIABLES NEUROPSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS MODULADORAS DEL INSIGHT COGNITIVO EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Miguel Simón-Expósito¹ y Elena Felipe-Castaño^{2*}

¹ Psicólogo clínico. Grupo 5 Acción y Gestión Social. Madrid (España)

² Profesora Titular. Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológicos. Facultad de Formación del profesorado. Universidad de Extremadura. Cáceres (España)

Resumen: El insight cognitivo es la capacidad de los pacientes con esquizofrenia de evaluar sus experiencias psicóticas y responder a la retroalimentación correctiva. Su relación con el funcionamiento neuropsicológico y la modulación que ejercen el estado de ánimo y la ansiedad están aún poco claras. Avanzar y profundizar en su conocimiento tendría un impacto importante sobre la comprensión de los mecanismos cognitivos y los programas de intervención. Se seleccionaron dos muestras, muestra clínica, con personas con esquizofrenia ($n = 43$), muestra personas sanas ($n = 50$), a las que se aplicó la Escala de insight cognitivo (EICB), una batería neuropsicológica y cuestionarios de depresión y ansiedad. Los resultados sugieren una influencia de la ansiedad y de los déficits de flexibilidad cognitiva en el desarrollo de los mecanismos de la Auto-Reflexión en personas con esquizofrenia, con un patrón diferente al encontrado en personas sanas. Se discuten los resultados con respecto a los programas de intervención.

Palabras clave: Insight cognitivo. Déficit neurocognitivo. Metacognición. Esquizofrenia. Ansiedad. Depresión.

Title: Neuropsychological and psychopathological variables modulating cognitive insight in people with schizophrenia.

Abstract: Cognitive insight is the capacity of patients with schizophrenia to evaluate their psychotic experiences and respond to the corrective feedback. The relationship with their neuropsychological functions and the modulation exercised by mood and anxiety are still not clear. To make advances and deepen our knowledge would have an important impact on our understanding of the cognitive mechanisms and intervention programmes. Two samples were chosen, one clinical with persons suffering from schizophrenia ($n = 43$) and another with healthy individuals ($n = 50$). The Cognitive Insight Scale (BCIS), a neuropsychological battery and questionnaire concerning depression and anxiety, was applied to them. The results suggest an influence of anxiety and the deficits in cognitive flexibility on the development of the mechanisms of Self-Reflection in persons with schizophrenia, with a different pattern to that found in healthy individuals. The results are discussed with respect to the intervention programmes.

Keywords: Cognitive insight. Neurocognitive deficit. Metacognition. Schizophrenia. Anxiety. Depression.

Introducción

Una de las características presente en numerosas personas con esquizofrenia es la falta de comprensión de su enfermedad y la deficiente conciencia de padecer un trastorno psiquiátrico, lo que se ha denominado insight (Amador y David, 1998) y que repercute en su evolución y pronóstico (Drake et al., 2007). Sin embargo, en muchos pacientes, el aumento del conocimiento sobre su trastorno no va acompañado de un cambio en el estilo de pensamiento.

Para Beck y Warman (2004), el problema cognitivo crucial del paciente sería la capacidad atenuada para evaluar sus experiencias anómalas y reconocer que sus conclusiones son incorrectas, lo que influye en el desarrollo de pensamientos y creencias delirantes. Por ello, desarrollan el concepto de insight cognitivo, entendido como un proceso de tipo metacognitivo basado en la capacidad del individuo de distanciarse de sus creencias erróneas y hacer una evaluación correctora de sus propias interpretaciones, utilizando la retroalimentación externa. Para medirlo crearon la Escala de Insight Cognitivo (EICB), compuesta por dos subescalas, Auto-Reflexión (AR), definida como la capacidad de introspección, de apertura al feedback corrector de los otros y de generar nuevas hipótesis explicativas de los fenómenos, y Auto-Certeza (AC), grado en que el sujeto está firmemente

convencido de la exactitud de sus creencias (Beck et al., 2004).

Varios estudios han confirmado la asociación encontrada por Beck et al. (2004) entre sintomatología positiva niveles bajos de AR y elevados de AC (Van Camp et al., 2017), si bien no está confirmada en todos (Penney et al., 2018).

Del mismo modo, los hallazgos sugieren que los déficits en insight cognitivo estarían relacionados con déficits en funciones neurocognitivas básicas como la memoria y el aprendizaje verbal (Buchy et al., 2010; Engh et al., 2011), la atención y la flexibilidad mental (Lysaker y Buck, 2008). No obstante, solo tres de los 30 trabajos revisados por Van Camp et al. (2017) encuentran una relación positiva entre niveles altos de AR y mejor rendimiento neurocognitivo, mientras que la mayoría de los estudios encuentran una relación negativa con AC.

Los resultados con respecto a la memoria verbal se basan en el hecho de que el insight cognitivo se apoya en la necesidad de disponibilidad de la información y la búsqueda de los recuerdos inmediatos como base para la automonitorización (Orfei et al., 2010). En cuanto al funcionamiento ejecutivo, se han centrado en las medidas de cambio de set y monitorización de errores (Srivastava y Kumar, 2016), poniendo de manifiesto una asociación significativa entre los niveles de AC y los errores no perseverativos del Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Orfei et al., 2010).

A pesar de los estudios realizados sobre el insight cognitivo en sujetos sanos, algunos autores consideran que no existe evidencia de que el concepto sea aplicable a los sujetos con y sin psicosis (Van Camp et al., 2017). En muestras no clínicas, los trabajos sugieren un nivel de insight cognitivo

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Elena Felipe-Castaño, Facultad de Formación del Profesorado, Campus universitario, s/n, 10073, Cáceres (España). E-mail: efelipe@unex.es
(Artículo recibido: 1-3-2021, revisado: 1-4-2021, aceptado: 14-9-2021)

superior, con un patrón de mayor AR y menor AC (Warman y Martín, 2006), que estaría relacionado con peores rendimientos en tareas de memoria y de tipo ejecutivo (Orfei et al., 2011). Lo mismo sucede con la relación consistente encontrada entre la capacidad de AR y los niveles de ansiedad y depresión en muestras clínicas (Palmer et al., 2015), que necesita un contraste mayor en muestras no clínicas para avanzar en el estudio de su mecanismo modulador.

La aparición de programas de intervención, como el *Metacognitive Training Program* (Moritz y Woodward, 2007), con resultados prometedores en la mejora del insight cognitivo de los pacientes con esquizofrenia (Birulés et al., 2020; Simón-Expósito y Felipe-Castaño, 2019) hace que sea esencial avanzar en la relación entre dichas variables, dado que algunos estudios han encontrado un incremento de los niveles de depresión en los pacientes a medida que su insight cognitivo aumentaba como consecuencia del tratamiento psicoterapéutico (Granhölm et al., 2005).

En definitiva, siguen estando poco claras las relaciones entre el estilo de pensamiento que subyace al concepto de insight cognitivo y el funcionamiento neuropsicológico y los efectos moduladores de la ansiedad y el estado de ánimo sobre dicho concepto. Analizar esta relación de manera separada para los índices de AR y AC, tanto en personas con esquizofrenia como en controles sanos, entendemos que puede contribuir a la mejora de la comprensión de estos conceptos en los trastornos psicóticos.

Para ello, en este trabajo pretendemos analizarla relación entre insight cognitivo, rendimiento neurocognitivo, estado de ánimo y ansiedad en personas con esquizofrenia y las diferencias con una muestra de personas sin diagnóstico de trastorno mental. Según estos objetivos nos planteamos las siguientes hipótesis: a) La muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia presentará mayores niveles de AC y menores niveles de AR que los controles sin diagnóstico; b) Encontraremos una relación positiva entre los niveles de AR y los de estado de ánimo y la ansiedad; c) En personas con esquizofrenia, encontraremos una relación positiva entre los niveles de AR y el rendimiento neurocognitivo, mientras que en el grupo de controles sanos esta relación será negativa, y

d) En personas con esquizofrenia encontraremos una relación negativa entre los niveles de AC y el rendimiento neurocognitivo, mientras que en el grupo de controles sanos esta relación será positiva.

Método

Participantes

El total de participantes fue de 93 sujetos, 43 (46%) de la muestra clínica y 50 de la muestra no clínica. La muestra de personas con esquizofrenia fue reclutada en Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y en viviendas supervisadas, de los servicios de atención pública a pacientes con trastorno mental grave en la Comunidad de Extremadura. Se incluyeron exclusivamente los pacientes que tuvieran un diagnóstico específico de esquizofrenia según criterios DSM-V y que mostraran una estabilidad clínica de, al menos tres meses, definida como la ausencia de la modificación sustancial del tratamiento, de ingreso por desestabilización psicopatológica o consulta en el servicio de urgencias.

La muestra no clínica fue seleccionada entre estudiantes y personal de la Universidad de Extremadura. Se excluyeron los participantes que manifestaron haber sido diagnosticados de un trastorno psiquiátrico, encontrarse en tratamiento por trastorno mental o tener antecedentes de psicosis en familiares de hasta un primer grado de consanguinidad. Las características sociodemográficas y clínicas de ambas muestras podemos verlas en la tabla 1.

En ambas muestras se excluyeron los casos de personas con trastorno neurológico previo o trauma cerebral con pérdida de conciencia y se seleccionaron solo los sujetos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años y con un nivel de estudios completados superior a los 8 años.

Las muestras difieren de manera significativa en las variables sexo y años de estudio. Por este motivo, se realizó un control estadístico de dichas variables. Únicamente la variable edad tiene una distribución ajustada a normalidad.

Tabla 1

Características clínicas y sociodemográficas de las muestras de participantes.

	Muestra no clínica, <i>n</i> = 50			Muestra clínica, <i>n</i> = 43			Total, <i>n</i> = 93			<i>t</i> (Sig.)
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	
Edad	39.14	14.70	19-65	38.21	9.58	20-62	38.71	12.53	19-65	0.366 (.715)
Años de estudio	14.34	3.931	10-20	11.51	3.042	8-20	13.03	3.803	8-20	-3.906 (.000)
Edad en el debut de la enfermedad				23.07	6.912	12-38				
Duración de la enfermedad				14.81	7.848	2-32				
Ingresos hospitalarios				2.17	2.208	0-9				
	Hombres/mujeres (%)			Hombres/mujeres (%)			Hombres/mujeres (%)			χ^2 (Sig.)
Sexo	15/35 (30/70)			35/8 (81/19)			50/43 (54/46)			24.566 (.000)

Nota: *Edad en la primera hospitalización o en el debut de los síntomas positivos o negativos que la predijeron.

Instrumentos

Evaluación del Insight Cognitivo

Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB, Beck et al., 2004) en su adaptación española de (Gutiérrez-Zotes et al., 2012). Se trata de un autoinforme de 15 ítems con cuatro intervalos de respuesta, de 0 (*nada de acuerdo*) a 3 (*totalmente de acuerdo*). Mide el insight cognitivo en sus dimensiones de AR y AC. Se calcula, además, un Índice Compuesto restando la puntuación de AC de la de AR. Con nuestros participantes se obtuvo un α de 0.68 y de 0.60, respectivamente, similar a la versión original del instrumento.

Evaluación neurocognitiva

Se buscó una combinación de pruebas que pudiera aplicarse en un tiempo máximo de 35-45 minutos, tomando como referencia las pruebas recomendadas por la iniciativa MATRICS (Nuechterlein et al., 2004) y las utilizadas para la estimación de la validez concurrente en la validación de la versión española de Brief Assessment in Cognition in Schizophrenia (BACS, Segarra et al., 2011). Se seleccionaron los dominios e instrumentos que señalamos a continuación:

Velocidad de procesamiento de la información. Test de Clave de Números de la escala WAIS-IV.

Velocidad motora. Token Motor Task, de la adaptación española de la BACS.

Memoria

Memoria de trabajo: a) Recuerdo inmediato. Tarea de Dígitos en Orden Directo de la prueba de Dígitos de la escala WAIS-IV. b) Mantenimiento y manipulación de la información. Tarea de Dígitos en Orden Creciente, de la misma escala. En ambos casos se utilizó la Puntuación Directa del Span.

Memoria verbal: Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC, Benedet y Alexandre, 1998). Se aplicó la tarea de Recuerdo Libre Inmediato para la Lista A. Tras de la presentación oral y durante cinco ensayos, el sujeto debe tratar de repetir todas las palabras que recuerde y sin importar el orden, al finalizar cada uno de los ensayos. Se tomó como índice de medida la suma de las palabras correctamente respondidas en los cinco ensayos.

Funciones ejecutivas: a) Fluencia verbal. Se midió a través de la capacidad para generar palabras que comienzan con una letra específica (FAS) en un tiempo determinado y de la capacidad de generar palabras que pertenecen a una determinada categoría semántica (Lezak, 1995). Se utilizó la suma total de palabras correctas en ambas pruebas. b) Flexibilidad cognitiva. Medida con el WCST (Heaton et al., 1993). De las múltiples dimensiones que se tienen en cuenta para la valoración del resultado de la prueba utilizamos: Porcentaje de Errores Perseverativos, Porcentaje de Errores No Perseverativos, Porcentaje de Respuestas de Nivel Conceptual y Nú-

mero de Categorías de Clasificación Completado. Se utilizó la versión española de la prueba publicada por TEA en 2010.

Evaluación clínica

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck et al., 1988), en la versión española de la prueba (Sanz y Navarro, 2003). En nuestra muestra encontramos un índice de consistencia interna mediante el valor de α de Cronbach de 0.92.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, Beck, Steer, y Brown, 1996). Se utilizó la versión española del BDI-II (Sanz et al., 2003). En la muestra del presente estudio se obtuvo un coeficiente de consistencia interna mediante el valor de α de Cronbach de 0.90.

Procedimiento

En el caso de la muestra clínica, las directoras de los recursos seleccionaron los participantes comprobando los criterios de inclusión y exclusión a través de la historia clínica del paciente. Todos los participantes fueron informados verbalmente y por escrito del objetivo de la investigación y se obtuvo su consentimiento informado por escrito, así como de sus tutores en el caso de incapacitación legal. La evaluación se realizó en dos sesiones individuales de cuarenta y cinco minutos, comenzando por la recopilación de los datos sociodemográficos y clínicos. En una segunda sesión se aplicó la batería neurocognitiva. Todos los pacientes fueron evaluados por sus respectivas psicólogas de referencia.

La muestra de personas no clínicas fue evaluada por psicólogos en formación de postgrado, bajo la supervisión del propio investigador.

El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Cáceres, de conformidad con el Código Internacional de Ética Médica de la WMA (Declaración de Helsinki 1975, revisión de 2008).

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos y pruebas de paramétrica. Se calculó el contraste de diferencias de medias entre dos grupos, utilizando la t de Student y el resultado del test de Welch si las varianzas no resultaran homogéneas. En caso de diferencias significativas, se calculó el estadístico d de Cohen para estimar el tamaño del efecto (Cohen, 1988). Se realizó un análisis de correlación y un análisis de correlación parcial entre las variables AR y AC y las variables objeto de estudio, controlando el efecto de dichas variables entre sí.

Con el fin de generar modelos explicativos de la relación entre las variables de insight cognitivo AR y AC y las de tipo clínico y de rendimiento neurocognitivo, se utilizó un Análisis de Regresión por pasos para las variables que resultaron significativas en el estudio de correlación anteriormente descrito, utilizando como criterio probabilidad de F para entrar $\leq .050$ y Probabilidad de F para salir $> .100$.

Todos los análisis se llevaron a cabo a través del SPSS Statistics 21.0 y se utilizaron pruebas de significación bilaterales con un nivel de significación del 5 % y del 1%.

Resultados

Encontramos diferencias significativas entre la muestra clínica y la no clínica en los resultados de varias pruebas (Tabla 2). Así, la muestra clínica se caracteriza por niveles más ele-

vados en la escala de AC, en la escala BDI-II y peores resultados en la prueba de Memoria Verbal, en la prueba Token Motor Task, en las de fluencia Verbal y en Clave de Números. Presenta también un porcentaje más elevado de Errores Perseverativos en el WCST y resultados inferiores en el Porcentaje de Respuestas de Nivel Conceptual y en el número de categorías completadas. Las diferencias presentan tamaños del efecto elevados en todos los casos.

Tabla 2

Diferencias entre la muestra clínica y no clínica. t de Student para muestras independientes.

	Muestra clínica		Muestra no clínica		Prueba t para la igualdad de medias		Intervalo de confianza		d de Cohen
	M	DT	M	DT	t	Sig. (bilateral)	Inferior	Superior	
AR	13.86	4.92	12.58	4.52	1.306	.195	-.667	3.228	-0.27
AC	9.02	3.01	7.26	3.32	2.663	.009	.448	3.079	-0.55
IG	4.84	5.99	5.32	5.59	-.402	.689	-2.871	1.905	
Ansiedad	14.84	10.23	11.40	11.11	1.542	.127	-.991	7.865	
Depresión*	15.51	11.21	9.20	8.06	3.070	.003	2.216	10.407	-0.65
MV	37.44	11.72	54.20	9.46	-7.625	.000	-21.124	-12.393	1.59
SDD	5.67	1.28	6.04	1.16	-1.441	.153	-.869	.138	
SDC	4.81	1.33	5.06	1.18	-0.943	.348	-.765	.272	
TMT	73.63	13.43	90.86	8.78	-7.418	.000	-21.846	-12.618	1.54
FS	16.81	4.87	23.76	5.54	-6.372	.000	-9.111	-4.781	1.33
FAS	11.51	5.02	16.12	3.82	-5.018	.000	-6.432	-2.784	1.04
WAIS CN	65.79	19.59	99.10	22.33	-7.587	.000	-42.031	-24.588	1.58
WCST PEP	30.19	23.03	12.52	5.75	4.895	.000	10.404	24.926	-1.09
WCST PENP*	16.65	12.78	12.31	8.45	1.887	.063	-.246	8.924	
WCST PRNC*	40.74	28.04	67.21	17.85	-5.300	.000	-36.423	-16.505	1.14
WCST CC*	3.23	2.45	5.19	1.63	-4.428	.000	-2.835	-1.075	0.96

*No se asumen varianzas iguales.

Nota: AR: Auto-reflexión; AC: Auto-certeza; IG: Índice Global; MV: Memoria verbal; SDD Span Dígitos Directo; SDC: Span Dígitos Creciente; TMT: Token Motor Task; FS: Fluencia Semántica; FAS; CN: Clave de números; PEP: Porcentaje Errores Perseverativos; PENP: Porcentaje Errores no Perseverativos; PRNC: Porcentaje de Respuestas de Nivel Conceptual; CC: Categorías Completadas.

En la muestra clínica encontramos correlaciones significativas entre AR y la variable ansiedad, no así en depresión. No encontramos relaciones significativas con respecto a ninguna prueba de rendimiento neurocognitivo, excepto con el WCST, en el que aparecen correlaciones significativas con todas las variables, excepto la de Errores no Perseverativos. Destaca la relación encontrada de tipo negativo con respecto Porcentaje de Errores Perseverativos, de tipo moderado ($r = -.484$).

En la muestra no clínica la variable AR correlaciona de manera significativa con edad y años de estudio, así como

con ansiedad ($r = .421$) y depresión ($r = .406$), lo que no sucedía con la muestra clínica, y con algunas pruebas de rendimiento neurocognitivo como la Memoria Verbal ($r = .374$) y con la prueba de Clave de Números ($r = .420$), en ambos casos de manera débil. A diferencia de lo que sucede en la muestra clínica, no encontramos correlaciones con ninguna de las puntuaciones del WCST.

Como podemos observar en la tabla, apenas encontramos relaciones entre AC y el resto de las variables sociodemográficas, clínicas y de rendimiento neurocognitivo estudiadas.

Tabla 3
Análisis de correlación bivariada.

	MUESTRA TOTAL				MUESTRA CLÍNICA				MUESTRA NO CLÍNICA			
	AR		AC		AR		AC		AR		AC	
	Orden cero	Parcial	Orden cero	Parcial	Orden cero	Parcial	Orden cero	Parcial	Orden Cero	Parcial	Orden Cero	Parcial
Edad ^a	-.335**		.052		-.214		.190		-.376**		.013	
Años de estudio ^a	.251*		-.190		.296²		.012		.389**		-.169	
Ansiedad	.387**	.434**	-.021	-.143	.322*	.445**	-.133	-.120	.421**	.451**	-.021	-.108
Depresión	.278**	.285*	-.016	-.232*	.134	.241	-.286	-.312	.406**	.354*	.076	-.140
MV	.166	.248*	-.185	-.220*	.277	.336	-.047	-.107	.381**	.374**	.000	-.054
SDD	.086	.108	-.025	.009	.139	.187	-.041	-.033	.077	.052	.066	.098
SDC	.180	.245*	.048	-.021	.192	.242	.322*	.311*	.218	.276	-.134	-.177
TMT	.050	.115	-.069	-.064	.235	.244	.014	.030	.085	.104	.270	.277
FS	-.070	.049	-.090	-.111	.049	.136	.159	.115	-.029	.039	.017	-.015
FAS	-.110	-.052	-.093	-.111	.100	.091	.111	.077	-.243	-.205	-.035	-.055
WAIS CN	.170	.239*	-.197	-.221*	.220	.267	-.103	-.157	.420**	.412**	.004	-.030
WCST PEP	-.247*	-.356**	.202	.215*	-.484**	-.541	.191	.223	-.118	-.210	-.129	-.114
WCST PENP	.050	.021	.116	.120	-.001	.029	.043	.034	.063	-.028	.106	.116
WCST PRNC	.137	.233*	-.206*	-.219*	.374*	.400	-.161	-.161	.032	.150	-.020	-.030
WCST CC	.162	.232**	-.104	-.011	.384*	.413	-.101	-.096	.049	.081	.135	.125

Nota:^a Rho de Spearman; Ver Tabla 2.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Teniendo en cuenta los datos anteriores, el análisis de regresión lineal de la muestra de pacientes tuvo en cuenta las variables ansiedad y todas las variables del WCST. Además,

se introdujeron por su interés en el estudio y teniendo en cuenta la revisión de la literatura, las variables sexo, edad, años de estudio y depresión (ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión. Variable Dependiente = AR. Muestra clínica.

Modelo	R			Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
	Pertenencia a grupo = Paciente (Seleccionado)	R ²	R ² corregida		Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	.484 ^a	.234	.215	4.364	.234	12.512	1	41	.001
2	.605 ^b	.366	.334	4.020	.132	8.327	1	40	.006

Nota: ^a Variables predictoras: (Constante), WCST Porcentaje Errores Pers. ^b Variables predictoras: (Constante), WCST Porcentaje Errores Pers., Ansiedad

El Porcentaje de Errores Perseverativos del WCST explica un 23.4% de la varianza de la AR en el grupo de pacientes (un 21.5% según el R² corregido) y la Ansiedad un 13.2%. En este grupo existe una correlación negativa con el Porcentaje de Errores Perseverativos del WCST ($r = -.484$). Si eliminamos de ambas el efecto de la variable Ansiedad, esta correlación aumenta ($r = -.541$). La variable Depresión no alcanza el nivel de significación adecuado para ser considerado dentro del mismo.

La correlación de AR con la Ansiedad es de tipo positivo ($r = .322$) y aumenta hasta ($r = .415$) al eliminar de ambas el efecto debido a la variable Porcentaje de Errores Perseverativos.

Para el análisis de regresión en la muestra no clínica se introdujeron las variables Edad, Años de Estudio, Ansiedad, Depresión, Memoria Verbal y Clave de Números. El resultado plantea el siguiente modelo explicativo (tabla 5).

Tabla 5. Análisis de Regresión. Variable Dependiente= AR. Muestra no clínica

Modelo	R			Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
	Pertenencia a grupo = Sin diagnóstico (Seleccionado)	R ²	R ² corregida		Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	.421 ^a	.177	.160	4.145	.177	10.326	1	48	.002
2	.539 ^b	.290	.260	3.890	.113	7.495	1	47	.009

Nota: a. Variables predictoras: (Constante), Ansiedad; b. Variables predictoras: (Constante), Ansiedad, WAIS Clave de números

En este caso, encontramos dos variables que explican de manera significativa los cambios en dicho indicador. La primera de ellas, Ansiedad, explica el 17.7% y la prueba de Clave de Números, el 11.3%, por lo que explica el 29% de la varianza de AR (26% según la R² corregida).

La correlación directa entre AR y la ansiedad es de $r = .421$. Cuando eliminamos de ambas el efecto debido a la variable Clave de Números, la relación desciende hasta $r = .372$. En el caso de la variable Clave de Números, su relación con la AR es prácticamente similar a la ansiedad ($r = .420$) y al eliminar el efecto de la ansiedad en ambas variables, la corre-

lación descende hasta $r = .371$, lo que indica una influencia similar de ambas.

Por lo que respecta a la AC, el análisis de correlación realizado pone de manifiesto que tan solo se encuentran niveles significativos para la muestra clínica con la variable Span de la prueba de Dígitos Creciente. Aplicado el método de regresión por pasos sucesivos al grupo de pacientes, esta variable explica un 10.3% de la varianza de Auto-Certeza (8.2% teniendo en cuenta la R^2 corregida). No encontramos colinealidad entre las variables independientes en los análisis de regresión.

Discusión

El estudio pretendía analizar las diferencias en los perfiles de insight cognitivo entre una muestra de personas con esquizofrenia y una de controles sanos, el impacto del estado de ánimo y la ansiedad sobre las subescalas de AC y AR y la relación entre ambas subescalas y el rendimiento neurocognitivo.

Nuestra primera hipótesis era que la muestra clínica presentaría mayores niveles de AC y menores niveles de AR que la muestra no clínica. En nuestros resultados, los pacientes con esquizofrenia muestran niveles significativamente más elevados de AC, pero también mayores niveles de AR. Estos resultados contradicen algunos hallazgos anteriores (Giusti et al., 2013) y la hipótesis inicial de Beck et al., (2004), aunque parece que esta relación se establecería entre pacientes con esquizofrenia y sintomatología delirante (Van Camp et al., 2017), razón por la cual otros estudios no han podido encontrar dicho patrón (Lincoln et al., 2014). Este último trabajo encuentra niveles significativamente mayores de AR en una muestra con unas características similares a la nuestra, de pacientes sin delirios activos y en tratamiento. Para los autores, el contacto habitual con los terapeutas podría estar detrás del incremento de los niveles de AR, al hacer que desarrollaran una capacidad de introspección y de comunicación de sus pensamientos más elevada y una mayor aceptación de su contraste. Esta modulación es lo que se ha denominado “autoevaluación socialmente ingenua” (García Guerrero y Lysaker, 2013) y según los autores, serviría para atenuar el factor de riesgo de niveles elevados de AC.

Por lo que respecta a las elevadas puntuaciones de AC, no podemos afirmar su relación directa con la ideación delirante. Si bien su presencia activa era criterio de exclusión, no hemos medido el grado de sintomatología psicótica, ni la propensión delirante. Sin embargo, algunos autores encuentran en sujetos sanos con propensión delirante, niveles más elevados tanto de AC como de AR (Carse y Langdon, 2013), lo que abunda en la idea de que las experiencias psicóticas formarían parte de un continuum entre normalidad y patología (Johns y van Os, 2001). Con independencia de lo controvertido de este punto de vista, podríamos plantear que ese exceso de confianza en las propias creencias formaría parte de un estilo de pensamiento presente en las personas con esquizofrenia, con independencia de su estado delirante. Así lo

apuntan las investigaciones de Moritz y su grupo, quienes sostienen, además, que ese estilo cognitivo se encuentra en la base del desarrollo y el mantenimiento de la ideación delirante (Moritz et al., 2005), a través del “sesgo contra la evidencia disconfirmatoria” (Woodward et al., 2006), o la presencia de gran cantidad de falsos recuerdos, que los pacientes sostienen con gran seguridad (Moritz y Woodward, 2006). Desde este punto de vista, la AC y la AR estarían más ligados a un estilo de pensamiento relacionado con la capacidad para considerar más de una explicación, generar hipótesis explicativas, adoptar distintas perspectivas o ser capaz de rechazar las propias convicciones erróneas, que a la psicopatología (Van Camp et al., 2017).

La muestra de controles sanos presenta un nivel de insight cognitivo global prácticamente similar a la de los pacientes con esquizofrenia, pero con niveles de autoconfianza en sus propias creencias significativamente más bajo y una menor capacidad de autorreflexión. Para algunos autores (Orfei et al., 2011) este patrón podría llegar a ser adaptativo, al facilitar una toma de decisiones más eficaz basada en la evitación de un exceso de rumiación y duda (AC) y en disponibilidad de herramientas eficaces para seleccionar y usar la información relevante (AR). Al igual que el grupo de Orfei et al. (2011), nuestros resultados evidencian que se puede obtener el mismo nivel de insight cognitivo con dos estilos cognitivos diferentes, por lo que la capacidad explicativa del indicador global es cuestionable (Van Camp et al., 2017) y refuerza la idea de que es más útil estudiar sus dimensiones como indicadores de los estilos de pensamiento metacognitivos.

En cuanto a la relación entre el insight cognitivo y las variables clínicas, el grupo de pacientes presenta niveles más elevados de depresión que el de controles sanos. No obstante, no encontramos relación entre los niveles de AR y el estado de ánimo, como habíamos postulado, mientras que esta relación sí se observa en el grupo de personas sanas. Se ha sugerido que esta relación podría explicarse por la pérdida de convicción de los pacientes en sus creencias anteriores al comprender sus experiencias psicóticas, lo que derivaría en inseguridad (Granhölm et al., 2005) y por la rumiación que aparece de manera típica en el pensamiento depresivo. No obstante, se ha encontrado una baja relación entre el insight cognitivo y la depresión en personas con esquizofrenia (González-Blanch et al., 2014; Palmer et al., 2015).

En nuestros participantes, este peor estado de ánimo se acompaña de unos mayores niveles de AR, si bien no podemos deducir una asociación entre ambos. Los estudios previos ponen de manifiesto que cuanto mayor es el estado depresivo de la persona, mayores niveles de relación se encuentran con la AR (Van Camp et al., 2017), por lo que algunos autores sugieren que la AR podría ser adaptativa hasta un punto a partir del cual podría asociarse a un pensamiento depresivo (Warman et al., 2007). Los niveles de depresión en nuestros participantes se mantienen entre leves y moderados, por lo que la intervención psicoterapéutica podría actuar como elemento modulador.

Por lo que respecta a la ansiedad, parece influir en mayor medida que la depresión en los niveles de AR de la muestra de pacientes. En el grupo de personas sanas, la relación positiva entre los niveles de ansiedad y el índice de AR es más elevada aún.

Nuestros resultados para población con esquizofrenia se asemejan a los encontrados en muestras similares y son explicados por un mecanismo similar al de la depresión a medida que mejora su capacidad para reconocer la enfermedad (Colis et al., 2006). La relación entre los niveles de ansiedad y depresión encontrados avalan este planteamiento (Rathee et al., 2018). El proceso de contradicción vivido por el paciente entre la elaboración de explicaciones adecuadas para su enfermedad, derivada de la información correctora y el firme mantenimiento de sus creencias erróneas podría explicar esta relación. En cualquier caso, desconocemos el grado de influencia mutua y qué mecanismo se dispara primero.

En las personas sanas no está presente el proceso de auto-estigmatización, por lo que, en ausencia de estudios específicos, la explicación de la elevada relación entre la AR y la ansiedad podría derivarse de los propios modelos consolidados explicativos de la ansiedad, como los del Síndrome Cognitivo Atencional (Wells y Matthews, 1994). Este patrón se asemeja a la *ruminación* (Carse y Langdon, 2013), que podemos traducir como cavilación o rumiación, y que comparte similitudes con la AR.

Era esperable un peor rendimiento neurocognitivo del grupo de pacientes en relación con el grupo de controles sanos prácticamente en todas las dimensiones evaluadas. Sin embargo, de manera no acorde con la hipótesis, los resultados ponen de manifiesto la relación existente entre AR y los resultados del WCST, lo que contradice resultados previos (Nair et al., 2014). Concretamente, las mayores correlaciones se dan con el Índice de Errores Perseverativos y el Porcentaje de Respuestas de Nivel Conceptual y de Categorías Completadas, lo que refleja dos tipos de dificultades: las relativas a la incapacidad para cambiar de categoría cuando la información del contexto nos indica que nuestras respuestas son incorrectas y las relacionadas con el establecimiento conceptual de categorías.

En pacientes con esquizofrenia se ha demostrado un peor rendimiento cognitivo ante tareas que, como el WCST requieren una alta demanda atencional y la utilización de recursos controlada (Ruiz-Vargas, 1987). Estos déficits, podrían derivar en una saturación de los mecanismos de control voluntario, en línea con el deterioro de la acción voluntaria que (Frith, 1995) considera uno de los núcleos centrales de la esquizofrenia, y que provocaría dificultades para generar hipótesis sobre categorías alternativas y someterlas a verificación correctora y problemas de inhibición.

La AR se considera un proceso metacognitivo relacionado con la capacidad de pensar sobre los propios pensamientos y sentimientos, que implica ser capaz de discriminar entre uno mismo y los demás y el sentido de control sobre los pensamientos y acciones de uno (Dimaggio et al., 2009). En la esquizofrenia esta capacidad está afectada y se cree que el

principal motivo es la falta de flexibilidad mental, que dificultará la capacidad para considerar las diferentes perspectivas e hipótesis alternativas sobre los acontecimientos, las ideas extrañas, las percepciones equivocadas, las creencias y los sesgos y hacer inferencias complejas sobre uno mismo, lo que conducirá a un insight deficiente (Pijnenborg et al., 2011).

En nuestros resultados no encontramos que este déficit esté relacionado con las dificultades de memoria, como apunta el trabajo de Orfei et al. (2013). Entendemos que las dificultades de flexibilidad cognitiva encontradas en los pacientes son más próximas a la definición de AR, por lo que nuestros resultados son coherentes con la misma.

Las dificultades para el establecimiento de categorías que muestran los pacientes, reflejan problemas de pensamiento abstracto para extraer de la situación estimular un concepto aplicable al resto de la tarea. Creemos que los déficits específicos en memoria verbal o velocidad motora no justifican estas dificultades y pensamos que se explicarían mejor por los déficits cognitivos generalizados presentes en pacientes de larga evolución (González-Blanch et al., 2014; Simón-Espósito y Felipe-Castaño, 2018; Sponheim et al., 2010).

En personas sanas, nuestros resultados apuntan al importante papel que tienen la disponibilidad, capacidad de manipulación y velocidad de procesamiento de la información, en el desarrollo de una adecuada capacidad de AR, lo que no corrobora el estudio de Orfei et al., (2011). La ausencia de relación de este índice con los indicadores del WCST utilizados, a diferencia de lo que sucede en la muestra de personas con esquizofrenia, sugiere la participación de distintos mecanismos explicativos de la AR en ambos grupos.

Por último, no hemos podido confirmar la relación negativa encontrada por otros autores entre los niveles de AC con las variables de funcionamiento neurocognitivo de los pacientes con esquizofrenia como la memoria verbal (Engh et al., 2011) o la flexibilidad cognitiva (Srivastava y Kumar, 2016). Tan solo encontramos una relación entre la memoria de trabajo y dicha dimensión, que posiblemente esté indicando que la disponibilidad de la información y su manipulación, en ausencia de la capacidad para generar hipótesis explicativas alternativas, tan solo contribuye a un mayor incremento de las propias convicciones, de manera contraria a lo explicado por otros autores que entienden que facilitaría la actualización de los errores e incrementaría su predisposición a aceptar incongruencias.

En línea con otros trabajos similares (Buchy et al., 2015), en nuestra muestra de personas sanas no hemos encontrado relaciones entre el índice de AC y las variables neurocognitivas, por lo que otras variables no estudiadas en este trabajo, como los factores de personalidad, podrían estar modulando su grado de convicción en sus creencias, de manera similar a lo expuesto en los estudios de personas con propensión delirante (Weintraub y Weisman de Mamani, 2015).

Como conclusión, encontramos diferencias entre los participantes clínicos y los no clínicos en AR y AC, pero no en el nivel de insight cognitivo global. La presencia de ansiedad y depresión afecta al insight en los participantes no clínicos,

no así en los pacientes. En cuanto al rendimiento neurocognitivo y su relación con la AR y AC, hemos podido ver que los mecanismos explicativos son diferentes para ambos grupos de participantes.

El estudio presenta una serie de limitaciones. La muestra, aunque pequeña, es representativa de las personas con esquizofrenia que acuden a los servicios de rehabilitación, pero no tanto de las personas afectadas por esquizofrenia, al estar sub-representadas las mujeres y las personas de mayor edad. En cuanto al grupo de personas sanas, un muestreo pareado hubiera contribuido a eliminar la influencia de determinadas variables a las que hemos debido someter a control estadístico. El uso de la EICB como único instrumento de medida y cuya cumplimentación ya exige un adecuado nivel de reflexión, representa también una limitación, por lo que debería

incluirse en la evaluación del insight una medida complementaria realizada por un clínico. Como hemos indicado, la ausencia de medida del nivel psicopatológico de los pacientes, así como de su tratamiento farmacológico, que puede influir en su rendimiento cognitivo, son limitaciones a tener en cuenta.

Apuntamos para futuras investigaciones la necesidad de consideración del insight cognitivo como estilo de pensamiento general, más allá del entorno psiquiátrico en el que surgió, lo que requiere también el desarrollo de sistemas específicos de evaluación para población sana. Teniendo en cuenta el desarrollo de los programas de intervención, resultará esencial avanzar en la clarificación de su relación con las variables psicopatológicas relacionadas con la mejora del insight cognitivo y el cambio en los estilos de pensamiento.

Referencias

- Amador, X. F., & David, A. (1998). *Insight and psychosis*. Oxford University Press.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory second edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Warman, D. M. (2004). Cognitive insight: Theory and assessment. In X. Amador & A. David (Eds.), *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders* (2nd Ed.) (79-87). Oxford University Press.
- Benedet, M. J., & Alejandre, M. A. (1998). TAVEC: Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense [Verbal Learning Test Spain-Complutense]. TEA.
- Birilés, I., López-Carrilero, R., Cuadras, D., Pousa, E., Barrigón, M. L., Barajas, A., Lorente-Rovira, E., González-Higueras, F., Grasa, E., Ruiz-Delgado, I., Cid, J., de Apraiz, A., Montserrat, R., Peláez, T., Moritz, S., The Spanish Metacognition Study Group, & Ochoa, S. (2020). Cognitive Insight in First-Episode Psychosis: Changes during Metacognitive Training. *Journal of Personalized Medicine*, 10(4), 253. <https://doi.org/10.3390/jpm10040253>
- Buchy, L., Czechowska, Y., Chochol, C., Malla, A., Joobler, R., Pruessner, J., & Lepage, M. (2010). Toward a model of cognitive insight in first-episode psychosis: Verbal memory and hippocampal structure. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 1040-1049. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp015>
- Buchy, L., Hawco, C., Joobler, R., Malla, A., & Lepage, M. (2015). Cognitive insight in first-episode schizophrenia: Further evidence for a role of the ventrolateral prefrontal cortex. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 65-68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.009>
- Carse, T., & Langdon, R. (2013). Delusion proneness in nonclinical individuals and cognitive insight the contributions of rumination and reflection. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8), 659-664. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829c4fe7>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd. ed.). New York: Lawrence Earlbaum.
- Colis, M. J., Steer, R. A., & Beck, A. T. (2006). Cognitive insight in inpatients with psychotic, bipolar, and major depressive disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(4), 242-249. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-9012-7>
- Dimaggio, G., Vanheule, S., Lysaker, P. H., Carcione, A., & Nicolò, G. (2009). Impaired self-reflection in psychiatric disorders among adults: A proposal for the existence of a network of semi-independent functions. *Consciousness and Cognition*, 18(3), 653-664. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2009.06.003>
- Drake, R. J., Dunn, G., Tarrier, N., Bentall, R. P., Haddock, G., & Lewis, S. W. (2007). Insight as a predictor of the outcome of first-episode non-affective psychosis in a prospective cohort study in England. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 81-86. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0111>
- Engh, J. A., Sundet, K., Simonsen, C., Vaskinn, A., Lagerberg, T. V., Opjordsmoen, S., Friis, S. & Andreassen, O. A. (2011). Verbal learning contributes to cognitive insight in schizophrenia independently of affective and psychotic symptoms. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(4), 1059-1063. <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2011.02.021>
- Frith, C. D. (1995). *La esquizofrenia: Un enfoque neuropsicológico cognitivo [Schizophrenia: A Cognitive Neuropsychological Approach]*. Ariel.
- García Guerrero, A., & Lysaker, P. H. (2013). Socially naive self-appraisal moderates the relationship between cognitive insight and positive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 143(1), 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.037>
- Giusti, L., Mazza, M., Pollice, R., Casacchia, M., & Roncone, R. (2013). Relationship between self-reflectivity, theory of mind, neurocognition, and global functioning: An investigation of schizophrenic disorder. *Clinical Psychologist*, 17, 67-76. <https://doi.org/10.1111/cp.12006>
- González-Blanch, C., Álvarez-Jiménez, M., Ayesa-Arriola, R., Martínez-García, O., Pardo-García, G., Balanzá-Martínez, V., Suárez-Pinilla, P., & Crespo-Facorro, B. (2014). Differential associations of cognitive insight components with pretreatment characteristics in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 215(2), 308-313. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.003>
- Granhm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Auslander, L.A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, T., & Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.520> PMID: 15741469
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., Carlson, J., Bernardo, M., Cañizares, S., Escartín, G., Cañete, J., Gallo, P., & Salameo, M. (2012). Spanish adaptation of the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) for schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 2-9.
- Heaton, R., Chelune, G., Talley, J. L., Kay, G., & Curtiss, G. (Eds.). (1993). *Wisconsin Card Sorting Test Manual (revised and expanded)*. Odessa: Psychological assessment resources. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00103-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00103-9)

- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Lincoln, T. M., Möbius, C., Huber, M. T., Nagel, M., & Moritz, S. (2014). Frequency and correlates of maladaptive responses to paranoid thoughts in patients with psychosis compared to a population sample. *Cognitive Neuropsychiatry*, *19*(6), 509-526. <https://doi.org/10.1080/13546805.2014.931220>
- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2008). Insight and schizophrenia: Correlates, etiology and treatment. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, *2*(2), 147-154.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Whitman, J. C., & Cuttler, C. (2005). Confidence in errors as a possible basis for delusions in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(1), 9-16. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000149213.10692.00>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006). The contribution of metamemory deficits to schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(1), 15. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.15>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(6), 619-625. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>
- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., & David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *152*(1), 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>
- Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *72*(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.007>
- Orfei, M. D., Caltagirone, C., Cacciari, C., Assogna, F., & Spalletta, G. (2011). The neuropsychological correlates of cognitive insight in healthy participants. *Applied Cognitive Psychology*, *25*(6), 927-932. <https://doi.org/10.1002/acp.1771>
- Orfei, M. D., Piras, F., Macci, E., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2013). The neuroanatomical correlates of cognitive insight in schizophrenia. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(4), 418-423. <https://doi.org/10.1093/scan/nss016>
- Orfei, M. D., Spoleitini, I., Banfi, G., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2010). Neuropsychological correlates of cognitive insight in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *178*(1), 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.013>
- Palmer, E. C., Gilleen, J., & David, A. S. (2015). *The relationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: A review and meta-analysis* <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.032>
- Penney, D., Sauvé, G., Joobar, R., Malla, A. K., & Lepage, M. (2018). Establishing clinical cutoff values for the Beck Cognitive Insight Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9963-0>
- Pijnenborg, G. H., Van der Gaag, M., Bockting, C. L., Van der Meer, L., & Aleman, A. (2011). REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: Study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, *11*, 161-244X-11-161. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-161>
- Rathe, R., Luhrmann, T. M., Bhatia, T., & Deshpande, S. N. (2018). Cognitive insight and objective quality of life in people with schizophrenia and auditory hallucinations. *Psychiatry Research*, *259*, 223-228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.032>
- Ruiz-Vargas, J. M. (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo [Schizophrenia: A Cognitive Approach]*. Alianza Editorial.
- Sanz, J., Perdígón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general [Spanish adaptation of the Beck-II Inventory for Depression (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population]. *Clínica y Salud*, *14*(3), 249-280.
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios [Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in university students]. *Ansiedad y Estrés*, *9*(1), 59-84.
- Segarra, N., Bernardo, M., Gutiérrez, F., Justicia, A., Fernandez-Egea, E., Allas, M., Safont, G., Contreras, F., Gascón, J., Soler-Insa, P. A., Menchón, J. M., Junque, C. & Keefe, R. S. E. (2011). Spanish validation of the brief assessment in cognition in schizophrenia (BACS) in patients with schizophrenia and healthy controls. *European Psychiatry*, *26*(2), 69-73. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.11.001>
- Simón-Expósito, M. & Felipe-Castaño, E. (2018). Cognitive insight, neurocognition and life skills in patients with schizophrenia. *Psicothema*, *30*(3), 251-256. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.12>
- Simón-Expósito, M. & Felipe-Castaño, E. (2019). Effects of metacognitive training on cognitive insight in a sample of patients with schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(22), 4541. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224541>
- Sponheim, S. R., Jung, R. E., Seidman, L. J., Mesholam-Gately, R. I., Manoach, D. S., O'Leary, D. S., Ho, B. C., Andreasen, N. C., Lauriello, J., & Schulz, S. C. (2010). Cognitive deficits in recent-onset and chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(7), 421-428. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.09.010>
- Srivastava, K., & Kumar, R. (2016). Cognitive insight and executive function in schizophrenia. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, *23*(2), 106-114.
- Van Camp, L., Sabbe, B., & Oldenburg, J. (2017). Cognitive insight: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *55*, 12-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.011>
- Warman, D. M., Lysaker, P. H., & Martin, J. M. (2007). Cognitive insight and psychotic disorder: The impact of active delusions. *Schizophrenia Research*, *90*(1-3), 325-333. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.09.011>
- Warman, D. M., & Martin, J. M. (2006). Cognitive insight and delusion proneness: An investigation using the beck cognitive insight scale. *Schizophrenia Research*, *84*(2-3), 297-304. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.02.004>
- Weintraub, M. J., & Weisman de Mamani, A. (2015). Effects of sub-clinical psychosis and cognitive insight on psychological well-being: A structural equation model. *Psychiatry Research*, *226*(1), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.039>
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition & Emotion*, *8*(3), 279-295. <https://doi.org/10.1080/02699939408408942>
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C., & Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*(4), 605-617. <https://doi.org/10.1080/13803390590949511>