

# El Insight en Psicología

Vicente Seguí Sendra



isep.es  
formación



---

## Índice de contenido

1. Justificación.....	2
2. Marco teórico.....	4
2.1. Marco teórico general: El insight.....	4
2.1.1. Definiciones del término Insight por varios autores.....	6
2.1.2. Fases del Insight.....	7
2.1.3. Insight y Metacognición ¿un mismo concepto?.....	8
2.1.4. Insight, Metacognición y Empatía.....	11
2.1.5. Sustrato biológico del insight.....	12
2.1.6. Medida del Insight.....	14
2.2. Evaluación del Insight.....	15
2.2.1. SAI (The Schedule of Assessment of Insight).....	15
2.2.2. SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder).....	15
2.2.3. SALI (The Scale to Assess Lack of Insight).....	16
2.2.4. IS (The Insight Scale).....	16
2.2.5. ITAQ (Insight an Treatment Attitude Questionaire).....	16
2.2.6. BCIS (Beck Cognitive Insight Scale).....	16
2.2.7. Problemas de Insight.....	17
3. Marco específico: Trabajar el insight.....	18
3.1. El Insight en terapia (Terapia Personal de Hogarty).....	18
3.2. El Insight en terapia (Terapia Cognitiva de Beck).....	21
3.3. El Insight a través de la Atención Plena o “Mindfulness” .....	26
3.4. El Insight a través de la empatía.....	27
4. Conclusiones y discusión.....	29
5. Bibliografía.....	32





## 1. Justificación

La presente tesina es un intento de ensayo para recalcar la importancia del insight en Psicología. El fenómeno cognitivo conocido como insight o "darse cuenta de" es utilizado en terapia clínica para llevar a cabo mejoras de diversa índole en el paciente: cambios en los pensamientos automáticos, cambios en esquemas cognitivos o aumento de la empatía son sólo algunos de los ejemplos que se pueden apreciar. No obstante, el insight no es una "herramienta" propia, ni tampoco exclusiva de los terapeutas de la salud mental, sino que es utilizada frecuentemente por muchas clases de especialistas en muy diversos campos, como por ejemplo la publicidad, la ecología o la moda. He aquí algunos ejemplos:



Ilustración 1: Publicidad sobre discriminación.



Ilustración 2: Un niño que no es consciente de lo que está haciendo.

El "darse cuenta de" es un fenómeno realmente importante porque es el impulsor de los cambios cognitivos en su rol psicoterapéutico, además de su relación con procesos cognitivos tan relevantes como el aprendizaje, la creatividad y las estrategias de resolución de problemas. Lograr una mayor comprensión que incorpore todas las aristas del fenómeno e integre los aportes de las diversas miradas se torna una tarea de fundamental importancia.

A pesar de que la experiencia insight ha sido estudiado por psiquiatras y psicólogos a lo largo del siglo XX en diversas ocasiones (Macarena Blázquez Alonso, Juan Manuel Moreno Manso, & M<sup>a</sup> Elena García-Baamonde Sánchez, 2009), y como ha ocurrido en otros muchos campos, siempre ha sido estudiado desde la perspectiva psicopatológica.

La llegada del "boom" de la inteligencia emocional ha sido el factor clave que ha producido el cambio de perspectiva, pasando los expertos a realizar estudios sobre los procesos psicológicos en personas con un funcionamiento cognitivo normal o no deteriorado. Esto ha propiciado la aparición de técnicas psicológicas no diseñadas sólo para "curar" (dentro del marco de la psicopatología) sino también para "aumentar" (dentro del marco de la mejora de la salud mental) y mejorar la calidad de vida de las personas.

El objetivo de esta tesina es, por lo tanto, hacer un breve repaso a dichas técnicas, así como acercar y dar a conocer un fenómeno del que habitualmente hacemos uso -no sólo los profesionales de la salud mental- y ponemos en práctica sin ni siquiera ser conscientes de ello, valga la paradoja.

¿En cuántas ocasiones hemos resuelto un problema como por arte de magia? Probablemente el ¡Eureka! immortalizado por Arquímedes también nos ha tocado en suerte a cada uno de nosotros en algún momento de nuestras vidas. La traducción en términos psicológicos sería: el *insight* aunque también se le ha llamado inspiración, solución inconsciente... ya sabemos que los psicólogos son muy dados a llamar de diversas maneras los mismos fenómenos.

Les propongo un sencillo problema (por favor, dedique unos minutos al ejercicio antes de continuar leyendo):

**¿Por qué razón los números están colocados en este orden?**

**0, 5, 4, 2, 9, 8, 6, 7, 3, 1**

Después de tomarse unos minutos en buscar la respuesta, es probable que el sujeto no la encuentre de primera mano, sin embargo, si se plantea el problema de la siguiente manera:

**¿Por qué razón estas palabras están colocadas en este orden?**

**Cero, cinco, Cuatro, Dos, Nueve, Ocho, Seis, Siete, Tres, Uno.**

Probablemente ahora el lector haya experimentado el fenómeno "Insight".

## 2. Marco teórico

### 2.1. Marco teórico general: *El insight*

El “Insight” es un concepto ampliamente utilizado por los psicólogos cognitivos -y no cognitivos- para explicar fenómenos de aprendizaje, resolución de problemas, mejoras en terapia, etcétera. Sin embargo, se ha creído conveniente por parte de la comunidad científica dejar sin traducción este término, debido a las dificultades que plantea, ya que no posee un equivalente al idioma español. Si acudimos al diccionario de inglés de Oxford, éste definirá “insight” (en inglés) como (Manuel Salamero, J. L. Tizón García, & Enrique de la Lama, 1980)

**Insight:** The original notion appears to have been internal sight, i.e. with the eyes of the mind or understanding. But subseq. there arose a tendency to analyse the world as sight or seeing into a thing or subject, although even so there usually remained the notion of penetrating into things or seeing beneath their surface with the eyes of the understanding. 1.a. Internal sight, mental vision or perception, discernment; in early use sometimes. Understanding intelligence, wisdom. b. With in (a, o, on, of), knowledge of or skill in (a particular subject or department). 2. The fact of penetrating with the eyes of the understanding into the inner character or hidden nature of things; a glimpse or view beneath the surface; the faculty or power of this seeing. 3.a. A mental looking to or upon something; consideration; respect, regard. b. A v

Si queremos traducirlo al español, quedará como:

**Insight:**

- uncountable (perceptiveness) perspicacia f; she has great ~ es muy perspicaz
- countable (comprehension) ~ INTO sth: to gain an ~ into sth llegar(conj.) a comprender bien algo.

Por último:

**Perspicaz:** (Del lat. perspicax, -ācis).

1. adj. Dicho de la vista, de la mirada, etc.: Muy agudas y que alcanzan mucho.
2. adj. Dicho del ingenio: Agudo y penetrativo.
3. adj. Dicho de una persona: Que tiene este ingenio.

Como se puede observar, hay notables diferencias entre el concepto “insight” anglosajón y su traducción al español. Mientras que en su versión inglesa, el “insight” hace referencia al discernimiento y la comprensión intelectual o al conocimiento de una habilidad, en su traducción española “sólo” hace referencia a unos agudos sentidos o a un ingenio capaz, lo cual parece una definición vaga y no muy delimitada de la idea de la palabra que se pretende representar en inglés.

Como he señalado antes más arriba, no existe una traducción literal del concepto al habla hispana, por lo que se ha considerado preferible mantenerlo en su forma natural.

El insight -en términos de psicología-, es una palabra que también tiene acepciones comunes, no científicas (Manuel Salamero et al., 1980)- puede definirse como un “destello de consciencia”, un “¡Eureka!” en el que el sujeto “capta” e “internaliza” una verdad revelada que trasciende su propio estado de consciencia, su propio ser. Es una comprensión súbita de una situación o problema y puede ocurrir inesperadamente, luego de un trabajo profundo, simbólicamente, o mediante el empleo de diversas técnicas afines.

Otras acepciones que pueden definir éste término pueden ser “caer en la cuenta de” o “darse cuenta de”.

La perspectiva asociacionista de la psicología propone que el insight es meramente una extensión del proceso de percepción, reconocimiento y aprendizaje. Esto significa que la resolución de un problema es la transferencia de asociaciones de antiguas situaciones a las nuevas. Este enfoque se basa en tres leyes fundamentales del condicionamiento, las cuales son:

- **Ley del ejercicio:** postula que las respuestas más practicadas se darán con mayor probabilidad en situaciones idénticas o parecidas.
- **Ley del efecto:** sostiene que las respuestas más reforzadas serán las más probables de ocurrir.
- **Ley del ensayo y error:** significa que el sujeto va explorando dentro de su repertorio conductual hasta ensayar con la respuesta que mejor se asocia exitosamente con un estímulo o patrón de estímulos (Puente, 1995).

Es importante señalar que el término “problema de insight” es aplicable a determinado tipo de tareas con ciertas características, como pueden ser aquellas que requieren algo nuevo o algo no obvio y contiene cierto grado de dificultad, con lo que no se puede llegar a la solución en el primer intento (Dominowski y Dallob, 1995).

### 2.1.1. Definiciones del término Insight por varios autores

En el siguiente punto, podremos encontrar distintas definiciones del término que han dado a lo largo de la historia distintos autores:

- Desde la **Psicología Gestáltica**: *“La capacidad de captar como todas las partes del problema encajan para satisfacer las exigencias del objetivo implica reorganizar los elementos de la situación problemática y en consecuencia resolver el problema”* (R. Mayer, 1986).
- Desde la **Psicología Psicoanalítica**: *“Por insight entiendo algo más que la antigua conciencia de la ecuación personal, es decir, de los efectos distorsionantes que las peculiaridades del equipamiento sensorial del observador pueden tener sobre sus observaciones. El insight se proyecta hacia dentro, proponiéndonos indicios de la influencia que nuestras emociones y motivaciones centrales tienen en la elección y evaluación final de aquello que observamos. Y dado que nuestros móviles son parcialmente inconscientes (difícilmente asequibles al conocimiento), esta evasiva capacidad para el insight nos obliga a plantearnos problemas de orden metodológico, que no pueden eludirse”* (E. Erikson, 1979).

En resumen de lo dicho hasta ahora, podemos concluir que el “Insight” tiene las siguientes características:

1. Se produce mayoritariamente de manera no consciente.
2. Suele llegar de manera repentina.
3. Aporta la comprensión de una situación, problemática o aprendizaje no resueltos o inexistentes anteriormente.
4. El sujeto siente que eleva su nivel de conciencia de comprensión respecto a la situación.

Por lo tanto, con lo dicho hasta ahora, podríamos definir el insight, desde una perspectiva cognitivo-conductual como:

“Aquel fenómeno cognitivo que se da normalmente de manera súbita en un sujeto en respuesta a una situación determinada y que permite la comprensión o solución de ésta, invocando estrategias de afrontamiento o esquemas cognitivos distintos a los que ya poseía el sujeto anteriormente y que no eran suficientes para la superación exitosa de la problemática, provocando a su vez que el sujeto descubra una perspectiva adicional y no anteriormente conocida de la situación.” (V. Seguí, 2011).

### 2.1.2. Fases del Insight

Si bien no se da un consenso general entre los expertos en cuanto a la definición del término Insight, si existe sin embargo en lo que respecta a cuáles son las etapas y fenómenos básicos que deben observarse, y que los distinguirán de aquellos que no lo son (Bowden & Jung-Beeman, 2003). Estas etapas corresponden a:

- **Impasse Mental:** el sujeto sometido a un problema tipo-insight se verá en algún momento sometido a la sensación de no poder progresar y quedar “atascado” en una etapa del constructo del problema, que le impide progresar hacia la meta. Para los autores, es condición completamente necesaria en el fenómeno de insight (Knoblich, Ohlsson & Raney, 2001; Sandkühler & Bhattacharya, 2008).
- **Reestructuración del problema:** es el mecanismo por el cual el sujeto rompe y resuelve el impasse, que tiene la característica de presentarse como fenómeno inexplicable para él. Esta etapa del proceso va desde la representación inicial inapropiada y engañosa del problema (o bien el uso de una metáfora inadecuada o inexistente para el problema asociado al estado de “no saber como proceder” hasta la resolución de éste. Conlleva necesariamente un cambio en la representación subyacente del problema. A partir de aquí, se produce una reestructuración mediante un proceso de recuperación interna de conceptos almacenados en la memoria a largo plazo que pueden ser usados para reinterpretar y resolver el problema actual.
- **Adquisición de un tipo de comprensión más profunda:** implica la obtención de una manera más profunda y apropiada de entender el problema que la inicial.
- **Suddenness:** la experiencia de vivencia de insight es percibida como un fenómeno espontáneo y repentino o abrupto que no se antecede de señales que permitan predecirlo, y que suele reportarse como una experiencia del tipo “¡Ahá!” al momento de aparecer la solución, acompañada de un componente emocional.

Se ha realizado diversos estudios de la actividad cerebral en el que se analizan las fases propuestas del insight (Sandkühler y Bhattachrya, 2008) y en los que se han encontrado correlaciones con dichas fases.

### 2.1.3. Insight y Metacognición ¿un mismo concepto?

A menudo estos dos términos son empleados cuando se habla de cogniciones, esquemas, estrategias de afrontamiento y otros de la psicología cognitivo-conductual, debido a que son conceptos complementarios, es decir, se apoyan uno sobre otro, y a su vez suplementarios, puesto que la comprensión de uno ayuda a la comprensión del otro y viceversa. Por lo tanto, es necesaria una relación entre Insight y Metacognición para poder trabajar con ellos.

La experiencia de “darse cuenta de” así como la de la metacognición pueden llegar a ser confundidas, puesto que en la raíz de sus conceptos existen similitudes de base. A continuación realizaré un análisis conceptual de los dos términos, exponiendo similitudes y diferencias.

Ya que hemos definido anteriormente el término, pasaremos directamente a exponer la definición de “Metacognición”. Si quisiéramos hacer una rápida definición de metacognición, podríamos decir que esta es “saber sobre el saber” o “saber sobre lo que se sabe”. Esta definición puede darnos una idea de lo que significa el término, sin embargo estaría inconclusa, ya que en este sentido, también se podría aplicar al término “Insight” dicha definición, en tanto en cuanto el insight implica una nueva forma de saber sobre lo que ya se sabe con anterioridad. De nuevo vamos a recurrir a la Real Academia de la Lengua Española (RAE) para intentar clarificar el significado del término.

Puesto que metacognición es una palabra compuesta, no aparece en el diccionario, por lo tanto, hemos separado el “sufijo” (meta) del “prefijo” (cognición). Con el siguiente resultado:

Del prefijo “Meta”:

**Meta:** (Del gr. μετα-).

1. elem. compos. Significa 'junto a', 'después de', 'entre', 'con' o 'acerca de'. Metacentro, metatórax, metalengua.

Y de la palabra “Cognición”:

**Cognición:** (Del lat. *cognitō*, -ōnis).

1. f. conocimiento (|| acción y efecto de conocer).

Por lo tanto “Metacognición” significaría *junto al conocimiento, después del conocimiento o acerca del conocimiento*. Como se puede observar, la definición sigue siendo confusa. Veamos ahora definiciones más “psicológicas” de “Metacognición”.

- “La metacognición es el conocimiento de los propios procesos cognoscitivos, de los resultados de esos procesos y de cualquier aspecto que se relacione con ellos; es decir, el aprendizaje de las propiedades relevantes de la información” (Flavell, 1979).
- “La metacognición es el conocimiento que tiene el aprendiz sobre su sistema de aprendizaje y las decisiones que toma en relación con la manera de actuar sobre la información que ingresa a dicho sistema” (Duell, 1986).
- “La metacognición es un concepto amplio que engloba el control consciente de los procesos cognitivos como la atención, la memoria y la comprensión” (Ríos, 1991).
- “La metacognición es el conocimiento y regulación de nuestras propias cogniciones y de nuestros procesos mentales: percepción, atención, memorización, lectura, escritura, comprensión, comunicación: qué son, cómo se realizan, cuándo hay que usar una u otra, qué factores ayudan o interfieren su operatividad. Quizás sería mejor llamarla conocimiento autorreflexivo” (Burón, 1996).

Si analizamos estas definiciones, podríamos decir que, en síntesis, la metacognición puede definirse como el grado de conciencia o conocimiento de los individuos sobre sus formas de pensar (procesos y eventos cognoscitivos), los contenidos (estructuras) y la habilidad para controlar esos procesos con el fin de organizarlos, revisarlos y modificarlos en función de los progresos y los resultados del aprendizaje (Sylvia & Montserrat, 2003).

Así pues, la diferencia entre “Insight” y “Metacognición” parece estar en la voluntad del sujeto. Es decir, mientras que el primero ocurre repentinamente y casi de manera mágica, la segunda puede ser controlada (aunque con limitaciones) por el sujeto. Mientras que el primero debe ser “descubierto” o “provocado” (por su carácter inconsciente) la segunda puede ser “entrenada”.

Analizadas las diferencias entre ambos conceptos, podemos centrarnos en las similitudes de éstos.

Si la diferencia se halla en la voluntad y control de estos fenómenos, podemos decir que la similitud se encuentra en el nuevo panorama que ambos ofrecen al sujeto ante las situación o problema, es decir, un cambio de perspectiva y foco, una re-situación del enfoque cognitivo por parte del sujeto que le ayudará a superar con éxito dificultades o problemáticas, así como también le ayudará a comprender nuevas situaciones de aprendizaje. Mientras que el “Insight” re-ubica al sujeto de manera abrupta e inconsciente, la metacognición lo hace de manera más controlada y consciente por parte del sujeto. Aunque por lo general la segunda puede ser más lenta en producirse, la potencia del resultado puede ser equivalente.

Finalmente podemos considerar la metacognición como una sucesión de insights, es decir, el terapeuta/tutor puede guiar al sujeto, descubriéndole insights, provocando a su vez una habilidad metacognitiva, en la que el sujeto puede llegar a ser capaz de autoprovocarse los insights él mismo, es decir, ser consciente de lo que le pasa, pudiendo elegir a su vez modificar sus estrategias cognitivas ante una situación.

Podemos poner como ejemplo el caso de un hombre que maltrata a su pareja en terapia. Podríamos ocasionarle un insight a través de la visualización de un video de él mismo agrediendo a su pareja y viendo las expresiones faciales y conductas tanto verbales como no verbales de él y su pareja, aunque también podríamos trabajar en terapia habilidades como la toma de conciencia, el reconocimiento de valores o la disminución de la impulsividad -habilidades metacognitivas-, que tendrían el mismo objetivo que el insight. Se podría dar así la siguiente cadena:



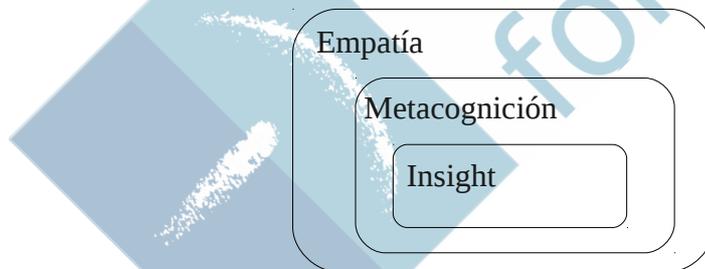
Por lo tanto, podemos concluir que una sucesión de insights darían lugar a una habilidad metacognitiva, es decir, la presentación repetida de insights al sujeto pueden llevar a éste a controlar de manera consciente su propio conocimiento o habilidades, dándole la posibilidad de que él mismo se provoque nuevos insights.

#### 2.1.4. Insight, Metacognición y Empatía

Una vez definidos los términos y relacionados los términos “Insight” y “Metacognición”, podemos avanzar hacia el tercer concepto de esta “tríada de autoconciencia”.

La empatía es una respuesta afectiva-cognitiva activada por el estado de necesidad de otra persona y su intensidad se relaciona con la rapidez e intensidad de la ayuda subsiguiente, la que también depende de la información acerca de los pensamientos, sentimientos del otro y cuánto valoramos el bienestar de ésta. Al analizar los distintos artículos recopilados acerca de la empatía nos podemos dar cuenta de que ésta es un fenómeno situacional que involucra distintos factores y que repercute en gran parte del repertorio de conductas sociales, tales como relación de pareja, amistad, agresión, conductas altruistas, actitud hacia los desconocidos. Con respecto a lo anterior, las investigaciones dejan ver que la empatía puede estar motivada por un deseo altruista de aliviar el estado de necesidad en que se encuentra una persona y no sólo el deseo egoísta de mejorar nuestro propio estado de tristeza o angustia que pudiera provocar el percibir a alguien en necesidad (Aliny Lobo Sierra, Patricia Mozó Cabrera, Andrea Piña Matus, & Marcela Sandoval Vera, n.d.).

Así pues, la empatía implicaría un nuevo paso, más allá del insight, puesto que sería una metacognición (o sucesión de metacogniciones) que desplazaría el marco referencial del enfoque del sujeto de sí mismo a terceras personas.



Este sería el modelo de lo explicado anteriormente. En él, el insight es una parte nuclear de las habilidades metacognitivas y de la empatía, y a medida que aumenta el nivel de conciencia sobre la situación, el sujeto salta a otras áreas cognoscitivas, sin abandonar por ello las anteriores. Sería por lo tanto el insight la parte más molecular y la empatía la más molar.

### **2.1.5. Sustrato biológico del insight**

Lev Vigotsky (1934, 1978) desarrolló el concepto de organización extracortical de las funciones mentales superiores para explicar la interacción entre los factores biológicos y culturales en el desarrollo de la cognición humana. La idea fundamental de Vigotsky es que las formas de cognición superiores -que serían denominadas Funciones Ejecutivas por Alexander R. Luria- dependen de ciertas mediaciones culturales como el lenguaje, la escritura y otras.

La metacognición puede tener un fundamento biológico de operacionalización cuya finalidad es evolutiva, es decir, la forma en que las personas resuelven sus problemas con el medio en que viven y son capaces de reconocer y razonar sobre las operacionalizaciones que efectúan, podría entenderse como un atributo biológico de supervivencia cuyas raíces debieran estar asentadas en la supervivencia de la especie (Ricardo S. Puebla Wuth, 2009).

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, con la actividad cerebral en seres humanos. Las FE son reconocidas como un concepto englobante, que involucra la acción de una serie de núcleos de procesamiento presentes en los lóbulos prefrontales de la corteza cerebral, en conjunto con regiones subcorticales del cerebro (Meltzer L., 2007; Cox A., 2005). Estos llevan a cabo procesos neurales que sirven de sustrato biológico a diversas estrategias cognitivas desarrolladas desde el lenguaje para la solución de problemas, la formación de conceptos, la planeación de tareas y la ejecución de un trabajo eficiente.

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 (Ardila & Ostrosky-Solis, 2008).

Sin embargo, sabemos que los procesos que se realizan y apoyan el aprender no actúan solo 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 (Ricardo S. Puebla Wuth, 2009)

Por otra parte Ardila y Ostrosky-Solís (2008) han elaborado una interesante hipótesis de trabajo a este respecto, señalando que en los lóbulos prefrontales del cerebro humano subyacen dos habilidades diferentes, pero que están estrechamente relacionadas:

- La primera tiene que ver con la solución de problemas, inhibición de respuestas, desarrollo e implementación de estrategias y memoria de trabajo. Éstas son reconocidas como las FE ejecutivas tradicionales, están relacionadas con el área prefrontal dorsolateral (Stuss D.T & Knight R.T., 2002) y pueden ser llamadas funciones ejecutivas metacognitivas.
- La segunda habilidad refiere a la cognición y la emoción, denotada por la habilidad de satisfacer los impulsos básicos siguiendo estrategias socialmente aceptables. En este sentido, la función principal del lóbulo prefrontal sería encontrar justificaciones aparentemente aceptables para los impulsos límbicos, lo que daría como resultado la emergencia de las “funciones ejecutivas emocionales”. Se preocuparían principalmente de estos mecanismos ejecutivos las áreas prefrontales ventromediales (Fuster J., 2002).

Por otra parte, ha sido posible determinar que existen asimetrías básicas entre los hemisferios durante el procesamiento cognitivo. Dos de los más importantes investigadores en resolución de problemas de insight, Edward Bowden y Mark Jung-Beeman, han propuesto que las estrategias o asociaciones iniciales fuertemente activas pero finalmente no exitosas tienden a generar una mayor activación del hemisferio izquierdo, mientras que el procesamiento de información que induce una activación débil pero mutuamente reforzante y que apoya la integración de los elementos distantes del problema, tiende a relacionarse con el hemisferio derecho; los autores sugieren que el proceso de insight surge más bien a partir de la integración de asociaciones débiles ya existentes que de nuevas asociaciones y que por lo tanto dependería preferentemente al actividad en el hemisferio derecho (Bowden & Jung-Beeman, 2007). Estudios de imágenes funcionales realizados por los autores parecen confirmar que existe actividad neural selectiva para problemas de tipo insight en el hemisferio derecho (Beeman & Bowden, 2000), en particular en el giro temporal superior anterior (Jung-Beeman, et al., 2004), lo que respaldaría el planteamiento del procesamiento de asociaciones lejanas como sustrato del insight. Después del giro temporal superior anterior, el área que presentó mayor activación en este tipo de situaciones fue el giro frontal medial del hemisferio izquierdo, seguido por algunas regiones en o cerca de la amígdala o giro parahipocámpal (Jung-Beeman et al., 2004). Esto último es compatible con la existencia de un componente emocional asociado a la experiencia del insight, así como a la necesidad de hacer referencia a conocimiento en memoria (Bowden & Jung-Beeman, 2007).

### 2.1.6. Medida del Insight

El concepto de insight es multidimensional. Uno de los problemas metodológicos más destacados de la investigación sobre el insight ha sido el hecho de utilizar medidas distintas y excesivamente simplificadas.

La falta de insight, o falta de conciencia de padecer un trastorno mental, es un fenómeno muy común entre los pacientes que sufren esquizofrenia. Entre el 50% y el 80% de los pacientes esquizofrénicos creen no estar enfermos o sufren algún tipo de déficit de conciencia, ya sea de su enfermedad, de sus propios síntomas o de la necesidad de tratamiento (Amador X. F., Gorman J. M., 1998).

Esta falta de conciencia de la enfermedad es uno de los principales problemas a los que deben enfrentarse los clínicos a la hora de instaurar y mantener cualquier tipo de tratamiento farmacológico o psicológico, puesto que un paciente que no es consciente de su propia enfermedad difícilmente aceptará con pasividad un tratamiento que para él es totalmente injustificado, ya sea porque cree que lo están engañando o porque simplemente cree que no lo necesita. Esta falta de conciencia respecto a las repercusiones de la enfermedad y a la enfermedad misma, se ha visto fuertemente asociada a una mala adherencia y desconfianza en el tratamiento (Amador X. F., Gorman J. M., 1998) y un peor pronóstico del curso de la enfermedad (Laroi F., Fannemel M., Ronneberg U., Flekkoy K., Opjordsmoen S., Dullerud R., Haakonsen M., 2000).

El modelo cognitivo del insight, atribuye la falta de conciencia de la enfermedad a un deterioro general de las funciones cognitivas (Ching Chen K., Lin Chu C., Kuang Yang., Lieh Yeh T., Hui Lee I., See Chen P., Band Lu R., 2005). Mediante la correlación de estimaciones del insight y puntuaciones de tests cognitivos específicos como el Wisconsin Sord Cartig Test (WCST) o escalas de CI, relaciona del déficit de conciencia con la disfunción cognitiva global (Cuesta M. J., Peralta V., Zarzuela A., Sandio M., 2006).

La visión multidimensional del insight reconoce que éste puede estar presente en algunas áreas y ausente en otras. No es extraño encontrar pacientes esquizofrénicos que nieguen estar enfermos pero que al mismo tiempo puedan admitir los beneficios que les ofrece la medicación (Amador X. F., Strauss D. H. Yale S. A. Gorman J. M., 1991). También puede suceder que reconozcan la presencia de varios síntomas y que a la vez nieguen que éstos se deban a la enfermedad.

## **2.2. Evaluación del Insight**

Actualmente existen dos modelos de insight que son generalmente aceptados por los expertos, el de David (1990) y el de Amador (1991). A continuación pasaremos a comentar brevemente algunos instrumentos utilizados para la evaluación del insight.

### **2.2.1. SAI (The Schedule of Assessment of Insight)**

David (1990) hipotetizó que el insight oscila a lo largo de tres dimensiones; el reconocimiento de que se sufre enfermedad mental, la capacidad para reconocer ciertos estados mentales como patológicos, y la adherencia al tratamiento. Basándose en este cuerpo teórico, en 1990 desarrolló el SAI (The Schedule of Assessment of Insight), entrevista en la que se valora el insight en sus tres dimensiones diferenciadas:

1. Conciencia de sufrir una enfermedad mental.
2. Habilidad para reconocer como anormales los eventos mentales como las alucinaciones y los delirios.
3. Reconocimiento de la necesidad y conveniencia del tratamiento.

### **2.2.2. SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder)**

Por su parte, el modelo de Amador (1991), redujo el insight a dos componentes principales: la inconsciencia de la enfermedad y la atribución incorrecta de síntomas o de las consecuencias de la enfermedad. A partir de estas premisas desarrolló el que hasta el momento ha sido el test de referencia para el uso clínico, el SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder). Este instrumento creado en 1993 por Amador y colaboradores, es una escala que proporciona una medida comprehensiva y multidimensional del insight. Además, su diseño permite que pueda ser utilizada también para evaluar el insight en otros desordenes mentales además de en la esquizofrenia. Actualmente es la herramienta de medida del insight más aceptada por la mayoría de la comunidad científica y es el referente básico de las medidas comprehensivas del insight en la literatura más reciente (Montaner Casino, F. Xavier & Jódar Vicente, Mercè, 2008).

### **2.2.3. SALI (The Scale to Assess Lack of Insight)**

De entre las entrevistas semi-estructuradas y autoinformes desarrollados, cabe destacar por su frecuente uso en la investigación el SALI (The Scale to Assess Lack of Insight) cuyas cuatro escalas miden:

1. Aceptación del tratamiento.
2. Conciencia de la eficacia del tratamiento.
3. Conciencia de la posibilidad de recaída.
4. La propia explicación del paciente de la causa de su enfermedad.

### **2.2.4. IS (The Insight Scale)**

La IS (The Insight Scale), escala de 32 ítems con tres opciones de respuesta (sí, no, y no sé) que evalúa la actitud acerca de la hospitalización, la enfermedad mental en general, la percepción de estar enfermo, posibles cambios en el yo, percepción del entorno, control sobre la situación y deseo de comprender la situación en la que el paciente se encuentra.

### **2.2.5. ITAQ (Insight an Treatment Attitude Questionaire)**

El ITAQ (Insight and treatment attitude questionnaire), primer instrumento estandarizado para medir el insight como un continuo. Éste último se basa en la actitud del paciente respecto a la hospitalización, la medicación y el tratamiento.

### **2.2.6. BCIS (Beck Cognitive Insight Scale)**

A menudo, cuando a estos pacientes se les pregunta sobre las causas de sus síntomas, responden lo que han aprendido, y repiten que sufren una enfermedad mental y que sus síntomas son causa de la esquizofrenia. Sin embargo, cuando analizamos con más detalle qué es lo que realmente piensan estos pacientes, nos damos cuenta de que estas respuestas no reflejan sus convicciones reales.

Con el fin de encontrar un modo de evaluación más completo y profundo, surge la Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), desarrollada por Beck y colaboradores (2004).

Esta escala, que ha mostrado una adecuada validez convergente, que es discriminante y que correlaciona moderadamente con el SUMD, se ha desarrollado con la intención de incrementar la comprensión de las perspectivas de los pacientes sobre sus experiencias anormales, sus atribuciones y sus interpretaciones aberrantes de acontecimientos vitales específicos. Evalúa la auto-reflexión y el exceso de confianza en las auto-interpretaciones de las experiencias de los pacientes esquizofrénicos, pretendiendo ser una medida más holística del insight que integra aspectos emocionales además de intelectuales.

### 2.2.7. Problemas de Insight

Esta clase de problemas han sido utilizados a menudo en investigaciones sobre el insight, aunque también pueden encontrarse como “juegos” o “problemas de pensamiento lateral”.

Esta clase de problemas son presentados al sujeto con toda la información disponible para su resolución a simple vista, la dificultad radica en la tendencia del sistema cognitivo a ordenar los datos percibidos con arreglo a su caudal de experiencia anterior, en aras de hacer más sencilla y fácil la comprensión de la situación. Sin embargo, en esta clase de problemas la solución no es lógica -al menos no a simple vista-, por lo que las simplificaciones (en forma de esquemas cognitivos) que lleva a cabo el cerebro humano para resolver problemas puede ser contraproducente o interfiriente en la solución de estos.

Un ejemplo de problema de insight sería el siguiente:

*“Un día decides visitar un zoo. Una vez allí, ves un grupo de jirafas y avestruces. Todos juntos suman 30 ojos y 44 patas. ¿Cuántos animales hay de cada clase? (Davidson, 1986)*

### 3. Marco específico: Trabajar el insight

Como se ha comentado con anterioridad, el insight puede ser “trabajado” o “entrenado” en diferentes ámbitos (psicoterapia, aprendizaje, educación, etcétera). En los siguientes puntos se exponen algunos de los métodos comúnmente utilizados para trabajar el insight de los sujetos.

#### 3.1. *El Insight en terapia (Terapia Personal de Hogarty)*

La terapia orientada al insight tiene los siguientes objetivos (C. del Álamo Jiménez, 1998):

1. Cambios en la personalidad.
2. Conseguir crecimiento emocional.
3. Eliminar y entender los síntomas.
4. Favorecer defensas más maduras.
5. Integrar la experiencia psicótica.
6. Explorar la realidad del paciente.
7. Abstinencia.
8. Tolerar la regresión.
9. No alterar la transferencia negativa.
10. Interpretarla.

La terapia personal es un modelo centrado en la enfermedad (de hecho es una terapia para pacientes psiquiátricos), ya que la atención, el procesamiento de la información, la memoria, la motivación y el ajuste social son tan deficitarios que impiden un correcto desarrollo de la clásica psicoterapia orientada al insight afín al modelo centrado en la persona, donde se asumía una integridad a nivel cerebral, que proporcionaba la facilitación del desarrollo de los aspectos más adaptativos.

Está diseñada para dar al paciente estrategias más adaptativas que puedan facilitar el autocontrol de los afectos y estados que siguen a la percepción individual del estrés, experiencia única, subjetiva e independiente de situaciones específicas. Se busca controlar el proceso en escalada de los sentimientos; es decir, de la vulnerabilidad del individuo, dando un conocimiento y entendimiento del estado subjetivo del paciente y, así, dar alternativas más adecuadas al control y expresión de los sentimientos intensos y problemáticos, conociendo la influencia que la expresión de éstos tiene en la respuesta de las personas de su alrededor.

La terapia personal de Hogarty consta de 3 fases:

1. Tiene una duración entre tres y seis meses, se utilizan básicamente técnicas de apoyo; el objetivo prioritario será el de adquirir una alianza terapéutica.

*“Se realiza un contrato terapéutico donde se reflejan los objetivos de cada fase, así como la necesidad de tomar la medicación, la prohibición del uso de alcohol y drogas y la necesidad de consultar con el terapeuta en caso de crisis. Las familias son atendidas, al menos en una ocasión, para explicar el programa terapéutico y dejar una puerta abierta para cuestiones relacionadas con la psicoeducación; esta última está integrada como parte de todas las sesiones individuales, además de, también, participar en un taller de trabajo, compuesto por cuatro/seis pacientes, comprendido por tres sesiones de 20 minutos, que se comienza una vez alcanzada la estabilidad clínica, hablando de la naturaleza de la esquizofrenia y sus síntomas, dentro de un modelo biopsicosocial; también se aborda la necesidad de tratamiento farmacológico, los riesgos de depresión y suicidio, incidiendo en lo importante de la alianza terapéutica. Se utilizan básicamente técnicas de apoyo: escucha activa, aceptación de lo que el paciente pueda ir expresando, empatía, estimulando las afirmaciones relevantes e iniciativas más sanas por parte de éste.*

*Posteriormente, se incluyen estrategias dirigidas a asumir progresivamente responsabilidades en el autocuidado y asignaciones domésticas. Ya en esta fase, se introduce el componente principal de la terapia personal, ésto es, el manejo interno de los sentimientos. Se analizan situaciones estresantes para el paciente identificando los signos internos que esos desajustes provocan. Se trata de hacer ver la relación entre la situación estresante y todos los afectos, cogniciones, comportamientos y/o trastornos somáticos que le siguen, si bien el terapeuta no pone a prueba esta relación. También se introducen nociones básicas sobre entrenamiento en habilidades sociales, favoreciendo la evitación del estrés; se trabaja sobre la naturaleza de los contenidos verbales y expresiones no verbales”.* (G.E. Hogarty, S.F Kornblith, & D. Greenwald, 1995).

2. Para pasar a la segunda fase hay que cumplir ciertos objetivos, como pueden ser: estabilizar los síntomas positivos, alcanzar unas condiciones de vida mínimamente estables, seguir el tratamiento farmacológico, posibilidad de mantener la atención durante un mínimo de 30 minutos y mantener un mínimo de ausencia a las citas (C. del Álamo Jiménez, 1998).

*“Duración de seis/ocho meses, centrada en un mayor autoconocimiento de los sentimientos, cogniciones y comportamientos. Paralela a la psicoterapia a nivel individual, se continúa acudiendo a un segundo taller de psicoeducación, también dividido en tres presentaciones: en la primera, se descubren los síntomas prodrómicos, el papel de las alteraciones afectivas como pistas de un distrés, así como estrategias para la autoprotección, como intentar distraerse o evitar ciertas situaciones; en la segunda presentación se enseñan técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales más avanzadas; por último, la tercera está centrada en las actividades vocacionales y la vulnerabilidad al trabajo, intentando disminuir demandas competitivas. En general, esta fase está orientada hacia la reflexión identificando los principales signos internos asociados con el estrés manifestados como un rango de respuestas afectivas, comportamentales o somáticas. Se realizará un listado de signos de alarma incluso por escrito; se focaliza siempre en la respuesta subjetiva, independiente de la naturaleza del desencadenante y, como ésta, provoca otras respuestas en las personas de alrededor, para alcanzar relaciones interpersonales más adecuadas. Se utilizan técnicas de relajación más sofisticadas, con respiración diafragmática” (G.E. Hogarty et al., 1995).*

3. Con una duración aproximada de 18 meses a 3 años, las intervenciones se irán dando progresivamente, teniendo en cuenta las características del individuo.

*“Se presta especial atención a los déficits neuropsicológicos menos aparentes, pero fundamentales en el procesamiento de la información y la percepción social. Se continúa con técnicas de psicoeducación, técnicas de relajación basadas en el autocontrol, se enseña al paciente a manejarse en relaciones interpersonales claves, lo que necesita hacer y los pasos a seguir para alcanzar sus objetivos” (G.E. Hogarty et al., 1995).*

### 3.2. *El Insight en terapia (Terapia Cognitiva de Beck)*

La terapia cognitiva, dada su naturaleza, opera directamente sobre los esquemas cognitivos, por lo tanto, se puede utilizar como instrumento para trabajar el insight.

Entre los supuestos generales en los que se basa la Terapia cognitiva destacan (Beck, 1983):

1. La percepción y, en general, la experiencia son procesos *activos* que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones.
4. Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, un paciente *puede llegar a darse cuenta* de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

La terapia cognitivo-conductual es una orientación conceptual que define problemas clínicos de una forma específica y diseña estrategias de intervención basadas en estas conceptualizaciones.

Según esta orientación, se dan errores sistemáticos en el pensamiento de los sujetos, que pueden llegar a producirles diversos trastornos psicológicos o problemas personales. Estos errores son:

- **Inferencia arbitraria:** se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que le apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- **Abstracción selectiva:** consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

- **Generalización excesiva:** se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- **Maximización y minimización:** quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- **Personalización:** se refiere a la tendencia y facilidad del sujeto para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- **Pensamiento dicotómico:** se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador.

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de auto-registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

1. El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".
2. Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (p.e "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc.); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. "sobre-generalización", "polarización", etc.); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones. C- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen (Beck, 1979), el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos-afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p.e empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal (Juan José Ruiz Sánchez & Justo José Cano Sánchez, 2010).

El terapeuta puede emplear diversas técnicas para modificar los esquemas cognitivos disfuncionales, y también para provocar insights en el paciente. Se comentarán brevemente las más potentes -en relación con el insight- a continuación:

- **Cuestionamiento Socrático:** esta técnica se basa en preguntas realizadas por el terapeuta, que ponen a prueba la veracidad y el empirismo de los pensamientos automáticos del sujeto.

En la siguiente tabla se puede apreciar la naturaleza de las preguntas de esta técnica.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipos de preguntas socráticas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ejemplos</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas aclaratorias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué te referís con...?</li> <li>• ¿Puedes aplicar eso de otra manera?</li> <li>• ¿Cuál pensás que es el asunto principal?</li> <li>• ¿Puedes darnos un ejemplo?</li> <li>• ¿Puedes ampliar la explicación de ese punto?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas acerca de una pregunta inicial o tema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué es importante esta pregunta?</li> <li>• ¿Esta pregunta es fácil o difícil de contestar?</li> <li>• ¿Por qué pensás eso?</li> <li>• ¿Qué suposiciones podemos hacer basados en esta pregunta?</li> <li>• ¿Esta pregunta conduce a otros asuntos o preguntas importantes?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas en torno a supuestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué alguien haría esa suposición?</li> <li>• ¿Por qué _____ está presumiendo eso aquí?</li> <li>• ¿Qué podemos presumir en su lugar?</li> <li>• ¿Estás presumiendo que _____?</li> <li>• ¿Te entendí correctamente?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas respecto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál sería un ejemplo?</li> </ul>

<p>a evidencia y razón</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué pensás que esto es cierto?</li> <li>• ¿Qué otra información necesitamos?</li> <li>• ¿Nos podrías explicar tu razón?</li> <li>• ¿A través de cuál razonamiento llegaste a esa conclusión?</li> <li>• ¿Hay razones para dudar de esa evidencia?</li> <li>• ¿Qué te llevó a esa convicción?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas respecto a origen o fuentes</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es esta tu idea, o la oíste en algún otro lugar?</li> <li>• ¿Siempre te has sentido así?</li> <li>• ¿Tu opinión ha sido influida por alguien o algo?</li> <li>• ¿Dónde obtuviste esa idea?</li> <li>• ¿Qué ocasionó que te sintieras de esa forma?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas respecto a implicaciones y consecuencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué efecto tendría eso?</li> <li>• ¿Podría eso realmente o probablemente suceder?</li> <li>• ¿Cuál sería una alternativa?</li> <li>• ¿Qué das a entender con eso?</li> <li>• Si eso sucediera, ¿qué más podría suceder como resultado? ¿Por qué?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas respecto a puntos de vista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo podrían otros grupos de personas responder a esta pregunta? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Cómo podrías responder a la objeción que _____ haría?</li> <li>• ¿Qué podría pensar alguien que cree en _____?</li> <li>• ¿Cuál sería una alternativa?</li> <li>• ¿En qué se parecen las ideas de _____ y _____? ¿En qué difieren?</li> </ul>

- **Entrenamiento en resolución de problemas:** el objetivo de esta técnica es ayudar a los sujetos a identificar los problemas, a darse cuenta de los recursos de que disponen y a aumentar su sentimiento de control sobre estos.

Este método fue desarrollado por D'Zurilla y Goldfried, dos psicólogos, en 1971. Consiste en una estrategia de cinco pasos para encontrar solución a cualquier tipo de problema con el que nos encontremos. Ellos entendieron como problema cualquier situación que requiera una respuesta eficaz que no se encontraba.

La resolución de problemas ayuda a reducir o eliminar los pensamientos negativos que llevan a la persona a creerse incapaz de manejar una situación como: "No puedo hacer nada..."....."Esto no tiene solución..."....."No soporto esta situación"....Indecisión.... ("No sé qué hacer"), entre otros (Juan José Ruíz Sánchez & Juan José Imbernon Gonzales, 1996).

La guía de resolución de problemas requiere seguir cinco pasos:

1. Concretar el problema (uno por cada vez a emplear el método).
  2. Concretar como solemos responder por costumbre a ese problema.
  3. Hacer una lista con soluciones alternativas.
  4. Valorar las consecuencias de cada alternativa.
  5. Valorar los resultados.
- **Experimentos conductuales:** esta técnica es sencilla y consiste en que -de mutuo acuerdo- paciente y terapeuta acuerdan poner a prueba una hipótesis del paciente mediante una experiencia personal real de éste, por ejemplo, un paciente podría negarse a cruzar la calle porque cree que le atropellarán, así pues, el experimento conductual sería preparar la situación (siempre con el terapeuta o en su defecto con el co-terapeuta) para que el paciente cruzará la calle realmente.

Por último, cabe anotar que no todos los pacientes reaccionarán u obtendrán los mismos resultados ante la misma terapia, es por esto que conviene realizar algunas correcciones puntuales, teniendo en cuenta algunas variables tales como la personalidad, el nivel de cultura o la clase social.

### **3.3. El Insight a través de la Atención Plena o “Mindfulness”**

No existe todavía en castellano una traducción consensuada de la palabra inglesa mindfulness que, a su vez, hace referencia al término *sati* (en pali). Algunos autores se decantan por traducirla como “conciencia plena”, otros por “atención plena” y otros prefieren no traducirla y dejar el término en inglés. La dificultad reside en que *sati* tiene un significado específico en la práctica de la meditación vipassana o mindfulness. Se refiere, a la vez, a dos cosas: por un lado, se refiere a prestar atención a lo que estamos haciendo, pero se refiere también a recordarnos prestar atención a lo que tenemos que estar haciendo si hemos dejado de hacerlo. Con frecuencia, estas dos funciones se traducen como “atender” y “darse cuenta”(Vicente M. Simón & María Teresa Miró, 2006).

Mindfulness es una habilidad, por tanto, es susceptible de ser aprendida, entrenada. Podría decirse que al principio de la práctica, la atención pasa muy poco tiempo focalizada en la respiración antes de ser capturada por algún estímulo; y, por el contrario, transcurre mucho tiempo hasta que nos percatamos de que nuestra atención se ha desviado. Con la práctica los tiempos se invierten. Es decir, cuanto más practiquemos, la atención permanecerá más y más tiempo concentrada sobre la respiración; y, simultáneamente, cada vez tardaremos menos en darnos cuenta de que la atención se había desviado. Con una práctica continuada nos resultará posible mantener la atención focalizada en la respiración de manera constante, durante más y más tiempo. Esto, en sí mismo, ya es meditación; es un estado meditativo; se producen cambios, experiencias, comprensiones súbitas o insights, en ocasiones muy significativas, que son experimentadas por el meditador (Mañas, 2009).

Veamos detenidamente las instrucciones a seguir para realizar un ejercicio básico representativo de mindfulness, propuesto por Kabat-Zinn (2003, p. 95):

1. Adoptar una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.
2. Cerrar los ojos si así nos sentimos más cómodos.
3. Fijar la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar.
4. Mantener concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.
5. Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.

6. Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.
7. Practiquemos este ejercicio durante quince minutos (todos los días y en el momento que más nos convenga, nos agrade o no, una vez a la semana y veamos cómo nos sentimos al incorporar una práctica disciplinada de la meditación en nuestras vidas. Percatémonos de lo que se siente al pasar un rato todos los días nada más que estando con nuestra respiración y sin tener que hacer nada).

Cabe señalar que sólo ha sido expuesto un ejercicio a modo de introducción, dado que el concepto de mindfulness es muy extenso. Por último, señalar que la práctica del mindfulness es efectiva a medio y largo plazo, y que esta se compone de varias técnicas de meditación que necesitan ser entrenadas para obtener resultados efectivos.

### **3.4. El Insight a través de la empatía**

Ciertas corrientes de pensamiento psicológico postulan que la mente humana tiene en común sensaciones y sentimientos. La única diferencia entre dos personas es el momento en el que se muestran dichos sentimientos, provocando emociones que motivan a actuar. Que una persona no sienta igual que otra en un momento dado, es por razones educativas, predisposición genética y condicionantes hormonales, que inducirán a encauzar los estímulos de una forma u otra. Por eso, infieren que la empatía es posible en un individuo capaz de razonar acerca de sí mismo, evaluar sus sentimientos y razonar acerca de otras personas de forma que no tienda a justificar sus propios deseos. El deseo sería la unidad de degeneración del pensamiento objetivo, y el grado de exactitud estaría desvirtuado, en mayor o menor medida, dependiendo la profundidad del conocimiento de uno mismo, o lo que es lo mismo, de su inteligencia emocional.

La empatía, definida por algunos autores como *“la habilidad que posee un individuo de inferir los pensamientos y sentimientos de otros, lo que genera sentimientos de simpatía, comprensión y ternura (Batson et. al., 1997)”* o *“Empatía como la habilidad cognitiva, propia de un individuo, de tomar la perspectiva del otro o de entender algunas de sus estructuras de mundo, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva (Mead y Piaget)”*.

La empatía ha sido definida como la habilidad social fundamental que permite al individuo anticipar, comprender y experimentar el punto de vista de otras personas. En esta habilidad subyace un número de importantes capacidades de comportamiento incluyendo calidad de interrelación, desarrollo moral, agresividad y altruismo.

Algunos autores argumentan que la empatía abarca respuestas con pautas afectivas y cognitivas. Así, se ha hecho una distinción entre empatía cognitiva, que involucra una comprensión del estado interno de otra persona, y una empatía emocional (o afectiva), que involucra una reacción emocional por parte del individuo que observa las experiencias de otros (Aliny Lobo Sierra et al., n.d.).

En cuanto a la neurobiología de la empatía, se ha observado que un determinado tipo de neuronas, las *neuronas espejo*, solamente se activan cuando el mismo acto que realiza un primate lo efectúa otro que es observado por el primero. De forma análoga, en los humanos se activa la misma área cerebral, en el curso de una emoción, al observar a otra persona en el mismo estado emocional. Se ha verificado también experimentalmente que la empatía es mayor entre personas de idéntico sexo, raza o edad, y que el grado de empatía es muy variable de una persona a otra. Por tanto, la empatía parece ser un importante factor de cohesión social y es una ventaja evolutiva desarrollada por selección natural.

La naturaleza del fenómeno de la empatía podría ser por sí solo motor de apariciones en de insight en los individuos, sin embargo no siempre es así. Lo más recomendable sería utilizar este método junto con la terapia cognitiva. Por otro lado, como se ha comentado anteriormente, la empatía englobaría las habilidades metacognitivas, por lo que un sujeto con altas puntuaciones en empatía, es posible que también tenga altas puntuaciones en insight.

#### 4. Conclusiones y discusión.

El fenómeno insight, a día de hoy sigue resultando bastante “misterioso” para los investigadores y los profesionales de la psicología. Debido al interés que despierta, se puede encontrar variada bibliografía y documentos de investigación sobre el tema, sin embargo, en cuanto al tema de la definición, pese a que comienza a vislumbrarse, no existe a día de hoy una que esté comúnmente aceptada por los expertos. El punto clave es el factor sorpresa que posee este fenómeno, esa presentación súbita, repentina, la que mantiene vivo el debate de que si el insight es un fenómeno inconsciente o no.

Históricamente, el concepto apareció desde la corriente psicoanalítica de Freud de la psicología, que fue de los primeros autores en utilizar dicho término. Más tarde, con la psicología de la Gestalt, se profundizó mucho más en él, tomándolo prácticamente como clave central del entendimiento de la psicoterapia en esta corriente. Mientras que la psicodinámica hacía énfasis en el aspecto inconsciente del término, los gestálticos los presentaban como una súbita reestructuración de los esquemas cognitivos subyacentes para resolver una problemática.

Más tarde la psicología cognitiva se incorporó a la investigación de este fenómeno, y ya en último término, la neuropsicología, campo que ha ayudado (y probablemente lo hará más en el futuro) a esclarecer distintos aspectos del concepto.

Así pues, existe cierto consenso acerca de que el insight es un fenómeno que se da de manera repentina generalmente, y que produce en el sujeto una sensación de comprensión súbita de una problemática que antes no entendía y ahora sí. Por otro lado, gracias a la neuropsicología y a las modernas técnicas de escáner cerebral, se han podido dilucidar (aunque todavía falta investigación) las zonas cerebrales en las que se da el insight. Debido a la complejidad del fenómeno, este no posee una sola área o región cerebral de influencia, sino que son varias, debido a que este consta de cuatro fases: la fase de impasse, la de reestructuración del problema, adquisición de conocimiento profunda y sudeness (esta última es donde radica lo especial del insight).

He creído conveniente relacionar los conceptos de *insight*, *metacognición* y *empatía*, porque entiendo que los tres van unidos de la mano en cuanto a terapia se refiere. Aunque es cierto que pueden ser usados independientemente, estos están interrelacionados, considerando el insight un primer paso hacia la metacognición, y esta a su vez un primer paso para la empatía. El insight implica reestructuración cognitiva, la metacognición implica el dominio de las cogniciones, y la empatía implica el dominio de las metacogniciones, en el sentido de que para poder utilizar la habilidad de empatía, el sujeto debe haber llegado antes a un estado de comprensión -neuronas espejo y otras áreas cerebrales mediante- del otro, y esto significa necesariamente que ha salido de su marco referencial, para poder situarse en otro plano cognitivo distinto al *self* y actuar en consecuencia.

Pese a la cuantía de investigación sobre el insight, he podido observar en varios estudios que algunos autores opinan que los instrumentos de medida de este fenómeno no son suficientemente precisos o válidos, es decir, es probable que algunos de los instrumentos utilizados para medir el insight sólo midan algunos aspectos de este. Esto podría tener su explicación en lo que he mencionado anteriormente, debido a que no existe un consenso general sobre la definición del término, los autores construyen instrumentos en base a sus propias definiciones, lo que hace difícil que después los resultados se puedan “exportar” o comparar con los de otras investigaciones. En esta parte de la tesina he preferido centrarme en medidas del insight de aspecto clínico, puesto que es el tema que nos ocupa. No obstante, cabe señalar que en el área del aprendizaje y la educación también existen instrumentos varios.

En cuanto a los métodos o maneras de trabajar el insight, he considerado conveniente incluir estos cuatro: la Terapia personal de Hogarty, la Terapia cognitiva de Beck, Mindfulness y Empatía. Nuevamente, en este aspecto he preferido centrarme en la vertiente más clínica del tema. En este apartado sólo he referido algunas pinceladas de estos métodos, puesto que cada uno de ellos tratado en profundidad podrían bien ser tema de una tesina en cada caso, y este no es el tema que nos ocupa.

Mientras que la primera opción está dedicada exclusivamente a pacientes psiquiátricos o con el insight fuertemente alterado debido a algún tipo de trastorno de la personalidad, la segunda (Terapia cognitiva de Beck) abre el abanico de posibilidades a pacientes clínicos pero no psiquiátricos, que sufran diversos trastornos de ansiedad u otra clase. La tercera y cuarta opciones pueden trabajarse independientemente o relacionadas, aunque la práctica de mindfulness necesariamente llevará a la empatía, no así viceversa.

El mindfulness es una corriente creciente dentro del ámbito de la psicología, que nace de la influencia de la meditación oriental en la psicología, y que es cada vez más utilizada por los terapeutas debido a su bajo costo económico, aunque como contra partida es difícil evaluar si el paciente está llevando a cabo correctamente dicha práctica, por lo que en la literatura se aconseja normalmente que el paciente haya practicado y entrenado suficientemente esta habilidad antes de ponerla en uso con los pacientes.

Por último, la empatía es una habilidad o capacidad que permite al sujeto mejorar sus relaciones con el entorno, su autoestima y salud emocional. La empatía también es fruto de otra creciente corriente de la psicología, la psicología positiva. Esta habilidad es utilizada frecuentemente tanto en ámbitos clínicos (trastornos de la personalidad) como no clínicos (en edades tempranas en la educación).

Finalmente, considero que si bien el insight y su comprensión podrían ayudar mucho en el ámbito de la terapia, es necesaria más investigación al respecto, particularmente en pacientes clínicos, que no tienen las facultades mentales excesivamente alteradas, puesto que pienso que es aquí donde se podrían dar grandes avances en cuanto terapia se refiere.



## 5. Bibliografía

- A. Ardila, & Feggy Ostrosky-Solís. (2008). Desarrollo histórico de las funciones ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 1-21.
- A. Lehman, W. Carpenter, & H. Goldman. (1995). Treatment outcomes in schizophrenia: implications practice, policy and research. *Schizophrenia bulletin*, 21(4), 669-675.
- Aliny Lobo Sierra, Patricia Mozó Cabrera, Andrea Piña Matus, & Marcela Sandoval Vera. (n.d.). Empatía: una monografía de psicología social. *Apsique*. Retrieved October 11, 2011, from <http://www2.udec.cl/~ivalfaro/apsique/soci/empatia.html>
- C. del Álamo Jiménez. (1998). La terapia personal de Hogarty. *Psiquiatría Pública*, 10(4), 242-245.
- D. E. Palacios González. (2008, May). *Naturaleza continua y discontinua del Insight. Una aproximación experimental desde la Metacognición*. (Tesis Licenciatura). Universidad de las Américas Puebla. Retrieved from [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/palacios\\_g\\_de/indice.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/palacios_g_de/indice.html)
- G.E. Hogarty, S.F Kornblith, & D. Greenwald. (1995). Personal Therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 21, 379-393.
- Juan José Ruíz Sánchez, & Juan José Imbernon Gonzales. (1996). Sentirse Mejor: Desarrollando Nuevas Habilidades Cognitivo-Conductuales. Retrieved from [http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse\\_Mejor/sentirse5b.htm#problema](http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse5b.htm#problema)
- Juan José Ruiz Sánchez, & Justo José Cano Sánchez. (2010, May 11). Paciente externalizador y baja reactancia: Psicoterapia Cognitiva de Beck. *Psicología Online*. txt/html, . Retrieved September 12, 2011, from <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidad7.htm>
- Macarena Blázquez Alonso, Juan Manuel Moreno Manso, & M<sup>a</sup> Elena García-Baamonde Sánchez. (2009). Inteligencia emocional como alternativa para la prevención del maltrato psicológico en la pareja. *Anales de psicología, Psicología clínica y de la salud*, 25(2), 250-260.
- Mañas, I. M. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, (50), 13-29.

- Manuel Salamero, J. L. Tizón García, & Enrique de la Lama. (1980, January 12). La calificación del insight en la práctica clínica psicodinámicamente orientada. Una investigación clínica. *Text.Serial.Journal*, . Retrieved October 9, 2011, from <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewArticle/64480/0>
- Martín-Asuero, A., & García de La Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 369–384.
- Montaner Casino, F. Xavier, & Jódar Vicente, Mercè. (2008). El insight multidimensional y su relación con el pronóstico de los síntomas en la esquizofrenia. *Psiquiatria.com*, Esquizofrenia y otras Psicosis, 12(1). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10401/391>
- Ricardo S. Puebla Wuth. (2009). Las Funciones Cerebrales del Aprendiendo a Aprender (Una aproximación al sustrato neurofuncional de la Metacognición). *Revista Iberoamericana de Educación*, 3(50), 1-10.
- Sylvia, S. i R., & Montserrat, D. i A. (2003). Metacognición y resolución diferencial de un problema de insight: un estudio comparativo entre adolescentes con alta capacidad intelectual y aptitudes medias. *Faisca: revista de altas capacidades*, (10), 5-25.
- Vicente M. Simón, & María Teresa Miró. (2006). Mindfulness y Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66 y 67).
- Xavier Pellicer. (2010). Módulo de Terapia Cognitiva. Máster de Psicología Clínica y de la Salud. ISEP.