

INSIGHT COGNITIVO Y ESQUIZOTIPIA EN ADOLESCENTES NO CLÍNICOS

Inmaculada Alonso Mateo¹, Elena Felipe-Castaño¹
y Miguel Simón Expósito²

¹Universidad de Extremadura; ²Clariane (España)

Resumen

El insight cognitivo es un constructo metacognitivo que ha mostrado utilidad para detectar la vulnerabilidad a trastornos del espectro esquizofrénico, y junto con la esquizotipia, permiten investigar, comprender y ayudar en el tratamiento de estos trastornos. El propósito principal del estudio fue analizar la relación entre insight cognitivo y esquizotipia en una muestra de adolescentes no clínicos, y analizar la sensibilidad y especificidad del insight cognitivo para diferenciar la vulnerabilidad en esquizotipia. Los participantes fueron adolescentes no clínicos seleccionados mediante un muestreo por conglomerados (centro educativo), con selección aleatoria de grupo-clase. Se utilizaron la "Escala Beck de insight cognitivo" y el "Esquizo-Q-A". Encontramos un perfil de insight cognitivo diferente al encontrado en estudios previos, con una puntuación inferior en autorreflexión y una superior en autocerteza. La autorreflexión y el índice compuesto permitirían clasificar a participantes con puntuaciones de riesgo en distorsión de la realidad y desorganización interpersonal. El insight cognitivo podría ser un constructo útil para detectar la vulnerabilidad a la esquizotipia en adolescentes no clínicos, y permite el diseño de intervenciones eficaces.

PALABRAS CLAVE: *insight cognitivo, esquizotipia, adolescentes, curvas ROC.*

Abstract

Cognitive insight is a metacognitive construct that has been shown to be useful in detecting vulnerability to schizophrenia spectrum disorders and, in particular to schizotypy. The main purpose of the study was to analyze the relationship between the cognitive insight and schizotypy in a sample of non-clinical adolescents, and to analyze the sensitivity and specificity of the cognitive insight in differentiating vulnerability to schizotypy. Participants were non-clinical adolescents selected by cluster sampling (school), with random group-class selection. The Cognitive Insight Scale and the Esquizo-Q-A were used. Results: We found a different cognitive insight profile from that found in previous studies, with a lower score in self-reflection and a higher score in self-certainty. Self-reflection and the composite index would allow us to classify participants with risk scores in

Este trabajo ha sido publicado con el apoyo de la ayuda de consolidación de Grupos de Investigación de la Junta de Extremadura, Consejería de Economía, Ciencia y Agenda Digital de la Junta de Extremadura, y el Fondo Social Europeo (SEJ014, GR21033).

Correspondencia: Elena Felipe-Castaño, Facultad de Formación del profesorado, Avda. de la Universidad, s/n, 10073 Cáceres (España). E-mail: efelipe@unex.es

distortion of reality and interpersonal disorganization. The cognitive insight would be a useful construct for detecting vulnerability to schizotypy in non-clinical adolescents, and would allow the design of effective interventions.

KEY WORDS: *cognitive insight, schizotypy, adolescents, ROC curves.*

Introducción

El insight cognitivo se define como la capacidad de distanciarse de los propios errores y la habilidad para hacer una evaluación correcta de las propias interpretaciones usando la retroalimentación externa de otros (Beck *et al.*, 2004). Estaría formado por dos dimensiones, la autorreflexión (AR) como la capacidad para reconocer y evaluar los errores en las interpretaciones de las propias experiencias y tener en cuenta hipótesis alternativas para llegar a una conclusión razonada, y la autocerteza (AC) relacionada con la precisión de las creencias y un exceso de confianza en las mismas. Beck *et al.* (2004) desarrollaron una escala de evaluación de insight cognitivo que ha sido muy utilizada, tanto en contextos clínicos como de investigación (Van Camp *et al.*, 2017). El insight cognitivo se considera una capacidad metacognitiva compleja, especialmente la flexibilidad y confianza hacia las propias creencias, juicios y experiencias (Birulés *et al.*, 2020; Riggs *et al.*, 2012; Simón-Expósito y Felipe-Castaño, 2019; Vohs *et al.*, 2015), que se encuentra deteriorada en personas con esquizofrenia y trastornos psicóticos (Elowe y Conus, 2017).

El primer estudio sobre la relación entre insight cognitivo y esquizofrenia lo realizaron Beck y Warman en 2004. A partir de entonces numerosos trabajos han profundizado en la investigación de esta relación, y se ha ampliado su estudio para incluir otros trastornos psicopatológicos, aunque aún no disponemos de conclusiones compartidas por todos los investigadores.

Los estudios revisados, en los que se utilizan muestras clínicas de pacientes con esquizofrenia, encuentran que la AR correlaciona de manera inversa con los síntomas positivos, mientras que la AC correlaciona de manera directa (Beck y Warman, 2004; Penney *et al.*, 2020; Vohs *et al.*, 2015; Warman *et al.*, 2007). Otros trabajos muestran correlaciones únicamente con una de las dimensiones de insight. Así, AR correlacionaría positivamente (Engh *et al.*, 2009) o negativamente (Bora *et al.*, 2007) con los síntomas negativos. Otros estudios encuentran una relación positiva entre AC y los síntomas positivos (Bruno *et al.*, 2012; Lysaker *et al.*, 2010), aunque este resultado no siempre se confirma (Penney *et al.*, 2018), y una correlación positiva con los síntomas negativos (Pedrelli *et al.*, 2004; Vohs *et al.*, 2015).

Según Beck *et al.* (2004), es posible diferenciar entre individuos sanos y personas con trastornos psicóticos mediante las puntuaciones obtenidas en insight cognitivo. En este sentido, los estudios que comparan muestras clínicas con controles sanos, encuentran puntuaciones más elevadas en AC en los participantes clínicos (Simón-Expósito y Felipe-Castaño, 2022). Otros trabajos encuentran puntuaciones superiores en AR en los pacientes en comparación con controles sanos (Penney *et al.*, 2018). Los estudios con población con riesgo clínico elevado de

psicosis también encuentran puntuaciones más elevadas en AC en comparación con controles sanos (Dondé *et al.*, 2020; Uchida *et al.*, 2014), igualmente en participantes no clínicos con puntuaciones elevadas en esquizotipia se encuentra una correlación entre AC y la dimensión positiva de esquizotipia (Sacks *et al.*, 2012). En participantes no clínicos con puntuaciones elevadas en propensión delirante, se encuentran puntuaciones más elevadas tanto en AC como en AR (Carse y Langdon, 2013; Warman y Martin, 2006).

La visión dimensional de la psicopatología ha derivado en un gran número de estudios que han analizado la presencia de rasgos esquizotípicos en la población general, experimentando síntomas similares a los de pacientes psicóticos, pero sin presentar ningún trastorno clínico (van Os *et al.*, 2009). La esquizotipia se ha relacionado con la etiología de la esquizofrenia (Lenzenweger, 2018) y se manifiesta como rasgos esquizotípicos, experiencias de tipo psicótico o síntomas psicóticos subclínicos. Como constructo de riesgo, la esquizotipia puede aportar una estructura útil para focalizar la etiología, curso, tratamiento y prevención de experiencias psicóticas (Fonseca-Pedrero, 2021).

El estudio del insight cognitivo y la personalidad esquizotípica están dentro del mismo constructo multidimensional del espectro psicótico y a la vez de la personalidad normal. Hasta el momento, muchos de los estudios revisados sobre insight cognitivo han sido realizados con población clínica comparándolos con controles sanos, y en población adulta o jóvenes adultos. Encontramos pocos estudios sobre insight cognitivo con participantes no clínicos y en población adolescente, aunque los datos epidemiológicos parecen mostrar que las experiencias psicóticas son un fenómeno común en los adolescentes de la población general, encontrando una tasa mayor que en muestras clínicas, en torno al 5-8% en la población general adolescente (Linscott y van Os, 2013; McGrath *et al.*, 2015), y superior a las encontradas en población adulta (Kelleher *et al.*, 2012).

Sin embargo, aún no está claro cómo el insight cognitivo en personas con trastornos psicóticos se compara con el de las personas sanas (Martin *et al.*, 2010), por lo que es necesario profundizar en la investigación, ampliando la edad y las características de los participantes de los estudios.

Por ello, los objetivos principales de este estudio fueron: 1) describir y analizar la relación entre el insight cognitivo y las dimensiones de esquizotipia en una muestra de adolescentes no clínicos y 2) analizar la sensibilidad y especificidad de las puntuaciones de autorreflexión (AR) y autocerteza (AC) para clasificar a los sujetos con una elevada vulnerabilidad/predisposición en esquizotipia. Las hipótesis correspondientes fueron, en primer lugar, que habrá una relación negativa entre AR y esquizotipia y una relación positiva entre AC y esquizotipia, y, en segundo lugar, las puntuaciones en AR y AC permitirán diferenciar a los participantes con puntuaciones de riesgo elevado o vulnerabilidad en esquizotipia.

Método

Participantes

La muestra inicial fue de 376 adolescentes, estudiantes de diferentes niveles educativos, en concreto, educación secundaria obligatoria, bachillerato y ciclos formativos. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo por conglomerados, utilizando el centro educativo como conglomerado, seleccionando al azar 10 centros educativos de la comunidad autónoma y, en cada centro dos aulas. De la muestra inicial seleccionada se eliminaron 23 casos (6%) por no tener cumplimentados la totalidad de los cuestionarios u obtener una puntuación superior a la requerida en la "Escala Oviedo de infrecuencia de respuesta" (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2009).

La muestra final fue de 353 participantes, de los que el 36,5% fueron hombres. El rango de edad estaba entre los 14 y los 22 años, con una media de 16,57 años ($DT=1,62$). A todos los participantes se les preguntaba si tenían algún diagnóstico de trastorno mental o si estaban recibiendo atención en los servicios de salud mental. Todos los participantes contestaron que no a ambas preguntas. La distribución de los participantes según sexo y curso académico se puede ver en la tabla 1. No encontramos diferencias significativas en la distribución ($\chi^2=9,293$; $g/4$; $p=0,054$).

Tabla 1
Distribución de los participantes según sexo y estudios cursados

Curso académico	Mujer		Hombre		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
3º Escuela Secundaria Obligatoria	40	11,35	30	8,45	70	19,85
4º Escuela Secundaria Obligatoria	44	12,45	27	7,65	71	20,10
1º Bachillerato	65	18,40	23	6,50	88	24,95
2º Bachillerato	43	12,18	36	10,20	79	22,38
Ciclos formativos	32	9,05	13	3,68	45	12,75
Total	224	63,5	129	36,5	353	100

Instrumentos

- "Escala de insight cognitivo de Beck" (*Beck Cognitive Insight Scale*, BCIS; Beck *et al.*, 2004), adaptación española de Gutiérrez-Zotes *et al.* (2012). Esta escala mide cómo los propios sujetos evalúan su juicio, son capaces de reflexionar acerca de sus experiencias inusuales, la capacidad de corregir los errores y la certeza acerca de sus juicios. Consta de dos dimensiones: 1) la autorreflexión, definida como la capacidad para evaluar y tener en cuenta hipótesis alternativas para llegar a una conclusión razonada (AR) y la autocerteza (AC), relacionada con la precisión de sus creencias (Beck *et al.*, 2004). La puntuación de cada dimensión se calcula mediante la suma de las puntuaciones directas de los ítems correspondientes, nueve ítems para la dimensión AR y seis ítems para la

dimensión AC. Se obtiene también un índice compuesto (IC) de insight cognitivo restando la puntuación en AC de la puntuación en AR. La BCIS está formada por 15 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas que van de 0 (nada de acuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo). Se considera que a mayor valor de IC mayor insight cognitivo. Los valores de consistencia (α de Cronbach) en este estudio fueron de 0,56 para AR y 0,60 para AC, ligeramente inferiores a los obtenidos tanto en la adaptación española (Gutiérrez-Zotes *et al.*, 2012) como en la escala original (Beck *et al.*, 2004). Aunque los valores de consistencia interna son menores de los recomendados, se pueden considerar aceptables para propósitos de investigación debido a que ambas subescalas están compuestas por menos de 10 ítems (Cortina, 1993; Holden *et al.*, 1991).

- b) "Versión abreviada del Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia" (Esquizo-Q-A; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2010). Este autoinforme permite evaluar rasgos esquizotípicos en adolescentes. El Esquizo-Q-A está compuesta por 23 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cinco alternativas, que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El cuestionario proporciona tres subescalas: 1) distorsión de la realidad (DR; $\alpha= 0,75$), puntuaciones altas son indicativas de síntomas psicóticos positivos atenuados, reflejados en alteración de la percepción sensorial, pensamiento cuasi-científico, de tipo referencial y tinte paranoide; 2) dimensión negativa (DN; $\alpha= 0,68$), las puntuaciones altas son indicativas de afectividad restringida, embotamiento afectivo y dificultad para experimentar placer en situaciones sociales y ante estimulación sensorial, y 3) desorganización interpersonal (DI; $\alpha= 0,71$), las puntuaciones elevadas son indicativas de un lenguaje, pensamiento y comportamiento raro, con ansiedad social excesiva, falta de amigos íntimos y pérdida de confianza. Los valores de consistencia interna (α de Cronbach) fueron similares a los obtenidos por Fonseca-Pedrero *et al.* (2010) en concreto: DR $\alpha= 0,70$, ND $\alpha= 0,67$ e ID $\alpha= 0,71$.
- c) "Escala Oviedo de infrecuencia de respuesta" (INF-OVD; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2009). La INF-OVD permite detectar a aquellos participantes que responden de forma aleatoria, pseudoaleatoria o deshonesto mediante la contestación de ítems de respuesta única posible. Consta de 12 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que van de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). Los participantes con más de dos respuestas incorrectas deben eliminarse de la muestra. El valor de consistencia interna (α de Cronbach) obtenido en este estudio fue de 0,85.

Procedimiento

La administración de los cuestionarios se realizó dentro del horario escolar, en una única sesión, en grupos-aula de entre 10 y 30 estudiantes, y con una duración de entre 20-30 minutos. Se solicitó el permiso a la dirección de los centros seleccionados, quienes aprobaron el proyecto, y la autorización a los progenitores y/o tutores de los alumnos, así como a los propios participantes a los que se solicitó el consentimiento firmado por escrito. En todo momento se aseguró el carácter voluntario de su participación, anonimato y la confidencialidad de las respuestas

recogidas, y su uso exclusivo para investigación. El trabajo presentado, parte de un estudio más amplio, 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 de 1975, con la revisión de 2008).

Análisis de datos

Se realizaron análisis de normalidad de las variables de análisis utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), encontrando que todas se ajustaban a la distribución normal. Se realizaron análisis de fiabilidad mediante los valores de alfa de Cronbach para todas las escalas, análisis descriptivos, análisis de correlación mediante la prueba *r* de Pearson, y correlación parcial. Por último, para determinar la capacidad de AR y AC para diferenciar a los participantes con puntuaciones elevadas en esquizotipia, se realizó mediante curvas ROC. Tanto la codificación como el análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS v.21.

Resultados

Las puntuaciones medias obtenidas por nuestros participantes son inferiores en AR y superiores en AC, en comparación con otros estudios. En la tabla 2 pueden verse los estadísticos descriptivos. La puntuación media de IC se encuentra dentro del rango de los estudios.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de la "Escala de insight cognitivo de Beck"

Estudios	Autorreflexión		Autocerteza		Índice compuesto	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Actual	13,06	3,60	9,34	2,98	6,69	4,65
Beck <i>et al.</i> (2004) (ESQ)	14,01	4,84	6,99	3,5	7,02	5,51
Gutiérrez <i>et al.</i> (2012) (ESQ)	15,13	4,69	8,79	3,75	6,33	6,25
Warman y Martín (2006) (ESQ)	13,74	3,38	6,7	2,71	7,03	4,58
Buchy y Lepage (2015) (CS)	11,7	3,5	7,7	2,64	4,0	4,65
Martin <i>et al.</i> (2010) (NC)	14,41	4,36	7,02	3,36	7,39	4,79
dos Santos Kawata <i>et al.</i> (2021) (NC)	15,8	3,1	7,8	2,8	8,0	4,4
Penney <i>et al.</i> (2018) (CS)	10,7	3,5	7,5	2,8	3,2	4,6
Uchida <i>et al.</i> (2014) (CS)	11,53	3,07	4,37	2,35	7,6	3,62

Nota: ESQ= participantes con esquizofrenia; NC= participantes no clínicos; CS= participantes controles sanos.

Encontramos una relación estadísticamente significativa y directa entre AR y las subescalas distorsión de la realidad (DR) y desorganización interpersonal (DI), que se corresponde con sintomatología positiva, como alteraciones del lenguaje y pensamientos raros, ansiedad social, falta de amigos y pérdida de confianza; y una correlación inversa entre AR y la dimensión negativa (DN), que se relaciona con un

estado emocional caracterizado por afecto aplanado y restringido, así como por una dificultad para experimentar placer físico e interpersonal. No encontramos correlaciones estadísticamente significativas entre AC y las dimensiones del Esquizo-Q-A. Al encontrar correlaciones significativas de la edad con esquizotipia, se realizó un análisis de correlación parcial controlando la edad, y los resultados no varían, aunque los valores de r se incrementan ligeramente (tabla 3). No encontramos correlaciones estadísticamente significativas entre la edad y el insight cognitivo.

Tabla 3
Correlaciones entre la edad y las dimensiones de la BCIS y la esquizo-Q-A

BCIS	Edad	Esquizo-Q-A					
		Distorsión de la realidad		Dimensión negativa		Desorganización interpersonal	
		r	r_{parcial}	r	r_{parcial}	r	r_{parcial}
Autorreflexión	-0,030	0,205**	0,206**	-0,302**	-0,311**	0,280**	0,285**
Autocerteza	-0,004	-0,013	-0,011	0,044	0,011	-0,067	0,062
Índice compuesto	-0,021	0,169**	0,167**	-0,256**	-0,249**	0,262**	0,262**
Edad	--	-0,125*	--	-0,172**	--	-0,056	--

Notas: BCIS= "Escala de insight cognitivo de Beck"; Esquizo-Q-A= "Versión abreviada del Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia". * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

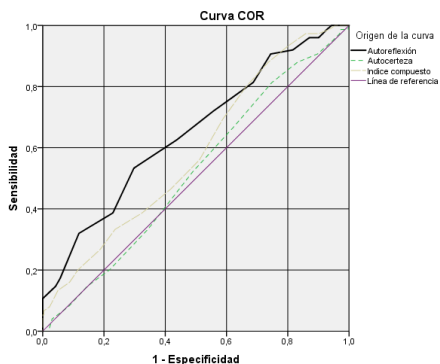
Para medir la capacidad de predicción de las puntuaciones en insight cognitivo sobre la puntuación en esquizotipia, se analizaron la sensibilidad y especificidad, mediante curvas ROC, sobre los grupos de vulnerabilidad a la esquizotipia, establecidos con la puntuación de corte de P80 (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2010).

En el análisis de las curvas ROC no paramétrico para la subescala de distorsión de la realidad (figura 1), el área bajo la curva para la AR fue de 0,648 ($p < 0,000$; IC 95% [0,577-0,720]), para la AC fue de 0,518 ($p = 0,632$; IC 95% [0,446-0,590]), y para el IC fue de 0,584 ($p = 0,026$; IC 95% [0,514-0,655]). Para la subescala de dimensión negativa el área bajo la curva para AR fue de 0,343 ($p < 0,000$; IC 95% [0,272-0,415]), para la AC el área bajo la curva fue de 0,532 ($p = 0,401$; IC 95% [0,559-0,605]), y para IC fue de 0,332 ($p < 0,000$; IC 95% [0,267-0,398]). Para la subescala desorganización interpersonal (ver figura 2) el área bajo la curva para AR fue de 0,637; ($p < 0,000$; IC 95% [0,564-0,710]), para la AC fue de 0,507 ($p = 0,857$; IC 95% [0,434-0,580]) y para IC fue 0,609 ($p = 0,005$; IC 95% [0,536-0,683]).

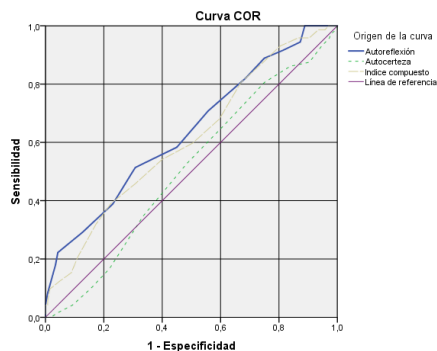
Según estos resultados, las puntuaciones en AR e IC permitirían clasificar correctamente al 65% y 58%, respectivamente, de los sujetos como de riesgo en la subescala de distorsión de la realidad, y al 64% y 61%, respectivamente, de los sujetos con puntuaciones de riesgo en la subescala de desorganización interpersonal. Ambas subescalas están relacionadas con sintomatología positiva. La tabla 4 muestra los puntos de corte teniendo en cuenta los valores de sensibilidad y especificidad, para aquellas puntuaciones que se encuentran dentro de los intervalos de confianza.

Figura 1

Curva ROC para la autorreflexión y la autocerteza como predictoras de la subescala de distorsión de la realidad del Esquizo-Q-A

**Figura 2**

Curva ROC para la autorreflexión y la autocerteza como predictoras de la subescala de desorganización interpersonal del Esquizo-Q-A

**Tabla 4**

Puntos de corte según los valores de sensibilidad y especificidad para AR e IC como predictores de riesgo alto en las subescalas de distorsión cognitiva (DC) y desorganización interpersonal (DI) del Esquizo-Q-A

Predictor	Criterio	Punto de corte	Sensibilidad	1 - Especificidad	Índice de Youden
Autorreflexión	Distorsión de la realidad	12,5**	0,720	0,557	0,277
		13,5	0,627	0,439	0,066
		14,5*	0,533	0,295	0,172
	Desorganización interpersonal	12,5**	0,708	0,558	0,266
		13,5	0,583	0,450	0,033
		14,5*	0,514	0,308	0,178
Índice compuesto	Distorsión de la realidad	3,5**	0,560	0,511	0,071
	Desorganización interpersonal	3,5**	0,597	0,504	0,101
		4,5*	0,542	0,400	0,058

Nota: *Puntuación que maximiza la sensibilidad; **puntuación que maximiza tanto la sensibilidad como la especificidad.

Discusión

El insight cognitivo es un constructo metacognitivo que está adquiriendo cada vez mayor importancia por su utilidad para la detección de vulnerabilidad a trastornos psicóticos en población no clínica y de riesgo. El principal objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el insight cognitivo y las dimensiones de esquizotipia en una muestra de adolescentes no clínicos, así como analizar la sensibilidad y especificidad de AR, AC e IC para diferenciar a sujetos con puntuaciones de vulnerabilidad en esquizotipia.

Las puntuaciones medias obtenidas por nuestros participantes fueron inferiores en AR y superiores en AC, tanto en comparación con los obtenidos en la versión

original (Beck *et al.*, 2004), como con la adaptación española (Gutiérrez-Zotes *et al.*, 2012). La puntuación media en AR fue inferior a la obtenida por el grupo de controles sanos en estudios comparativos, y en estudios con participantes no clínicos (dos Santos Kawata *et al.*, 2021; Martín *et al.*, 2010; Penney *et al.*, 2020; Uchida *et al.*, 2014).

Nuestros participantes tenían una menor capacidad para evaluar y tener en cuenta hipótesis alternativas hasta llegar a una conclusión, pero a su vez una mayor precisión en sus creencias, un perfil diferente al obtenido en muestras clínicas, especialmente la elevada AC (Warman y Martín, 2006). La ausencia de trastorno mental, así como la edad de los participantes son dos factores que pueden estar mediando este resultado.

Con respecto a la primera hipótesis, los resultados no nos permiten confirmarla, pues mostraron una relación significativa entre la AR e IC y las tres subescalas del Esquizo-Q-A, directa con la distorsión de la realidad y la desorganización interpersonal, e inversa con la dimensión negativa. Estos resultados son parcialmente convergentes con los encontrados por Bora *et al.* (2007) y Engh *et al.* (2009), y son contradictorios con los encontrados por otras investigaciones que concluyen una relación negativa entre AR y los síntomas positivos (DR) y una relación directa entre AC y la sintomatología positiva (DR) (Beck *et al.*, 2004; Bora *et al.*, 2007; Lysaker *et al.*, 2010; Penney *et al.*, 2020; Vohs *et al.*, 2015; Warman *et al.*, 2007). No encontramos correlaciones significativas entre AC y las dimensiones del Esquizo-Q-A, no coincidente con los estudios previos (Pedrelli *et al.*, 2004; Vohs *et al.*, 2015), aunque los resultados van en el sentido de una relación negativa con los síntomas positivos, y positiva con la sintomatología negativa.

Disponemos de pocas investigaciones sobre el insight cognitivo en población adolescente no clínica, por lo que los resultados obtenidos debemos compararlos con estudios con población adulta y con distintos trastornos tanto psicóticos, esquizoides, afectivos, etc. Las características de los procesos cognitivos entre ambos grupos de sujetos pueden mostrar diferencias, relacionadas no solo con la presencia de un diagnóstico psicopatológico y sus implicaciones clínicas (hospitalizaciones, consumo de psicofármacos, intervenciones, etc.), sino también con la edad y el momento evolutivo. En este sentido, durante la adolescencia se producen cambios en el córtex frontal que pueden impactar en la capacidad cognitiva para la abstracción y la autorreflexión (Dumontheil, 2014, Sebastian *et al.*, 2008). Además, los adolescentes pueden mostrar menores habilidades metacognitivas comparadas con adultos jóvenes (do Santos Kawata *et al.*, 2021), que junto con el propio contenido introspectivo de la escala (Van Camp *et al.*, 2017) podrían explicar estos resultados.

En cuanto a la segunda hipótesis, encontramos que la AR, como la capacidad para evaluar y tener en cuenta hipótesis alternativas para llegar a una conclusión razonada, podría ser útil para diferenciar, en adolescentes no clínicos, a los sujetos con puntuaciones de riesgo en las subescalas de distorsión de la realidad y desorganización interpersonal (sintomatología positiva), sin embargo no permiten confirmar la segunda hipótesis, ya que la capacidad predictiva encontrada de la AR es limitada, y se correspondería a un funcionamiento "flojo" del test, según Muñiz (2018). Estos resultados van, en parte, en la línea de los estudios que consideran

que el insight cognitivo puede ser útil para la detección de sujetos no clínicos con riesgo de desarrollar sintomatología esquizotípica (Beck *et al.*, 2004; Kao *et al.*, 2011, Martin *et al.*, 2010; Warman *et al.*, 2007), pero deben considerarse con precaución a la espera de contar con más investigación.

Detectar precozmente, en población general, la presencia de procesos cognitivos y metacognitivos de riesgo para la presencia de experiencias psicóticas, es de gran utilidad aplicada pues permite el desarrollo de programas de prevención. Paralelamente, será necesario adaptar los programas de intervención sobre el insight cognitivo que se han visto eficaces en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos (Birulés *et al.*, 2020, Moritz *et al.*, 2011, Philipp *et al.*, 2019, Simón-Expósito y Felipe-Castaño, 2019), para su uso en personas con riesgo o vulnerabilidad a los trastornos del espectro esquizofrénico.

Este estudio cuenta con limitaciones. La naturaleza transversal del diseño de investigación, que no permite establecer relaciones de causa-efecto, así como el problema inherente al uso de autoinformes y su estricta comparación con otros cuestionarios, ya que existen pocas escalas para la evaluación de los rasgos esquizotípicos en la población adolescente y hay un extenso debate abierto sobre la cantidad de dimensiones relacionadas que se pueden evaluar dentro del constructo (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2021). Además, el uso de distinta terminología hace compleja la comparación con estudios previos, puesto que varios autores han usado indistintamente los términos esquizotipia, rasgos esquizotípicos, o experiencias psicóticas atenuadas. Por último, los valores de consistencia interna obtenidos en la "Escala de insight cognitivo de Beck" deben ser tenidos en cuenta, ya que puede afectar a la utilidad del instrumento para su uso en población adolescente no clínica (Engh *et al.*, 2007).

Futuros estudios deberían seguir profundizando en la relación entre el insight cognitivo y los rasgos de la personalidad esquizotípica en población general como predictores de la vulnerabilidad a desarrollar síntomas, desordenes y trastornos. También sería revisar el contenido de los ítems de la "Escala de insight cognitivo de Beck" y su adaptación a las características introspectivas y experiencias en la adolescencia, y en población no clínica para así mejorar su fiabilidad. Por último, sería necesario ampliar el ámbito de estudio con investigaciones longitudinales que describan el insight cognitivo a lo largo del desarrollo, incluyendo medidas neuropsicológicas, y replicar el estudio con participantes clínicos adolescentes.

Referencias

- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A. y Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00189-0
- Beck, A. T. y Warman, D. M. (2004). Cognitive insight: theory and assessment. En X. Amador y A. David (dirs.), *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2ª ed.) (pp. 79-87). Oxford University Press.
- Birulés, 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., Pélaez, T., Moritz, S. y the Spanish Metacognition Study Group y Ochoa,

- S. (2020). Cognitive insight in first-episode psychosis: changes during metacognitive training. *Journal of Personalized Medicine*, 10(4), 253. doi: 10.3390/jpm10040253
- Bora, E., Erkan, A., Kayahan, B. y Veznedaroglu, B. (2007). Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6), 634-639. doi: 10.1111/j.1440-1819.2007.01731.x
- Bruno, N., Sachs, N., Demily, C., Franck, N. y Pacherie, E. (2012). Delusions and metacognition in patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(1), 1-18. doi: 10.1080/13546805.2011.562071
- Buchy, L. y Lepage, M. (2015). Modeling the neuroanatomical and neurocognitive mechanism of cognitive insight in non clinical subjects. *Cognitive Therapy and Research*, 39(4), 415-423. doi: 10.1007/s10608-015-9674-8
- Carse, T. y 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. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829c4fe7
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104. doi: 10.1037/0021-9010.78.1.98
- do Santos Kawata, K. H., Ueno, Y., Hashimoto, R., Yoshino, S., Ohta, K., Nishida, A., Ando, S., Nakatani, H., Kasal, K. y Koike, S. (2021). Development of metacognition in adolescence: the Congruency-Based Metacognition Scale. *Frontiers in Psychology*, 11, 565231. doi: 10.3389/fpsyg.2020.565231
- Dondé, C., Laprévote, V., Lavallé, L., Haesebaert, F., Fakra, E. y Brunelin, J. (2020). Cognitive insight in individuals with an at-risk mental state for psychosis: a meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 15, 449-456. doi: 10.1111/eip.12993
- Dumontheil, I. (2014). Development of abstract thinking during childhood and adolescence: the role of rostral lateral prefrontal cortex. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 10, 57-76. doi: 10.1016/j.dcn.2014.07.009
- Elowe, J. y Conus, P. (2017). Much ado about everything: a literature review of insight in first episode psychosis and schizophrenia. *European Psychiatry*, 39, 73-79. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.07.007
- Engh, J. A., Friis, S., Birkenaes, A. B., Jónsdóttir, H., Klungsoyr, O., Ringen, P. A., Simonsen, C., Vaskinn, A., Opjordsmoen, S. y Andreassen, O. A. (2009). Delusions are associated with poor cognitive insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 830-835. doi: 10.1093/schbul/sbn193
- Fonseca-Pedrero, E., Debbané, M., Rodríguez-Testal, J. F., Cohen, A. S., Docherty, A. R. y Ortuño-Sierra, J. (2021). Schizotypy: the way ahead. *Psicothema*, 33(1), 16-27. doi: 10.7334/psicothema2019.285
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U. y Muñoz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief Form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111, 53-60. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.006
- Fonseca-Pedrero, E., Muñoz, J., Lemos-Giráldez, S., Paíno, M. y Villazón-García, U. (2010). *ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia*. TEA.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., Carlson, J., Bernardo, M., Cañizares, S., Escartín, G., Gallo, P. y Salamero, M. (2012). Adaptación española de la Escala insight cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 2-9.
- Holden, R. R., Fekken, G. C. y Cotton, D. H. G. (1991). Assessing psychopathology using structured test-item responses latencies. *Psychological Assessment*, 3, 111-118. doi: 10.1037/1040-3590.3.1.111
- Kao, Y.-C., Wang, T.-S., Lu, C.-W. y Liu, Y.-P. (2011). Assessing cognitive insight in non psychiatric individuals and outpatients with schizophrenia in Taiwan: an investigation

- using the Beck Cognitive Insight Scale. *BMC Psychiatry*, 11(1), 1-14. doi: 10.1186/1471-244X-11-170
- Kelleher, I., Cederlöf, M. y Lichtenstein, P. (2012). Psychotic experiences as a predictor of the natural course of suicidal ideation: a Swedish cohort study. *World Psychiatry*, 13, 184-188. doi: 10.1002/wps.20131
- Lenzenweger, M. F. (2018). Schizotypy, schizotypic, psychopathology and schizophrenia. *World Psychiatry*, 17(1), 25-26. doi: 10.1002/wps.20479
- Linscott, R. J. y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from propensity to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133-1149. doi: 10.1017/S0033291712001626
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Carcione, A., Procacci, M., Buck, K. D., Davis, L. W. y Nicolò, G. (2010). Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 124-130. doi: 10.1016/j.schres.2009.04.024
- Martin, J. M., Warman, D. M. y Lysaker, P. H. (2010). Cognitive insight in non-psychiatric individuals and individuals with psychosis: an examination using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 121(1), 39-45. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.028
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Chiu, W. T., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C., Mora, M. E., Navarro-Mateu, F.,... Kessler, R. C. (2015). Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 697-705. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0575
- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Heise, M. y Woodward, T. S. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 151-157. doi: 10.1016/j.brat.2010.11.010
- Muñiz Fernández, J. (2018). *Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI*. Pirámide.
- Pedrelli, P., McQuaid, J. R., Granholm, E., Patterson, T. L., McClure, F., Beck, A. T. y Jeste, D. V. (2004). Measuring cognitive insight in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 71(2-3), 297-305. doi: 10.1016/j.schres.2004.02.019
- Penney, D., Jooper, R., Malla, A. y Lepage, M. (2020). Understanding sex differences in cognitive insight across first-and-multiple episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 218, 276-282. doi: 10.1016/j.schres.2019.12.024
- Penney, D., Sauv e, G., Jooper, R., Malla, A. K. y Lepage, M. (2018). Establishing clinical curtoff values for the Beck Cognitive Insight Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 324-334. doi: 10.1007/s10608-018-9963-0
- Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., K uhne, F., H arter, M., Moritz, S. y Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(2), 227-240. doi: 10.1002/cpp.2345
- Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D. y Beck, A. T. (2012). Assessment of cognitive insight: a qualitative review. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 338-350. doi: 10.1093/schbul/sbq085
- Sacks, S. A., Weisman de Mamani, A. G. y Garc a, C. P. (2012). Associations between cognitive biases and domains of schizotypy in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, 196, 115-122. doi: 10.1016/j.psychres.2011.09.019

- Sebastian, C., Burnett, S. y Blakemore, S-J. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends on Cognitive Science*, 12, 301-315. doi: 10.1016/j.tics.2008.07.008
- Simón-Expósito, M. y 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. doi: 10.3390/ijerph16224541
- Simón-Expósito, M. y Felipe-Castaño, E. (2022). Neuropsychological and psychopathological variables modulating cognitive insight in people with schizophrenia. *Anales de Psicología*, 38, 46-54. doi: 10.6018/analesps.471061
- Uchida, T., Matsumoto, K., Ito, F., Ohmuro, N., Miyakoshi, T., Ueno, T. y Matsuoka, H. (2014). Relationship between cognitive insight and attenuated delusional symptoms in individuals with at-risk mental state. *Psychiatry Research*, 217, 20-24. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.003
- Van Camp, I. S. C; Sabbe, B. G. C. y Oldenbur, J. F. E. (2017). Cognitive insight: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 12-24. doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.011
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195. doi: 10.1017/S0033291708003814
- Venables, P. H. y Bailes, K. (1994). The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 277-294. doi: 10.1111/j.2044-8260.1994.tb01124.x
- Vohs, J. L., Lysaker, P. H., Liffick, E., Francis, M. M., Leonhardt, B. L., James, A., Buck, K. D., Hamm, J. A., Minor, K. S., Mehdiyoun, N. y Breier, A. (2015). Metacognitive capacity as a predictor of insight in first-episode psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 372-378. doi: 10.1097/NMD.0000000000000291
- Warman, D. M. y Martin, J. M. (2006). Cognitive insight and delusion proneness: an investigation using The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 84, 297-304. doi: 10.1016/j.schres.2006.02.004
- Warman, D. M., Lysaker, P. H. y Martin, J. M. (2007). Cognitive insight and psychotic disorder: the impact of active delusions. *Schizophrenia Research*, 90, 325-333. doi: 10.1016/j.schres.2006.09.011

RECIBIDO: 7 de marzo de 2022

ACEPTADO: 3 de mayo de 2022