

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADDO DE
BAJA CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACION

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TITULO DE LA INVESTIGACION

**“Traduccion y Validacion al Español del Cuestionario
Mood Disorders Insight Scale”**

**TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA**

PRESENTA:

Dr. Marco Antonio Garcia Enriquez

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA A MARZO DE 2015

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CAL

FACULTAD DE MEDICINA - MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



TITULO DE LA INVESTIGACION

**“Traducción y Validación al Español del Cuestionario
Mood Disorders Insight Scale”**

**TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA**

PRESENTA:

Dr. Marco Antonio Garcia Enriquez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Juan Carlos Gurrola Flores

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA A MARZO DE 2015



**TRADUCCION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO
MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE**

Dr. Juan Carlos Gurrola Flores
INV ESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Marco Antonio Garcia Enriquez

INVESTIGADOR RESPONSABLE DE LA EJECUCION DEL PROYECTO

Dr. Ricardo Torres Torrijos
ASESOR ,

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA A MARZO DE 2015



**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

Sección: *Depto. de Enseñanza e Investigación del IPEBC*

NO. Oficio: 01/SMC/2014

ASUNTO: AUTORIZACION DE PROTOCOLO

Fecha: 1 de Abril del 2014

Mexicali, Baja California a 1 de Abril de 2014

Dr. Marco Antonio García Enriquez
Instituto de Psiquiatría Del Estado de Baja California
PRESENTE:

Por medio de la presente antepongo un cordial saludo y le informo que posterior a ser sometido a Junta de Comité de Investigación su protocolo de estudio **"TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE"** en junta ordinaria el día 1 de abril de 2013, el cual fue aprobado por unanimidad.

Sin más por el momento me despido de usted, deseándole éxito en su investigación.

ATENTAMENTE

Dr. Víctor Salvador Rico Hernández
Director de Servicios de Salud
Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
DESPACHADO
01 ABR 2014
DESPACHADO
DIRECCION MEDICA

AGRADECIMIENTOS

Para mi esposa, Jacqueline, por acompañarme
a lo largo de estos 4 años,
nada de esto seria lo mismo sin ti
“solo por ti sigo aqui”.

Para mis papas,
Socorro y Miguel,
por todo lo que han hecho por mi todos estos años
“vengo de dos rios que van al mar”

Para mis hermanos,
Miguel Angel y Luis Carlos,
gracias por estar conmigo y para mi cuando los necesito,
“No existen palabras si uno manda lo que siente”

Para mis amigos
todos, demasiados para nombrar,
gracias por recorrer este camino conmigo
“he cambiado pero aun mi corazon permanece intacto”

Para todos los medicos que me han ayudado en este camino,
mis grandes maestros, mis compañeros,
que han estado conmigo hasta el final de este viaje
”la ilusion de una calle al final...”

A todos los libros que he leído,
a todos los pacientes que he visto...

INDICE

RESUMEN-----	1
CONCEPTO DE INSIGHT-----	2
ASPECTOS NEUROBIOLOGICOS DEL INSIGHT-----	3
IMPORTANCIA CLINICA DEL INSIGHT-----	4
METODOS DE EVALUACION DEL INSIGHT-----	5
MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE-----	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	8
JUSTIFICACION-----	10
OBJETIVOS -----	12
HIPOTESIS-----	12
PACIENTES Y METODOS-----	13
ASPECTOS ETICOS-----	14
RESULTADOS-----	15
DISCUSION-----	16
CONCLUSION-----	17
ANEXOS-----	18

Resumen

Las primeras referencias al termino Insight en la literatura psiquiatrica se pueden remontar a escritos clasicos de Jaspers (1923/1963), quien hizo una distincion entre el concepto de Insight y la aceptacion de la enfermedad, de acuerdo al termino en ingles “awareness”. Se define Insight como un constructo multidimensional consistente en 1) el reconocimiento de los sintomas y consecuencias de la enfermedad, 2) la atribucion de los sintomas a la enfermedad y reconocer el efecto de los mismos, 3) la formacion de un autoconcepto, 4) el nivel de defensividad psicologica en contra del diagnostico.

En el caso de las escalas de valoracion de Insight en pacientes con sindromes afectivos, una de las que ha gozado de una mayor aceptacion es el cuestionario de Mood Disorders Insight Scale, modificada de una escala diseñada para pacientes con presencia de sintomas psicoticos, la Insight Scale de Birchwood.

El generar un instrumento en nuestro idioma que valore de manera adecuada el nivel de Insight en pacientes con trastornos del estado de animo, nos permirtira ampliar los horizontes de la investigacion de este fenomeno y contribuir al acervo cientifico de nuestra ciencia medica de la Psiquiatria.

Metodos: Se realizo un estudio prospectivo, observacional y transversal analítico en un periodo comprendido entre el mes de mayo y julio del año 2014, en el servicio de consulta externa del Instituto de Psiquiatria del Estado de Baja California. Se tradujo y se retradujo el cuestionario de Mood Disorders Insight Scale. Obteniendose un alfa de Cronbach de 0.755 y una confiabilidad de la prueba test-retest de correlacion de Pearson con un valor $r > .80$.

La version en español del cuestionario Mood Disorders Insight Scale es un instrumento fiable y con suficiente validez interna para ser utilizada en la medicion psicometrica de la capacidad de Insight de los pacientes con trastorno depresivo mayor, dentro de poblaciones similares a los pacientes con diagnostico de Trastorno depresivo mayor que acuden a la consulta externa del Instituto de Psiquiatria del Estado de Baja California.

“Traducción y Validación al español del cuestionario Mood Disorder Insight Scale”

Concepto de Insight

Las primeras referencias al término Insight en la literatura psiquiátrica se pueden remontar a escritos clásicos de Jaspers (1923/1963), quien hizo una distinción entre el concepto de Insight y la aceptación de la enfermedad, de acuerdo al término en inglés “awareness”.¹

Jaspers, en su discurso reporta lo siguiente “el término de “aceptación de la enfermedad”, se aplica cuando el paciente expresa el sentimiento de encontrarse enfermo o logra percibir el cambio a su estado mental previo, pero no existe una extensión de esta al completo conjunto de síntomas o la enfermedad como un todo. No incluye una estimación objetiva de la severidad de los síntomas o un apropiado juicio de su naturaleza única. Solamente cuando se presentan estos factores, con un juicio en relación con los síntomas, la enfermedad como un todo. Una valoración apropiada del tipo y severidad de la misma, podemos hablar de un verdadero Insight”*.

En otro artículo clásico, Aubrey Lewis definió el concepto de Insight en relación con la Esquizofrenia como “una actitud correcta a los cambios morbosos en sí mismo.”²

En los años noventa, el Insight fue sugerido como el producto de tres dimensiones 1) reconocimiento de que se padece una enfermedad mental, 2) la capacidad de clasificación de los eventos producto de la enfermedad como patológicos, 3) y la adherencia al tratamiento.³

Más adelante, Amador y sus grupos de colaboradores ampliaron el concepto, en relación con la observación de pacientes psicóticos, que por momentos pueden reconocer las experiencias inusuales pero atribuirlos a estos fenómenos anormales. Por lo que se introdujo la dicotomía entre reconocimiento y la correcta atribución de los síntomas a la enfermedad mental.⁴ Markova, posteriormente, define Insight como un constructo multidimensional consistente en 1) el reconocimiento de los síntomas y consecuencias de la enfermedad, 2) la atribución de los síntomas a la enfermedad y reconocer el efecto de los mismos, 3) la formación de un autoconcepto, 4) el nivel de defensividad psicológica en contra del diagnóstico.⁵

Por lo que a lo largo de este documento el termino Insight, correpondera a la acepcion señalada por Jasper, como advertencia o aceptacion de la presencia de la enfermedad, pero incluyendo esta definicion multidimensional por considerarse mas completa.

Aspectos Neurobiologicos del Insight

Debido a la similitud que existe entre la dificultad de los pacientes con problemas cognitivos de reconocer sus alteraciones y limitaciones asociadas a enfermedades neurodegenerativas, en relacion con el signo clinico de Anosognosia, y la incapacidad de pacientes con enfermedades de reconocer las características sintomaticas de su trastorno mental y la necesidad de un tratamiento de estos. Se conjeturo la posibilidad de sobre la existencia de una relacion entre la Anosognosia y la falta de capacidad de Insight. Por lo que se inicio un periodo de multiples estudios en los que se intento establecer una correlacion anatomopatologica entre el Insight y lesiones o alteraciones en regiones cerebrales especificas en pacientes con enfermedades mentales.

Debido al advenimiento de tecnicas modernas de imagen e imagen funcional, se tratao de dilucidar las bases neurobiologicas del proceso de Insight, entre los primeros estudios que intentaron establecer estas alteraicones, se encontro una relacion entre los pobres niveles de Insight y el aumento del volumen de los ventriculos laterales,⁶ posteriormente se encotro la asociacion con la disminucion del volumen cerebral en estudios adicionales.⁷

Un estudio realizado por Flashman y colaboradores, detecto que al comparar pacientes con baja puntuacion en escala de Insight en la escala para Scale for Unawareness of Mental Disorders (SUMD), que corresponde con un pobre nivel de Insight, con la imagen obtenida por tecnologia de Region de interes (Regions of Interests, ROI) se detecto una correlacion negativa entre el reconocimiento de los sintomas y el volumen en la circonvolucion frontal media de manera bilateral. En los pacientes que demostraron una pobre atribucion de los sintomas, se encontro una correlacion negativa entre el esta situacion y el volumen el circunvolucion frontal superior bilateral.⁸ Cabe destacar que en estudios en los que se ha intentado encontrar la funcion de estas areas especificas

del lobulo frontal se ha determinado que en el caso de la circonvolucion frontal media, esta relacionada con la capacidad de evocacion de la memoria episodica⁹ , mientras que en el caso de la circonvolucion frontal superior su funcion ha sido asociada con la capacidad de memoria de trabajo¹⁰.

En el caso de regiones del cerebro adicionales al lobulo frontal, se encuentra una correlacion positiva entre los niveles de Insight y el volumen total en el area precuneal.¹¹ Este hallazgo resulta interesante debido a que esta area ha sido fuertemente asociada con la funcion de la circonvolucion frontal media, como parte de los circuitos neuronales que generan la capacidad de la formacion de una identidad personal y reconocimiento del si mismo como una entidad individual.¹²

Importancia clinica del Insight en los Trastornos del Estado de Animo

De acuerdo a los hallazgos del estudio multicentrico y multinacional de Global Burden of Disease Study 2010¹³, los trastornos mentales y el uso de sustancias representan el 7.4% de los años de vida perdido por discapacidad (DALYs, por sus siglas en Ingles), siendo especialmente importante que los trastornos mentales representaron la principal causa de años vividos con incapacidad (YLDs, siglas en ingles), con un porcentaje de 22.9% del total. Siendo importante destacar que en el caso de los trastornos del estado de animo, los trastornos depresivos unipolares y los trastornos bipolares, representaron el 42.5% y 7.4% de YLDs dentro de los trastornos mentales, incluyendo los relacionados con el uso de sustancias. En cuanto al indice DALYs de estos padecimientos, los trastornos depresivos unipolares representan el 40.5%, mientras que el Trastorno afectivo bipolar representa el 7% de este indice.¹³

Se ha comprobado en multiples ocasiones que los trastornos del estado de animo son una importante fuente de discapacidad, que ademas son ampliamente subdiagnosticados y los pacientes reciben menos tratamiento y suelen tener un mal apego al tratamiento.¹⁴

En relacion con esta situacion y su importante repercusion en el area de salud publica, se han buscado potenciales campos de mejora para la atencion y resolucion de estos, documentandose que

en el caso del pobre apego terapeutico uno de los principales factores por parte de los pacientes en el pobre nivel de Insight, lo que condiciona una importante factor perpetuante de la discapacidad asociada a los padecimientos.¹⁵

En el caso de pacientes con episodios agudos de estos padecimientos, se ha encontrado que al momento presentan cuadros con síntomas graves en los que es necesaria su hospitalizacion, al ser valorado el nivel de Insight al momento de su ingreso existe una tendencia a tener un pobre nivel de Insight. En estos mismos pacientes, encontro una mejoria del nivel de insight al momento de su egreso, al compararse con los datos obtenidos a su ingreso.^{16,17}

Otro estudio reflejo, que en los pacientes que al evaluarse su nivel de Insight, demostraro un mejor nivel, no cumplan criterios para un episodio afectivo agudo.¹⁸ Además, la presencia de un buen nivel de Insight en pacientes con depresion unipolar, presento una mejoria en el pronostico, aunque no alcanzo un nivel de significancia estadística. Pero, en los pacientes con trastorno bipolar un mejor nivel de Insight al moento de la evaluacion, represento una mejoria en el pronostico con importante significancia estadística.¹⁹

Es importante señalar que debido a la dificultad generada para definir y delimitar el concepto de Insight, muchos de estos estudios no pueden ser valorados en un metaanálisis, debido a multiples dificultades para establecer parametros que permitan ser evaluados de una manera metodologicamente apropiada.

Es por eso que el termino de Insight en la literatura ha sido complicado establecer una definicion clinica universalmente aceptada y estandarizada a lo largo de los estudios.²⁰

Metodos de evaluacion del Insight

Esta dificultad descrita ha permitido que se hayan realizado multiples estudios que valoran el Insight de los pacientes presenten deficiencias y diferencias metodologicas. Dentro de los multiples estudios realizados para la valoracion de Insight en trastornos afectivos, se han utilizado distintas definiciones operacionales del Insight, en algunos casos la valoracion del nivel de Insight se han

utilizado items seleccionados de Escalas de valoracion de sintomas de cuadros afectivo, en el caso del trastorno bipolar en episodio maniaco se ha utilizado los items relacionados con la advertencia de la condicion y reonomiento de la necesidad de tratamiento en la escala de Young Mania Rating Scales en el trastorno bipolar¹⁹, y en el caso de la depresion en los items correspondientes en la escala de depresion de Hamilton.²⁰

En otros estudios se han utilizado escalas especificas de valoracion de Insight, con la Scale for Unawareness of Mental Disorders (SUMD), que aunque valora directamente la capacidad de Insight del paciente, esta diseñada para la valoracion de pacientes con sintomas psicoticos²³, o el cuestionario Schedule for Assesment of Insight (SAI)²⁴. Con la importante limitacion de que estas escalas estan dirigidas principalmente a la valoracion de pacientes que presentan sintomas psicoticos, que aunque pueden estar presentes en los pacientes con episodios afectivos, estos no corresponden a los sintomas nucleares de estos padecimientos. Inclusive en el caso de la Escala de Insight Cognitivo de Beck, inicialmente utilizada en pacientes con sintomas psicoticos, fue validada en su capacidad psicometrica posteriormente para su utilizacion en pacientes con cuadros afectivos agudos.²⁵

En en relacion con esta necesidad que surge el interes por desarrollar instrumentos de evaluacion de la capacidad de Insight en los pacientes que presentan episodios afectivos. Uno de estos ejemplos de estas fue la Insight Scale for Affective Disorders (ISAD), que fue validada despues de ser adaptada de la SUMD.²⁶

En el caso de las escalas de valoracion de Insight en pacientes con sindromes afectivos, una de las que ha gozado de una mayor aceptacion es el cuestionario de Mood Disorders Insight Scale, modificada de una escala diseñada para pacientes con presencia de sintomas psicoticos, la Insight Scale de Birchwood²⁷.

Mood Disorders Insight Scale

La Mood Disorders Insight Scale, es un cuestionario autoaplicable, validada para su utilizacion en pacientes hospitalizados y ambulatorios con diagnostico de trastornos del estado de animo. Consiste en una serie de ocho preguntas, en una escala de Likert que va desde Estar de acuerdo, No estar de acuerdo o no estoy seguro. Fue diseñada por Spearman y Sproule, modificando la Insight Scale de Birchwood, eliminando los items relacionados con la presencia de sintomas psicoticos activos y la aceptacion de la necesidad de la hospitalizacion con la intencion de adecuarlos a los pacientes con trastornos del estado de animo, ademas de agregarse items para la valoracion del Insight en relacion con los sintomas prominentes en los trastornos del estado de animo.

La escala esta dividida en tres dimensiones, relacionadas con la definicion de insight presentada por Amador y Markova^{4,5}, es decir el 1) reconocimiento de la enfermedad, 2) la correcta atribucion de los sintomas y 3) la aceptacion de la necesidad del tratamiento. En el caso de reconocimiento de la enfermedad es valorado por los items, 1 y 2, con una puntuacion total posible de 4 puntos. La correcta atribucion de los sintomas es valorada por medio de los items, 3,4 (y 5a, en los caso que aplique) con una puntuacion total posible de 4-6, la aceptacion de la necesidad del tratamiento es valorada por las preguntas 6,7 (y 8a en los casos en que se aplique), correspondiendo a una puntuacion de 4-6 puntos. Considerandose una puntuacion maxima o ideal de 12, tomandose que entre mas alta sea la puntuacion mejor es la calidad de Insight en el paciente.

Durante su desarrollo y validacion se reporta que se consiguio una comparacion con la valoracion clinica del entrevistador y la puntuacion de la escala con una $r=0.49$, una confiabilidad de la relacion test-retest de 0.79 ($p<0.01$) lo que le da una apropiada validez estadistica de la evaluacion del nivel de Insight. Es importante señalar que cuando se intento dar validez a los dimensiones individuales de esta escala comparandola con otros instrumentos se consiguio demostrar la confiabilidad de la misma con los siguiente hallazgos para las dimensiones, reconocimiento de la enfermedad una puntuacion de $r=0.24$ y $P<0.05$. La subescala de atribucion de los sintomas presento una $r=0.34$ y $P=0.005$. Y el caso de la aceptacion del tratamiento se encontro $r=0.57$ y

$P < 0.001$.²⁸

Al realizarse una búsqueda intencionada y de acuerdo al mejor conocimiento del autor no existe publicación en la que se reporte la traducción de esta escala al español ni la validación de esta para una población mexicana.

Planteamiento del problema

El término Insight, es uno de los conceptos psicopatológicos más complicados de definir de una manera que se logre un consenso universal, entre las múltiples definiciones que se han dado a este término se ha sugerido como el producto de tres dimensiones 1) reconocimiento de que se padece una enfermedad mental, 2) la capacidad de clasificación de los eventos producto de la enfermedad como patológicos, 3) y la adherencia al tratamiento.³

Más adelante, Amador y sus grupos de colaboradores ampliaron el concepto, en relación con la observación de pacientes psicóticos, que por momentos pueden reconocer las experiencias inusuales pero atribuirlos a estos fenómenos anormales. Por lo que se introdujo la dicotomía entre reconocimiento y la correcta atribución de los síntomas a la enfermedad mental.⁴ Markova, posteriormente, define Insight como un constructo multidimensional consistente en 1) el reconocimiento de los síntomas y consecuencias de la enfermedad, 2) la atribución de los síntomas a la enfermedad y reconocer el efecto de los mismos, 3) la formación de un autoconcepto, 4) el nivel de defensividad psicológica en contra del diagnóstico.⁵

Una acepción ampliamente utilizada y aceptada clínicamente en el ejercicio es considerar al Insight como la capacidad del paciente para advertir su condición actual. Sin embargo, la dificultad para conseguir un consenso en la definición y delimitación de la misma ha generado un obstáculo para la investigación de este crítico elemento de la psicopatología de manera global.

Esta dificultad descrita ha permitido que se hayan realizado múltiples estudios que valoran el Insight de los pacientes presenten deficiencias y diferencias metodológicas. Dentro de los múltiples estudios realizados para la valoración de Insight en pacientes con Trastornos del estado de ánimo, se

han utilizado distintas definiciones operacionales del Insight, en algunos casos la valoración del nivel de Insight se han utilizado ítems seleccionados de Escalas de valoración de síntomas de cuadros afectivos, como la Young Mania Rating Scales en el trastorno bipolar¹⁹, y en el caso de la depresión en los ítems correspondientes en la escala de depresión de Hamilton.²⁰

En otros estudios se han utilizado escalas específicas de valoración de Insight, como la Scale for Unawareness of Mental Disorders (SUMD), el cuestionario Schedule for Assessment of Insight (SAI)²⁴. Con la importante limitación de que estas escalas están dirigidas principalmente a la valoración de pacientes que presentan síntomas psicóticos. Incluso la Escala de Insight Cognitivo de Beck, inicialmente utilizada en pacientes con síntomas psicóticos, fue validada en su capacidad psicométrica posteriormente para su utilización en pacientes con cuadros afectivos agudos.²⁵

Debido a la importancia de la valoración de la capacidad de insight en pacientes con trastornos afectivos, por la influencia sobre el comportamiento clínico del paciente con diagnóstico de cuadros afectivos agudos, documentándose que en el caso del pobre apego terapéutico uno de los principales factores por parte de los pacientes en el pobre nivel de Insight, lo que condiciona un importante factor perpetuante de la discapacidad asociada a los padecimientos que se ha convertido en un problema mundial de Salud Pública.^{13,15}

La Mood Disorders Insight Scale, diseñada por Spearman y Sproule, modificando la Insight Scale de Birchwood, en su versión en inglés ha sido considerada una herramienta objetiva, adecuadamente estandarizada para la valoración de la calidad de Insight en pacientes con cuadros o antecedentes de episodios afectivos agudos²⁸.

El generar un instrumento en nuestro idioma que valore de manera adecuada el nivel de Insight en pacientes con trastornos del estado de ánimo, nos permitirá ampliar los horizontes de la investigación de este fenómeno y contribuir al acervo científico de nuestra ciencia médica de la Psiquiatría.

Justificacion

Se ha definido el Insight como un constructo multidimensional consistente en 1) el reconocimiento de los sintomas y consecuencias de la enfermedad, 2) la atribucion de los sintomas a la enfermedad y reconocer el efecto de los mismos, 3) la formacion de un autoconcepto, 4) el nivel de defensividad psicologica en contra del diagnostico y la necesidad del tratamiento.⁵

Uno de los principales conflictos que dificultan la atencion de los pacientes con cuadros de tipo afectivo, resulta en el pobre apego terapeutico debido a la presencia un pobre Insight o reconocimiento de sus problemas de salud mental, lo que condiciona un pobre apego al tratamiento y la perpetuación de los síntomas que motivaron la búsqueda de la atencion.¹⁵

Se ha comprobado en multiples ocasiones que los trastornos del estado de animo son una importante fuente de discapacidad, que ademas son ampliamente subdiagnosticados y los pacientes reciben menos tratamiento y suelen tener un mal apego al tratamiento.¹⁴

En el caso de pacientes con episodios agudos de estos padecimientos, se ha encontrado que al presentar síntomas graves en los que es necesaria su hospitalizacion, al ser valorado el nivel de Insight al momento de su ingreso existe una tendencia a tener un pobre nivel de Insight. En estos mismos pacientes, encontro una mejoria del nivel de insight al momento de su egreso, al compararse con los datos obtenidos a su ingreso.^{16,17}

Dentro de los multiples estudios realizados para la valoracion de Insight en trastornos afectivos, se han utilizado distintas definiciones operacionales del Insight, en algunos casos la valoracion del nivel de Insight se han utilizado items seleccionados de Escalas de valoracion de sintomas de cuadros afectivos, en el caso del trastorno bipolar en episodio maniaco se ha utilizado los items relacionados con Insight en la escala de Young Mania Rating Scales en el trastorno bipolar¹⁹, y en el caso de la depresion en los items correspondientes en la escala de depresion de Hamilton.²⁰

En otros estudios se han utilizado escalas especificas de valoracion de Insight, com la Scale for Unawareness of Mental Disorders (SUMD), diseñada para la valoracion de pacientes con sintomas psicoticos²³, o el cuestionario Schedule for Assesment of Insight (SAI)²⁴. Con la importante limitacion

de que estas escalas estan dirigidas principalmente a la valoracion de pacientes que presentan sintomas psicóticos. La Escala de Insight Cognitivo de Beck, que fue validada en su capacidad psicometrica para su utilizacion en pacientes con cuadros afectivos agudos.²⁵

La Mood Disorders Insight Scale, es un cuestionario autoaplicable, validada para su utilizacion en pacientes hospitalizados y ambulatorios con diagnostico de trastornos del estado de animo. Fue diseñada por Spearman y Sproule, modificando la Insight Scale de Birchwood, eliminando los items relacionados con la presencia de sintomas psicoticos activos y la aceptacion de la necesidad de la hospitalizacion con la intencion de adecuarlos a los pacientes con trastornos del estado de animo, ademas de agregarse items para la valoracion del Insight en relacion con los sintomas prominentes en los trastornos del estado de animo.

Durante su desarrollo y validacion se reporta que se consiguio una comparacion con la valoracion clinica del entrevistador y la puntuacion de la escala con una $r=0.49$, una confiabilidad de la relacion test-retest de 0.79 ($p<0.01$) lo que le da una apropiada validez estadistica de la evaluacion del nivel de Insight. Es importante señalar que cuando se intento dar validez a los dimensiones individuales de esta escala comparandola con otros instrumentos se consiguio demostrar la confiabilidad de la misma con los siguiente hallazgos para las dimensiones, reconocimiento de la enfermedad una puntuacion de $r=0.24$ y $P<0.05$. La subescala de atribucion de los sintomas presento una $r=0.34$ y $P=0.005$. Y el caso de la aceptacion del tratamiento se encontro $r=0.57$ y $P<0.001$.²⁸

Debido a que el cuestionario Mood Disorder Insight Scale, es un instrumento confiable y con validez para la valoración objetiva y cuantificable de la calidad de Insight del paciente con Trastornos del estado de animo, su traducción y validación al español en una población clínica de nuestro país, nos permirtira ampliar los horizontes de la investigacion de este fenomeno y contribuir al acervo cientifico de nuestra ciencia medica de la Psiquiatria.

Por lo que se considera importante responder a la siguiente pregunta de investigación:

“¿Es posible realizar una traducción y validación al español del cuestionario Mood Disorders Insight Scale?

Objetivo primario

1. Traducir y validar una version al español del cuestionario Mood Disorders Insight Scale

Objetivos secundarios

1. Realizar una traduccion del cuestionario Mood Disorders Insight Scale que conserve una adecuado validacion semantica
2. Validar el cuestionario Mood Disorders Insight Scale para su utilizacion en el campo clinico en una poblacion mexicana con Trastorno depresivo mayor

Hipotesis

La traduccion del cuestionario Mood Disorders Insight Scale al español es un instrumento valido para la valoracion clinimetrica del Insight en una poblacion clinica con diagnostico de Trastorno Depresivo Mayor.

Hipotesis Nula

No es posible valorar la calidad del Insight con una traduccion validad del cuestionario de Mood Disorders Insight Scale al español.

Pacientes y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo, observacional y transversal analítico en un periodo comprendido entre el mes de mayo y julio del año 2014, en el servicio de consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

En la primera fase del estudio se realizó una traducción del cuestionario Mood Disorders Insight Scale, por médicos con formación en psiquiatría y fluentes en el idioma inglés. Tras lo cual se realizó una retraducción del español al inglés, verificando que no existieran variaciones semánticas y se mantuviera una adecuada validez de traducción-retraducción. A esta versión en español se le realizó una validación en apariencia y contenido por médicos con experiencia en la evaluación clínica del paciente psiquiátrico y las propiedades clinimétricas y psicométricas de escalas para lograr un cuestionario adecuado para su aplicación clínica.

Los pacientes fueron elegidos por método de conveniencia no aleatorizada, de los pacientes entre 18-60 años, de sexo indistinto, que acudieran a la consulta externa del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California y cumplieran con el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, de acuerdo a la valoración clínica con la versión en español del cuestionario Center for Epidemiological Studies for Depression Scale, que aceptaron participar en el estudio previa la explicación de las características del estudio y bajo consentimiento debidamente informado, firmando un documento ex profeso.

Considerándose factores de exclusión aquellos pacientes que presentaran el antecedente de un diagnóstico de retraso mental, deterioro cognitivo o uso de sustancias en patrón de dependencia. Pacientes con diagnóstico previo de un trastorno grave de la personalidad. Aquellos que se negaran a plasmar su consentimiento informado en el documento ex profeso.

Criterios de eliminación, los pacientes que se retiraran de manera verbal o por escrito su consentimiento informado, aquellos cuyos cuestionarios no fueron contestados en su totalidad o que marcaron más de una respuesta en algunas de los ítems, o aquellos a los que no fue posible localizar para la revaloración.

El análisis estadístico proyectado para calcular la confiabilidad del instrumento traducido de su versión original, se hizo mediante el calculo de la Alfa de Cronbach para cada uno de los items y para el cuestionario en su totalidad.

El análisis de la validez de construcción convergente de la versión al español del instrumento se hizo calculado el coeficiente de correlacion de Spearman para la validación de Test-Retest, considerándose una buena correlacion una $r > 0.4$, con un nivel de significancia de 0.05 para una hipótesis de dos colas. Despues se ser valorados en una entrevista se utilizo una revaloracion a las 72 horas para evitar factores confusores por el cambio de condicion clinia.

El análisis estadístico se realizo con el programa estadístico SPSS®, en su versión 15.0 para sistema operativo de Windows®.

Aspectos Eticos de la investigación

En este estudio se considera que el riesgo es nulo para los participantes, de acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigacion en salud, Titulo Segundo de los Aspectos Eticos de la Investigacion en Seres Humanos, capitulo 1, articulo 17 de riesgos de la investigacion en su apartado I. Que describe: Investigacion sin riesgo: Son estudios que emplean tecnicas y metodos de investigacion documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervencion o modificacion intencionada en las variables fisiologicas, psicologicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revision de expedientes clinicos y otros en los que no se les identifique.

Todos los participantes participaron de manera voluntaria, bajo consentimiento informado, en ningun momento se les condiciono la atencion medica en relacion con su aceptacion de participar en el estudio, y se les permitio abandonar el estudio cuando este fuera su deseo, sin que esto tuviera una consercuencia negativa sobre su futura atencion.

Resultados

Durante el periodo de toma de muestra se identificaron un total de 55 pacientes que cumplían los criterios de Depresión de acuerdo a la Center for Epidemiological Studies of Depression es decir que al completar la escala fueron puntuados por arriba de 16 puntos. De estos se excluyó a 9 pacientes de acuerdo a los criterios de exclusión debido a que 4 de estos acudieron a consulta por problemas relacionados con consumo de sustancias en patrón de dependencia, 2 de estos acudieron con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad, 1 presentaba comorbilidad con el diagnóstico de coeficiente intelectual limitrofe, 1 de ellos se negó a firmar la plantilla de consentimiento informado.

Se inició la recolección de la muestra con 46 pacientes, de los cuales y de acuerdo a los criterios de eliminación se eliminó a 2 pacientes que habían realizado la primera fase debido a que no consintieron que se les localizara para la segunda valoración, uno de ellos no llenó el cuestionario y otro de ellos no dejó datos de localización por lo que no fue posible realizar la segunda valoración.

Por lo que la evaluación estadística del presente estudio fue realizada con un total de 45 pacientes de los cuales 31 eran mujeres (68.9%), con una media de los participantes de 35.1 años, (+/-11.2 DE, 16-58 de rango). El promedio de puntuación de versión en español de Mood Disorders Insight Scale en este trabajo fue de 8.07 con una DE de +/- 3.43.

En el análisis proyectado para la validez interna del instrumento en su traducción se calculó en valor del alfa de Cronbach para el ítem y para el cuestionario en su totalidad, encontrándose un valor general para la validez interna de la escala y los reactivos de acuerdo a lo descrito en la tabla 1.

Tabla 1: Validez del constructo del cuestionario de Mood Disorders Insight Scale de acuerdo al alfa de Cronbach por ítem individual (Alfa de Cronbach del Cuestionario: 0.755)	
Item 1	0.751
Item 2	0.767
Item 3	0.749
Item 4	0.748
Item 5	0.752
Item 6	0.765
Item 7	0.759
Item 8	0.748

En el caso de la correlacion de las puntuaciones por cada item a la revaloracion en el cuestionario en version en español Mood Disorders Insight Scale de acuerdo a lo mostrado en la tabla 2.

Tabla 2: Correlación de Pearson entre las puntuaciones por reactivo y la suma total de puntuacion para el cuestionario en español de Mood Disorder Insight Scale		
Item 1	0.87	Valor $p < 0.001$
Item 2	0.87	Valor $p < 0.001$
Item 3	0.7	Valor $p < 0.001$
Item 4	0.9	Valor $p < 0.001$
Item 5	0.84	Valor $p < 0.001$
Item 6	0.86	Valor $p < 0.001$
Item 7	0.81	Valor $p < 0.001$
Item 8	0.8	Valor $p < 0.001$

No se encontraron asociaciones estadísticas significativas en el caso de los datos de sociodemograficos o relacion con significacia con el puntaje en la escala de Center for Epidemiological Depression Scale en español.

Discusion

En el presente estudio la valoracion de la validez interna de la version traducida al español del Mood Disorders Insight Scale, con un valor en la evaluacion del cuestionario en su version final, fue de 0.755 lo que demuestra una bueno consistencia interna, esto aunque el valor deseable de alfa de Cronbanch para una escala se considera entre 0.80 y 0.90,³¹ sin embargo, como en este caso se ha propuesto que de no contarse con una opcion que presente una mejor validacion, valores entre 0.70 y 0.80 pueden ser considerados aceptables.³²

En el caso de la variabilidad test-retest, que en esta evaluacion fue de 0.8 con una $p < 0.001$, se ha considerado una medida adecuada para la confiabilidad de la misma, debido a que ambas aplicaciones del cuestionario en español de Mood Disorders Insight Scale, en el caso de los estudios de validez es considerada como una buena confiabilidad³³. Sin embargo, en el caso de esta investigacion es importante considerar el hecho de que sea descrito que en el caso muestras

pequeñas y con una pobre variabilidad de los puntajes medidos, el resultado de el índice de Pearson puede ser considerado engañoso³⁴.

La puntuacion promedio de los pacientes en este estudio fue superior a la puntuacion promedio reportada por el estudio original²⁸, lo que puede atribuirse al hecho de que los pacientes de este estudio fueron escogidos de los pacientes que acudian a consulta externa, mientras que los pacientes del estudio original incluian pacientes que se encontraban en hospitalizacion al momento de la valoracion¹⁸.

Entre las limitaciones en relacion con el diseño del estudio se encuentran que no se tomo en cuenta para la valoracion la severidad de los sintomas, la presencia de otras comorbilidades o si el paciente habia requerido hospitalizacion en el pasado. Estas situaciones han sido documentadas en otros estudios en los que se han encontrado resultados mixtos sobre la relevancia de estas en el nivel de Insight del paciente.

Sin embargo, en relacion con las pocas opciones que se cuentan para mediciones objetivas clinicamente de la capacidad de Insight de los pacientes con trastornos depresivo mayor, dentro de las limitaciones señaladas previamente, se pueden considerar que la version al español del cuestionario Mood Disorders Insight Scale una buena opcion para generar nuevos estudios en los que se tomen en cuenta el insight para la valoracion del comportamiento clinico de los pacientes.

Conclusion

La version en español del cuestionario Mood Disorders Insight Scale es un instrumento fiable y con suficiente validez interna para ser utilizada en la medicion psicometrica de la capacidad de Insight de los pacientes con trastorno depresivo mayor, dentro de poblaciones similares a los pacientes con diagnostico de Trastorno depresivo mayor que acuden a la consulta externa del Instituto de Psiquiatria del Estado de Baja California.

BIBLIOGRAFIA

1. BAUER M, MURRAY R, MCSWEENEY M ET AL. CONCEPTUALIZATION AND MEASUREMENT OF INSIGHT. WB SAUNDERS COMPANY (1998)
2. LEWIS A. THE PSYCHOPATHOLOGY OF INSIGHT. BR J MED PSYCHOL 1934;14:332-348.
3. DAVID AS. INSIGHT AND PSYCHOSIS BR J PSYC 1990;156:798-808
4. AMADOR XF, STRAUSS DH, YALE SA, ET AL. AWARENESS OF ILLNESS IN SCHIZOPHRENIA. SCHIZOPHR BULL 1991;17:113-132
5. MAKORVA IS, BERROS GF. INSIGHT IN CLINICAL PSYCHIATRY REVISITED. WB SAUNDERS COMPANY (1995).
6. TAKAI A, VEMATSU M, VEKI H, ET AL. INISGHT AND IT'S RELATED FACTROS IN CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS: A PRELIMINARY STUDY. EUR J PSYCHIATRY 1992;6:159-170
7. FLASHMAN LA, MCALLISTER TW, ADREASEN NC, ET AL. SMALLER BRAIN SIZE ASSOCIATED WITH UNAWARENESS OF ILLNESS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. AM J PSYCH 2000;157:1667-1669.
8. FLASHMAN LA, MCALLISTER TW, JOHNSON SC, ET AL. SPECIFIC FRONTAL LOBE SUBREGIONS CORRELATED WITH AWARENESS OF ILLNESS IN SCHIZOPHRENIA: A PRELIMINARY STUDY. J NEUROPSYC CLIN NEUROSC 2001;13:255-257
9. RAJAH MN, LANGUAY R, GRADY CL. AGE RELATED CHANGES IN RIGHT MIDDLE FRONTAL GYRUS VOLUME CORRELATE WITH ALTERD EPISODIC MEMORY RETRIEVAL ACTIVITY. J NEUROSCI 2011;1690-1701.
10. BONSGUEHENEVE F, LEVY R, VOLLE E, ET AL. FUNCTIONS OF THE LEFT SUPERIOR FRONTAL GYRUS IN HUMANS: A LESION STUDY. BRAIN 2009;129:3315-3328
11. COOKE MA, FANNON D, KUIPERS E, ET AL. NEUROLOGICAL BASIS OF POOR INSIGHT IN PSYCHOSIS. A VOXEL BASED MRI STUDY. SCHIZOPHR RES 2008;103:40-51
12. ANDREASEN NC, O'LEARY DS, AZADLO T, ET AL. REMEMBERING THE PAST: TWO FACETS OF EPISODIC MEMORY EXPLORED WITH POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY. AM J PSYC 1995;152:1576-1585.
13. WHITEFORD HA, DOUGHART L, REHM J, ET AL. GLOBAL BURDEN OF DISEASE ATTRIBUTABLE TO MENTAL ANS SUBSTANCE USE DISORDERS: FINDINGS FROM THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2010 LANCET 2013;382:1575-1586.
14. HIRSCHFELD RM, KELLER MB, PENICO S, ET AL. THE NATIONAL DEPRESSIVE AND MANIC-DEPRESSIVE ASSOCIATION STATEMENT ON THE UNDERTREATMENT OF DEPRESSION. JAMA 1997;227:333-340.
15. GHAEMI SN, POPE HG. LACK OF INSIGHT IN PSYCHOTIC AND AFFECTIVE DISORDERS: A REVIEW OF EMPIRICAL STUDIES. HARV REV PSYC 1994;2:22-33
16. PERALTA V, CUESTA MJ. LACK OF INISGHT IN MOOD DISORDERS. J AFFECT DIS 1998;49:55-58
17. YEN CF, CHEN CS, YEH ML. CORRELATES OF INSIGHT AMONG PATIENTS WITH BIPOLAR 1 DISORDER IN REMISSION. J AFFECT DIS 2004;78:57-60
18. YEN CF, CHANG CP, KO OH. RELATIONSHIP BETWEEN INSIGHT AND NEUROCOGNITION IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER 1 IN REMISSION. COMP PSY 2006;49:335-339

19. GHAEMI SN, BORMEN E, GOODWIN FK. INSIGHT AND OUTCOME IN BIPOLAR, UNIPOLAR AND ANXIETY DISORDERS. COMP PSY 2000;41:167-171.
20. MARKOVA IS, BERRIOS GE. THE MEANIING OF INSIGHT IN CLINICAL PSYCHIATRY. B JOURN PSYCH 1992;160:850-860
21. YOUNG RC, BIGGS JT, ZIEGLER VE, ET AL. A RATING SCALE FOR MANIA: RELIABILITY, VALIDITY AND SENSITIVITY. B JOURN PSYCH 1978;133:429-435
22. HAMILTON M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. J NEU PSYCH 1960;23:56-62
23. AMADOR XF, STRAUS DH, YALE SA, ET AL. ASSESMENT OF INSIGHT IN PSYCHOSIS. 1993;156:798-804
24. DAVID A, BUCHANAN A, REED A, ET AL. THE ASSESMENT OF INSIGHT IN PSYCHOSIS. B JOURN PSYCH 1992;161:559-562
25. PLATMAN S, PLUTCHIK R, FIESE R, ET AL. EMOTION PROFILE ASSOCIATED WITH MANIA AND DEPRESSION. ARCH GEN PSY 1969;20:210-214
26. OLAYA B, MERSA F, OCHOA S, ET AL. DEVELOPMENT OF THE INSIGHT SCALE FOR AFFECTIVE DISORDERS (ISAD): MODIFICATION FROM THE SCALE TO ASSES UNAWARENESS OF MENTAL DISORDERS. J AFFECT DIS 2012;142:65-71
27. BIRCHWOOD M, SMITH J, DRUM V, ET AL. A SELF-REPORT INSIGHT SCALE FPR PSYCHOSIS: RELIABILITY, VALIDITY AND SENSITIVITY TO CHANGE. ACTA PSY SCAND 1994;89:62-67
28. STURMAN ED, SPROULE BA. TOWARD THE DEVELOPMENT OF A MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE: MODIFICATION OF BIRCHWOOD'S PSYCHOSIS INSIGHT SCALE. J AFFECT DIS 2003;77:21-30.
29. EATON WW, MUNTANER C, SMITH C, ET AL. CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES DEPRESSION SCALE: REVIEW AND REVISION. MARUSH ME ED. THE USE OF PSYCHOLOGICAL TESTIND IN TREATMENT PLANNING.
30. RUIZ-GRASSO P, LORET DE MOLA C, VEGA-DIENSTMAIER JM, ET AL. VALIDATION OF THE SPANISH CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES DEPRESSION AND ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALES: A COMPARATIVE VALIDATION STUDY. PloS ONE 2010;10:E45413
31. STREINER DL. STARTING AT THE BEGGINING: AN INTRODUCTION TO COEFFICIENT ALPHA AND INTERNAL CONSISTENCY. J PERS ASSES 2003;80:94-103
32. CORTNE JM. WHAT IS COEFFICIENT ALPHA. AN EXAMINATION OF THEORY AND APPLICATION. J APPL PSYCHOL 1993;78:98-104
33. COHEEN H. RESEACH METHODS AND STATISTICS IN PSYCHOLOGY. LONDON, HODDER AND STOUGHTON. 1994.
34. BATES BT, ZHANG S, DEREK JS, ET AL. THE EFFECT OF SAMPLE SIZE AND VARIABILITY ON THE CORRELATION COEFFICIENT. MED SCI SPORTS EXERC 1996;28(3):386-391
35. GHAEMI SN, POPE HG JR. LACK OF INSIGHT IN BIPOLAR DISORDER. THE ACUTE MANIC EPISODE. J NERV MENT DIS. 1995;183(7):464-467

ANEXOS

- **CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO**
- **CARTA DE CONSENTIENTO INFORMADO**
- **CENTER FOR EPIDIOLOGICAL STUDIES FOR DEPRESSION EN ESPAÑOL**
- **MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE EN INGLES**
- **CUESTIONARIO DE MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE EN ESPAÑOL**

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
FICHA DE IDENTIFICACION PARA INVESTIGACION
TRADUCCION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO
MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE

FECHA DE ELABORACION: _____

NUMERO DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO _____

ESTADO CIVIL _____

OCUPACION: _____

NUM. TELEFONO: _____

¿TOMA MEDICAMENTOS _____

¿CUALES?

¿HA REQUERIDO HOSPITALIZACION? _____

¿CUANTAS VECES? _____

¿CUANTO TIEMPO? _____

GRACIAS

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACION
TRADUCCION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO
MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “**TRADUCCION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE**” que se realizara en el **INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**, cuyos objetivos en la traduccion y validacion de una encuesta sobre el nivel de reconocimiento de la enfermedad en pacientes con depresion.

Estoy consciente de que la participación en el estudio consistirá en contestar una ficha de identificación, responder varias escalas acerca de los sintomas que presento, ser reentrevistado por telefono y que el hacer esto no representa ningún riesgo para mi persona.

Entiendo que la realización de este estudio derivará en obtener conocimientos que permitan una mejoría en la atención de los pacientes que son atendidos en esta institucion.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que así lo desee, que puedo pedir información adicional acerca de los riesgos y beneficios de la participación en este estudio, que la información otorgada será tratada con estricta confidencialidad y que en caso que decidiera retirarme la atención que recibo como paciente en esta institución no se verá afectada.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

DR. JUAN CARLOS GURROLA FLORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MARCO ANTONIO GARCIA ENRIQUEZ

ENTREVISTADOR

TESTIGO 1

TESTIGO 2

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

CUESTIONARIO 1

TRADUCCION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO
MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE

CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES FOR DEPRESSION EN ESPAÑOL

1	2	3	4	5	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	A menudo	

DURANTE EL ULTIMO MES:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me molestaron cosas que habitualmente no me molestan..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. No me apetecía comer, tenía poco apetito..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de mi familia o amigos..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Pensé que valía tanto como otras personas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me sentí deprimido/a..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me sentí esperanzado/a con respecto al futuro..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Creí que mi vida había sido un fracaso..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me sentí temeroso/a..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. No dormí bien..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Fui feliz..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Hablé menos de lo habitual..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me sentí solo/a..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. La gente era poco amistosa..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Disfruté de la vida..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Tenía lloreras..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me sentí triste..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sentí que no gustaba a la gente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sentí que ya “no podía más”..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
CUESTIONARIO 2
TRADUCCION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO
MOOD DISORDERS INSIGHT SCALE

LEA EL ENUNCIADO Y SEÑALE LA RESPUESTA QUE
CORRESPONDA CON SU FORMA DE PENSAR

PREGUNTA	DE ACUERDO	NO ESTOY SEGURO(A)	EN DESACUERDO
ESTOY MENTALMENTE SANO SI ESTA DE ACUERDO O INSEGURO: SIEMPRE HE ESTADO MENTALMENTE SANO			
TENGO PROBLEMAS CON MI ANIMO SI ESTA DE ACUERDO O INSEGURO: HE TENIDO PROBLEMAS CON MI ANIMO			
ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS DE MI ANIMO SON PORQUE MI CEREBRO ERRORES EN LA FUNCION DE MI CEREBRO			
MIS PROBLEMAS DEL ANIMO SON POR UN TRASTORNO DE MI CEREBRO			
HE TENIDO EXPERIENCIAS QUE INUSUALES QUE NO PUEDO COMPRENDER	SI		NO
SI CONTESTO SI: LAS COSAS INEXPLICABLES SON CONSECUENCIA DE MII PROBLEMAS DE SALUD MENTAL			
ES NECESARIO QUE SEA ATENDIDO POR UN MEDICO PSIQUIATRA	SI		NO
SI NO ESTA DE ACUERDO O INSEGURO: HA SIDO NECESARIO QUE SEA ATENDIDO POR UN MEDICO PSIQUIATRA			
NECESITO AYUDA CON MEDICAMENTO			
SI NO ESTA DE ACUERDO O INSEGURO: HE NECESITADO AYUDA CON MEDICAMENTO			
HE ESTADO HOSPITALIZADO POR MIS PROBLEMAS DE ANIMO	SI		NO
SI CONTESTO SI: MI HOSPITALIZACION ES/FUE NECESARIA			

