

Insight

Javier Shafick Asfura Caballero

Resumen

Se presenta la definición y contexto histórico del insight a través de diferentes corrientes de pensamiento. De igual forma, se describen y explican las estructuras neuroanatómicas involucradas en el proceso de insight y cómo se relaciona con el sistema eléctrico y endocrino de nuestros cuerpos. Se hace una relación clínica con cómo identificar el grado de insight que una persona tiene y cómo este puede estar afectado en ciertas enfermedades, así como detallar el porqué de dicha afección. A largo plazo, el grado de insight que una persona tenga sobre su ser y sus enfermedades tendrá una gran repercusión sobre su pronóstico médico, por lo que uno de los aspectos más importantes en el proceso salud-enfermedad es que cada paciente pueda comprender a totalidad su patología y su abordaje.

Palabras clave:

Juicio; Discernimiento; Neuroanatomía; Psicopatología.

Asfura Caballero, J. S. (2024). Insight. En L. F. Medina Guillen y L. C. Milian (Eds). *Funciones corticales superiores: Neuroanatomía, neurofisiología y su relación disfuncional*. (pp. 297-306). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.140.c143>



Objetivo: Describir la anatomofisiología implicada en el insight y su relación disfuncional.

Definición: se ha utilizado para referirse a un estado mental que se infiere a partir de la respuesta verbal y conductual de un paciente ante su enfermedad; este se refiere al grado de comprensión que tiene para darse cuenta de que está enfermo, de reconocer la naturaleza de la enfermedad, entender los factores que intervienen en su producción y de la capacidad de aceptar ayuda. El concepto en inglés se define por el *Oxford English Dictionary* como una metáfora visual: una visión interna, «con los ojos de la mente o del entendimiento», percepción interior, discernimiento. Desde entonces, el término ha tenido varias aceptaciones y ha sido traducido al español como «introspección», a pesar de que no es una traducción literal (Marún et al., 2006; Tizón et al., 1980).

Se describe brevemente la evolución del término 4. (Moreno, 2011; Burton et al., 2011):

1. Los griegos utilizaron los términos como autoconocimiento y autoevaluación al referirse a un objetivo necesario para lograr algún bienestar.
2. En 1881, Henri Dagonet introdujo el término *insight* para dar los primeros estudios clínicos que observaron los efectos de la enfermedad en el autoconocimiento.
3. En la segunda mitad del siglo XIX, se comienza a darle importancia a los fenómenos neurológicos que implican la negación del síntoma.
4. Aubrey Lewis en 1934 introduce el término en psiquiatría al relacionar la falta de introspección y anosognosia (desconocimiento de la enfermedad) y la relación entre introspección y la esquizofrenia.
5. Por último, Sigmund Freud considera el *insight* como la conciencia de estar enfermo.

Recientemente, este concepto se ha expandido para incluir el *insight* clínico, el cognitivo y el metacognitivo, siendo este último un término que engloba los primeros dos. Para comprensión del lector, éstos se definen de la siguiente manera (Burton et al., 2011; Spalleta et al., 2014):

- *Insight* clínico: se relaciona principalmente con estar consciente de tener un trastorno mental o síntomas de uno. De igual manera, mide si el paciente reconoce necesitar tratamiento y cuáles son los efectos o resultados de sus medicamentos.
- *Insight* cognitivo: se describió por primera vez en el 2004 por un grupo de investigación, el cual mencionó que refleja la capacidad de monitorear las

actividades mentales en curso. Por lo tanto, expresa una actitud cognitiva general del procesamiento de la información, en lugar de estar relacionada específicamente con la conciencia de una enfermedad.

- *Insight* metacognitivo: es una función cognitiva de alto orden que consiste en el conocimiento de uno mismo sobre los procesos y productos cognitivos, como la percepción, la memoria, la resolución de problemas y el comportamiento. Se hace la suposición que cuando los individuos se enferman mentalmente, se produce una serie de cambios cognitivos y experienciales que afectan la percepción de uno mismo, de su entorno y de la interacción entre estos. En esta perspectiva, la percepción de la enfermedad se considera una forma de monitoreo continuo de tales cambios en la experiencia personal subjetiva y la capacidad de sentir y expresar la inquietud emocional relacionada.

Anatomía

Existe un consenso general en neurociencias referido al término Funciones Ejecutivas (FE), denominando así a un conjunto de funciones neurales que permiten relacionar la metacognición como proceso inteligente. Los procesos metacognitivos más reconocidos en este amplio constructo denominado FE operan preferentemente en las áreas prefrontales dorsolaterales y la corteza cingulada anterior del cerebro humano. Sin embargo, sabemos que los procesos que se realizan y apoyan el aprender no actúan sólo desde lo cognitivo en los seres humanos, sino que nuestra conciencia de aprendizaje ocurre con el compromiso de la persona como un todo involucrando nuestras emociones, motivaciones, recuerdos y corporalidad a la acción desarrollada (Sendra, 2012). Es por eso que cuando se refiere al *insight* se debe tener presentes los siguientes aspectos (Sánchez-Cubillo et al., 2012):

- Somatosensorial: sentimiento de un estado particular, independientemente de poseer conocimiento explícito de ese estado.
- Emocional: el sujeto puede comprender las implicaciones de esa situación, también separado del conocimiento factual.
- Cognitivo: conciencia de sus pensamientos.

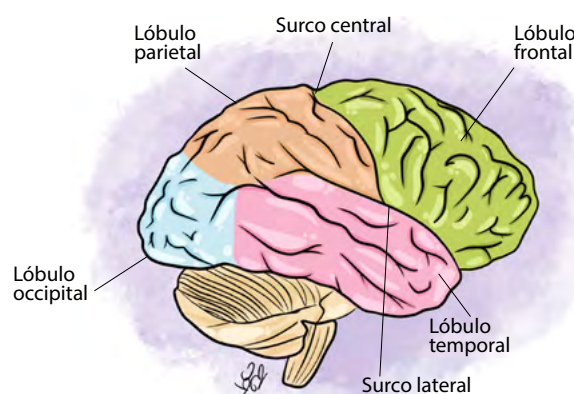
Basado en esto, varios estudios han descrito las estructuras anatómicas y circuitos neuronales del *insight* clínico, que serían las mencionadas áreas prefrontales y áreas temporales (figura 1); y, en cuanto al *insight* cognitivo, se dice que las estructuras involucradas son el área prefrontal ventrolateral, el hipocampo y el fórnix (figura 2).

En cuanto a las bases neuroanatómicas y neurofisiológicas involucradas en el *insight* metacognitivo, un grupo de investigación en el 2014 descubrió que un mayor conocimiento metacognitivo está relacionado con el circuito frontoestriatal-límbico, básicamente, con el volumen de sustancia gris de las cortezas prefrontales ventral y dorsal lateral, específicamente en las áreas de Brodmann 6, 9, 11, 45 y 48, y el volumen de sustancia blanca de fascículos que conectan las zonas prefrontales, como las fibras cingulares bilaterales, la corona radiada anterior y superior izquierda, el fascículo longitudinal superior derecho y la porción izquierda del fórceps menor del cuerpo calloso (figura 3-18) (Spalleta et al., 2014).

Así que, el sistema neural crítico para el *insight* se halla en las cortezas prefrontales, ya que la posición neuroanatómica de éstas favorece este propósito por las siguientes razones (Sánchez-Cubillo et al., 2012):

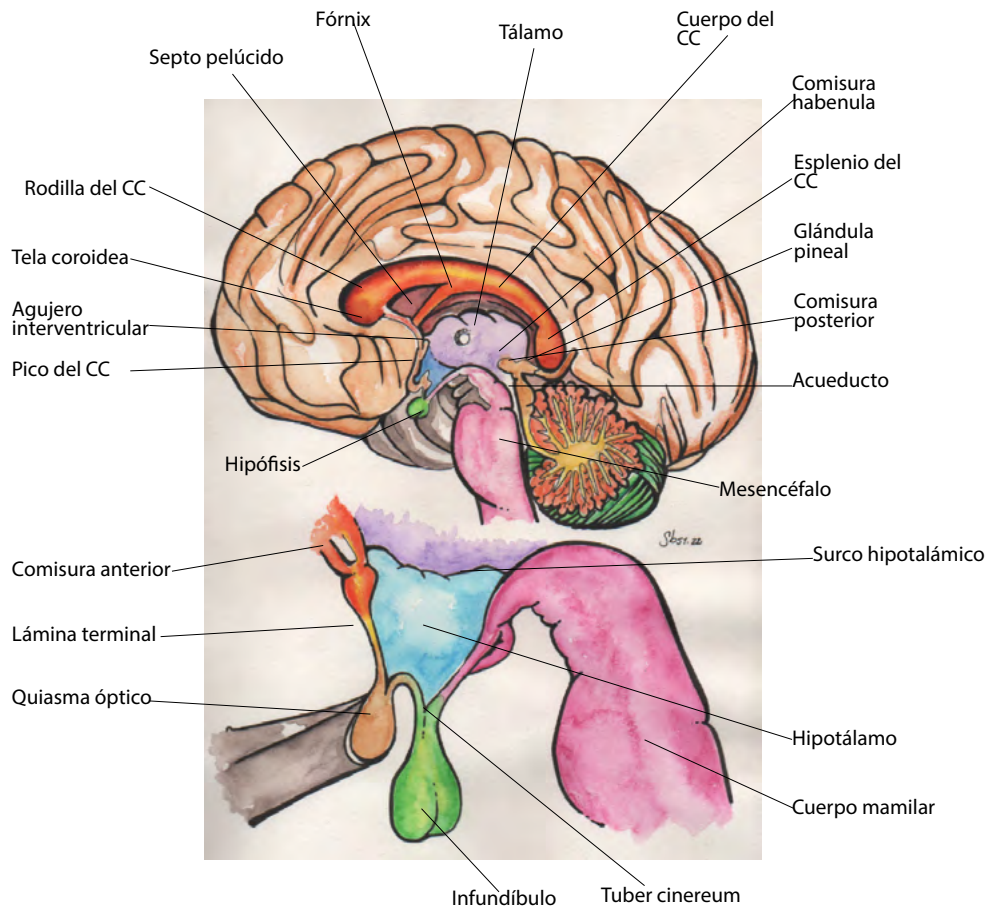
- Reciben señales procedentes de todas las regiones sensoriales en las que se forman las imágenes que constituyen nuestros pensamientos, incluyendo las cortezas somatosensoriales e insulares, en las que se representan los estados corporales pasados y actuales.
- Reciben señales desde varios sectores biorreguladores del cerebro, entre los que se encuentran los núcleos neurotransmisores del tallo cerebral y del prosencéfalo basal, así como la amígdala, el cíngulo anterior y el hipotálamo.
- Representan categorizaciones de las situaciones en las que el organismo se ha visto implicado, clasificaciones de las contingencias de nuestra experiencia vital. Las zonas de convergencia localizadas en la corteza prefrontal son, así, el depósito de representaciones disposicionales para las contingencias adecuadamente categorizadas y únicas de nuestra experiencia vital.

Figura 1. Los cinco lóbulos del cerebro.



Fuente: Carranza, 2023.

Figura 2. Diencefalo y sus límites. CC: cuerpo calloso.



Fuente: Bendeck, 2023.

Correlación clínica

Modelos de insight

En cuanto a los modelos de *insight*, existen varios, dependiendo de los autores (Palomo et al., 2009):

- Modelo categorial: conceptualiza el *insight* como un fenómeno todo o nada, presente o ausente.
- Modelo dimensional: lo considera como un fenómeno mental continuo, que abarca desde la plena conciencia de enfermedad hasta la ausencia absoluta de la misma. Se divide en tres:

- Modelo unidimensional: como si éste fuera una función mental unitaria.
- Modelo bidimensional, caracterizado por:
 1. Conciencia de sufrir una enfermedad, así como cada uno de sus signos y síntomas.
 2. Procesos atribucionales o explicaciones que alberga el paciente sobre la causa o la fuente última de dichos síntomas o signos.
- Modelo multidimensional, caracterizado por:
 1. Aceptación de la necesidad de hospitalización.
 2. Aceptación de estar sufriendo una enfermedad mental.
 3. Percepción de estar enfermo.
 4. Percepción de los cambios sufridos en uno mismo.
 5. Percepción de control sobre la situación.
 6. Percepción de los cambios sufridos en el entorno.
 7. Deseo de entender la situación en la que uno mismo se encuentra.

Ahora bien, hay diversas patologías donde se ve disminuida la capacidad de *insight*, como en trastornos de dependencia a drogas y alcohol, en trastornos antisociales de la personalidad, en los estados maniacales, en cualquier tipo de psicosis y en quienes cursan con anosognosia (Reyes, 2000). Su deterioro aparece en la mayoría de pacientes como un síntoma fundamental de origen neurobiológico y no tanto de tipo psicológico. Las primeras etapas de la enfermedad son claves en la preservación del *insight* con tratamiento que prevengan las recaídas. Se dice que este es parcialmente recuperable si se asegura el tratamiento durante un periodo prolongado (Moreno, 2011).

Hay ciertas características que nos orientan a sospechar que el paciente tiene su *insight* disminuido (Moreno, 2011):

- Es inaccesible a argumentos lógicos.
- Es persistente en el tiempo (en muchos casos irreversible).
- A menudo se recurre a la fabulación para justificar la inexistencia de la enfermedad.
- No es un fenómeno categorial, sino dimensional.

Tabla 1. Estados de insight.

Clasificación de los estados de insight
Negación total de estar enfermo (ej.: paciente con episodio maníaco).
Ligera comprensión de estar enfermo y de que necesita ayuda, pero al mismo tiempo la niega (ej.: paciente con trastorno depresivo mayor).
Comprende que está enfermo, pero culpando a los demás, a factores externos o a factores orgánicos (ej.: paciente alcohólico crónico).
Comprensión de que la enfermedad se debe a algo desconocido (ej.: estudiante desmotivado para estudiar y que ha reprobado dos años de colegio por abuso crónico de marihuana).
Comprensión intelectual: Admite estar enfermo y que sus síntomas o sus fallas en la adaptación social son debidos a sus propios sentimientos irracionales y particulares sobre sus trastornos, pero sin aplicar ese conocimiento a las experiencias futuras (ej.: paciente en tratamiento por Depresión Mayor, con frecuentes recaídas por abandonar los tratamientos).
Comprensión emocional verdadera: comprensión emocional de los motivos y sentimientos del significado subyacente de los síntomas, lo que hace suponer cambios de su comportamiento futuro y de apertura de nuevas ideas sobre sí mismo y hacia las personas significativas en su vida (ej.: paciente alcohólico con serios problemas de salud, económicos y familiares a raíz de su enfermedad).

Fuente: Reyes, 2000.

Parece existir relación entre el *insight* de los déficits cognitivos y el funcionamiento intelectual general. Este último aspecto puede encontrarse relacionado con la corteza prefrontal dorsolateral, ya que las funciones cognitivas afectadas guardan relación con funciones asociadas a estas estructuras y con la capacidad de monitorización de la conducta para comparar el resultado obtenido con el deseado. Otro aspecto que dificulta la conciencia de los déficits es la instauración lenta e insidiosa de ellos, lo que permite al cerebro producir una adaptación paulatina al cambio, que pasa inadvertida, como cuando nos vemos todos los días en el espejo y no percibimos el cambio en nuestro rostro con el paso del tiempo (Sánchez-Cubillo et al., 2012).

La esquizofrenia es la principal enfermedad que afecta la capacidad de introspección e *insight* de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1973, realizó un estudio internacional multicéntrico, donde encontró que la falta de *insight* fue el síntoma más común: el 97% de los pacientes esquizofrénicos presentaban este déficit. Entre el 50-80% de de ellos no tienen esta capacidad o esta es tan baja que cuestionan constantemente su tratamiento (Moreno, 2011).

Cabe destacar que, en ocasiones, la esquizofrenia se inicia con una apariencia obsesiva. Generalmente el diagnóstico diferencial no suele plantear dificultades. Los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) reconocen sus obsesiones e impulsos como propios

y tienen conciencia de absurdo; ellos las reconocen como patológicas y procedentes de sí mismo, aunque se oponga a ellas. Sin embargo, en algunos casos, esta conciencia de enfermedad o *insight* no está presente (Palomo et al., 2009).

En el caso de la adicción a drogas y alcohol, anormalidades en la ínsula y regiones mediales de la corteza prefrontal se han puesto en relación con la formación de hábitos, procesos de inhibición, salida del estímulo, neuroadaptaciones en la memoria, etc., afectando así la esta capacidad. La ínsula contiene representaciones interoceptivas a modo de representación del estado del cuerpo, para lo que se encuentra bien relacionada con estructuras como la amígdala y el estriado y se ha relacionado con la conciencia interoceptiva y emocional, la empatía y la conducta social cooperativa (Sánchez-Cubillo et al., 2012).

En pacientes bipolares, la capacidad de detectar los síntomas en los pródromos de las fases maníacas y depresivas, para poderlos gestionar y tratar esas fases precozmente, depende de su *insight*. Si no son capaces de detectar los primeros síntomas, su funcionamiento social se deteriora más (Gómez, 2009).

La literatura científica sugiere que una falta de *insight* puede relacionarse con peor evolución de la enfermedad y peor adherencia terapéutica. Por otro lado, un buen *insight* se ha relacionado con una mejor adherencia terapéutica y menor hospitalización (Lera et al., 2012). A mayor tardanza en inicio del tratamiento peor pronóstico, mayor aislamiento y peor habilidad social. Inclusive, existen evidencias de que la disminución o falta de *insight*, como síntoma nuclear de la enfermedad, puede quedar determinado en los 2-3 primeros años de esta, según su evolución en las fases iniciales (Moreno, 2011).

Referencias

- Burton, C., Vella, L., & Twambley, E. (2011). Clinical and cognitive insight in a compensatory cognitive training intervention. *Am J Psychiatr Rehabil*, 14(4), 307–326.
- Gómez, M. (2009). *Insight y calidad de vida objetiva y subjetiva en la esquizofrenia* [Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona]. Repositorio Institucional https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42569/1/MDGG_TESI.pdf
- Lera, C., Herrero, S., Aguilar, E., González, J., Arias, J., & Cercós, C. (2012). Relación entre *insight*, violencia y diagnóstico en pacientes con psicosis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 34-47.
- Marún, F., Cardeño, C., Cano, J., Gómez, J., Jiménez, K., Palacio, C., & García, J. (2006). Introspección en pacientes con psicosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(1), 61-70.

- Moreno, F. (2011). La no conciencia de enfermedad (*insight*) desde el trabajo social con enfermos mentales. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, (49), 262-269.
- Palomo, T., Jiménez-Arriero, M., Fernández, A., Gómez, M., & Vallejo, J. (2009). *Manual de Psiquiatría* (1era. ed.). Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Reyes, A. (2000). *Manual de exploración psiquiátrica y marcha diagnóstica* (2da. ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- Sánchez-Cubillo, I., Tirapu, J., & Adrover-Roig, D. (2012). Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. *Neuropsicología del Córtex Prefrontal y Funciones Ejecutivas*, 1(1), 353-390.
- Sendra, V. (2012). El insight en psicología. *Instituto Superior de Estudios Psicológicos Editorial*, 1(1), 1-37.
- Spalleta, G., Piras, F., Caltagirone, C., & Orfei, M.D. (2014). The structural neuroanatomy of metacognitive insight in schizophrenia and its psychopathological and neuropsychological correlates. *Human Brain Mapping*, 35(9), 4729-40.
- Tizón, J., Salamero, M., De la Lama, E., Díaz-Manguira, J. (1980). La calificación del *insight* en la práctica clínica psicodinamicamente orientada, una investigación clínica. *Anuario de Psicología*, 2(23), 103-130.

Insight Insight

Javier Shafick Asfura Caballero

<https://orcid.org/0000-0001-8991-5538>

Universidad Nacional Autónoma de Honduras | Facultad de Ciencias Médicas | Tegucigalpa | Honduras

javier.asfura@unah.hn

Médico general interesado en la salud global, educación médica, investigación científica y cuidados críticos e intensivos. Durante su trayecto en la Facultad de Ciencias Médicas formó parte de grupos estudiantiles y organizaciones de enseñanza y proyección social.

Abstract

We present the definition and historical context of insight through different lines of thought. In the same way, the neuroanatomical structures involved in the insight process are described and explained, as well as its relationship with the electric and endocrine system of our bodies. A clinical relationship is made with how to identify the degree of insight that a person has and how this can be affected in certain diseases, as well as detailing the reason for said condition. In the long term, the degree of insight that a person has about their being and their diseases will have a great impact on their medical prognosis, so one of the most important aspects in the health-disease process is that each patient can fully understand its pathology and its approach.

Keywords: Judgment; Discernment; Neuroanatomy; Psychopathology.

Resumo

A definição e o contexto histórico do insight são apresentados por meio de diferentes escolas de pensamento. Também descreve e explica as estruturas neuroanatômicas envolvidas no processo de insight e como ele se relaciona com os sistemas elétrico e endócrino do nosso corpo. É feita uma relação clínica sobre como identificar o grau de insight de uma pessoa e como isso pode ser afetado em determinadas doenças, além de detalhar por que isso acontece. A longo prazo, o grau de discernimento que uma pessoa tem sobre si mesma e sobre suas doenças terá um grande impacto em seu prognóstico médico, portanto, um dos aspectos mais importantes do processo saúde-doença é que cada paciente possa entender completamente sua patologia e como abordá-la.

Palavras-chave: Julgamento; Discernimento; Neuroanatomia; Psicopatologia.