

**EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO
DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**



1 8 0 3

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE PSICÓLOGO

HUGO A. CEBALLOS TABARES

ASESORES ACADÉMICOS

MERCEDES JIMÉNEZ BENÍTEZ

JORGE MARIO RUBIO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2016

AGRADECIMIENTOS.

Debo agradecer de todo corazón a las personas que durante mi formación en la Universidad de Antioquía me acompañaron. A mis padres por el apoyo incondicional, a los profesores especialmente a Mercedes y Jorge Mario que con sus sugerencias y acompañamiento ayudaron a construir este trabajo. A Yorbey, Leo y Daniela por los tintos de aliento.

A Eris por el viaje en globo al corazón de la tormenta.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2. JUSTIFICACIÓN.....	21
3. OBJETIVOS.....	28
3.1. Objetivo general	28
3.2. Objetivos específicos	28
4. MARCO TEÓRICO	29
4.1 Esquizofrenia	29
4.1.1. Caracterización clínica de la esquizofrenia.....	29
4.1.2. Funcionalidad y calidad de vida en la esquizofrenia.....	33
4.2. Ideas delirantes	35
4.2.1. Aproximación conceptual a los delirios.....	35
4.2.2. Teorías explicativas de los delirios	36
4.2.2.1. Delirios como explicación de la experiencia.....	37
4.2.2.2. Teorías basadas en déficit y sesgos cognitivos básicos, atribucionales y de cognición social.....	38
4.2.2.3. Teorías atributivas	39
4.2.2.4. Teorías sobre mentalización: Teoría de la mente en esquizofrenia	41
4.2.3. Insight clínico y cognitivo en esquizofrenia	44
4.3. Terapia metacognitiva para los delirios	48
4.3.1. Concepto de metacognición	48
4.3.2. Indicaciones de la terapia metacognitiva en psicosis	49
4.3.3. Programas de terapia metacognitiva en psicosis	51
4.3.4. Programa de Entrenamiento Metacognitivo en Esquizofrenia (EMC)	53
4.3.4.1. Características del programa EMC	54

4.3.4.2. Estructura de las sesiones del programa EMC	56
4.3.4.3. Programa curricular del EMC	57
4.3.4.4. Eficacia del programa EMC	59
5. DISEÑO METODOLÓGICO	63
5.1 Tipo de estudio.....	63
5.2 Población y muestra.....	64
5.3 Procedimientos para la recolección de la muestra	67
5.4 Operacionalización de variables	68
5.5 Procedimientos para la recolección de datos	69
5.6 Instrumentos de evaluación	71
5.6.1 Tarea de pelotas	71
5.6.2 Adaptación española del Cuestionario de Estilos Atributivos.....	72
5.6.3 Adaptación al español del Cuestionario Hinting Task.....	74
5.6.4 Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck	75
5.6.5 Cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS WHODAS 2.0.....	76
5.6.6 Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF).	77
5.7 Procedimientos del programa de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC).....	78
5.8 Plan de análisis.....	82
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	84
7. RESULTADOS	92
7.1 Resultados de puntuaciones directas pre y post tratamiento por sujeto.....	92
7.1.1 Salto a conclusiones.....	92
7.1.2 Estilos atributivos	94
7.1.2.1 Internalidad-Externalidad positiva	95
7.1.2.2 Internalidad-Externalidad negativa	97
7.1.2.3 Estabilidad-Inestabilidad positiva	99
7.1.2.4 Estabilidad-Inestabilidad negativa	101
7.1.2.5 Globalidad-Especificidad positiva	103
7.1.2.6 Globalidad-Especificidad negativa	105

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA

7.1.2.7	Compuesto positivo.....	107
7.1.2.8	Compuesto negativo.....	109
7.1.2.9	Puntaje total de estilo atributivo.....	111
7.1.3	Insight cognitivo.	113
7.1.3.1	Autorreflexión	114
7.1.3.2	Autocerteza.....	116
7.1.3.3	Índice de insight cognitivo.	117
7.1.4	Teoría de la mente.....	119
7.1.5	Calidad de vida.	121
7.1.5.1	Salud física.	122
7.1.5.2	Salud psicológica.....	123
7.1.5.3	Relaciones interpersonales.	125
7.1.5.4	Entorno.	126
7.1.6	Funcionalidad.....	128
7.2	Cambios de puntajes por sujeto.	130
7.3	Comparación de puntajes promedio grupal, antes y después del entrenamiento.	133
8.	DISCUSIÓN.....	136
8.1	Limitaciones del estudio.	146
9.	CONCLUSIONES.....	149
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características de la muestra	66
Tabla 2.	Fases y componentes del programa.....	69
Tabla 3.	Cambio de puntajes por sujeto.....	131
Tabla 4.	Comparación a nivel grupal entre las medidas pre y post intervención.....	135

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Resumen de los módulos del entrenamiento Metacognitivo para la esquizofrenia	58
-----------	---	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia.....	31
Figura 2.	Esquema de las estructuras cerebrales que conforman el sustrato neurobiológico para la teoría de la mente.....	42
Figura 3.	Proceso de recolección de la muestra.....	68
Figura 4.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable salto a conclusiones.....	94
Figura 5.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable internalidad positiva.....	97
Figura 6.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable internalidad negativa.....	99
Figura 7.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable estabilidad positiva.....	101
Figura 8.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable estabilidad negativa.....	103
Figura 9.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable globalidad positiva.....	105
Figura 10.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable globalidad negativa.....	107
Figura 11.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable compuesto positivo.....	109

Figura 12.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable compuesto negativo.....	111
Figura 13.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable estilo atributivo.....	113
Figura 14.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable autorreflexión.....	115
Figura 15.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable autocerteza.....	117
Figura 16.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable insight cognitivo.....	119
Figura 17.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable teoría de la mente.....	121
Figura 18.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable salud física.....	123
Figura 19.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable salud psicológica.....	124
Figura 20.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable relaciones interpersonales.....	126
Figura 21.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable entorno.....	128
Figura 22.	Puntuaciones pre y post intervención de la variable funcionalidad.....	130

LISTADO DE ANEXOS

Anexos 1. Listado de variables

Anexo 2. Cuadernillo 1. Cuestionario de estilos atribucionales

Anexo 3. Cuadernillo 2. Escala de insight cognitivo de Beck.

Anexo 4. Cuadernillo 3. Test de las insinuaciones Hinting task.

Anexo 5. Cuadernillo 4. Cuestionario para la evaluación de la discapacidad WHODAS

2.0

Anexo 6. Consentimiento informado

RESUMEN

El entrenamiento Metacognitivo para esquizofrenia es un programa que ha resultado beneficioso para las personas con diagnóstico de esquizofrenia en diferentes contextos. El principal objetivo de este estudio ha sido el establecer los efectos de la implementación del entrenamiento Metacognitivo sobre algunos sesgos cognitivos, funcionalidad y calidad de vida, en pacientes de la ciudad de Medellín. Para esto se realizó el programa con 5 pacientes esquizofrénicos del Hospital Universitario San Vicente Fundación, durante un período de 3 meses, y se midieron las variables antes y después del entrenamiento. Los resultados hablan de una disminución estadísticamente significativa en el sesgo cognitivo de salto a conclusiones y de un aumento en la calidad de vida. El presente estudio confirma la factibilidad de la implementación de este entrenamiento y proporciona evidencia sobre su eficacia en la reducción del sesgo cognitivo de salto a conclusiones y en la mejora de la calidad de vida de las personas con este diagnóstico.

Palabras clave: Entrenamiento Metacognitivo, Esquizofrenia, Metacognición, Delirios.

ABSTRACT

The metacognitive training for schizophrenia has proven to be beneficial for patients in different contexts. The aim of this study is to establish the effects of this training over some cognitive biases, general functioning and quality of life, in patients from Medellín. A total of 5 schizophrenia patients from the Hospital Universitario San Vicente de Paul underwent the metacognitive training during a 3 months period of time. Results showed a reduced jumping to conclusions bias and an improvement in quality of life. The present study confirms the feasibility of the metacognitive training and provides evidence for its efficacy ameliorating the jumping to conclusions bias and improving quality of life.

Keywords: Metacognitive training, Schizophrenia, Metacognition, Delusions.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un interés en el desarrollo de aproximaciones terapéuticas no farmacológicas que sirvan como coadyuvantes en el tratamiento médico de los síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo, la terapia cognitivo conductual para psicosis, cuyo objetivo es disminuir las creencias delirantes y comportamientos maladaptativos asociados a la esquizofrenia, es administrada en muchos países junto con los antipsicóticos (Zimmermann, Favrod, Trieu, & Pomini, 2005).

El entrenamiento Metacognitivo para esquizofrenia (EMC) es una variante de la terapia cognitivo conductual recientemente desarrollado para tratar los síntomas positivos, específicamente los delirios, que tiene un enfoque de puerta trasera que busca disminuir los sesgos cognitivos, atribucionales y déficits en teoría de la mente que están en la base de la infraestructura cognitiva que contribuye a la formación de ideas delirantes.

Durante el entrenamiento, los pacientes aprenden a implementar estrategias de procesamiento de la información que les permiten identificar y afrontar los errores cognitivos y metacognitivos que llevan a la formación de delirios, a partir del desarrollo de habilidades metacognitivas de observación de las propias creencias y pensamientos, lo cual se convierte en una poderosa herramienta profiláctica para la prevención de la recaída psicótica (Aghotor, Pfueller, Moritz, Weisbrod, & Roesch-Ely, 2010).

El programa de entrenamiento consta de 8 módulos, los cuales se enfocan de manera específica en los siguientes temas: distorsiones en el estilo atribucional (módulo 1), salto a conclusiones (módulos 2 y 7), sesgo hacia las evidencias disconfirmatorias de creencias iniciales (módulo 3), incapacidad para tomar perspectiva o empatizar con otros (módulos 4 y 6), exceso de confianza en los errores de memoria (módulo 5) y patrones cognitivos depresivos (módulo 8).

La metodología se caracteriza por su naturaleza interactiva y entretenida. El EMC busca sembrar semillas de duda a través de experiencias correctivas presentadas de una manera entretenida y colaborativa.

El presente estudio tiene como objetivo establecer los efectos de la implementación del EMC en algunos sesgos cognitivos, teoría de la mente y calidad de vida, en 5 pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Universitario San Vicente Fundación. Para esto se tomaron medidas pre y post intervención que luego fueron comparadas entre sí.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que ha sido asociado a un bajo nivel de calidad de vida (Eack & Newhill, 2007), caracterizado por síntomas positivos, tales como las alucinaciones, los delirios y el pensamiento desorganizado; y por síntomas negativos, como aplanamiento emocional, anhedonia, abulia y alogia (American Psychiatric Association, 2014). Dado su afectación de las funciones sociales y cognitivas en general, la esquizofrenia produce un alto grado de incapacidad que se ve reflejado en el incremento de las dificultades para desarrollar estudios, para adquirir o mantener un empleo y para relacionarse con los demás de forma significativa.

La primera línea de tratamiento en la actualidad son los fármacos antipsicóticos, los cuales han posibilitado, junto con procesos de rehabilitación psicosocial y algunos cambios de los factores sociales, políticos y económicos, una reducción significativa en el número de pacientes hospitalizados en instituciones mentales y una mejora en su calidad de vida (Leucht, Arbter, Engel, Kissling, & Davis, 2009; Pardo & Álvarez, 2007).

En los últimos años, también se han desarrollado algunas aproximaciones terapéuticas cognitivo-conductuales como coadyuvantes al tratamiento farmacológico antipsicótico, con objetivos tales como: la mitigación de los síntomas resistentes a los fármacos en pacientes crónicos, la aceleración de la recuperación y la prevención de recaídas (TARRIER & Wykes, 2004). Estos enfoques de terapias no farmacológicas, aunque han tenido claros efectos en la adherencia y en la mejora de los efectos de los fármacos

antipsicóticos, también han demostrado ser efectivos por sí mismos en la reducción de ideas delirantes, en el incremento de insight clínico y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes (Gaweda, Krezolek, Olbrys, Turska, & Kokoszka, 2015; Tarrier & Wykes, 2004).

Al respecto, cabe señalar que el desarrollo reciente de la terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia ha sido posible gracias a un mayor conocimiento de los mecanismos cognitivos que subyacen tras los síntomas positivos, especialmente tras las ideas delirantes, y de aquellos factores que operan como mantenedores, reforzadores o desencadenantes de éstas (Bell, Halligan, & Ellis, 2006; Garety & Freeman, 1999; Lam, Ho, Wo, Chan, Yam, Yeung, Wong & Balzan, 2015).

Muchas de estas terapias se han desarrollado a partir de la evidencia que sugiere que ciertos sesgos cognitivos están presentes en los pacientes esquizofrénicos más que en el resto de la población, y que estos sesgos se relacionan con las características de los delirios. Entre estos sesgos, se encuentran: el sesgo de razonamiento probabilístico; el sesgo de salto a conclusiones; un sesgo contra la evidencia disconfirmatoria; el exceso de confianza en el razonamiento erróneo y especialmente en los errores de memoria; un estilo atributivo externo y global; y fallos a la hora de leer en las demás personas intenciones y estados mentales, es decir, un error en la teoría de la mente (Brune, 2005).

Revisando de manera más detallada alguno de estos sesgos, cabe mencionar que la mayoría de los estudios desarrollados sobre sesgos cognitivos en la esquizofrenia coinciden en que entre el 40 y el 70% de estos pacientes reúnen muy poca información antes de llegar

a conclusiones importantes (Lincoln, Ziegler, Mehl, & Rief, 2010). Este patrón de respuesta ha sido identificado tanto en pacientes en riesgo de psicosis, como en pacientes psicóticos y en remisión de síntomas, así como en pacientes subclínicos (Moritz & Woodward, 2005). Por otra parte, la evidencia también señala que el salto a conclusiones se agrava en situaciones de estrés y en contextos emocionales, y apunta también a que los pacientes se ven a sí mismos como dubitativos antes que apresurados. Sumado a esto, parece ser que no sólo seleccionan muy pocas pistas para llegar a una conclusión, sino que seleccionan las menos adecuadas (Lincoln et al., 2010; Moritz et al., 2009; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt, & Woodward, 2010; Moritz & Woodward, 2005).

Otro de los sesgos que se han identificado recientemente en pacientes esquizofrénicos, con y sin presencia de psicosis, es el sesgo contra la evidencia disconfirmatoria de creencias iniciales, es decir, los pacientes esquizofrénicos tienden a ignorar o a involucrar en el delirio la evidencia que desacredita la idea delirante. En estudios recientes en los que se usaron imágenes e información contextual, estos pacientes mostraron mayor dificultad para abandonar las primeras interpretaciones de situaciones sobre las que se presentó información que las desvirtuaba a lo largo del curso de la prueba (Woodward, Buchy, Moritz, & Liotti, 2007).

También se ha demostrado que en los pacientes con esquizofrenia prevalece un estilo atributivo externo, es decir, que tienden a culpar a los demás de lo malo que acontecen y fallan al identificar las posibles variables que pueden contribuir a la situación. Al igual que con el salto a conclusiones, este error cognitivo está presente en pacientes con

y sin psicosis, y algunos estudios señalan que el sesgo de atribución externa aplica también para situaciones positivas, lo que incrementa en los pacientes la sensación de no tener control sobre lo que pasa y contribuye a mantener una baja autoestima, lo que también estaría relacionado con los altos índices de comorbilidad con trastornos afectivos (Kinderman & Bentall, 1997; McKay, Langdon, & Coltheart, 2005).

Déficits en la teoría de la mente también han sido descritos en la esquizofrenia. Se ha sugerido que las fallas en el razonamiento social son el eje central que articula el mecanismo cognitivo de la formación de los delirios debido a que, en muchas ocasiones, tanto el salto a conclusiones como el sesgo contra la información disconfirmatoria, acompañado de una cognición social apropiada, resultan útiles y funcionales en la cotidianidad. En este sentido, una heurística rápida a la hora de tomar decisiones, si se acompaña de un error en la lectura de intenciones y sobre el estado de la mente de los demás, puede llevar a malas interpretaciones que pueden desencadenar en ideas delirantes (Moritz & Woodward, 2007; Peters & Garety, 2006).

Otra línea de investigación en esquizofrenia se ha encargado de estudiar la memoria y la metamemoria, y ha encontrado que en estos pacientes los recuerdos tienden a ser menos vívidos, y que tienen una tendencia a confiar excesivamente en los errores de la memoria lo que, unido a los sesgos cognitivos anteriores, favorece la creación y el mantenimiento de ideas delirantes de todo tipo, sobre todo paranoides (Moritz, Aghotor, Pfueller, Weisbrod, Roesch-Ely, 2010).

A partir del estudio de estos sesgos como mecanismos cognitivos para la creación y el mantenimiento de los delirios, se han desarrollado algunas aproximaciones terapéuticas que buscan dotar a los pacientes de herramientas eficaces para identificar y anular la ideación delirante. Específicamente, entre las terapias no farmacológicas que han mostrado ser efectivas en la reducción de delirios se encuentra el “Entrenamiento metacognitivo para esquizofrenia” (EMC), desarrollado por Moritz & Woodward, (2007), el cual puede ser descrito como un híbrido entre la terapia cognitivo conductual y la psicoeducación.

Este entrenamiento adopta un enfoque de “puerta trasera” terapéutico, centrado en los procesos cognitivos y metacognitivos presentes en la creación y el mantenimiento de los delirios, por lo que no utiliza la confrontación directa de las ideas con la evidencia disconfirmatoria, sino que pretende reducir significativamente la confianza en las interpretaciones subjetivas, mediante un elemento sorpresa que mejora el insight e instala la duda en las propias creencias (Moritz et al., 2014; Moritz & Woodward, 2007; Sedlacek, P. et al., 2014).

Durante el entrenamiento, los pacientes aprenden a identificar y afrontar los errores cognitivos que llevan a la formación de ideas delirantes mediante el aprendizaje de estrategias más funcionales de procesamiento de la información y, como consecuencia, el EMC pretende alterar la infraestructura cognitiva de la ideación delirante a partir del desarrollo de habilidades metacognitivas de observación de las propias creencias y pensamientos y, con ello, promover una herramienta profiláctica para la prevención de la recaída psicótica (Aghotor, Pfueller, Moritz, Weisbrod, & Roesch-Ely, 2010).

El programa de entrenamiento consta de 8 módulos, traducidos a 23 idiomas, los cuales se enfocan de manera específica en los siguientes temas: distorsiones en el estilo atribucional (módulo 1), salto a conclusiones (módulos 2 y 7), sesgo hacia las evidencias disconfirmatorias de creencias iniciales (módulo 3), incapacidad para tomar perspectiva o empatizar con otros (módulos 4 y 6), exceso de confianza en los errores de memoria (módulo 5) y patrones cognitivos depresivos (módulo 8). En su última versión, estos módulos son trabajados grupalmente en sesiones semanales durante dos meses (Sedlacek, P. et al., 2014).

Los resultados de la aplicación de este programa en contextos culturales diferentes han sido bastante prometedores hasta el momento y, en general, los estudios realizados indican que existe un efecto significativo en la reducción de ideas delirantes, así como un incremento del insight cognitivo, y de la calidad de vida de los pacientes (S. Moritz et al., 2011; Moritz et al., 2014; Moritz, Woodward, & Balzan, 2016).

Una investigación llevada a cabo recientemente en China en la que se aplicó el programa a 80 personas con trastornos del espectro esquizofrénico, señala que el EMC impacta positivamente en la mejora de insight cognitivo, así como en la mejora de síntomas positivos (Lam et al., 2015).

En otro estudio realizado en Polonia por Gaweda, Krezolek, Olbrys, Turska & Kokoszca (2015), con 44 pacientes esquizofrénicos con baja funcionalidad asignados a

EMC y a tratamiento habitual (TAU) aleatoriamente, se concluyó que el EMC tiene un efecto benéfico en los pacientes con baja funcionalidad al mejorar el insight clínico e impactar positivamente en los sesgos cognitivos.

A su vez, Favrod, Rexha, Bardy & Ferrar (2014) condujeron un estudio en Suiza con 52 participantes con diagnóstico esquizofrénico o esquizo-afectivo, en el que se asignaron al azar a tratamientos usuales con antipsicóticos o a tratamiento usual + EMC. Los resultados indican que el entrenamiento mejora el efecto antipsicótico del tratamiento usual y que esta mejora persiste hasta 6 meses después de la intervención.

En otro estudio llevado a cabo en India, con 16 pacientes recientemente diagnosticados con esquizofrenia y sometidos la mitad al EMC y la otra mitad al tratamiento usual, se encontró que el primer grupo obtuvo una reducción significativa en la escala de síntomas positivos y en la escala de delirios de la PANSS (Kumar, Haq, Dubey, Dotivala, Siddiqui, Prakash, Abhishek & Nizamie 2010).

En Alemania se condujo un estudio con 150 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, quienes fueron aleatoriamente asignados para ser parte del grupo control y del grupo experimental, al que se le aplicó el Entrenamiento Metacognitivo. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo experimental al que se aplicó EMC obtuvieron una reducción significativa en la escala de síntomas positivos de la PANSS, así como en la escala PSYRATS de delirios y alucinaciones. Así mismo, se observó una reducción en la

prueba probabilística usada para medir el sesgo de salto a conclusiones (Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., Roesch-Ely, 2013).

Hasta el momento, no hay información sobre la aplicación del EMC a pacientes en Colombia y, dado que este programa ha mostrado ser eficaz en la reducción de delirios, en la mejora del insight clínico y del insight cognitivo en pacientes de diversas culturas, se consideró relevante indagar por la eficacia del entrenamiento en personas diagnosticadas con esquizofrenia en el contexto colombiano y, de manera más específica, en aquellos pacientes dispuestos a participar en procesos psicoeducativos grupales en régimen ambulatorio que puedan complementar sus procesos terapéuticos a nivel farmacológico y de rehabilitación psicosocial, con el objetivo de conocer también los impactos del programa de entrenamiento en su calidad de vida y funcionalidad. Para ello, se contó con un grupo de pacientes pertenecientes al grupo de psicosis del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquía quienes, de manera destacada, participan en un programa de tratamiento multimodal en el Hospital Universitario San Vicente Fundación.

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia se estima una prevalencia de la esquizofrenia de 4,5 por 1000 habitantes, es decir del 1% de la población total (Ministerio de Protección Social & Fes Social, 2005). La atención psiquiátrica de estos pacientes está garantizada por las entidades prestadoras de salud, siendo siempre la primera línea de intervención los antipsicóticos y, tras la estabilización de los síntomas agudos, se recomiendan otras aproximaciones terapéuticas beneficiosas a discreción de los psiquiatras, quienes autorizan su remisión a otras modalidades de tratamiento, tales como los grupos de psicoeducación, la terapia ocupacional o la psicoterapia (Díaz-Sotelo, 2014; Ministerio de Protección Social & Fes Social, 2005).

Estas otras aproximaciones terapéuticas han resultado útiles dado que, aunque los neurolépticos han probado ser eficaces en la reducción de las alucinaciones y los delirios, en muchas ocasiones se quedan cortos frente a las diferentes problemáticas que encierra el diagnóstico de esquizofrenia, y que afectan no sólo a los pacientes sino también a sus familias y entornos más cercanos. Por esta razón, diferentes programas psicosociales, tales como la psicoeducación a las familias y a los pacientes, y el entrenamiento en habilidades sociales han sido utilizados como coadyuvantes de la terapia farmacológica, y han mostrado ser efectivos en la reducción de hospitalizaciones y en la mejora de la calidad de vida de las personas con esquizofrenia (Martínez, Moreno, & Soriano, 2004; Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, 2013; Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001) .

Por otra parte, teniendo en cuenta que en aproximadamente la mitad de los casos de los pacientes con esquizofrenia presentan comorbilidades con otras psicopatologías, especialmente trastornos del estado del ánimo y de ansiedad, resulta muy útil su abordaje desde terapias psicológicas que han mostrado efectividad en el tratamiento de la psicopatología general y, a su vez, recibir apoyos psicológicos para fortalecer los mecanismos de afrontamiento ante las situaciones cotidianas que puedan favorecer las recaídas (Gómez, 2010) o incluso, rehabilitación neuropsicológica; todas ellas intervenciones desde la disciplina psicológica que hoy forman parte de programas multimodales de intervención, y que han puesto de relevancia el papel de la psicología en el tratamiento de estos pacientes; papel que había muy relegado en el pasado frente a otros profesionales de la salud del ámbito sanitario y psiquiátrico.

En adición al mayor reconocimiento de estas terapias psicológicas enfocadas a la psicopatología general en la esquizofrenia, en los últimos años también se han ido generando avances específicos desde la psicología para el abordaje de síntomas claves en esta patología, como pueden ser los síntomas positivos y, entre ellos, las ideas delirantes. Estos programas de intervención orientados a síntomas específicos, preferentemente de enfoque cognitivo-conductual, aunque cuentan en la actualidad con evidencia favorable para la esquizofrenia (Cuevas-Yust, 2006; Zimmermann, Favrod, Trieu, & Pomini, 2005), no son tan comúnmente aplicados en nuestro contexto y deberían ir revisándose y valorándose al interior de los programas de tratamientos psicológicos en esta población, no

sólo por el mero interés aplicado, que ya de por sí es bastante relevante, sino también por los conocimientos sobre la esquizofrenia que subyacen a estos programas de tratamiento.

En este sentido, los avances recientes en el tratamiento psicológico de los síntomas positivos de la esquizofrenia, han permitido identificar los mecanismos cognitivos involucrados en la formación y el mantenimiento de las ideas delirantes y, en la actualidad, estos conocimientos han sentado una base teórica que cuenta con suficiente evidencia. Por otra parte, estos avances han permitido también la sustentación y adaptación de algunos programas de psicoterapia, enfocados no sólo en la prevención de las recaídas psicóticas sino también en la disminución de los delirios y, directa e indirectamente, en la mejora de la funcionalidad y la calidad de vida de estos pacientes.

Es así como se sabe que, en la base del desarrollo y el mantenimiento de las ideas delirantes, subyacen sesgos cognitivos y atribucionales, y errores en la teoría de la mente, que son los blancos fundamentales a los que apunta el Entrenamiento Metacognitivo en Esquizofrenia (EMC por sus siglas en español), uno de los programas de tratamiento eficaces para las ideas delirantes, el cual ha sido desarrollado por Moritz en Hamburgo (Moritz, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, & Woodward, 2011; Moritz et al., 2014).

El EMC supone una intervención innovadora potencialmente beneficiosa para las personas diagnosticadas con este trastorno, puesto que les brinda herramientas efectivas para interrumpir el proceso de creación y mantenimiento de las ideas delirantes y, como consecuencia, disminuye la angustia asociada a los síntomas de la enfermedad y aumenta la

calidad de vida (S. Moritz et al., 2011; Moritz et al., 2016). Otro aspecto que se puede ver positivamente afectado a partir de este tratamiento es la funcionalidad general de los pacientes (Naughton et al., 2012; Rocha & Queirós, 2013) y, en combinación con psicoeducación, puede actuar como una herramienta profiláctica en la prevención de recaídas (Gaweda et al., 2015). Estos resultados apuntan a asuntos esenciales en la esquizofrenia, la cual es un trastorno que afecta como casi ningún otro, a la calidad de vida y a la funcionalidad de las personas, debido a que más del 90% de pacientes presentan un deterioro cognitivo que impacta negativamente el desempeño social, para lo que aún se requiere desarrollar más intervenciones efectivas en este sentido.

Por otra parte, el EMC actúa también como coadyuvante de la terapia farmacológica y puede potenciar sus efectos, así como incrementar la adherencia terapéutica, puesto que es una aproximación complementaria que incrementa la consciencia sobre la propia enfermedad (Moritz et al., 2010); por lo que apunta a un asunto esencial para el abordaje efectivo de este trastorno, que es el insight clínico y la adherencia, que suele situarse en niveles medios y bajos en el 43% de los pacientes según el consenso clínico español (Giner, García, & Granada, 2010)

Otra ventaja de este programa es que sus autores lo han puesto a disposición de todas aquellas personas que deseen implementarlo, sin ningún coste económico, por lo cual es una oportunidad para el investigador de poner a prueba un protocolo que cuenta con un cuerpo de evidencia significativo en cuanto a la eficacia en la reducción de síntomas en diferentes países como China, Alemania, Holanda, Australia, India, (Favrod et al., 2014;

Gawęda, Moritz, & Kokoszka, 2009; Kumar et al., 2010; Moritz, Veckenstedt, et al., 2010; Moritz et al., 2016; Moritz S, 2007), y también una oportunidad para los pacientes y sus familias, quienes pueden beneficiarse de un modelo complementario de intervención de sólo ocho semanas y de modalidad grupal, que coadyuva al tratamiento farmacológico y a la adherencia de los pacientes, sin evidencia de efectos iatrogénicos y a muy bajo costo. En este sentido, supone una intervención eficiente en términos de coste social, personal y económico.

En adición a estas ventajas, podría argumentarse que aún en Colombia no se han investigado los efectos de programas como EMC en pacientes con esquizofrenia, aunque en el ámbito psicológico sí se cuentan con algunos estudios sobre los componentes psicoeducativos o algunas técnicas avaladas orientadas a las estrategias de afrontamiento (Gómez, 2010; Ruiz-Iriondo, Salaberria & Echeburúa, 2013). Es por ello que puede resultar de interés desarrollar unas primeras aproximaciones investigativas hacia la aplicación de estos nuevos programas de tratamiento específicos para los síntomas positivos en las psicosis en el país y, a la vez, estos resultados podrían poner en cuestión los asuntos administrativos y de orden burocrático que limitan el acceso a la psicoterapia en el sistema de salud colombiano a los pacientes con psicosis, y que dificultan la autorización del número de sesiones de atención psicológica apropiadas para las intervenciones clínicas recomendadas, que exceden las brindadas por las entidades prestadoras de salud (Gómez González, 2010).

Por otra parte, en el contexto nacional actual, en el que se discute una política pública de salud mental que responda al complejo perfil de la población colombiana, resulta pertinente desarrollar intervenciones innovadoras basadas en la evidencia que aporten al manejo integral de los trastornos mentales y a la reducción del impacto negativo de éstos sobre los pacientes, sus familias y sus comunidades (Ministerio de Protección Social & Fes Social, 2005). Es aquí donde juega un papel importante la implementación de programas de bajo costo en tiempo y recursos, que permitan obtener buenos resultados en cuanto a la mejora de la salud de los pacientes.

En este contexto nacional, el Hospital Universitario de San Vicente Fundación supone un espacio destacado para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, dado que en su Departamento de Psiquiatría está establecido un protocolo de intervención interdisciplinaria en donde estos pacientes son atendidos por profesionales de diferentes áreas de la salud y donde se realizan intervenciones psicoeducativas y orientadas a la rehabilitación psicosocial. En este programa se desarrollan semanalmente sesiones grupales con componentes psicoeducativos, en los que el EMC puede convertirse en una terapia coadyuvante de las demás intervenciones debido a su potencial en cuanto al incremento del insight cognitivo y clínico, favoreciendo así la adherencia terapéutica y la profilaxis frente al riesgo de nuevos episodios psicóticos.

Adicionalmente, la implementación del presente programa puede dejar sugerencias valiosas a las personas del área de la salud mental del Hospital, para la integración y

desarrollo de intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas, que favorezcan las demás intervenciones psicosociales y farmacológicas en la esquizofrenia.

Finalmente, los resultados de la intervención, pueden aportar acerca del corpus teórico de la comprensión de algunos síntomas de la esquizofrenia, lo que nutre la discusión académica; así como dejar enseñanzas metodológicas para la aplicación de éste u otros tratamientos coadyuvantes en el tratamiento farmacológico de la enfermedad, que redunden en la mejora de estas intervenciones para beneficio de los pacientes, sus familias y comunidades.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Establecer los efectos de la implementación de un programa Entrenamiento Metacognitivo en Esquizofrenia (EMC) sobre los sesgos cognitivos, la funcionalidad y la calidad de vida en un grupo de pacientes con esquizofrenia.

3.2. Objetivos específicos

- Describir las características socio-demográficas y clínicas de un grupo de pacientes con esquizofrenia.
- Determinar y contrastar las puntuaciones de funcionalidad, calidad de vida y sesgos cognitivos (salto a conclusiones, estilo atributivo, déficit en teoría de la mente e insight cognitivo) de cada uno de los pacientes, antes y después de la implementación del programa.
- Identificar y comparar las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de pacientes en funcionalidad, calidad de vida y sesgos cognitivos (salto a conclusiones, estilo atributivo, déficit en teoría de la mente e insight cognitivo), antes y después de la implementación del programa.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Esquizofrenia

4.1.1. Caracterización clínica de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a cerca del 1% de la población mundial (American Psychiatric Association, 2014) y que se caracteriza por todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Esta enfermedad se asocia con un deterioro funcional y social significativo.

Se caracteriza clínicamente por la presencia de síntomas positivos, negativos y de desorganización, considerándose los síntomas positivos como aquellas experiencias anormales que son nuevas o se añaden al individuo como resultado del trastorno, y que incluyen alteraciones perceptivas, alucinaciones, delirios, y pensamiento desorganizado (Bernardo, 2003). Por su parte, los síntomas negativos son aquellos que se definen por la pérdida de funciones psicológicas que si están presentes en personas que no padecen la enfermedad (Martínez et al., 2004), y dentro de éstos se incluyen la abulia, la anergia, la anhedonia, la apatía y el retraimiento social. Por último, también se presenta un síndrome de desorganización correspondiente al deterioro cognitivo y caracterizado por la fragmentación de ideas, el pensamiento desorganizado y el afecto inapropiado (Vallina Fernández & Giráldez, 2001).

En cuando a su etiopatogenia, actualmente se adopta un modelo multifactorial que involucra el concurso de factores poligenéticos y ambientales. Como principal factor genético individual, se encuentra el ser familiar en primer grado de una persona con esquizofrenia, y este riesgo se hace cada vez menor a medida que aumentan los grados de consanguinidad (Gejman & Sanders, 2012). Respecto a los factores de riesgo ambientales, éstos se presentan en su mayoría durante la etapa prenatal y perinatal e incluyen, entre otros, el nacer en un ambiente urbano, contraer enfermedades víricas infecciosas como la gripe o el herpes simple, la malnutrición de la madre, el nacimiento durante los meses de invierno y primavera, los altos niveles de estrés durante el primer trimestre del embarazo, las enfermedades autoinmunes, los traumatismo craneanos, la epilepsia y las convulsiones febriles en los niños, de igual manera otro factor de riesgo es el consumo de sustancias psicoactivas como cannabis (Obiols & Vicens-Vilanova, 2003). Sin embargo, aún no se cuenta con suficiente claridad acerca de la forma en la que interactúan estos factores ambientales con los factores genéticos para el desarrollo de la enfermedad (Gejman & Sanders, 2012). A continuación, en la figura 1 se muestran los factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia.

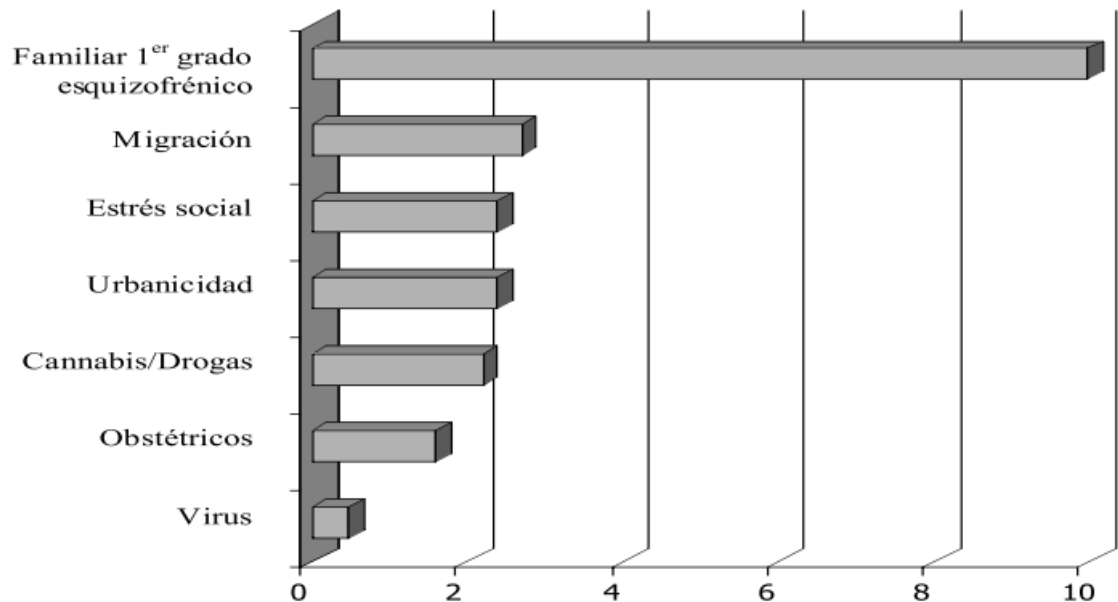


Figura 1. Factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia. Tomado de Obiols & Vincens-Vilanova (2003).

Debido a que los síntomas clínicos se manifiestan a una edad que corresponde con la poda sináptica durante la adolescencia, se ha considerado que la esquizofrenia puede ser una alteración del neurodesarrollo, con dos posiciones teóricas encontradas: la primera que defiende la existencia de una lesión prenatal que se activa una vez las estructuras afectadas por la lesión se conectan durante la poda, y la otra posición que señala una alteración específica durante el proceso de maduración en la adolescencia (Obiols & Vicens-Vilanova, 2003).

Debido al momento del desarrollo en que se presentan los síntomas también se ha considerado la posibilidad de que sea un trastorno neurodegenerativo similar a las demencias, aunque la evidencia parece descartar esta opción (Obiols & Vicens-Vilanova, 2003).

En el curso de la enfermedad se reconocen las siguientes etapas, según (Ruiz-Iriondo, Salaberria, & Echeburúa, 2013, pg 55-57):

- Fase *premorbida* o pre-psicótica, en la que se presentan síntomas positivos o negativos atenuados, síntomas afectivos inespecíficos, trastorno del pensamiento y deterioro del funcionamiento social.
- Fase *aguda* en la que se presenta un primer episodio psicótico con predominancia de síntomas positivos, delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado y alteraciones conductuales.
- Fase de *remisión*, considerado un periodo crítico en la rehabilitación porque el nivel de funcionalidad que se alcance en esta fase se considera como predictor de la funcionalidad a 15 años. Durante esta fase predominan los síntomas cognitivos, síntomas negativos y síntomas positivos leves.
- Fase *subcrónica* en la que hay recurrencia de episodios psicóticos, sintomatología negativa y residual, y labilidad emocional.
- Fase *crónica* o estable en la que predominan los síntomas negativos y la labilidad emocional.

En las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales se persiguen diversos objetivos según el estadio de la enfermedad. Es así como en la fase premorbida o pre-psicótica, el principal objetivo es disminuir el riesgo de transición a la psicosis o evitarlo, por lo que el tratamiento se enfoca en la psicoeducación, la promoción de hábitos

saludables y en el trabajo con la psicopatología general. En la fase aguda, que puede corresponder al primer episodio psicótico, los objetivos consisten en favorecer el inicio del tratamiento farmacológico, el análisis del proceso de adaptación a la enfermedad, la intervención sobre la psicopatología general, la evaluación del estado de ánimo y de la valoración clínica de la enfermedad, y la valoración de las alternativas de tratamiento. En la fase que corresponde al periodo crítico, los objetivos son la adherencia terapéutica y la readaptación funcional del paciente. En la fase subcrónica, el objetivo es la estabilización a largo plazo y la recuperación funcional y social mediante entrenamiento en habilidades sociales y programas de empleo protegidos. Por último, en la fase crónica, los objetivos son la mejora de la calidad de vida y el logro de la mayor independencia posible

Aunque actualmente el tratamiento para la esquizofrenia se orienta principalmente a lo farmacológico y a la atenuación de los síntomas positivos, cada vez más se han desarrollado y validado modelos de intervención psicoterapéuticos y psicosociales coadyuvantes que han mostrado ser eficaces, y se recomiendan los tratamientos multimodales.

4.1.2. Funcionalidad y calidad de vida en la esquizofrenia.

La Organización Mundial de la Salud OMS, (1998) define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus

normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno” (p. 1).

Debido a que la esquizofrenia es una enfermedad altamente incapacitante, pues altera el juicio de realidad de quien la padece y disminuye su funcionalidad social, se presume que afecta negativamente la percepción subjetiva de calidad de vida de los pacientes.

En un metaanálisis realizado en el 2007 con 56 estudios que relacionan los síntomas psiquiátricos con la calidad de vida, se concluye que en la mayoría de casos, la presencia de síntomas positivos y negativos de psicosis influye negativamente en la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes, aunque no tanto como la psicopatología general específicamente la relacionada con síntomas ansiosos y depresivos, es decir los pacientes esquizofrénicos que además tienen síntomas ansiosos o depresivos reportan una menor calidad de vida (Eack & Newhill, 2007).

De manera específica, en el curso de la esquizofrenia hay varios factores que afectan negativamente a la calidad de vida de los pacientes y que disminuyen su funcionalidad. Entre ellos, aquellos cuya relación directa se ha evidenciado en mayor medida, tales como los síntomas depresivos, los síntomas ansiosos, los trastornos comórbidos de la personalidad, el haber alcanzado un alto grado de funcionalidad premórbida y tener un alto nivel de insight después de la fase crítica. Otros factores que

afectan negativamente a la percepción de calidad de vida en la esquizofrenia son: el deterioro en la salud física, y el vivir en ambientes con dificultades económicas y poco acceso a recursos básicos, tales como el transporte y la alimentación (Castro, Caballero, Medina, Celedon, & Bravo, 2013; Eack & Newhill, 2007; Gardsjord et al., 2016).

El conocimiento de los factores que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos permite diseñar programas de intervención enfocados a la mejora de estos factores y de las condiciones de vida, de forma tal que se garantice un tratamiento digno que beneficie al paciente en todas las esferas.

4.2. Ideas delirantes

4.2.1. Aproximación conceptual a los delirios

Las ideas delirantes son uno de los síntomas característicos de la esquizofrenia y, según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014), se pueden caracterizar como “creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas, por ejemplo, persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza (p. 87)”.

Sin embargo, a pesar de esta definición operativa acerca de las ideas delirantes u otras, la conceptualización de los delirios dista mucho de estar clara y ha sufrido varios cambios a lo largo del tiempo debido tanto a las dificultades epistemológicas que presenta,

como a las dificultades que se han presentado en la práctica clínica para su diagnóstico. Aun así, muchos autores consideran en la actualidad que las ideas delirantes tienen una naturaleza multidimensional y que cumplen con una lista de características, en la que ninguna de las cuales resulta necesaria o suficiente, tales como: el que sea una idea infundada, que se presente con gran convicción, que sea resistente al cambio, que genere preocupación y angustia, que interfiera con el funcionamiento social o que involucre ideas autorreferenciales (Freeman, 2007).

En la presente investigación se considera que existe un delirio cuando se presenta gran convicción en la creencia, si no responde ante la evidencia disconfirmatoria, y si es clasificable en alguna de las categorías encontradas en los manuales diagnósticos.

4.2.2. Teorías explicativas de los delirios

El estudio de los delirios desde la perspectiva de la psicología tiene dos vertientes, por un lado, aquella que señala que los delirios se producen por la aplicación de un razonamiento normal a experiencias anormales, como las alucinaciones u otras alteraciones de la percepción. Por otro lado, se encuentra la perspectiva que señala que las ideas delirantes son producto de distorsiones cognitivas. Esta última posición es la que cuenta con mayor grado de evidencia en la actualidad (Peters & Garety, 2006).

4.2.2.1. Delirios como explicación de la experiencia

Esta aproximación teórica a la formación de los delirios, sostiene que estos son explicaciones desarrolladas a través de los mecanismos cognitivos normales de experiencias perceptuales anómalas, debidas a causas fundamentalmente biológicas, y que involucran experiencias sensoriales vívidas e intensas. Algunas de estas experiencias son experimentadas como alucinaciones.

Los defensores de esta aproximación sostienen que los pacientes, al experimentar estas anomalías, buscan explicaciones que derivan de procesos de razonamiento completamente normales, y que son mantenidas de la misma forma que cualquier otro tipo de creencia fuerte. Así mismo sugieren, que estas creencias son reforzadas por la reducción de la ansiedad que supone encontrar una explicación a una experiencia desagradable (Maher, 2003; 2006).

La evidencia a favor de esta teoría proviene de dos fuentes principales: por un lado, argumentando que los delirios son experiencias presentes en una buena cantidad de enfermedades médicas y psicológicas, en las que actuarían como una función adaptativa de respuesta a los problemas causados por un agente patógeno. Por otro lado, se encuentra la evidencia que sugiere que las creencias irracionales y firmemente defendidas pueden ser inoculadas en la población general bajo condiciones ambientales anómalas específicas, tal como demuestran los experimentos de la cárcel de Stanford de Zimbardo (Maher, 2005; 1988).

No obstante, dado que esta aproximación teórica apunta a una única causa de los delirios, no explicaría la presencia de ideas delirantes que ocurren en ausencia de alteraciones perceptivas o bajo condiciones normales (Garety & Freeman, 1999).

4.2.2.2. Teorías basadas en déficit y sesgos cognitivos básicos, atribucionales y de cognición social

La literatura sugiere que las personas con ideación delirante presentan sesgos cognitivos y atribucionales que contribuyen a la formación del delirio (Bell et al., 2006). Entre éstos, el más común es el sesgo de “salto a conclusiones”, el cual consiste en tomar decisiones o emitir juicios sin contar con la suficiente información que los respalde. Este error en el razonamiento probabilístico, ha demostrado ser estable en el tiempo en personas con esquizofrenia y es un rasgo que incrementa la convicción delirante, aunque la evidencia demuestra que no está relacionado con la angustia delirante (Garety & Freeman, 1999; Peters & Garety, 2006).

Por otra parte, algunos estudios también señalan la existencia de un sesgo contra la evidencia disconfirmatoria relacionado con la formación de la ideación delirante. Este sesgo consiste en una tendencia de los pacientes a ignorar la evidencia que desacredita sus creencias iniciales, la cual es acompañada por una excesiva confianza en los errores de memoria, característica que constituye una base para la formación y mantenimiento de la

idea delirante (Moritz, Woodward, Whitman, & Cuttler, 2005; Woodward, Buchy, Moritz, & Liotti, 2007).

Al respecto, se reconoce actualmente que los déficits de memoria en esquizofrenia están relacionados tanto con dificultades a la hora de aprender y codificar la información, como de evocación de los recuerdos, en los que los pacientes con esquizofrenia muestran dificultades relacionadas con la vaguedad y el detalle de los mismos, lo que los hace tener recuerdos menos vívidos y ser propensos a confiar excesivamente en falsas memorias (Moritz et al., 2005).

4.2.2.3. Teorías atributivas

El rol que juega el estilo de atribución en la formación de delirios, especialmente de persecución, también ha sido muy estudiado. Uno de los hallazgos más consistentes tiene que ver con la presencia de un estilo de atribución externo para los eventos negativos en pacientes con presencia de ideación delirante (Woodward, Burlon, Braus, & Andresen, 2007). Los pacientes con delirios de persecución, por ejemplo, tienden a atribuir los eventos negativos a causas externas (externalización) y los eventos positivos a causas internas (internalización); lo que señala la existencia de un sesgo de autoservicio más exagerado que en la población “normal” (Bell et al., 2006; Peters & Garety, 2006). En adición, un estudio distingue entre un sesgo de externalización general y un sesgo de personalización (tendencia a culpar a otros por eventos desafortunados), y concluyen que, en los pacientes con ideación delirante, es más común este último (Kinderman & Bentall, 1997).

En cuanto a los modelos explicativos de estos sesgos, los estudios que indagan por el estilo atribucional en la esquizofrenia toman como referencia fundamentalmente el modelo de indefensión aprendida de Seligman (1982), que señala que cuando las personas se enfrentan a experiencias sobre las que no tienen control, atribuyen esto a alguna causa en función de las siguientes dimensiones: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad (Rendón, 2004).

El modelo de indefensión aprendida también se relaciona con estilos de atribución depresivos, en los cuales los sujetos atribuyen a causas internas los eventos negativos y consideran que esas causas estarán presentes en otras situaciones, es decir que son causas estables en el tiempo. De acuerdo con Peterson y Seligman (1984), la tendencia de atribuir a los sucesos cotidianos causas internas, estables en el tiempo y con un efecto global corresponde a un estilo explicativo pesimista, mientras que atribuir causas externas, inestables en el tiempo y específicas para la situación corresponde a un estilo explicativo optimista.

Al comparar los estilos de atribución de sujetos normales con los de sujetos con ideación delirante, Prieto (2001), encontró que estos últimos realizan una atribución externa de los eventos negativos, de forma tal que rechazan la culpabilización y hacen que ésta recaiga en los demás. Así mismo, los sujetos delirantes tienen a realizar una internalización excesiva de los eventos positivos, y a considerar que la causa de esta situación es estable en el tiempo.

4.2.2.4. Teorías sobre mentalización: Teoría de la mente en esquizofrenia

La teoría de la mente es un término que se refiere a la capacidad cognitiva de comprender y predecir los estados mentales propios o de los demás en términos de pretensiones, intenciones, creencias o pensamientos (Brune, 2005). De forma resumida, puede plantearse que este concepto abarca tres aspectos: la percepción de las expresiones emocionales, la capacidad para atribuir deseos e intenciones a otros, y la capacidad de ponerse en el lugar de los demás (Tirapu-ustárroz, Pérez-sayes, Erekatxo-bilbao, & Pelegrín-valero, 2007).

En términos neurobiológicos, se ha observado que el mecanismo neuronal subyacente a la teoría de la mente se desarrolló mediante la capacidad de monitorear el movimiento biológico a partir de las neuronas espejo, es decir, desde los correlatos fisiológicos del comportamiento de imitación (Brune, 2005), y a partir de la integración de redes neuronales entre la corteza prefrontal medial, la circunvolución temporal superior, y los lóbulos temporales (Téllez-Vargas, 2006), tal como puede observarse en el esquema presentado en la Figura 2.

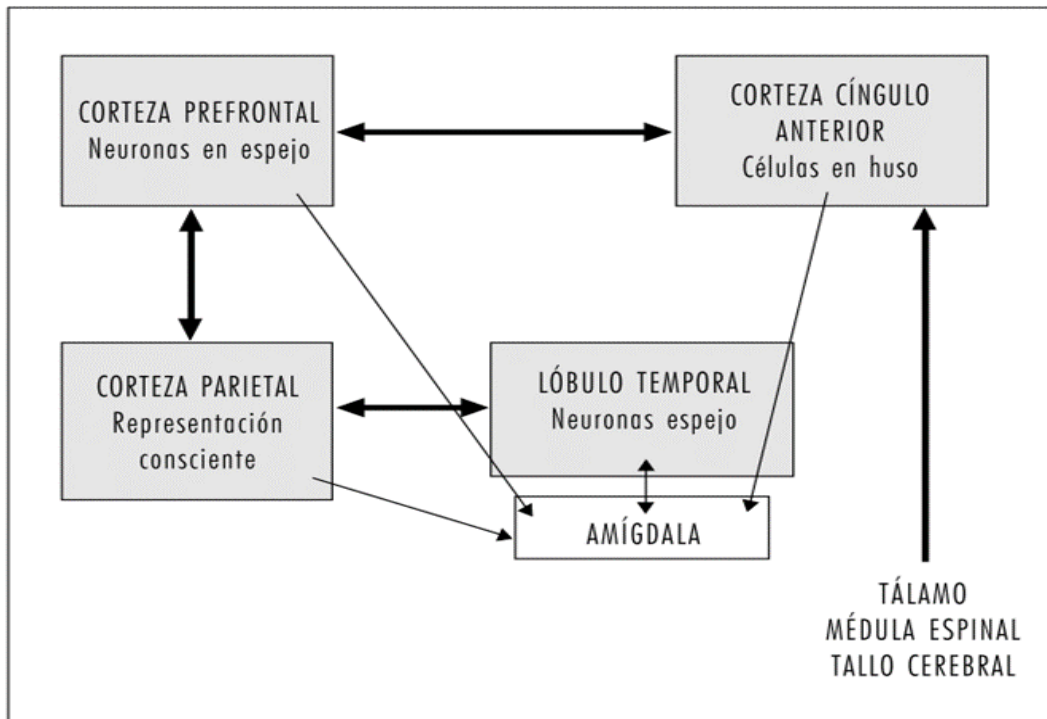


Figura 2. Esquema de las estructuras cerebrales que conforman el sustrato neurobiológico para la teoría de la mente. Tomado de Téllez-Vargas (2006).

Desde un modelo de desarrollo ontogénico, Baron-Cohen, Leslie, & Frith (1985) plantean que, desde muy temprano, el niño es capaz de diferenciar el movimiento de objetos animados e inanimados y cerca de los 18 meses, es capaz de identificar y usar gestos protodeclarativos de señalamiento y de involucrarse en juegos de simulación. También observaron que, entre los 14 y los 18 meses, el niño es capaz de atribuir intenciones y deseos en los demás, así como de dirigir su atención hacia un agente que lo observe fijamente.

A partir de esta edad, se diferencian tres estadios en el desarrollo ontogénico: La fase 1 (4-5 años) que corresponde a diferenciar las creencias propias y las de los demás

sobre el estado del mundo; la fase 2 (6-7 años) que corresponde a la capacidad de reconocer que uno puede tener una creencia falsa acerca de lo que los demás creen; y la fase 3 (9-11 años) que corresponde a la capacidad de reconocer que nos podemos equivocar de forma inconsciente.

El desarrollo de la teoría de la mente es paralelo a la adquisición del lenguaje, pues sus mecanismos se ven íntimamente relacionados (Téllez-Vargas, 2006). Sin embargo, el concepto abarca diversas habilidades metacognitivas. En este sentido, Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao, & Pelegrín-Valero (2007) proponen una categorización de la teoría de la mente por niveles de complejidad, de la siguiente forma: reconocimiento facial de emociones en el cual la amígdala juega un papel fundamental; creencias de primer y segundo orden; comunicaciones metafóricas; meteduras de pata; expresión emocional a través de la mirada; y empatía y juicio moral.

Desde una perspectiva evolucionista, los individuos con una buena teoría de la mente tienen un éxito mayor en las relaciones sociales, lo cual incrementa sus posibilidades de reproducción. Sin embargo, quienes fallan en la teoría de la mente han sido relacionados con psicopatologías como el autismo y la esquizofrenia; en esta última, considerándose que el déficit de habilidades sociales y el deterioro de la capacidad de comunicación se encuentran asociadas a una alteración en los mecanismos neuronales que regulan esta capacidad (Brune, 2005) .

Al respecto, algunos estudios muestran que las personas con esquizofrenia presentan marcadas dificultades a la hora de inferir estados mentales, pretensiones e intenciones en las demás personas, es decir, presentan alteraciones en el mecanismo cognitivo de la teoría de la mente, lo cual impacta negativamente la forma en que estas personas se comunican e interpretan el discurso de los demás (Baron-Cohen et al., 1985; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Freeman, 2007). Debido a esta dificultad, los pacientes con esquizofrenia pueden ver disminuido su insight cognitivo y presentan problemas para la aplicación de reglas pragmáticas de conversación, lo que impacta negativamente sus habilidades sociales (Brune, 2005).

Por otra parte, la marcada dificultad de los pacientes esquizofrénicos para atribuir a terceros pensamientos, emociones o intenciones, es un aspecto que contribuye también a la formación de falsas creencias que pueden desencadenar delirios, y que influye en el deterioro social y funcional de los pacientes. (Brune, 2005; S Moritz et al., 2011).

4.2.3. Insight clínico y cognitivo en esquizofrenia

El término “insight” ha sido traducido al español como introspección y, aunque en la literatura pueden encontrarse diversos usos del término, algo común a los estudios es utilizarlo cuando se da una conexión entre experiencias pasadas y presentes, pensamientos, deseos o comportamientos, de forma tal que se genera un nuevo entendimiento, o un reconocimiento que antes no se había presentado sobre un problema, pensamiento, conducta o emoción (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber, & Schamberger, 2007).

Según Holtforth et al., el insight abarca las siguientes dimensiones:

- Dimensión Objetual: Son los objetivos del nuevo entendimiento, es decir, las emociones, pensamientos, comportamientos, etc., asociados al problema.
- Complejidad: El número de conexiones significativas o integraciones, tales como la identificación de patrones o temas en el nuevo conocimiento o en la nueva comprensión.
- Nivel de representación: Nivel de claridad objetual previa al insight.
- Intensidad de emociones: El nivel de las emociones asociadas a la experiencia de insight.
- Aceleración: El grado repentino de la nueva comprensión, que va desde el desarrollo continuo acumulativo hasta la experiencia ¡Aha! (p. 66).

Adicionalmente, en psicoterapia el insight es definido como el entendimiento funcional de un problema por parte del paciente, proceso que involucra además la adquisición de una explicación adaptativa del trastorno o problema particular (Wampold, Imel, Bhati, & Johnson Jennings, 2007).

Es por ello que en los estudios centrados en la evaluación del insight en los trastornos mentales se diferencian dos tipos: el insight clínico y el insight cognitivo. El primero de ellos se refiere al nivel de conciencia del paciente sobre el trastorno y sus síntomas y, el segundo, a la habilidad que tienen las personas para evaluar y corregir los

sesgos cognitivos y las malas interpretaciones que se presentan durante la psicosis. Para la evaluación de este último insight, Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004, desarrollaron una escala centrada en evaluar los procesos cognitivos subyacentes, tales como: la objetividad, el distanciamiento o la perspectiva frente al problema, el exceso de confianza en las conclusiones subjetivas y la capacidad de autocorrección y crítica.

En lo referido al insight clínico, es ampliamente aceptada esta definición planteada por Martínez, Moreno y Soriano, 2004:

Consciencia que tiene un paciente de padecer un trastorno mental; de las repercusiones sociales que este trastorno conlleva; para atribuir correctamente sus pensamientos extraños y sus alucinaciones, así como el resto de síntomas a la enfermedad; y de la necesidad de tratamiento por este motivo (p. 147).

En la esquizofrenia, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), de 811 pacientes evaluados en el estudio PILOT a nivel internacional, el 81% negaban tener un trastorno mental y el 97% de los que se encontraban en episodio agudo, presentaban dificultades en el insight (Leff, Sartorius, Jablensky, Korten, & Ernberg, 1992).

Esta falta de insight clínico dificulta en muchas ocasiones el trabajo del clínico para iniciar o mantener un tratamiento, pues el que el paciente no reconozca que sufre un trastorno o que necesita ayuda, impacta negativamente a la adherencia farmacológica o terapéutica. También la falta de insight se ha asociado con otras manifestaciones, tales

como una pobre respuesta al tratamiento, disforia, baja autoestima, un mayor número de hospitalizaciones involuntarias y de recaídas, y el incremento de los síntomas positivos (Martínez et al., 2004).

En cuanto a los correlatos fisiológicos de la falta de insight, se ha señalado la similitud que existe entre pacientes con trastornos neurológicos, especialmente con daños en la zona dorsolateral del lóbulo frontal que presentan anosognosia, y la falta de insight en los pacientes con esquizofrenia (Martínez et al., 2004; Obiols & Vicens-Vilanova, 2003).

Por otra parte, según Beck y Warman (2010), los componentes del insight cognitivo que están afectados en la esquizofrenia, a saber, una baja autorreflexión y una alta autocerteza; podrían contribuir a la formación de un estilo racional favorable a la creación y el mantenimiento de los delirios. En este sentido, cabría pensar que los pacientes que son más flexibles y que poseen más alta autorreflexión y más baja autocerteza, tenderían a presentar menos ideación delirante.

Al respecto, algunos estudios han encontrado una relación inversa entre los síntomas negativos y la autorreflexión, es decir, que los pacientes con un mejor desempeño social puntuaban mejor en las escalas de autorreflexión y viceversa. Así mismo, se han encontrado relaciones directas entre la autocerteza y los síntomas negativos.

Por otra parte, el insight cognitivo también ha sido considerado como un predictor favorable del curso del tratamiento, dado que aquellos pacientes que puntúan alto en la

escala de insight cognitivo muestran una mayor reducción de ideación delirante al avanzar la terapia (Riggs, Grant, Perivoliotis, & Beck, 2012).

Existe también una relación directa entre el insight cognitivo y el insight clínico, aunque hay evidencia que sugiere que los dos conceptos son complementarios antes que intercambiables, aunque las mediciones de insight cognitivo se centran en las capacidades antes que en la patología, por lo que son un mejor indicador de buen pronóstico (Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004; Bell et al., 2006).

Según Riggs et al. (2012) el desarrollo de un nivel adecuado de insight clínico depende de un buen nivel de insight cognitivo. Así mismo señalan que los pacientes con mayor insight cognitivo tienden a ser más independientes, por lo que sugieren que es posible que la metacognición y el procesamiento de la información de las interacciones sociales se vean afectados positivamente si se mejora el insight cognitivo.

4.3. Terapia metacognitiva para los delirios

4.3.1. Concepto de metacognición

La metacognición es definida como la cognición sobre la cognición, o el conocimiento sobre el conocimiento (Flavell, 1976);. Es un proceso que involucra desde la identificación de pensamientos y sentimientos, hasta la integración en amplias representaciones de intenciones, emociones, conexiones entre eventos y pensamientos. Es decir, varía en un

rango que va desde lo discreto hasta lo sintético (Dimaggio & Lysaker, 2015). El concepto incluye también los procesos metacognitivos de control, es decir: «todas aquellas actividades cognitivas que gobiernan cualquier funcionamiento cognitivo» para la regulación del propio comportamiento cotidiano: «capacidad de seleccionar las respuestas adecuadas»; «manera de evaluar y sopesar la información y de cómo hacer frente a las limitaciones cognitivas» (Cornoldi, 1995).

La metacognición involucra diferentes procesos que se sobreponen y que permiten a los individuos detectar estados mentales en sí mismos y en los otros, y razonar sobre esos estados, por ejemplo, para inferir relaciones causales entre eventos relacionales, emociones, pensamientos o conductas y tomar una posición crítica frente a las propias creencias, entender que las ideas son subjetivas y que las apreciaciones sobre una idea pueden diferir según las personas (Dimaggio & Lysaker, 2015).

En este sentido, los procesos metacognitivos permiten identificar cualidades discretas de uno mismo y de los otros, y luego integrarlas en una visión amplia y sintética. A su vez, incluyen también la habilidad de desarrollar estrategias adaptativas de afrontamiento basadas en la lectura del sufrimiento propio y ajeno.

4.3.2. Indicaciones de la terapia metacognitiva en psicosis

En los pacientes con esquizofrenia, se han evidenciado déficits en las habilidades de detección de pensamientos, intenciones y emociones; así como dificultades a la hora de

entender que un evento puede tener múltiple causalidad y para usar las habilidades metacognitivas con el objetivo de reducir la ansiedad. Adicionalmente, se ha observado una relación positiva entre estos déficits metacognitivos y los síntomas negativos (Bob, Pec, Mishara, Touskova, & Lysaker, 2016), y que los sesgos cognitivos observados en esquizofrenia conducen no sólo a la formación de ideas delirantes, sino también a una disminución del insight, variable que es fundamental en el curso y tratamiento de estos pacientes.

Es por ello que se requieren desarrollar terapias metacognitivas en psicosis, dado que las habilidades de metacognición están en la base del trastorno y en el curso y evolución del mismo debido a que las estrategias metacognitivas mejoran el procesamiento de la información a través del autoconocimiento y generan autocontrol y, en este sentido, resulta muy útil aumentar la conciencia sobre los sesgos y mejorar las habilidades para reflexionar de forma crítica y, complementariamente, para cambiar el repertorio de soluciones de problemas de los pacientes.

No obstante, no debe olvidarse que las personas con psicosis, a menudo describen las experiencias vitales de forma abstracta, sin referirse a sus propios estados mentales o emocionales, y con ausencia de deseos, motivos, ideales o preferencias; y que, para explicar sus problemas, pueden utilizar historias elaboradas, pero no suelen hacer referencia a experiencias tales como la tristeza, la frustración o la pérdida. Debido a estas dificultades, se han señalado tres objetivos terapéuticos a seguir en la terapia psicológica de la psicosis: El primero, relacionado con la importancia de la creación de un buen vínculo terapéutico,

debido a la naturaleza interpersonal de la mentalización y las actividades metacognitivas. El segundo subraya la necesidad de evaluar continuamente las capacidades metacognitivas de los pacientes para evitar malos entendidos en los que los pacientes pueden o no comprender y, por último, que las intervenciones no deben exceder las habilidades de lectura mental de los pacientes (Dimaggio & Lysaker, 2015).

En general, para el tratamiento de muchos de estos procesos se usan técnicas cognitivas, pero resulta necesario aclarar la diferencia entre éstas y las técnicas metacognitivas. Mientras que las primeras trabajan con el contenido de los deseos, pensamientos y emociones; las segundas se enfocan en la evaluación y manejo de estos deseos, pensamientos, intenciones y emociones (Hasson-Ohayon, 2009).

4.3.3. Programas de terapia metacognitiva en psicosis

Muy recientemente se han desarrollado programas que se enfocan en brindar a los pacientes con esquizofrenia, las habilidades para identificar y ganar control sobre las fuentes metacognitivas de los sesgos cognitivos que intervienen en la formación de delirios.

Uno de estos programas es el Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC por sus siglas en español), que se describirá en el siguiente apartado, y que fue desarrollado en la Universidad de Hamburgo en Alemania por Steffen Moritz y Todd Woodward (2007), con el objetivo de aumentar la conciencia de los pacientes de los errores y sesgos cognitivos típicos de la esquizofrenia, estimando que éstos pueden

culminar en la creación de *falsas creencias* hasta el punto de convertirse en delirios (Freeman, 2007; Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward, 2010) y, por otra parte, impulsarlos a reflexionar críticamente para alterar su repertorio de solución de problemas y habilidades de razonamiento.

Otro de los programas enfocados en fortalecer la metacognición es el Entrenamiento en Cognición Social e Integración (SCIT por sus siglas en inglés), el cual fue desarrollado para optimizar la funcionalidad y la cognición social en personas con esquizofrenia. Aunque este programa abarca varios objetivos del EMC como el sesgo de salto a conclusiones, se centra específicamente en la naturaleza social de estos errores. Además, se enfoca en entrenar la empatía, entendida como la capacidad de entender y compartir las emociones de los demás, y enseña a identificar y actuar las emociones, así como a entender la paranoia a partir de estas lecturas (Combs, Adams, Penn, Roberts, Tiegreem, Stem, 2007).

El SCIT está dividido en tres partes: entrenamiento emocional, evaluación de situaciones e integración. Está diseñado para aplicarse en sesiones semanales de 50 minutos por 24 semanas. Cada entrenamiento es dado por uno o dos terapeutas ayudados con medios audiovisuales. Hasta el momento se han llevado a cabo dos estudios piloto que señalan que los participantes mejoran en la percepción de las emociones y disminuyen las atribuciones hostiles a los demás (Chan, Lao, Li, Cui, Leng, Guan., 2010; Penn, David; Roberts, David L.; Munt, Edwin D.; Jones, Nicole; Sheitman & Ian., 2005).

Cabe diferenciar estos programas, dado que el orientado a la cognición social se enfoca en brindar herramientas para la identificación de emociones, y el EMC en la susceptibilidad de cometer errores o hacer malas interpretaciones. Ambos programas tienen resultados diferentes, mejorando el primero los resultados en los test de cognición social, mientras que el segundo ha demostrado potencial en la disminución de síntomas.

Ambos programas se unieron en uno solo, a través de otro tratamiento desarrollado por Cristina Quirós y Nunu Rocha en Portugal en el año 2013, y que se ha denominado Entrenamiento en Cognición Social y Metacognición (MSCT por sus siglas en inglés). Este programa resulta un híbrido entre los programas de cognición social y el Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia de Moritz y, hasta la actualidad, sólo se cuenta con un estudio sobre eficacia preliminar, el cual arroja resultados positivos en cuanto a la reducción de sesgos cognitivos y mejora en teoría de la mente, conjuntamente (Rocha & Queirós, 2013).

4.3.4. Programa de Entrenamiento Metacognitivo en Esquizofrenia (EMC)

El programa de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC) puede ser considerado una amalgama de rehabilitación cognitiva, terapia cognitiva y psicoeducación. Tal como en las terapias de rehabilitación cognitiva, los pacientes se ven enfrentados a una serie de tareas cognitivas, como recordar elementos de una pintura, en las que se centra la atención en disminuir el exceso de confianza en los errores antes que en potenciar los aciertos. Al igual que la terapia cognitivo conductual para la psicosis, el

entrenamiento se enfoca en atenuar los delirios, aunque adopta un enfoque de puerta trasera que primero lidia con los errores cognitivos tras de los síntomas.

La hipótesis en la que se basa el EMC es que la mejora de las competencias metacognitivas de los pacientes, en cuanto a la conciencia de los sesgos cognitivos que crean y refuerzan las ideas delirantes, supone una herramienta profiláctica en la prevención de las recaídas psicóticas (Moritz et al., 2011).

Durante el entrenamiento, los pacientes aprenden a identificar y afrontar entonces los errores cognitivos que llevan a la formación de ideas delirantes, mediante el aprendizaje de estrategias más funcionales de procesamiento de la información. Para ello, se han desarrollado dos ciclos (A y B) de ocho módulos cada uno (2 sesiones/semana) durante 4 semanas, más dos módulos adicionales optativos de modalidad grupal, los cuales han sido traducidos a 23 idiomas diferentes, y cuya versión en español fue desarrollada por Marisa Barrigón y su equipo en 2009.

4.3.4.1. Características del programa EMC

El EMC está diseñado para ser impartido por profesionales de la salud especializados en salud mental, a un grupo de 3 a 10 pacientes diagnosticados con esquizofrenia durante sesiones de no más de 60 minutos, debido a que la mayoría de los pacientes tienen una ventana de atención reducida.

Se recomienda que se den dos módulos por semana para asegurar que los pacientes asistan a la mayor cantidad de sesiones posibles, y que los grupos sean abiertos, lo que significa que los pacientes puedan entrar en cualquier módulo.

La metodología se caracteriza por su naturaleza interactiva y entretenida (evita tareas «drill-practice» redundantes o forzadas) y se recomienda a cada entrenador que aplique las técnicas que considere necesarias para complementar los módulos, tales como el juego de roles.

Al inicio del programa, a los participantes se les entrega una tarjeta con las siguientes preguntas: “¿Cuál es la evidencia?” “¿Existen puntos de vista alternativos?” e “Incluso si es así, ¿estoy exagerando?”. Estas tarjetas se les entregan con la instrucción de ser usadas en situaciones críticas para evitar respuestas apresuradas.

El EMC busca sembrar semillas de duda a través de experiencias correctivas presentadas de una manera entretenida y colaborativa. Al mostrar escenarios neutrales, el EMC anima a identificar y criticar las bases de las ideas delirantes, para de esta forma impedir la formación de una convicción delirante fuerte. Los diferentes módulos muestran a los pacientes que los eventos complejos pueden tener diferentes explicaciones y son raramente monocausales, que la evidencia puede cambiar con el tiempo, y que no se debe saltar a conclusiones demasiado rápido sobre asuntos importantes. También promueve el mantener un espacio abierto a la posibilidad de estar equivocados, particularmente en situaciones importantes y, todo ello, se realiza desde una aproximación dialéctica.

4.3.4.2. Estructura de las sesiones del programa EMC

El EMC comprende dos ciclos (A y B) de ocho módulos que consisten en una serie de presentaciones, que son proyectadas al grupo de participantes. Debido a que cada módulo contiene más ejercicios de los que pueden ser resueltos, el entrenador tiene la posibilidad de elegir aquellos con los que trabajará.

Cada sesión tiene siempre la siguiente estructura y componentes los cuales, atendiendo a la última versión del programa (Sedlacek, P. et al., 2014) serían:

1. Elementos psicoeducativos y «normalizadores». El dominio respectivo (por ejemplo, el salto a conclusiones) se presenta mediante varios ejemplos y ejercicios y se discute e ilustra la probabilidad de cometer errores de la cognición humana.
2. Se destacan los extremos patológicos para cada sesgo cognitivo mostrando exageraciones en los sesgos del pensamiento (normal) que pueden llevar a problemas en la vida diaria y, a veces, culminar en delirios. Esto se ilustra con ejemplos de personas con psicosis, constituyendo una oportunidad para intercambiar propias experiencias, si así les parece.
3. Se aprende a detectar y desactivar trampas cognitivas. Se ilustran las estrategias de afrontamiento disfuncionales (ej. evitación, supresión del pensamiento) en este contexto, junto con formas de reemplazarlas por estrategias más útiles.

Tras el abordaje de estos componentes, en todas las sesiones se asignan tareas para casa a los pacientes, las cuales son revisadas en el siguiente módulo y que se ponen en relación con experiencias propias que tengan que ver con el tema tratado.

4.3.4.3. Programa curricular del EMC

En este programa, no se incluye el abordaje de las disfunciones cognitivas básicas, tales como los problemas de atención, ni temáticas relacionadas con alucinaciones personales, las cuales se tratan en las sesiones terapéuticas individuales.

En cuanto a la estructura curricular, los dos ciclos de ocho módulos se enfocan en los siguientes temas: distorsiones en el estilo atribucional (módulo 1), salto a conclusiones (módulo 2 y 7), sesgo hacia las evidencias disconfirmatorias de creencias iniciales (módulo 3), incapacidad de tomar perspectiva o empatizar con otros (módulo 4 y 6), exceso de confianza en los errores de memoria (módulo 5), y patrones cognitivos depresivos (módulo 8). A continuación, se presenta en el siguiente Cuadro 1, la estructura curricular del programa de manera detallada.

Módulo	Objetivo	Descripción
<i>1. Acusar y atribuirse el mérito</i>	Inferencias mono causales	Se anima a los participantes a contemplar diferentes causas posibles de eventos adversos y positivos. Se advierte sobre las consecuencias negativas de sesgos autorreferenciales.
<i>2. Saltar a conclusiones I</i>	Salto a conclusiones	Se habla de los motivos que llevan a decisiones apresuradas y de lo inconveniente de tomar siempre como ciertas las primeras impresiones.
<i>3. Cambiar creencias</i>	Sesgo contra la evidencia disconformativa	Mediante la presentación de algunas imágenes se entrena a los pacientes en no mantener juicios cerrados sobre las situaciones hasta no contar con la suficiente evidencia y a mantener una actitud abierta frente a la posibilidad de estar equivocados.
<i>4. Empatizar I</i>	Teoría de la mente	Se discute la relevancia de la lectura de emociones y expresiones faciales para la toma de decisiones y su importancia en el razonamiento social. Se anima a mantener una actitud abierta ante las equivocaciones.
<i>5. Memoria</i>	Exceso de confianza en los errores de memoria	Se discuten los factores que afectan la memoria y se dan ejemplos comunes de memorias falsas. Se entrena en diferencias memorias verdaderas y falsas mediante la heurística de la viveza (qué tan vívido es un recuerdo).
<i>6. Empatizar II</i>	Teoría de la mente/necesidad de cierre	Se discuten diferentes aspectos que pueden llevar a una malinterpretación del otro, como la entonación de las palabras y el contexto. Se presentan situaciones en donde no se puede sacar una conclusión definitiva.
<i>7. Saltar a conclusiones II</i>	Salto a conclusiones	Se enfatizan los inconvenientes de la toma apresurada de decisiones.
<i>8. La autoestima y el estado de ánimo</i>	Autoestima y estado de ánimo	Se habla de síntomas depresivos, causas y tratamientos de la depresión. Se entrena en la identificación de patrones depresivos y se enseñan técnicas para cambiarlos.

Cuadro 1. Resumen de los módulos del Entrenamiento Metacognitivo para la Esquizofrenia (EMC), tomado de Steffen Moritz, Veckenstedt, Bohn, & Woodward (2012).

4.3.4.4. Eficacia del programa EMC

Hasta la actualidad, los estudios realizados sobre el EMC han arrojado resultados satisfactorios en la reducción de ideas delirantes, disminución de sesgos cognitivos, incremento de insight cognitivo e insight clínico y aumento de la calidad de vida. Adicionalmente, el programa ha sido calificado por los participantes como divertido y valioso para sus vidas (Lam et al., 2015; Moritz et al., 2011; S Moritz et al., 2011; Naughton et al., 2012).

En un estudio llevado a cabo en India, con 16 pacientes recientemente diagnosticados con esquizofrenia y sometidos la mitad a EMC y la otra mitad al tratamiento usual, se encontró que el primer grupo obtuvo una reducción significativa en la escala de síntomas positivos y en la escala de delirios de la PANSS (Kumar et al., 2010).

Otro estudio conducido por el creador del EMC en Hamburgo que contó con 36 pacientes, encontró que el EMC era efectivo en la mejora del desempeño en pruebas de memoria y mejoría de la calidad de vida, salud psicológica y social. También reportó una disminución del sesgo de salto a conclusiones (Moritz et al., 2011).

En Australia se llevó a cabo un estudio con 28 pacientes en el que se encontró que EMC disminuye la severidad de los delirios, aumenta el insight clínico, y mejora el

desempeño en las pruebas de sesgos cognitivos (Balzan, Delfabbro, Galletly, & Woodward, 2012).

También en el año 2012 se realizó un estudio en Irlanda con 93 pacientes, en donde se reportó una mejoría en la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico, aunque no se encontraron diferencias significativas en la escala PANSS (Naughton et al., 2012).

En Portugal, por su parte, se realizó un estudio con 35 pacientes que fueron asignados a EMC o a un grupo control de tratamiento usual, y se encontró una disminución significativa del sesgo de salto a conclusiones en el primer grupo, aunque no se reportaron mejorías en el estilo atribucional, ni en la lectura de emociones ni en los síntomas positivos (Rocha & Queirós, 2013)

En este mismo año, en Alemania se condujo un estudio con 150 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, los cuales fueron aleatoriamente seleccionados para ser parte del grupo control y del grupo al que se le aplicó EMC. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo de EMC obtuvieron una reducción significativa en la escala de síntomas positivos de la PANSS, así como en la escala PSYRATS de delirios y alucinaciones. Así mismo se observó una reducción en la prueba probabilística usada para medir el sesgo de salto a conclusiones (Moritz et al., 2013).

A su vez, Favrod et al., (2014) condujeron un estudio en Suiza con 52 participantes con diagnóstico esquizofrénico o esquizoafectivo, en el que se asignaron al azar a

tratamientos usuales con antipsicóticos o a tratamiento usual + EMC. Los resultados indican que el entrenamiento mejora el efecto antipsicótico del tratamiento usual y que esta mejora persiste hasta seis meses después de la intervención.

En otro estudio, llevado a cabo por Bardy et al. (2014) con 152 pacientes en dos centros médicos de Alemania, se encontró que los pacientes tuvieron una reducción significativa en la subescala de síntomas positivos de la PANSS y, en un seguimiento de tres años, mostraban diferencias significativas con el grupo control en las medidas de autoestima y calidad de vida. También en las pruebas neuropsicológicas, la atención mostró una mejoría con respecto al grupo control

Posteriormente, un otro estudio realizado en Polonia por Gaweda et al., (2015) con 44 pacientes esquizofrénicos con baja funcionalidad asignados a EMC y a tratamiento habitual aleatoriamente, se concluyó que el EMC tiene un efecto benéfico en pacientes con baja funcionalidad, al mejorar el insight clínico e impactar positivamente en los sesgos cognitivos. Más recientemente, en un estudio llevado a cabo en China (Lam et al., 2015), en el que se sometió a EMC a 80 individuos con trastornos del espectro esquizofrénico, señala que el EMC impacta positivamente en la mejora de insight cognitivo, así como en la mejora de los síntomas positivos.

También recientemente, se desarrolló un estudio en España con siete pacientes, en el que se muestra que el EMC es eficaz en la reducción de sesgos cognitivos, en la

disminución de ideación delirante y en el aumento de calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia (Mahagamage et al., 2015).

Como puede verse, la evidencia con la que cuenta el programa EMC ha sido considerable y pone de manifiesto la eficacia del mismo para la reducción de algunos sesgos cognitivos y algunas variables clínicas y de funcionalidad.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo y comparativo. El estudio descriptivo se logra con la caracterización de las variables dependientes del estudio (salto a conclusiones, estilo atribucional, teoría de la mente, insight cognitivo, calidad de vida y funcionalidad) en la muestra de pacientes. Las comparaciones se establecen entre las medidas pre-intervención y post-intervención de cada uno de los sujetos de la muestra.

Se trata de un diseño experimental intrasujeto o de medidas repetidas en el que se obtienen medidas de la variable dependiente de los mismos sujetos bajo los distintos valores de la variable independiente: pre-intervención y tras la intervención, en este caso. Es decir, se obtienen medidas distintas (bajo las condiciones pre y post intervención) del mismo sujeto, el cual actúa como propio control. Este diseño tiene la ventaja de eliminar la variabilidad producida por las diferencias individuales y resulta muy adecuado cuando el tipo de población que se estudia es pequeño, como es el caso de los pacientes con esquizofrenia asistentes a programas de rehabilitación psicosocial en el contexto local en el que se desarrolló el estudio.

5.2 Población y muestra.

La población estuvo conformada por pacientes de ambos sexos y mayores de edad con diagnóstico de esquizofrenia que hubieran asistido, tanto recientemente como desde períodos previos, al programa de grupos psicoeducativos en psicosis del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia.

De esta población, se seleccionó una muestra de ocho pacientes que cumplían los siguientes criterios generales de inclusión:

Edad: Se tomaron sujetos con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años con el fin de controlar el efecto de factores relacionados con el desarrollo cognitivo y el envejecimiento.

Escolaridad: Se tomaron sujetos que tuvieran entre cinco y doce años de escolaridad para controlar la influencia de la baja y alta escolaridad en el rendimiento de las pruebas.

Tener diagnóstico de esquizofrenia, según criterios DSM-5 (APA, 2013) y previamente establecido mediante DIGS: Diagnostic Interview for Genetic Studies (Nurnberger y otros, 1994) y procedimiento Best Estimate Diagnosis.

Expresar, verbalmente y por escrito, el compromiso de participar en el estudio y asistir al menos a siete de las ocho sesiones de entrenamiento durante un período de ocho semanas, y a las sesiones de evaluación pre y post intervención.

Respecto a los criterios generales de exclusión de la muestra, se incluyeron los siguientes:

Pacientes con patología dual, es decir, pacientes que hubieran sido diagnosticado de un trastorno asociado al consumo de sustancias psicoactivas y un trastorno psicopatológico a la vez.

Pacientes con presencia de delirios y alucinaciones con fuerte ideación autorreferencial, medido mediante los siguientes criterios: una puntuación de 5 o más en la escala de hostilidad de la escala de los síndromes positivo y negativo PANSS, y/o puntuación mayor de 5 en la escala de suspicacia/perjuicio de la PANSS.

Pacientes que, durante las dos primeras sesiones de entrenamiento, presentaran conductas que confrontaran los acuerdos del grupo terapéutico.

A continuación, se presentan las características de la muestra de pacientes seleccionados para el estudio (Ver Tabla 2):

Tabla 1.
Características de la muestra

Código Sujeto	Sexo	Edad	PANSS-Positivo	PANSS-Negativo	PANSS-Global	Nivel educativo	Número de asistencias al programa
1	M	19	7	7	16	Estudios técnicos	8
2	M	44	11	23	23	Bachiller	7
3	M	32	11	16	35	Pregrado incompleto	7
4	M	23	10	21	25	Pregrado incompleto	8
5	M	43	16	21	32	Bachiller	8
6	M	22	21	23	35	Bachiller	4
7	M	34	10	11	17	Maestría	5
8	F	29	12	19	27	Bachiller	8

PANSS: Escala de síndromes positivo y negativo. Fuente: Elaboración propia.

De los ocho pacientes seleccionados y que consintieron participar en el estudio, dos de ellos no completaron el número mínimo de sesiones de entrenamiento requeridas ni participaron en el proceso de evaluación post-tratamiento y, por tanto, salieron del estudio y no se incluyen sus datos en el análisis de resultados. Otro paciente, aunque sí cumplió con el número de sesiones requerido, no pudo asistir a la sesión de evaluación post-intervención y también sus datos fueron extraídos del análisis grupal. Estos sujetos corresponden a los codificados con los números 6, 7 y 8.

5.3 Procedimientos para la recolección de la muestra

A partir de la base de datos de los participantes pertenecientes al programa de grupos psicoeducativos en psicosis del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia, se preseleccionaron 9 candidatos que cumplieran con los criterios establecidos en el estudio, a partir de la información aportada por la terapeuta ocupacional responsable de los grupos psicoeducativos.

Una vez hecha la preselección, se procedió a contactar vía telefónica a los pacientes para conocer su disponibilidad y citarlos a una reunión inicial para explicarles el objetivo del programa. De estos nueve pacientes contactados, ocho aceptaron participar en el programa. A continuación, se presenta el proceso que se siguió para la recolección de la muestra y los resultados del mismo (ver Figura 3), y los datos correspondientes al cumplimiento de los criterios de permanencia en el programa por parte de los participantes.

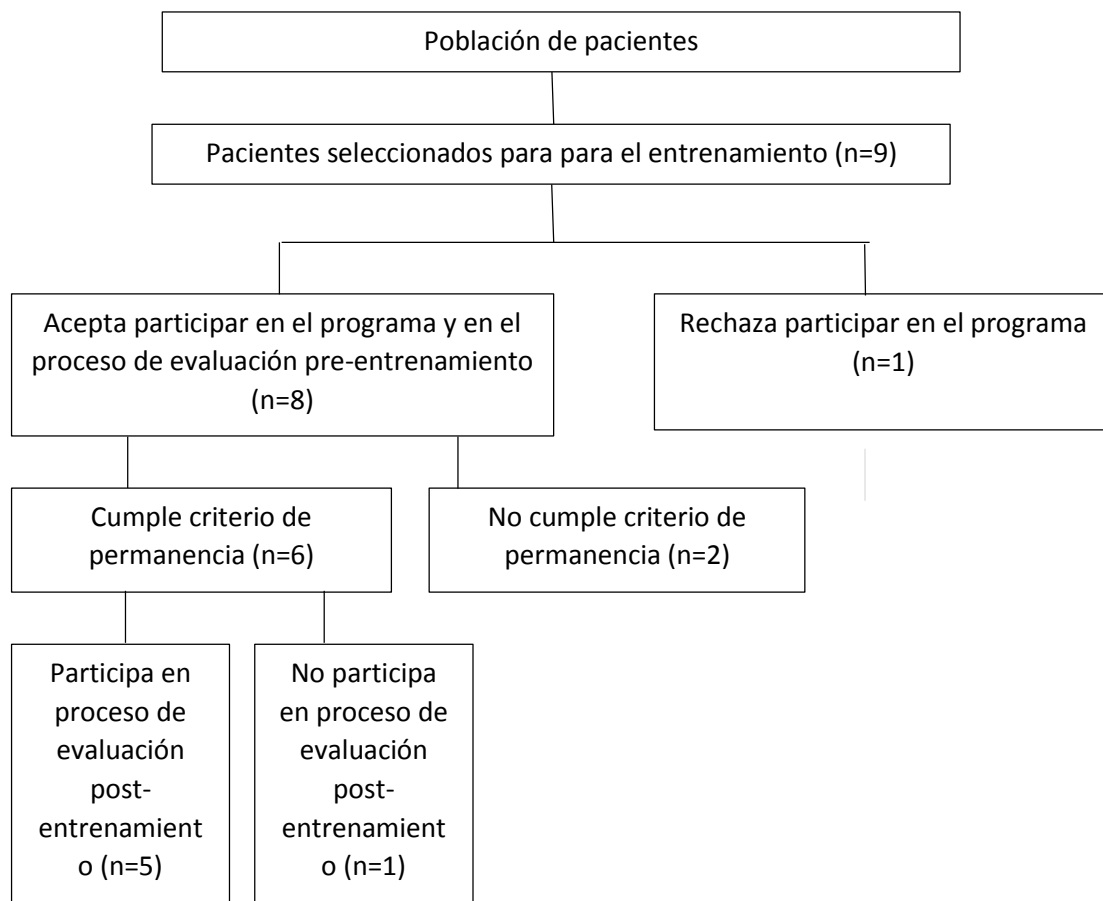


Figura 3. Proceso de recolección de la muestra.

5.4 Operacionalización de variables

El listado de las variables analizadas en la investigación se incluye en el Anexo 1, caracterizadas por dimensión de análisis, denominación, etiqueta y valores de medida (véase Anexo 1).

5.5 Procedimientos para la recolección de datos

El programa tuvo dos componentes básicos: uno de intervención y otro de evaluación, los cuales se resumen en la siguiente Tabla 3. Los componentes evaluativos implicaron sesiones de evaluación a nivel individual, mientras que el componente de intervención se llevó a cabo en modalidad grupal.

Tabla 2.
Fases y componentes del programa.

Fase	Componente	Número de sesiones	Modalidad
Evaluación pre-entrenamiento	Evaluativo	1	Individual
Información acerca del programa	Intervención	1	Grupal
Desarrollo de los módulos	Intervención	8	Grupal
Evaluación post entrenamiento	Evaluativo	1	Individual

La evaluación inicial de cada uno de los pacientes pre-seleccionados se realizó en una única sesión y se llevó a cabo mediante la aplicación de un protocolo de evaluación por parte de la terapeuta ocupacional del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia, quien es la responsable del programa de grupos psicoeducativos en psicosis del

Hospital Universitario de San Vicente Fundación, junto con el estudiante de pregrado del programa de Psicología responsable de la implementación del programa y del estudio. En esta evaluación se confirmó el cumplimiento de los criterios requeridos en el estudio por parte de los participantes, y se excluyó a uno de los pacientes pre-seleccionados que rechazó participar en el estudio.

Posteriormente, tras la sesión de evaluación inicial, se citó a los pacientes seleccionados a una sesión de introducción general del programa de una duración de 2 horas, en la que se explicó con mayor detalle el objetivo y las características principales del Entrenamiento Metacognitivo en Psicosis (REF), se firmó el consentimiento informado y se expuso el cronograma propuesto, así como las actividades de manera general. También se explicaron los propósitos de las evaluaciones y las expectativas respecto al desarrollo del MCT; se aclararon dudas y se concertaron las reglas o acuerdos de las sesiones.

En la siguiente fase de aplicación del entrenamiento, se citó a los participantes a ocho sesiones de entrenamiento según el cronograma previamente establecido, el cual se desarrolló en un período de tres meses. Debido a las dificultades de disponibilidad de espacios en el hospital, no se pudo desarrollar una sesión semanal tal como establece el programa original, sino que, en cuatro ocasiones, las sesiones debieron programarse cada dos semanas. No obstante, se siguieron fielmente los contenidos y las estrategias pedagógicas establecidas en el programa original de MCT en todos los aspectos restantes, incluyendo la duración de las sesiones y la asignación de tareas previstas en el protocolo del programa, al finalizar cada sesión.

Una vez finalizadas las ocho sesiones del entrenamiento, se procedió a la evaluación final de cada uno de los participantes que habían cumplido los criterios de permanencia en el programa, la cual se desarrolló en una sola sesión a nivel individual, y por los mismos evaluadores que en la fase inicial. En esta fase, uno de los participantes no pudo asistir a la sesión última de evaluación y no se incluyeron sus datos en el análisis del estudio.

5.6 Instrumentos de evaluación

Los instrumentos que se utilizaron en las fases de evaluación pre entrenamiento y post entrenamiento se describen a continuación:

5.6.1 Tarea de pelotas

Esta tarea consiste en un experimento diseñado por Phillips y Edwards (1996), el cual se utiliza para medir el sesgo cognitivo de *salto a conclusiones*, el cual consiste en emitir un juicio o una conclusión sin tener la suficiente información para hacerlo.

En este ejercicio se presenta a los participantes, en una pantalla de computador, dos jarras llenas de pelotas rojas y azules en diferentes proporciones. En la primera jarra (Jarra A) hay un 85% de pelotas rojas y un 15% de pelotas azules; en la jarra B hay un 85% de pelotas azules y un 15% de pelotas rojas. A los participantes se les da la siguiente instrucción: “El computador seleccionará una de las jarras y sacará pelotas al azar de ella;

el computador siempre sacará de la misma jarra. Cada pelota extraída será devuelta a su jarra correspondiente antes de sacar la siguiente pelota, por lo que la proporción de pelotas se mantendrá siempre igual. Tu tarea es adivinar de qué jarra (A o B) está sacando el computador las pelotas. Puedes pedir tantas pelotas como sean necesarias para tomar tu decisión.”

En esta tarea, la forma más extrema del sesgo de salto a conclusiones ha sido operacionalizado cuando la decisión es tomada con 2 o menos pelotas (Lincoln et al., 2010).

5.6.2 Adaptación española del Cuestionario de Estilos Atributivos

El Cuestionario de Estilos Atributivos (Attributional Style Questionnaire - ASQ) fue desarrollado inicialmente por Peterson, Dykema, Berbgower & Doctora (1982) y, posteriormente, fue adaptado a población española por Sanjuan, Magallares, González & Pérez García(2006). Este instrumento tiene como objetivo evaluar el estilo de atribución de los evaluados tanto para eventos negativos y positivos.

El ASQ consta de 12 situaciones cotidianas hipotéticas que se presentan de forma narrativa, seis con un resultado positivo y seis con resultado negativo. Ante cada una de estas situaciones, el sujeto tiene que señalar, mediante tres diferentes escalas de tipo Likert de 7 puntos, el grado en el que cree que la causa de la situación es debida a factores

internos o externos, estables o inestables y globales o específicas, siendo el «1» indicativo de que considera que la situación es totalmente debida a factores externos, en el caso de la escala de internalidad-externalidad; o a factores inestables en el caso de la escala de estabilidad-inestabilidad o, por último, a factores específicos, en el caso de la escala de globalidad-especificidad. Por su parte, la puntuación «7» indica que la persona piensa que la situación es producida por factores totalmente internos, cuando se trata de la escala de internalidad-externalidad; totalmente estables y totalmente globales, si se hace referencia respectivamente a las escalas de estabilidad-inestabilidad y de globalidad-especificidad.

El cuestionario está conformado por 18 ítems, seis por cada una de las tres dimensiones atribucionales que lo conforman: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad; y permite obtener tres puntuaciones para las situaciones positivas y tres puntuaciones para las situaciones negativas separadamente, atendiendo a estas dimensiones atribucionales. También permite obtener una puntuación del estilo atribucional general para las situaciones positivas, en la que se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems que hacen referencia a los eventos positivos en cada una de las subescalas previas (internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad), y se dividía el resultado por seis puntos para obtener la media. De igual manera, permite obtener una puntuación del estilo atribucional general para las situaciones negativas y una puntuación global de la prueba, en la que se integran los correspondientes a las situaciones negativas y positivas.

Este cuestionario cuenta con buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,74 y 0,80 para la consistencia interna de los ítems (Sanjuán, Magallares, González, & Pérez-García, 2013).

5.6.3 Adaptación al español del Cuestionario Hinting Task

El Cuestionario Hinting Task consiste en una prueba creada por Corcoran, Mercer y Firth (1995) y adaptada al español por Gil, Fernández-Modamio, Bengochea, & Arrieta (2012) para su uso específico en esquizofrenia, con el objetivo de evaluar teoría de la mente, es decir la habilidad de representar los estados mentales de otras personas, como sus pensamientos, creencias e intenciones, y tenerlos en cuenta para explicar y predecir su conducta.

Este test incluye diez historias breves, en las que aparecen dos personajes y en las que, al final de cada una de las mismas, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara. A continuación, se le pregunta al sujeto qué ha querido decir realmente el personaje de la historia con el comentario que ha hecho. Si el sujeto responde correctamente, se puntúa con un 2; si no responde correctamente, se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1 y, si no, se considera que la respuesta incorrecta, lo cual equivale a una puntuación de 0. La puntuación total de la prueba va de 0 a 20.

En este test, el evaluador puede leer a los sujetos las veces que sea necesario la historia para asegurar que se produce una correcta comprensión de las mismas y con el objetivo de reducir las interferencias del posible deterioro en memoria o en comprensión verbal.

Este instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas, dado que su coeficiente alfa de Cronbach es de 0,69 y su fiabilidad test-retest es de 0,70 (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea, & Arrieta, 2012).

5.6.4 Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck

La Escala de Insight Cognitivo de Beck (Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM., 2004) es una medida de auto-registro de 15 ítems que valora cómo los pacientes evalúan su propio juicio, y que cuenta con una adaptación española en esquizofrénicos, desarrollada por Gutiérrez-Zotes, Valero, Cortés, Labad, Ochoa, Ahuir & Salamero (2012).

La escala consta de una serie de afirmaciones a las que la persona debe responder el grado de acuerdo con las mismas, atendiendo a un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: Nada de acuerdo (0), Un poco de acuerdo (1), bastante de acuerdo (2) y totalmente de acuerdo (3).

La prueba consta de dos dimensiones: la de *auto-reflexión* (R), conformada por nueve ítems, y la de auto-certeza (C) de seis ítems. La escala de auto-reflexión se puntúa en un rango de 0 a 27, y la de auto-certeza de 0 a 18. Adicionalmente, permite obtener un Índice Compuesto de Insight Cognitivo como *reflexión-certeza* (IC=R-C) (resta de auto-certeza a auto-reflexión).

En cuanto a las propiedades psicométricas de ese instrumento, en su versión española se han obtenido datos relacionados con la consistencia interna a través del alpha de Cronbach, el cual fue de 0,59 para la escala auto-reflexión y de 0,62 para la escala de auto-certeza, y un alfa global de 0,67. En cuanto a la fiabilidad test-retest, los coeficientes de correlación intraclase mostraron valores de 0,69 para R, 0,72 para C y 0,70 para IC. (Beck et al., 2004)

5.6.5 Cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS WHODAS

2.0

El Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS - WHODAS 2.0 (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2015) consiste en un instrumento auto-aplicado dirigido a medir la funcionalidad global de los pacientes. Cuenta con una versión de 12 preguntas que explica el 81% de la varianza de la versión más amplia, la cual contiene 36 preguntas (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

La versión reducida está conformada por 12 preguntas sobre diversas dificultades debidas a condiciones de salud. La pregunta guía es: *En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para ...?*, y las respuestas pueden ser dadas, atendiendo a la siguiente escala: ninguna, leve, moderada, severa, extrema/no puede hacerlo.

Este instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas. La confiabilidad test-retest tuvo un coeficiente de correlación intraclase de 0,69-0,89 a nivel de la pregunta; de 0,93-0,96 a nivel del dominio; y de 0,98 a nivel general. Tiene un alfa de Cronbach total de 0,98 y posee buena validez de constructo (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2015).

5.6.6 Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF).

La Escala de Calidad de Vida de la OMS WHOQOL-BREF (Organización mundial de la salud- OMS, 2002) consiste en un instrumento conformado por 26 ítems que evalúan cuatro dominios de la calidad de vida: *salud física* (actividades de la vida diaria, dependencia de medicación, y energía), *salud psicológica* (sentimientos positivos y negativos, autoestima, y funcionamiento cognitivo), *relaciones sociales* (relaciones interpersonales y apoyo social) y *entorno* (recursos económicos, acceso a la salud y protección social, y ambiente familiar).

Las puntuaciones de cada dominio van de un rango de 0 a 100, donde las puntuaciones mayores señalan una mayor calidad de vida.

El cuestionario se puntúa de la siguiente manera:

Salud física	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$
Salud psicológica	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$
Relaciones sociales	$Q20 + Q21 + Q22 + Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 +$
Entorno	$Q24 + Q25$

El WHOQOL-BREF tiene excelentes propiedades psicométricas. Tiene un alfa de Cronbach de 0,88 y una variación de 0,70 a 0,79 en cada una de las dimensiones que evalúa (Murphy et al., 2000).

5.7 Procedimientos del programa de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC)

El programa de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC) basado en los programas originales de Moritz, Woodward, Barrigón, Rubio & Ruiz-Veguilla (2010), se implementó durante el período comprendido entre los meses de marzo y julio de 2016, con una frecuencia semanal, salvo en cuatro ocasiones en los que tuvo que programarse cada dos semanas por dificultades respecto a la disponibilidad de espacio. Los módulos, con una duración de una hora y media, fueron dirigidos por un estudiante de

psicología de la Universidad de Antioquía y por la terapeuta ocupacional del Departamento de Psiquiatría, quien coordina el programa de grupos psicoeducativos en psicosis en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de la ciudad de Medellín.

Al comienzo de cada sesión se hacía una descripción general del tema a tratar, se realizaba un breve calentamiento físico y se revisaban las tareas del módulo anterior. A continuación, se presentaban las diapositivas específicas del módulo correspondiente mediante un proyector, y se iban explicando con un lenguaje sencillo.

En el *primer módulo* se acordaron las reglas del grupo y se entregaron las fechas del programa. Luego se familiarizó a los pacientes con estilos atributivos extremos y sus posibles consecuencias sociales, y se animó a los pacientes a proponer explicaciones objetivas para las situaciones presentadas y a encontrar diversas razones para éstas. A continuación, se discutió acerca de cómo las alucinaciones auditivas son hechos generados internamente, característicos de la esquizofrenia, y no producto de causas externas. Al finalizar se dejaron las tareas del módulo.

En el *segundo módulo* se ilustraron las posibles consecuencias negativas del salto a conclusiones usando varios ejemplos. Se abrió una discusión sobre falsas creencias modernas y leyendas urbanas, se evaluaron argumentos a favor y en contra y posibles explicaciones. Los ejercicios de las diapositivas consistieron en mostrar objetos corrientes en grados decrecientes de fragmentación y se pedía a los pacientes evaluar qué podría ser el objeto y tomar una decisión una vez contara con la información suficiente. En la segunda

parte se mostraron objetos que pudieran tener varias interpretaciones posibles según el punto de vista y se discutió sobre esto. Al finalizar se dejó la tarea para el siguiente encuentro y se hizo una retroalimentación.

En el tercer módulo se demostró el sesgo de confirmación a través de tareas cortas. El ejercicio principal consistió en una serie de tres imágenes que iban revelando una historia compleja, y para cada imagen se les pedía a los participantes que evaluaron que tan plausible eran las cuatro opciones diferentes que se daban en cada imagen, hasta que se revelara la historia completa.

En el cuarto módulo se pidió a los participantes identificar las emociones básicas y asignarlas a expresiones faciales. Se hizo un ejercicio teatral de juego de roles y se procedió a presentar unas imágenes que demuestran que las expresiones faciales pueden ser interpretadas de forma diferente según las diferencias contextuales.

En el quinto módulo se presentaron unas imágenes para familiarizar a los participantes con el efecto de los falsos recuerdos. Se mostraron algunas escenas típicas y se preguntó por objetos que respondían al contexto pero que no estaban allí, se habló sobre el nivel de certeza de las respuestas y sobre estrategias para identificar los falsos recuerdos.

En el sexto módulo se alimentó la discusión sobre las claves que pueden ayudar a hacer un juicio sobre una persona, la forma de vestir, hablar, el contexto, etc. Se

examinaron las debilidades y ventajas de cada criterio y después se presentaron secuencias de comics y se animó a los participantes a deducir lo que los personajes estaban pensando.

En el módulo *siete* se mostró a los participantes varios cuadros pictóricos, y se animó a los participantes a adivinar el título de las obras. Se discutió sobre el salto a conclusiones y las pistas que nos llevan a tomar o no decisiones correctas sobre situaciones específicas.

En el módulo *ocho* se conversó acerca de los patrones cognitivos típicos de la depresión y sobre las técnicas para cambiarlos, se habló de la autoestima y de las estrategias de afrontamiento disfuncionales que contribuyen a un deterioro del estado anímico.

En todos los módulos se asignaron y se revisaron tareas. Se hicieron juegos teatrales para mejorar la integración grupal y se hizo énfasis en la lectura de emociones. También se nutrieron los temas con anécdotas propias de los participantes que acercaron la teoría a su vida cotidiana.

Al finalizar los encuentros, los participantes se encontraban en la cafetería del Hospital y aprovechaban el tiempo para socializar entre ellos.

5.8 Plan de análisis

Una vez obtenidos los datos de la evaluación pre-intervención, se procedió a elaborar una base de datos en el software estadístico SPSS® versión 23. Posteriormente, se registraron los datos y se depuraron los errores de digitación. Tras la intervención, se introdujeron los datos de la segunda medición de las variables dependientes.

Respecto a la caracterización de las variables de interés del estudio, en un primero momento se obtuvieron las puntuaciones directas de las mismas, tanto antes como tras el tratamiento, y se representaron estos datos mediante histogramas.

Posteriormente, se calcularon las medias aritméticas y la desviación típica del grupo de pacientes en cada una de las variables, tanto en la pre-intervención como en el post-intervención; así como el rango o amplitud total de las puntuaciones medidas mediante los puntajes máximo y mínimo.

A continuación, para la comparación de las puntuaciones pre y post intervención correspondiente a las variables dependientes, se empleó la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon, la cual permite comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Esta prueba se utiliza como alternativa a la prueba t de Student cuando no se puede suponer la normalidad de dichas muestras.

Para todas las pruebas se empleó un nivel de significación del 5%.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto cumple con las disposiciones contempladas en la Resolución 8430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y específicamente las establecidas en el Título II (De la investigación con seres humanos), Capítulo 1 (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos). Algunas de estas disposiciones son:

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos mínimos.

Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

ARTICULO 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 8: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 11:

b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

En el desarrollo del proyecto se considerará adicionalmente, lo estipulado en Ley 1090 de 2006 (Art 2, ordinal 9), la cual dicta:

“El psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos”.

En la mencionada Ley se hace referencia en el “Capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones” (específicamente sus *artículos 49, 50 y 51*), a ciertas normas con las cuales se busca evitar cualquier daño que se pueda desprender de la labor investigativa en psicología. Dichos artículos dictan lo siguiente:

ARTÍCULO 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

ARTÍCULO 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

ARTÍCULO 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a) Que el problema por investigar sea importante;
- b) Que sólo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información;
- c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

ARTÍCULO 52. En el desarrollo de las investigaciones contempladas en este título deberán cumplirse las siguientes obligaciones:

a. El investigador principal informará al Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora o de la institución ejecutora, de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación.

De igual manera, el psicólogo deberá tener pleno conocimiento de los principios generales del Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión, código que proporciona principios rectores que propenden enaltecer la profesión; y que se encuentra fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad (Colegio Colombiano de Psicólogos –COLPSIC-, 2012).

En cuanto a lo que a la investigación en psicología se refiere, se debe considerar el principio *No-maleficencia*, consagrado en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo, el cual dice:

“Este principio demanda del psicólogo la activa protección de potenciales efectos nocivos, evitando intervenciones cuya pertinencia o eficacia no comprobada coloque al cliente en situación de riesgo de efectos adversos sin una razón proporcionada. En ese sentido, el profesional debe interrumpir cualquier intervención o procedimiento ante la

evidencia de que los efectos negativos superan los límites considerados por la doctrina del doble efecto, así como la participación en investigación cuando el sujeto hace evidente efectos negativos”.

Considerando estos referentes normativos, se establece que el presente estudio contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de seres humanos y, en su propuesta, prevalece el criterio de respecto a la dignidad de los/las participantes, así como la protección de sus derechos.

Por ello, se garantiza la participación voluntaria de los sujetos en el estudio, así como los criterios de privacidad y confidencialidad de la información suministrada por los/las participantes. La investigación puede ser clasificada como de riesgo mínimo, lo cual será comunicado al participante de manera previa a iniciar la aplicación de las pruebas de evaluación. Así mismo, se le comunicará los datos de los investigadores, la justificación, objetivos, procedimientos y propósitos de la investigación, así como la garantía de recibir respuesta a sus preguntas y la no obtención de perjuicio ninguno si decide retirarse de la investigación en cualquier momento o prefiere tomar un descanso durante el proceso de evaluación o de desarrollo del programa.

De manera relacionada, se plantean a continuación los aspectos de la investigación que podrían generar posibles riesgos mínimos para los participantes y la forma en cómo serán abordados en el transcurso de la investigación:

Comunicación de la información: La información y contenidos del programa responden a módulos desarrollados por expertos en la enfermedad, y probados en diversos contextos culturales sin evidencia de ningún tipo de efecto iatrogénico en los pacientes. Por lo que el programa se ciñe a la información allí expuesta. Las diapositivas se presentarán de forma interactiva y amena.

Tiempo de evaluación e intervención adecuadas. Durante la realización de las sesiones de evaluación o de intervención es posible que los participantes experimenten sensaciones mínimas de fatiga, para lo cual se establecerá un descanso de unos minutos.

Tratando con síntomas psicóticos durante las sesiones: Si un miembro del grupo muestra síntomas psicóticos durante las sesiones, estos no se apoyarán ni se desairarán frente al grupo. Las ideas delirantes individuales serán tratadas en sesiones cara-a-cara con el terapeuta respectivo. Sin embargo, los pacientes que están distanciados de sus delirios pueden hablar sobre experiencias similares durante la realización de ejercicios sobre temas delirantes comunes (ej. Módulo 1, situación “Un amigo habla de ud. a sus espaldas”; Módulo 5, falsos recuerdos; Módulo 6, situación en la que dos hombres parecen estar enfadados con un tercero). Además, las diapositivas con el título “¿Qué relevancia tiene esto?” (al principio del módulo) y “¿Qué tiene esto que ver con la psicosis?” (al final) proporcionan mayor espacio para las reflexiones individuales.

A las personas participantes del entrenamiento se les entregará al finalizar el programa un certificado que acredite su participación en la investigación y recibirán una retroalimentación de lo hallado en la fase evaluativa.

Finalmente, se establece que ningún material resultado de las evaluaciones y obtenido durante el curso del proyecto será utilizado para fines comerciales ni incluido en solicitudes de patentes. Cualquier envío de este material a otras dependencias o departamentos de la universidad se hará únicamente dentro del marco de los objetivos y propósitos de investigación de la presente propuesta, y será respaldado mediante documentos escritos que garanticen su utilización en un marco cooperativo de investigación y, en ningún caso, para fines comerciales.

7. RESULTADOS

7.1 Resultados de puntuaciones directas pre y post tratamiento por sujeto.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por cada uno de los sujetos de la muestra en las variables dependientes de interés en el estudio, y se representan las mismas mediante histogramas.

7.1.1 Salto a conclusiones.

La evaluación de este sesgo cognitivo se realizó mediante la Tarea de Pelotas, Phillips y Edwards (1996), la cual mide la cantidad de pelotas consideradas antes de tomar una decisión final. En este ejercicio se presenta a los participantes, en una pantalla de computador, dos jarras llenas de pelotas rojas y azules en diferentes proporciones. En la primera jarra (Jarra A) hay un 85% de pelotas rojas y un 15% de pelotas azules; en la jarra B hay un 85% de pelotas azules y un 15% de pelotas rojas. A los participantes se les da la siguiente instrucción: “El computador seleccionará una de las jarras y sacará pelotas al azar de ella; el computador siempre sacará de la misma jarra. Cada pelota extraída será devuelta a su jarra correspondiente antes de sacar la siguiente pelota, por lo que la proporción de pelotas se mantendrá siempre igual. Tu tarea es adivinar de qué jarra (A o B) está sacando el computador las pelotas. Puedes pedir tantas pelotas como sean necesarias para tomar tu decisión”.

En esta tarea, la forma más extrema del sesgo de salto a conclusiones ha sido operacionalizado cuando la decisión es tomada con 2 o menos pelotas (Lincoln et al., 2010).

En esta tarea, en la evaluación pre-tratamiento se observó que tres de los 5 sujetos del estudio sólo sacaron una pelota antes de tomar la decisión final y equivocaron el resultado final, es decir escogieron la jarra equivocada. Sólo uno de los sujetos (Sujeto 2) sacó más de dos pelotas, concretamente un número de seis pelotas, la cual se considera una cantidad necesaria para no configurar el sesgo en su forma más extrema. En total, puede decirse que en la evaluación pre tratamiento, cuatro de los cinco sujetos de la muestra presentaron el sesgo en su forma más extrema.

Respecto a la evaluación post-tratamiento, se observó que la totalidad de los sujetos de la muestra acertaron la jarra de la cual provenían las pelotas y sólo uno (sujeto 3) presentó el sesgo en su forma más extrema. Los cuatro participantes restantes extrajeron más de tres pelotas para tomar la decisión y dos de los sujetos (Sujetos 2 y 5) sacaron tres pelotas más de las que sacaron en la evaluación pre-intervención. En todos los casos, aumentó la puntuación de la prueba en la evaluación post-intervención respecto a la pre-intervención, lo cual implica que disminuyó en los cinco casos el sesgo de Salto a Conclusiones.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 3).

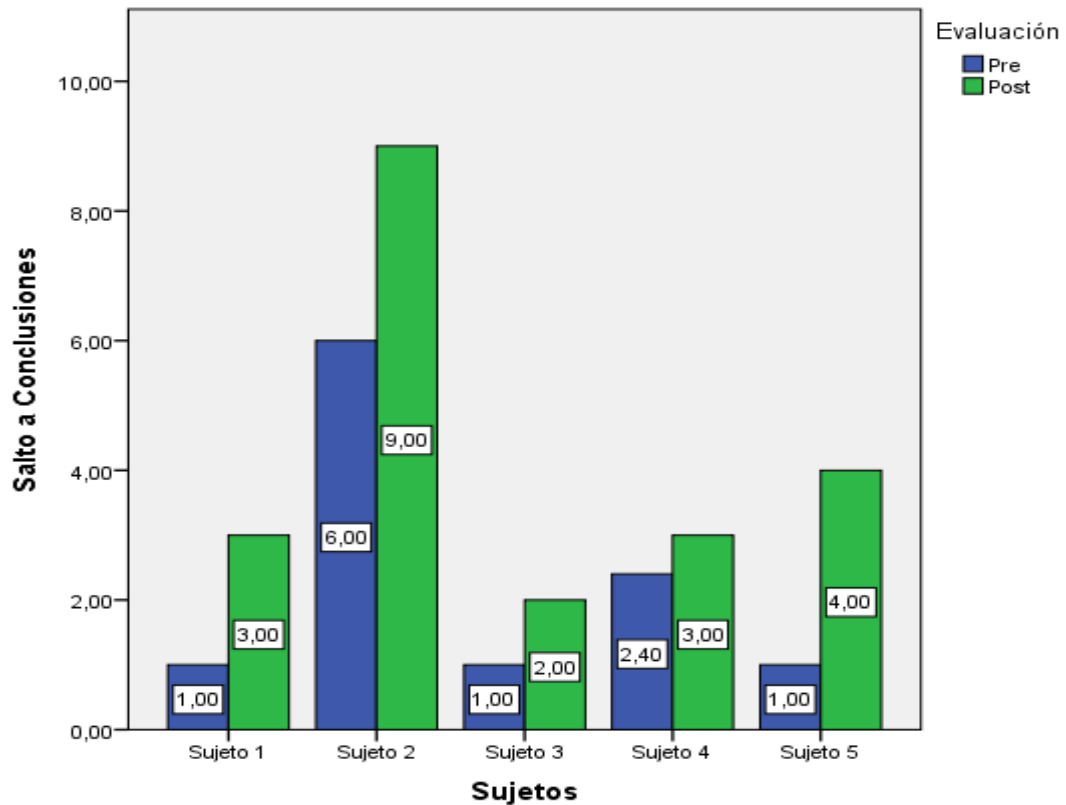


Figura 4. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Salto a Conclusiones.

7.1.2 Estilos atributivos

La evaluación de los estilos atributivos se desarrolló a partir del Cuestionario de Estilos Atributivos (ASQ) (Peterson et al., 1982). El ASQ consta de 12 situaciones cotidianas

hipotéticas que se presentan de forma narrativa, seis con un resultado positivo y seis con resultado negativo. Ante cada una de estas situaciones, el sujeto tiene que señalar, mediante tres diferentes escalas de tipo Likert de 7 puntos, el grado en el que cree que la causa de la situación es debida a factores internos o externos, estables o inestables y globales o específicas, siendo el «1» indicativo de que considera que la situación es totalmente debida a factores externos, en el caso de la escala de internalidad-externalidad; o a factores inestables en el caso de la escala de estabilidad-inestabilidad o, por último, a factores específicos, en el caso de la escala de globalidad-especificidad. Por su parte, la puntuación «7» indica que la persona piensa que la situación es producida por factores totalmente internos, cuando se trata de la escala de internalidad-externalidad; totalmente estables y totalmente globales, si se hace referencia respectivamente a las escalas de estabilidad-inestabilidad y de globalidad-especificidad. y evalúa diferentes dimensiones a partir de las siguientes subescalas: de internalidad-externalidad (positiva y negativa), de estabilidad-inestabilidad (positiva y negativa), de globalidad-especificidad (positiva y negativa) y de estilo atributivo (positivo y negativo). Adicionalmente, este instrumento permite obtener una puntuación total del estilo atributivo.

7.1.2.1 Internalidad-Externalidad positiva

Respecto a la internalidad-externalidad positiva, ésta se evalúa mediante una escala cuantitativa de 1 a 7, donde 1 implica el atribuir situaciones a causas externas y 7 atribuir las a causas internas. En la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto obtenido en esta

prueba fue de 5,50 puntos y correspondió al Sujeto 4, y el puntaje más bajo fue obtenido por el Sujeto 2 y fue de 4 puntos.

En la evaluación post-entrenamiento, el puntaje más alto lo obtuvo justamente el Sujeto 2, quien obtuvo la menor puntuación del grupo en la evaluación pre-intervención, pasando de 4 a 7 puntos. Por su parte, el puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 5 quien, a pesar de haber obtenido la menor puntuación de su grupo, mejoró la puntuación respecto a la medida pre-intervención, pasando de 4,17 a 5 puntos.

En cuatro de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-intervención respecto a la de pre-intervención y en el restante, no se observaron diferencias entre ambas medidas. En este sentido, los cuatro pacientes en los que se observaron incrementos en las puntuaciones, mejoraron la atribución a causas internas de los eventos positivos. Y el paciente en el que disminuyó la puntuación, incrementó la atribución de situaciones positivas a causas externas.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-intervención como en la correspondiente a la post-intervención (Ver figura 4).

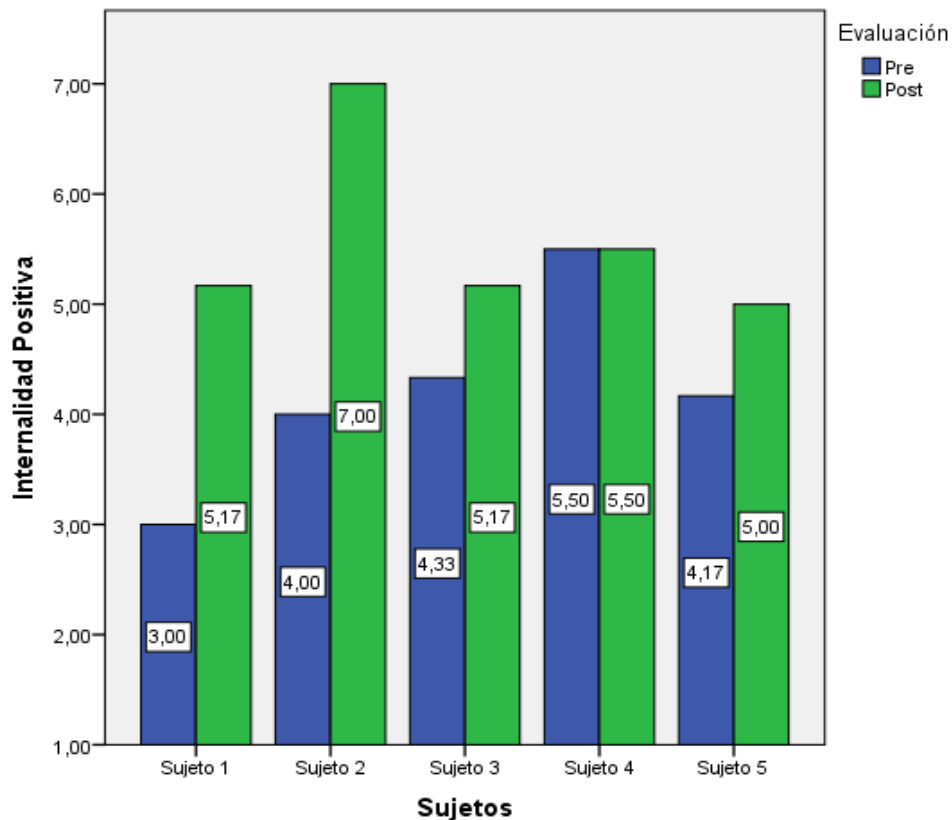


Figura 5. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable internalidad positiva.

7.1.2.2 Internalidad-Externalidad negativa

En cuanto a la escala del instrumento de internalidad-externalidad negativa, ésta utilizaba también una escala cuantitativa de 1 a 7, donde 1 implicaba atribuir las situaciones negativas a causas externas y el 7 atribuir las a causas internas. En esta escala, en la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto obtenido en esta prueba fue de 5 puntos y correspondió al Sujeto 4, al igual que en la escala de internalidad-externalidad positiva. Así mismo, el puntaje más bajo en la pre-intervención, al igual que en la escala de internalidad-externalidad positiva, fue obtenido por el Sujeto 2 y fue de 2,17 puntos en este caso.

En la evaluación post-entrenamiento, el puntaje más alto lo obtuvo justamente el Sujeto 2, quien había obtenido la menor puntuación del grupo en la evaluación pre-intervención de esta variable, pasando de 4 a 6 puntos. Por su parte, el puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 3, que pasó de 2,17 a 1,50.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, en los dos casos restantes, las puntuaciones post-intervención se redujeron respecto a la pre-intervención. Estos resultados implican que, en tres de los casos, los pacientes mejoraron la atribución de los eventos negativos a causas internas, mientras que en los dos casos restantes ocurrió justo lo inverso, incrementaron la atribución de estos eventos a causas externas.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 5).

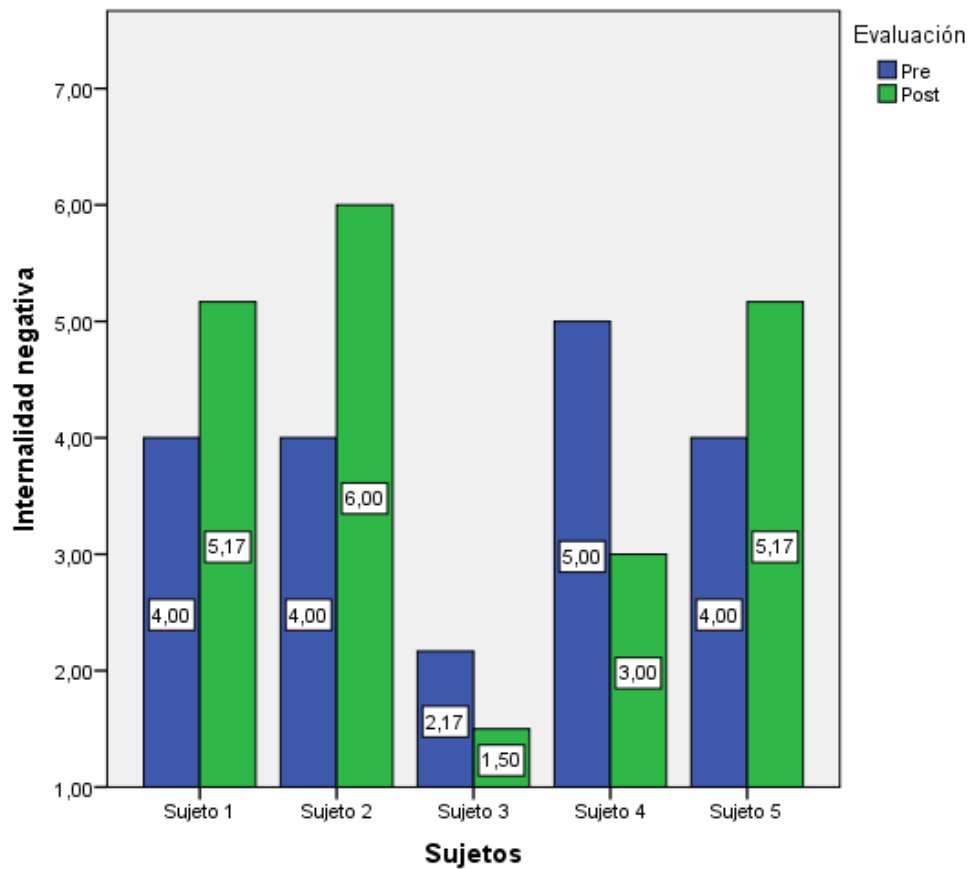


Figura 6. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Internalidad negativa.

7.1.2.3 Estabilidad-Inestabilidad positiva

La medida de la subescala de estabilidad- inestabilidad positiva va de 1 a 7, en dónde 1 implica el atribuir situaciones positivas a causas inestables en el tiempo y 7 atribuir las a causas estables.

En la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto fue de 7 puntos y correspondió al Sujeto 2. Por su parte, el puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 3 y fue de 3,17 puntos.

En la evaluación post-entrenamiento, el puntaje más alto del grupo también lo obtuvo el Sujeto 2, aunque redujo un punto del obtenido en la evaluación pre-entrenamiento, pasando de 7 a 6. Por su parte, el puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 3, quien había obtenido también la puntuación más baja en el pre-entrenamiento, pero mejorando la puntuación respecto a éste y pasando de 3,17 a 3,83.

En cuatro de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y en el restante, la relación entre las medidas fue inversa, reduciéndose la puntuación en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los cuatro participantes que incrementaron sus puntuaciones mejoraron las atribuciones de los eventos positivos a causas estables en el tiempo, mientras que en el caso en el que se redujo la puntuación en esta escala, se incrementó la atribución a causas inestables.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 6).

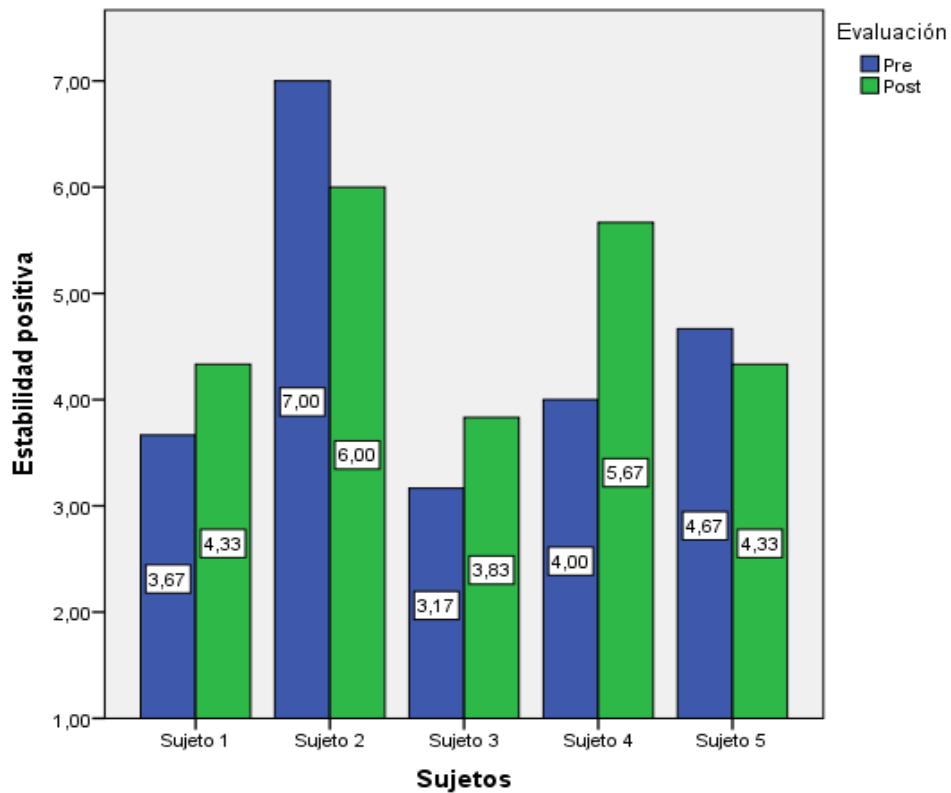


Figura 7. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Estabilidad positiva.

7.1.2.4 Estabilidad-Inestabilidad negativa

Las puntuaciones de la subescala de estabilidad-inestabilidad negativa va de 1 a 7, en dónde 1 implica el atribuir situaciones positivas a causas inestables en el tiempo y 7 atribuir las a causas estables.

En la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto fue de 7 puntos y correspondió al Sujeto 2. Por su parte, el puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 3 y fue de 3,17 puntos.

En la evaluación post-entrenamiento, el puntaje más alto del grupo también lo obtuvo el Sujeto 2, aunque redujo un punto del obtenido en la evaluación pre-entrenamiento, pasando de 7 a 6. Por su parte, el puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 3, quien había obtenido también la puntuación más baja en el pre-entrenamiento, pero mejorando la puntuación respecto a éste y pasando de 3,17 a 3,83.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones menores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, en los dos casos restantes, las puntuaciones post-entrenamiento aumentaron respecto a las de pre-entrenamiento. En este sentido, los tres participantes en los que redujeron los puntajes en esta escala incrementaron la atribución de los eventos negativos a causas inestables en el tiempo, mientras que los otros dos sujetos incrementaron la atribución de estos eventos a causas estables.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 7).

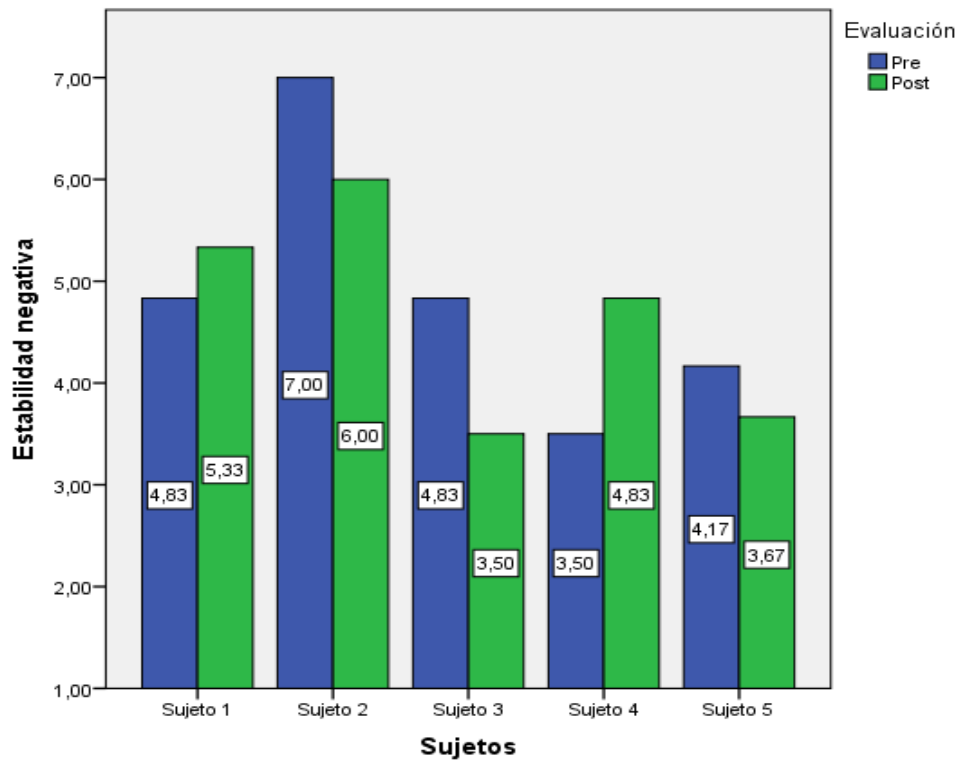


Figura 8. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Estabilidad negativa.

7.1.2.5 Globalidad-Especificidad positiva

La medida de la subescala de globalidad-especificidad para situaciones positivas va de 1 a 7, en donde 1 corresponde al grado máximo de especificidad y 7 al grado máximo de globalidad de la atribución.

En la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto fue de 5 puntos y correspondió al Sujeto 4. El puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 3 y fue de 2 puntos.

En la evaluación pos-entrenamiento, el puntaje más alto del grupo lo obtuvo el Sujeto 2, que pasó de 3 a 6 puntos; y el puntaje más bajo correspondió al Sujeto 5, quien pasó de 4,17 a 2,83. Sólo este participante, el Sujeto 5, aumentó la especificidad de sus atribuciones, es decir que después del entrenamiento tendía a considerar en mayor medida que las causas de las situaciones positivas son específicas de cada situación.

En cuatro de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y en el caso restante, la relación entre las medidas fue inversa, reduciéndose la puntuación en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los cuatro participantes en los que se incrementaron las puntuaciones en esta escala mejoraron en la atribución de eventos positivos a causas globales, mientras que en el caso en el que se redujo la puntuación, el cambio fue en sentido inverso, incrementándose la atribución de los eventos positivos a causas específicas.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 8).

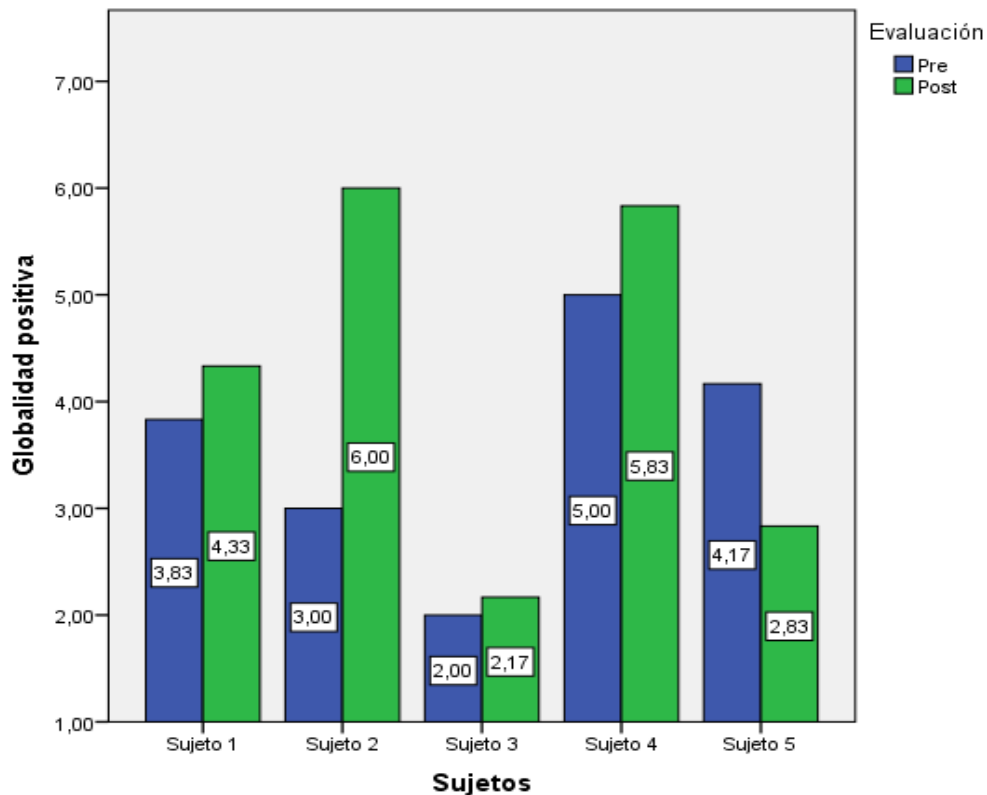


Figura 9. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Globalidad positiva.

7.1.2.6 Globalidad-Especificidad negativa

La medida de la subescala de globalidad-especificidad para situaciones negativas va de 1 a 7, en dónde 1 corresponde al grado máximo de especificidad y 7 al grado máximo de globalidad de la atribución.

En la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto fue de 5,83 puntos y correspondió al Sujeto 5. El puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 2 y fue de 1 puntos.

En la evaluación pos-entrenamiento, el puntaje más alto del grupo lo obtuvo el Sujeto 2, quien había obtenido la menor puntuación del grupo en el pre-entrenamiento, y que pasó de 3,83 a 3,33.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones menores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, en los dos casos restantes, las puntuaciones post-entrenamiento aumentaron respecto a las de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los tres participantes en los que se redujeron las puntuaciones en esta escala, aumentaron la atribución de los eventos negativos a causas específicas, mientras que los otros dos participantes incrementaron la atribución de los mismos a causas globales.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 9).

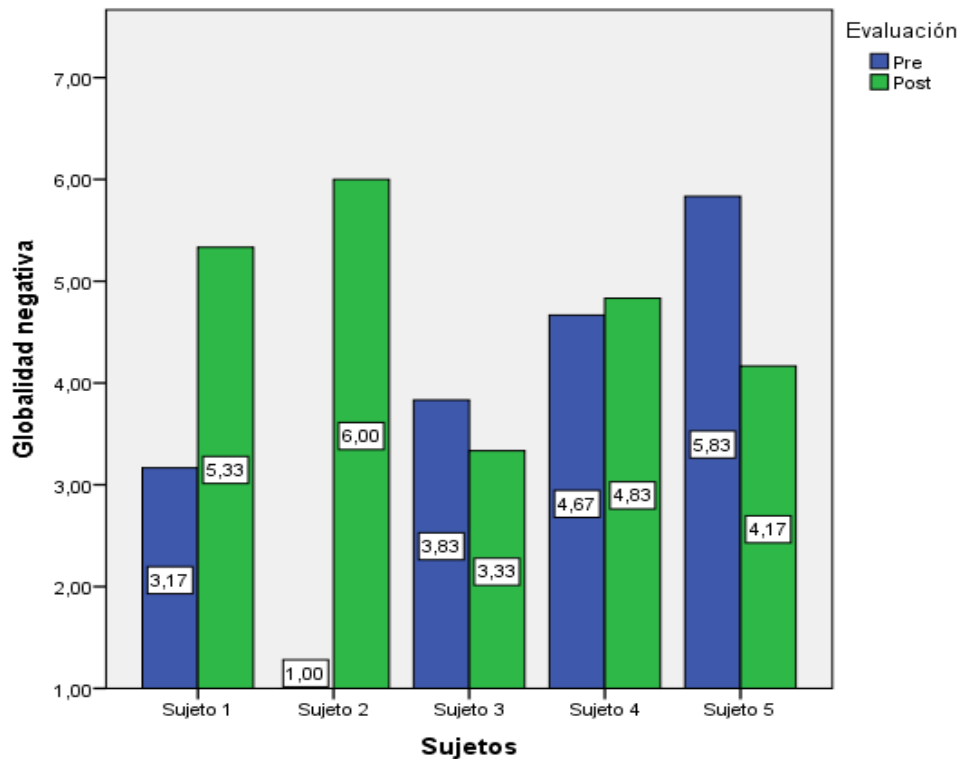


Figura 10. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Globalidad negativa.

7.1.2.7 Compuesto positivo

Esta escala se califica de 3 a 21 puntos y resulta de la suma de los ítems que hacen referencia a eventos positivos de cada una de las subescalas previas (internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad), y de dividir el resultado por 6 puntos para obtener la media.

En la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto correspondió al Sujeto 4 con una puntuación promedio de 14,50. Por su parte, el puntaje más bajo lo obtuvo el Sujeto 3 con una puntuación media de 9,50.

En la evaluación post-entrenamiento, el puntaje más alto lo obtuvo el Sujeto 2 con una puntuación promedio de 19 puntos, y el puntaje más bajo correspondió, al igual que en el pre-tratamiento, al Sujeto 3 el cual, sin embargo, mejoró su puntuación de 9,50 a 11,17 puntos. En todos los casos, exceptuando el Sujeto 5, las puntuaciones post-entrenamiento fueron superiores a las obtenidas en el pre-entrenamiento.

En cuatro de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y en el caso restante, la relación entre las medidas fue inversa, reduciéndose la puntuación en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala para eventos positivos, mejoraron de manera compuesta la internalidad, la globalidad y la estabilidad. El caso en el que se redujo la puntuación ocurrió justo lo contrario, al incrementarse la externalidad, la especificidad y la inestabilidad.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 10).

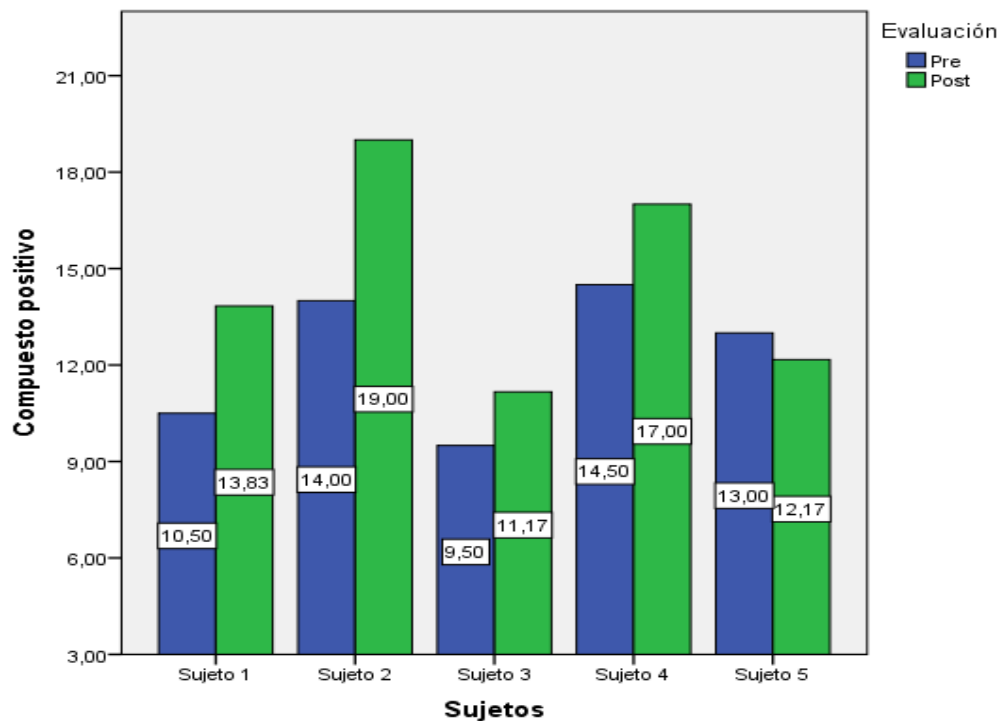


Figura 11. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Compuesto positivo.

7.1.2.8 Compuesto negativo

Esta escala se califica de 3 a 21 puntos y resulta de la suma de los ítems que hacen referencia a eventos negativos de cada una de las subescalas previas (internalidad, estabilidad y globalidad) y de dividir el resultado por 6 puntos para obtener la media.

En la evaluación pre-entrenamiento, el puntaje más alto correspondió al Sujeto 5 con una puntuación promedio de 14,00. Por su parte, el puntaje más bajo del grupo lo obtuvo el Sujeto 3, al igual que en la medida pre-entrenamiento, con una puntuación media de 10,83.

En la evaluación post-entrenamiento, el puntaje más alto lo obtuvo el Sujeto 2, al igual que en el pre-tratamiento, con una puntuación promedio de 18 puntos. No obstante, éste redujo en un punto las medidas pre y post. Por su parte, el puntaje más bajo correspondió, al igual que en el pre-tratamiento, al Sujeto 3 el cual, también redujo la puntuación promedio entre el pre-entrenamiento al post-entrenamiento de 10,83 a 8,33.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones menores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, en los dos casos restantes, las puntuaciones post-entrenamiento aumentaron respecto a las de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala para eventos negativos, mejoraron de manera compuesta la internalidad, la globalidad y la estabilidad. En los dos casos en los que se redujo la puntuación ocurrió justo lo contrario, al incrementarse la externalidad, la especificidad y la inestabilidad.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 11).

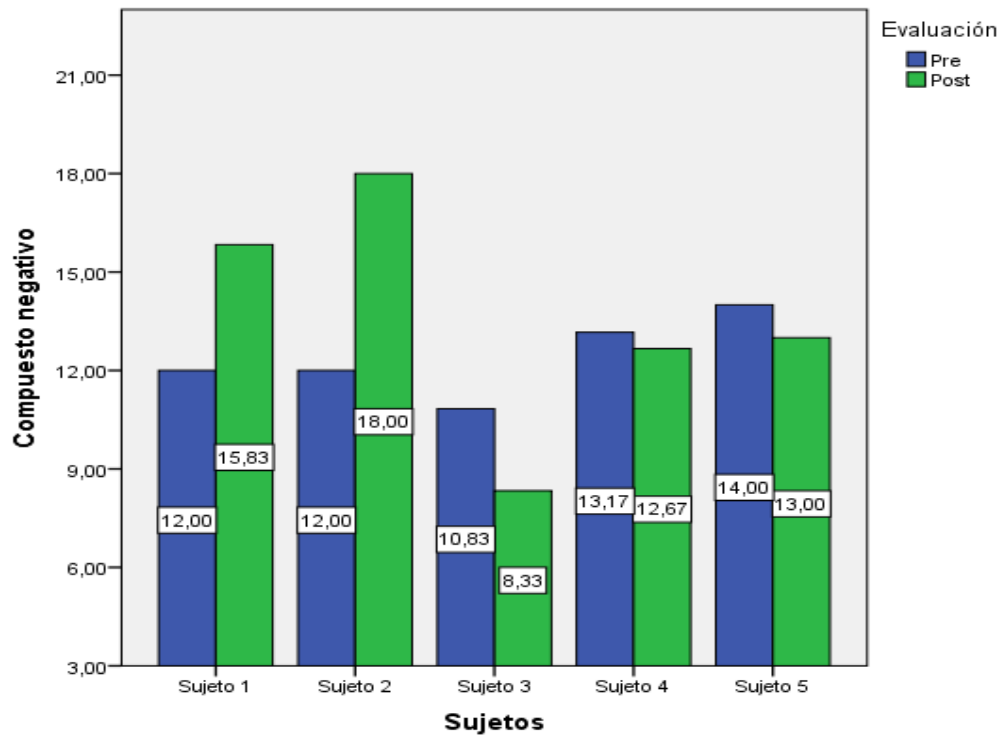


Figura 12. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Compuesto negativo.

7.1.2.9 Puntaje total de estilo atributivo

El puntaje total que se obtiene en este cuestionario oscila entre -18 y 18 puntos y supone la resta entre el estilo atributivo positivo y el estilo atributivo negativo. Esta puntuación permite establecer categorías respecto a los estilos atributivos, atendiendo a los siguientes baremos:

- > -18 a -11: Muy pesimista.
- > -10 a -3: Pesimista.
- > -2 a 2: Moderado.

- > 3 a 10: Optimista.
- > 11 a 18: Muy optimista.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 2 puntos, el cual correspondió al sujeto 2 y el más bajo fue de -1,50 puntos, obtenido por el Sujeto 1 (ambos en la categoría “moderado”). En la evaluación pos-tratamiento el puntaje más alto fue 4,33 puntos, el cual correspondió al sujeto 4 (categoría “optimista”) y el más bajo fue de -2 puntos, del Sujeto 1 (categoría “moderado”).

Sólo uno de los cinco participantes del estudio pasó de la categoría “moderado” a “optimista” tras la intervención, mientras que los otros cuatro pacientes continuaron en la categoría “moderado”. Estos resultados implican que estos cuatro pacientes no cambiaron su estilo atributivo previo tras la intervención.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 12).

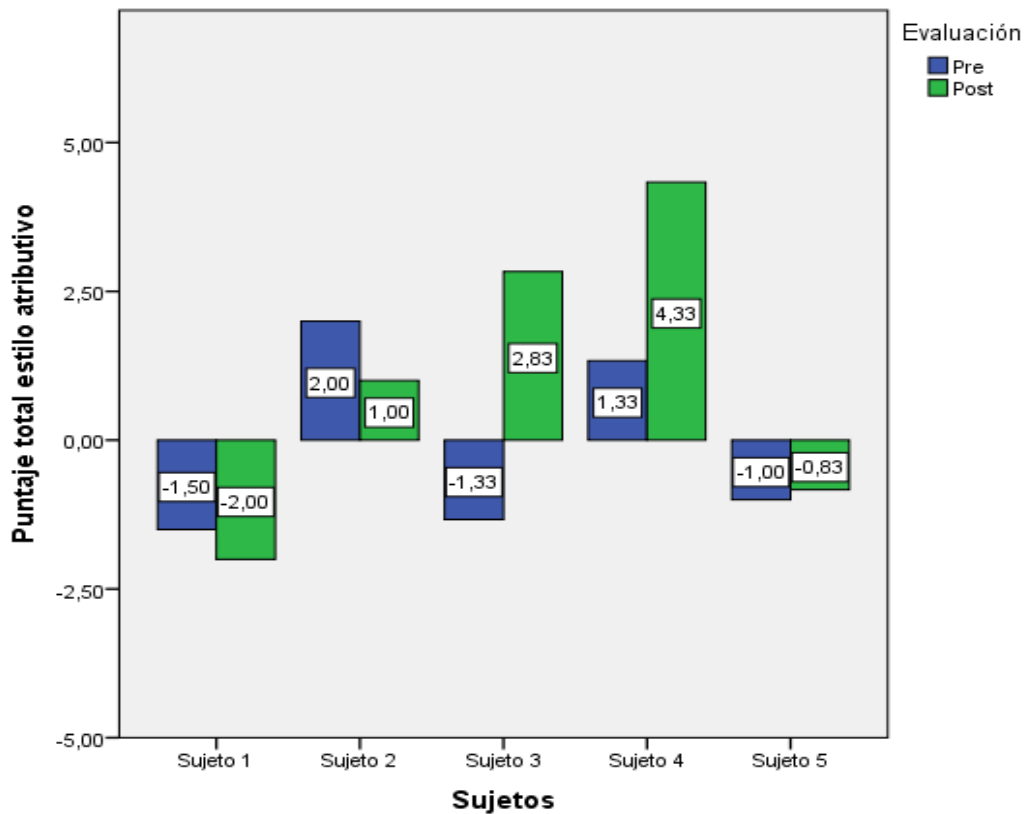


Figura 13. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Puntaje Total Estilo Atributivo.

7.1.3 Insight cognitivo.

El insight cognitivo se midió usando la Escala de Insight Cognitivo de Beck (Beck et al., 2004), la cual consiste en una medida de auto-registro de 15 ítems que valora cómo los pacientes evalúan su propio juicio, y que cuenta con una adaptación española en pacientes esquizofrénicos, desarrollada por Gutiérrez-Zotes, Valero, Cortés, Labad, Ochoa, Ahuir & Salamero (2012).

La escala consta de una serie de afirmaciones a las que la persona debe responder el grado de acuerdo con las mismas, atendiendo a un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: Nada de acuerdo (0), Un poco de acuerdo (1), bastante de acuerdo (2) y totalmente de acuerdo (3).

Está compuesta de dos dimensiones: la de *auto-reflexión* (R), conformada por nueve ítems, y la de *auto-certeza* (C) con seis ítems. La escala de auto-reflexión se puntúa en un rango de 0 a 27, y la de auto-certeza de 0 a 18. Adicionalmente, permite obtener un Índice Compuesto de Insight Cognitivo como *reflexión-certeza* (IC=R-C), que resulta de la resta de la auto-certeza a la auto-reflexión.

7.1.3.1 Autorreflexión

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 17 puntos, el cual correspondió al sujeto 4 y el más bajo fue de 11 puntos, obtenido por el Sujeto 5. En la evaluación pos-tratamiento el puntaje más alto fue 18 puntos, el cual correspondió al sujeto 1 y el más bajo fue de 12 puntos, del Sujeto 3.

En cuatro de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, el caso restante, las puntuaciones post-entrenamiento disminuyeron respecto a las de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala,

mejoraron la capacidad para identificar y evaluar sus cogniciones, mientras que, en el caso restante, en el que se redujo la puntuación, sucedió lo contrario.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 12).

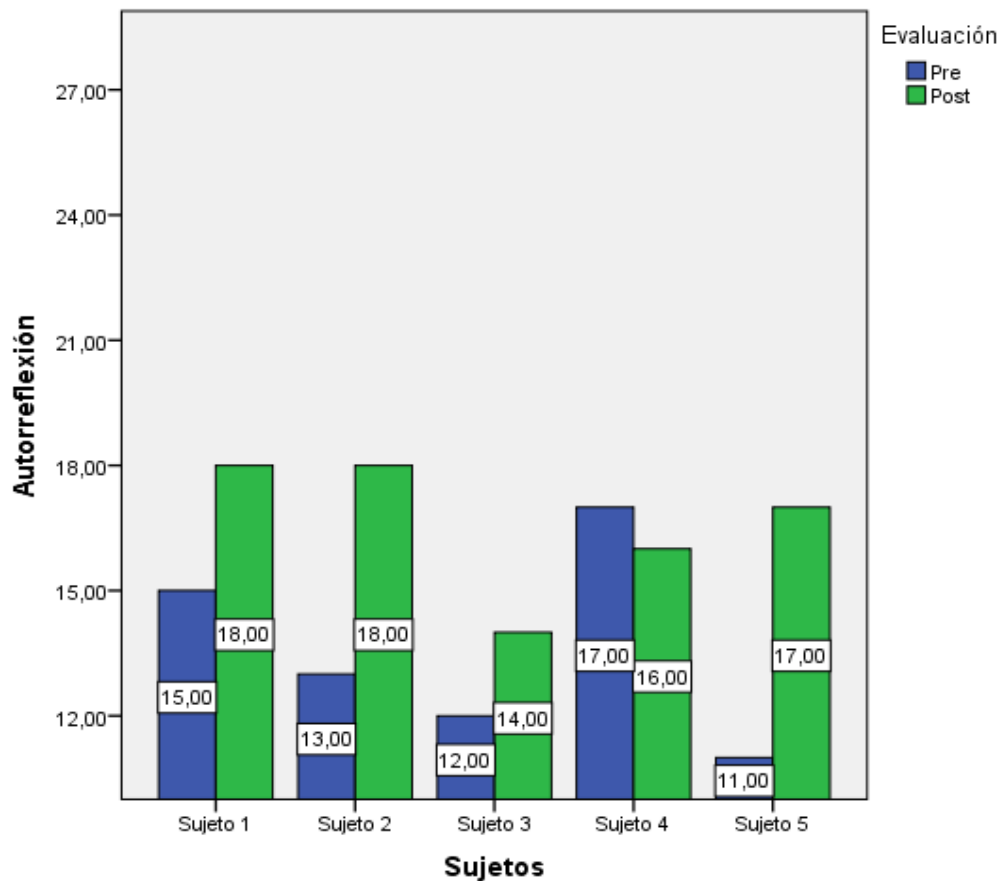


Figura 14. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Autorreflexión.

7.1.3.2 Autocerteza

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 17 puntos, el cual correspondió al sujeto 3 y el más bajo fue de 3 puntos, obtenido por el Sujeto 4. En la evaluación post-tratamiento el puntaje más alto fue 13 puntos, el cual correspondió al sujeto 2 y el más bajo fue de 4 puntos, del Sujeto 4.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones menores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, en los dos casos restantes, las puntuaciones post-entrenamiento aumentaron respecto a las de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala, disminuyeron la sobreconfianza en la validez de las propias creencias, mientras que, en los casos restantes, sucedió lo contrario.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 13).

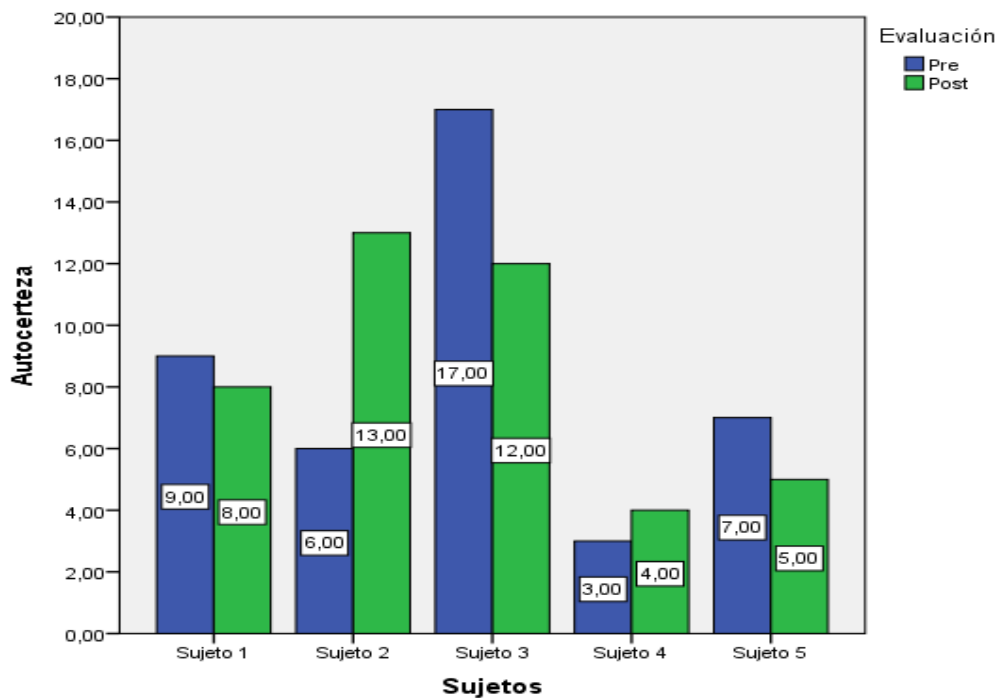


Figura 15. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Autocerteza.

7.1.3.3 Índice de insight cognitivo.

El índice de insight cognitivo se obtiene de restar las puntuaciones obtenidas por cada persona en la subescala de autorreflexión a la subescala de autocerteza, y se relaciona directamente con el insight clínico. Los resultados oscilan desde -27 a 27 puntos.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 14 puntos, el cual correspondió al sujeto 4 y el más bajo fue de -5 puntos, obtenido por el Sujeto 3. En la evaluación pos-tratamiento el puntaje más alto fue 12 puntos, el cual correspondió al sujeto 4 y el más bajo fue de 2 puntos, del Sujeto 3.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, en los dos casos restantes, las puntuaciones post-entrenamiento disminuyeron respecto a las de pre-entrenamiento. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala, disminuyeron la sobreconfianza en la validez de las propias creencias y aumentaron su capacidad de identificar y evaluar sus propias cogniciones, mientras que, en los casos restantes, sucedió lo contrario.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 14).

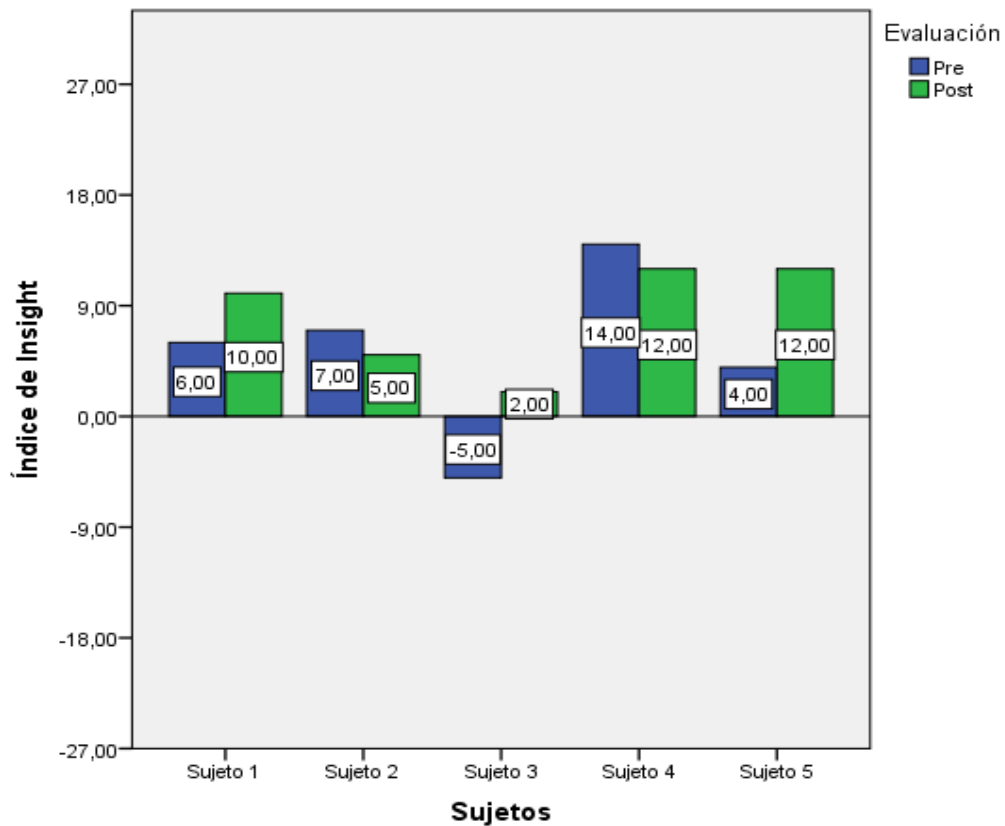


Figura 16. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Índice de insight cognitivo.

7.1.4 Teoría de la mente.

Para evaluar teoría de la mente, se utilizó la prueba de las insinuaciones o Hinting Task, en su adaptación española (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea, & Arrieta, 2012).

Este test incluye diez historias breves, en las que aparecen dos personajes y en las que, al final de cada una de las mismas, uno de los personajes deja caer una indirecta bastante clara. A continuación, se le pregunta al sujeto qué ha querido decir realmente el personaje de la historia con el comentario que ha hecho. Si el sujeto responde

correctamente, se puntúa con un 2; si no responde correctamente, se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1 y, si no, se considera que la respuesta incorrecta, lo cual equivale a una puntuación de 0. La puntuación total de la prueba va de 0 a 20.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 20 puntos, el cual correspondió a los sujetos 1 y 4 y el más bajo fue de 10 puntos, obtenido por el Sujeto 3. En la evaluación pos-tratamiento el puntaje más alto también fue 20 puntos, el cual correspondió a los sujetos 1 y 4, al igual que en la pre-intervención; y el más bajo fue de 13 puntos, del Sujeto 3.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y, en los dos casos restantes, se obtuvo la puntuación máxima en las dos pruebas en ambas medidas, por lo que se puede hablar de un efecto techo. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala, aumentaron su capacidad para interpretar las insinuaciones y los estados mentales de los demás según el contexto, es decir mejoraron en teoría de la mente.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 15).

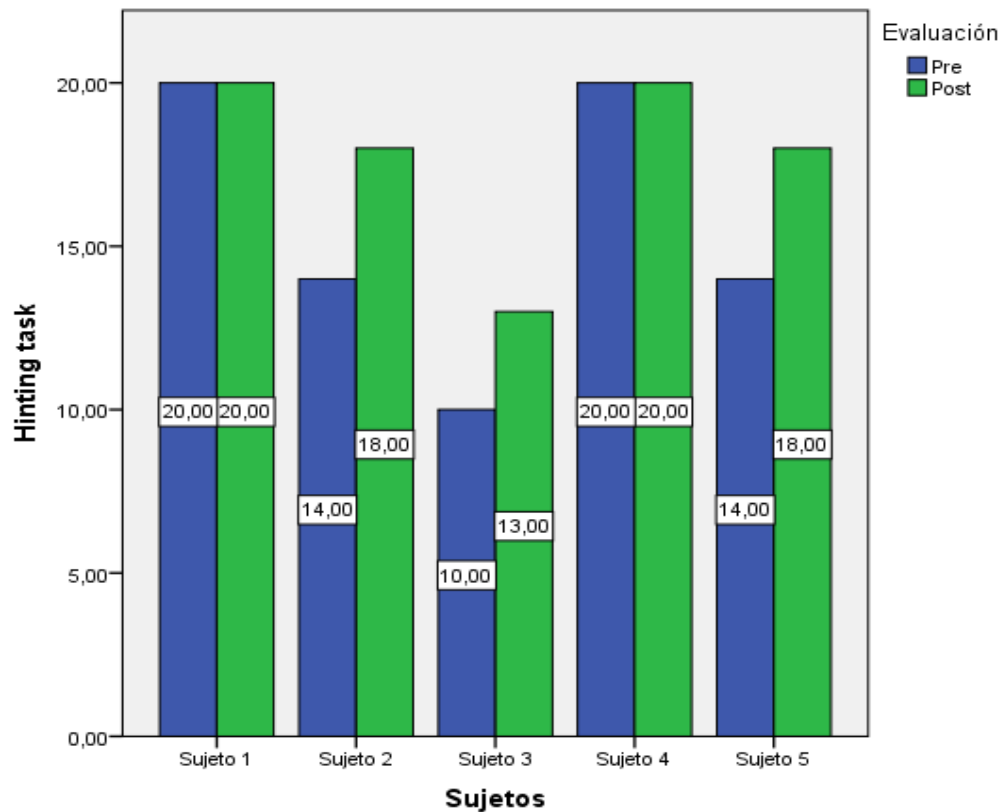


Figura 17. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Teoría de la Mente.

7.1.5 Calidad de vida.

Esta variable se midió con la Escala de Medición de la Calidad de Vida de la OMS (OMS, 2002). Consiste en un instrumento conformado por 26 ítems que evalúan cuatro dominios de la calidad de vida: *salud física* (actividades de la vida diaria, dependencia de medicación, y energía), *salud psicológica* (sentimientos positivos y negativos, autoestima, y funcionamiento cognitivo), *relaciones sociales* (relaciones interpersonales y apoyo social) y *entorno* (recursos económicos, acceso a la salud y protección social, y ambiente familiar).

Las puntuaciones de cada dominio van de un rango de 0 a 100, donde las puntuaciones mayores señalan una mayor calidad de vida.

7.1.5.1 Salud física.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 81 puntos, el cual correspondió al sujeto 3 y el más bajo fue de 44 puntos, obtenido por el Sujeto 4. En la evaluación post-tratamiento el puntaje más alto fue 63 puntos, el cual correspondió al sujeto 3; y el más bajo fue de 44 puntos obtenido, al igual que en la medición pre-tratamiento, por el Sujeto 4.

En dos de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento, en un caso el puntaje se mantuvo y, en los dos casos restantes, se obtuvo una disminución en la puntuación. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala, aumentaron la percepción favorable de su salud física (dolor, dependencia de medicinas, energía para la vida diaria, movilidad, sueño y descanso, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajo) después de la intervención, mientras que en los demás sucedió lo contrario.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 16).

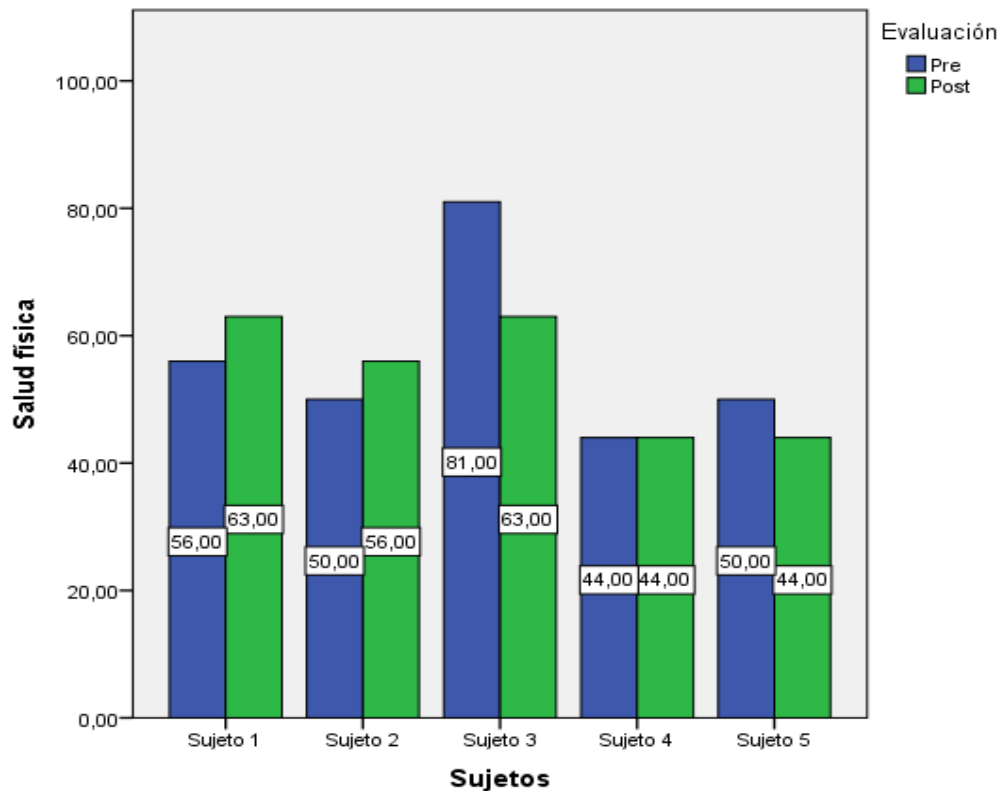


Figura 18. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Salud física.

7.1.5.2 Salud psicológica.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 56 puntos, el cual correspondió a los sujetos 1 y 3 y el más bajo fue de 31 puntos, obtenido por el Sujeto 4. En la evaluación pos-tratamiento, el puntaje más alto fue 69 puntos, el cual correspondió al sujeto 1; y el más bajo fue de 56 puntos de los Sujetos 2, 4 y 5.

En todos los participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento en esta variable. Estos

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

resultados implican que los pacientes aumentaron la percepción favorable de su salud psicológica tras la intervención; es decir, calificaron como más favorables su valoración acerca de los sentimientos positivos, creencias personales, procesos psicológicos básicos, imagen corporal, autoestima y sentimientos negativos.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 17).

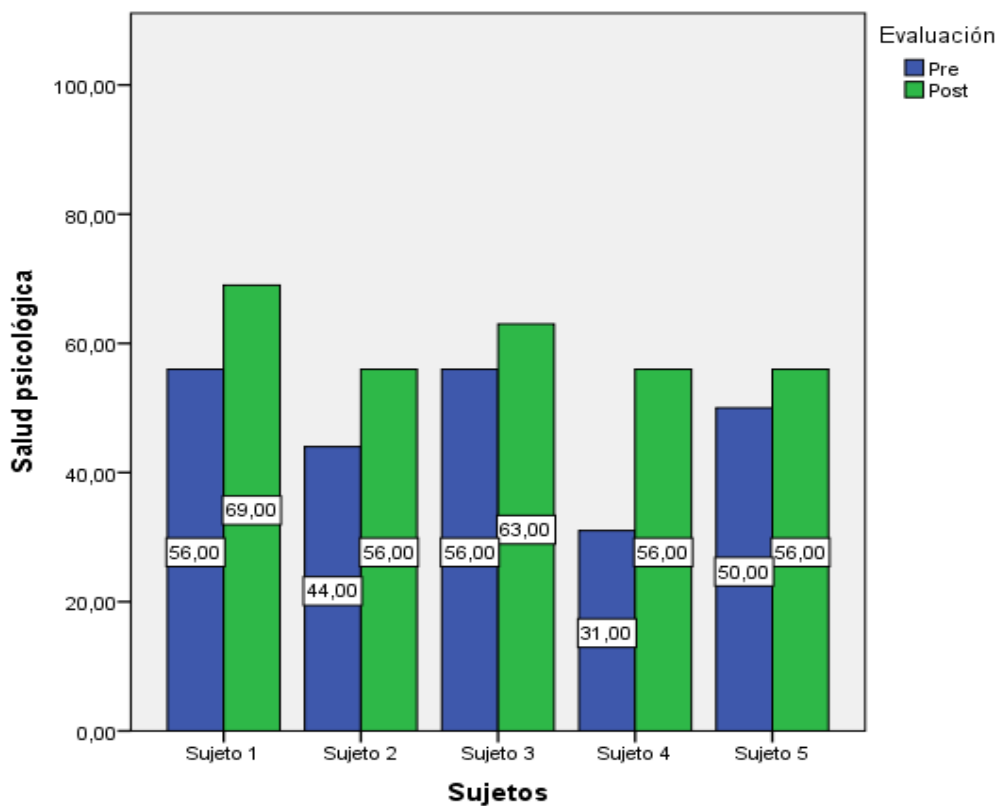


Figura 19. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Salud psicológica.

7.1.5.3 Relaciones interpersonales.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 69 puntos, el cual correspondió a los sujetos 3 y 5, y el más bajo fue de 6 puntos, obtenido por el Sujeto 2. En la evaluación pos-tratamiento, el puntaje más alto fue 56 puntos, el cual correspondió al sujeto 1; y el más bajo fue de 59 puntos de los Sujetos 2, 3, 4 y 5.

En dos de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento y en los casos restantes, se observa una disminución en la puntuación. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala, aumentaron la percepción favorable de sus relaciones interpersonales (relaciones sociales, actividad sexual y apoyo social) después de la intervención, mientras que en los demás sucedió lo contrario.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 18).

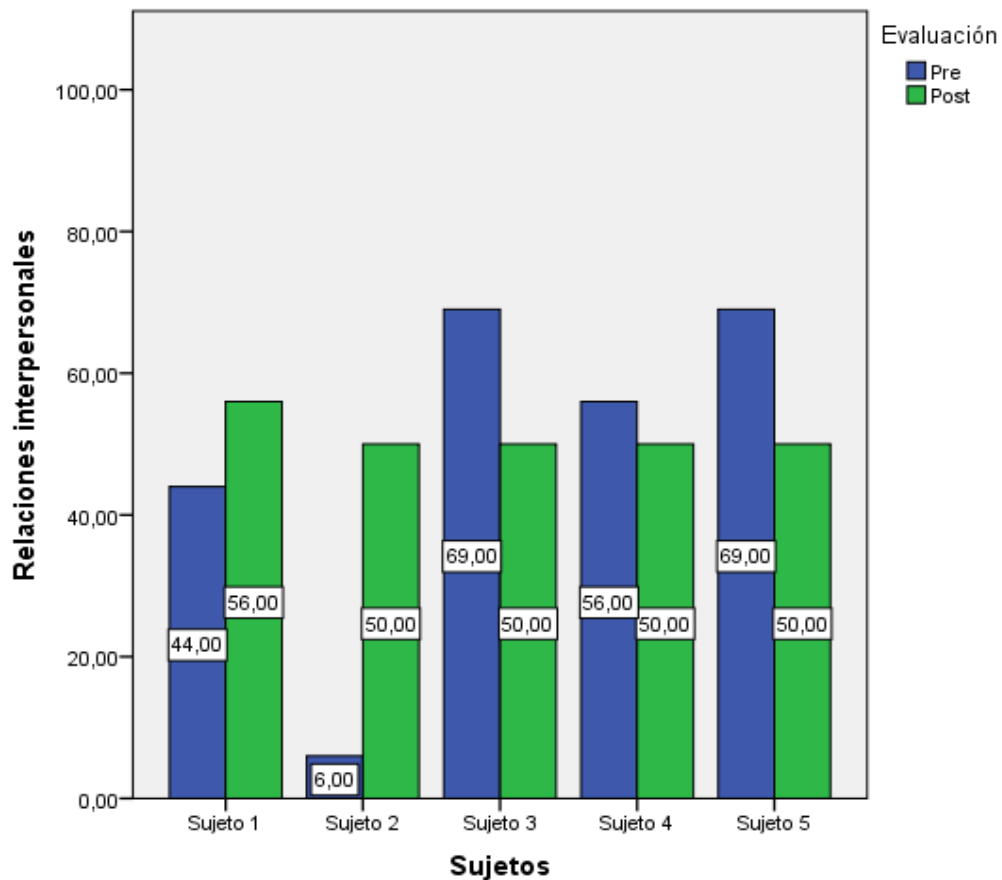


Figura 20. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Relaciones interpersonales.

7.1.5.4 Entorno.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 74 puntos, el cual correspondió a los sujetos 1 y 4, y el más bajo fue de 44 puntos, obtenido por el Sujeto 2. En la evaluación pos-tratamiento, el puntaje más alto fue 88 puntos, el cual correspondió al sujeto 3; y el más bajo fue de 50 puntos del Sujeto 2.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones mayores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento; en un caso se mantuvo la misma puntuación y en el caso restante, se observa una disminución en la puntuación. Estos resultados implican que los que incrementaron las puntuaciones en esta escala, aumentaron la percepción favorable de su entorno (libertad, seguridad, ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información, ocio y descanso, hogar, atención sanitaria/social, transporte) después de la intervención, mientras que en los demás sucedió lo contrario.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver figura 19).

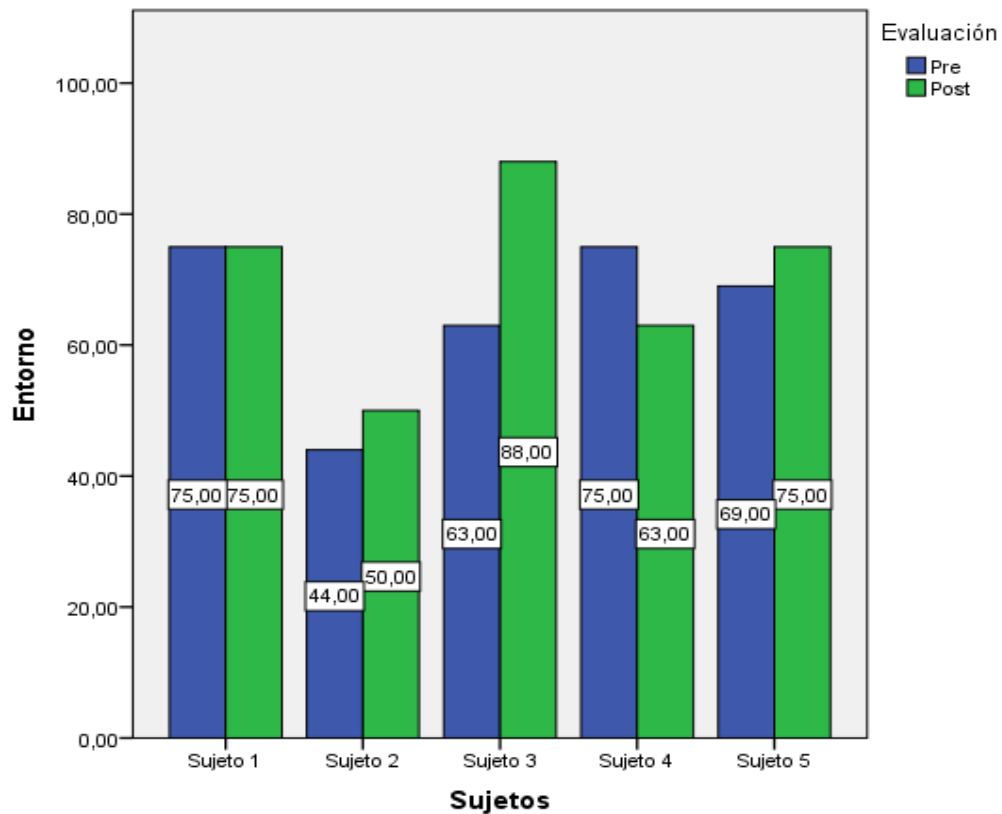


Figura 21. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Entorno.

7.1.6 Funcionalidad.

Para medir la funcionalidad, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Discapacidad de la OMS -WHODAS 2.0, en su versión reducida (OMS, 2015), el cual evalúa el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades cotidianas y participación. Esta versión permite obtener un puntaje global de funcionalidad/discapacidad, en el que las puntuaciones más cercanas a 100 indican mayor discapacidad.

En la evaluación pre-tratamiento, el puntaje más alto fue de 45,83 puntos, el cual correspondió a los sujetos 1 y 3, y el más bajo fue de 20,83 puntos, obtenido por el Sujeto 2. En la evaluación pos-tratamiento, el puntaje más alto fue 45,83 puntos, el cual correspondió al sujeto 1 quien había obtenido también esta puntuación en la medición pre-tratamiento; y el más bajo fue de 10,42 puntos, también obtenido como en el pre-tratamiento por el Sujeto 2.

En tres de los cinco participantes del estudio se observaron puntuaciones menores en la evaluación post-entrenamiento respecto a la de pre-entrenamiento, en un caso se mantuvo la misma puntuación y en el caso restante, se observa un aumento en la puntuación. Estos resultados implican que los que disminuyeron las puntuaciones en esta escala, aumentaron su nivel de funcionalidad después de la intervención, mientras que un caso se mantuvo y en el otro sucedió lo contrario.

A continuación, se presentan gráficamente las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos de la muestra en esta variable, tanto en la medición pre-tratamiento como en la correspondiente al post tratamiento (Ver Figura 20).

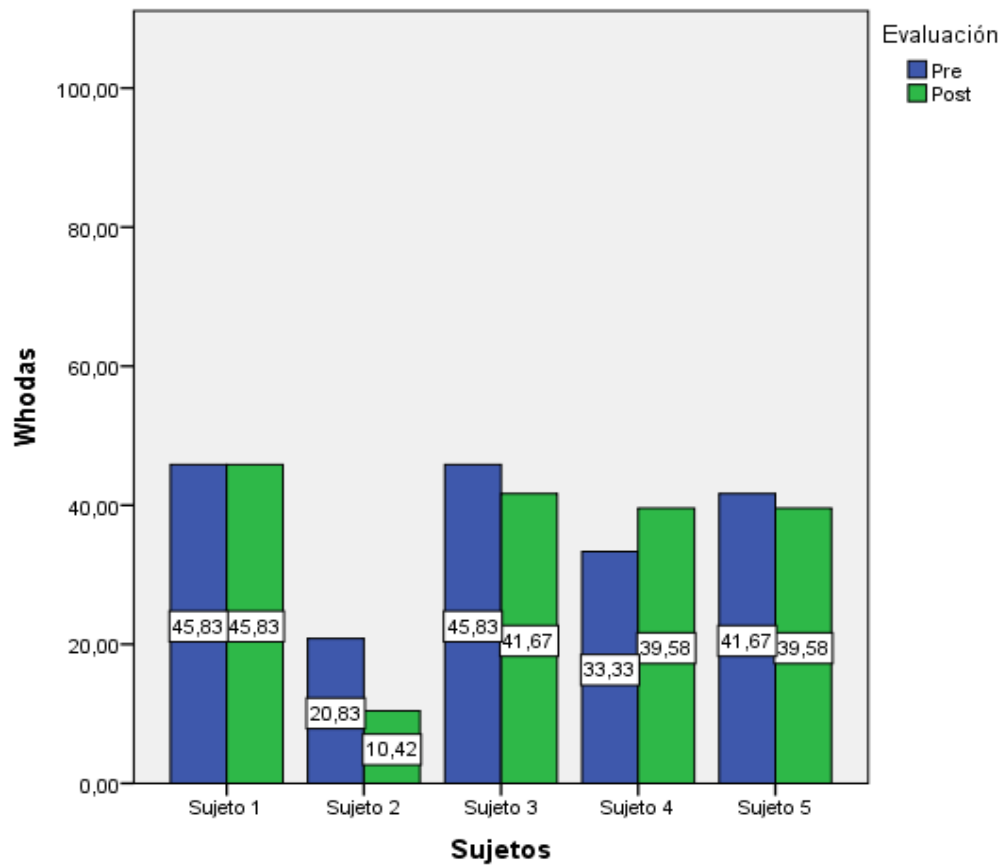


Figura 22. Puntuaciones pre y post intervención de la muestra en la variable Funcionalidad.

7.2 Cambios de puntajes por sujeto.

A continuación, se presenta en la Tabla 3 un resumen de los cambios de puntaje observados en cada participante en las diferentes subescalas, tras el entrenamiento.

Tabla 3.

Resumen de cambio de puntajes por sujeto.

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5
Salto a conclusiones	↑	↑	↑	↑	↑
Internalidad positiva	↑	↑	↑	=	↑
Estabilidad positiva	↑	↓	↑	↑	↓
Globalidad positiva	↑	↑	↑	↑	↓
Internalidad negativa	↑	↑	↓	↓	↑
Estabilidad negativa	↑	↑	↓	↑	↓
Globalidad negativa	↑	↑	↓	↑	↓
Compuesto positivo	↑	↑	↑	↑	↓
Compuesto negativo	↑	↑	↓	↓	↓
Estilo atributivo general	↓	↓	↑	↑	↑
Autorreflexión	↑	↑	↑	↓	↑
Autocerteza	↓	↑	↓	↑	↑
Indice de insight cognitivo	↑	↓	↑	↓	↑
Hinting Task	=	↑	↑	=	↑
Salud física	↑	↑	↓	=	↓
Salud psicológica	↑	↑	↑	↑	↑
Relaciones interpersonales	↑	↑	↓	↓	↓
Entorno	=	↑	↑	↓	↑
WHODAS 2.0	=	↓	↓	↑	↓

↑ Aumento de puntaje; ↓ Disminución de puntaje; = Puntaje sin cambios

Como puede observarse en la tabla, los perfiles de cambio de los participantes del estudio no fueron homogéneos en cuanto a las variables que cambiaron tras la intervención, ni el sentido de cambio de las mismas, salvo en el sesgo de salto a conclusiones y en cuanto a la salud psicológica, en la que todos los pacientes mejoraron, o en la prueba Hinting Task

sobre teoría de la mente, en la que la mayoría de los pacientes mejoraron las puntuaciones, y aquellos que las mantuvieron obtuvieron los puntajes máximos en las dos evaluaciones, pre y post- intervención.

En el resto de variables, aunque en la mayoría de los participantes se observan cambios favorables en algunas relacionadas con la funcionalidad, el estilo atributivo y el insight cognitivo, tales como el aumento de la autorreflexión; en otras tales como la autocerteza sólo se observaron mejoras en dos participantes, así como respecto a la percepción de la salud física y de las relaciones interpersonales de la prueba de calidad de vida.

Tras la observación de los cambios por cada participante, podría señalarse que, mientras que los Sujetos 1, 2 y 4 mejoraron en la mayoría de las pruebas el Sujeto 1 no mejoró respecto a su funcionalidad, el Sujeto 2 la empeoró y el Sujeto 4 la mejoró. El Sujeto 3, quien no obtuvo mejorías en los estilos atributivos frente a eventos negativos y en algunas dimensiones de calidad de vida, de manera coherente no obtuvo mayor funcionalidad tras la intervención, así como el Sujeto 5, quien obtuvo peores puntuaciones en algunas variables del estilo atributivo positivo y negativo, de insight cognitivo, de calidad de vida y también, de manera coherente, de funcionalidad.

7.3 Comparación de puntajes promedio grupal, antes y después del entrenamiento.

Debido a que el tamaño de la muestra es muy reducido ($n=5$), y a que los datos no siguen una distribución normal, para la prueba de hipótesis se seleccionó la prueba de rangos de Wilcoxon.

Los resultados muestran que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las pruebas de salto a conclusiones y en la subescala de percepción subjetiva de la salud psicológica en la prueba de calidad de vida (WHOQOL-BREF), ambas con un tamaño de efecto grande.

En el resto de comparaciones, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se observaron tamaños de efecto grande, tales como en la subescala de internalidad positiva y en la de estilo atributivo positivo del Cuestionario de Estilos Atributivos (ASQ). En el resto de subescalas de este cuestionario y en el puntaje total, el tamaño de efecto fue pequeño.

En la Escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS) tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas pre y pos entrenamiento, pero se observó un tamaño de efecto grande en la dimensión de autorreflexión, y un tamaño de efecto mediano en el índice de insight cognitivo.

En la prueba de teoría de la mente (Hinting Task), sin diferencias estadísticamente significativas pre y post tratamiento, también se encontró un tamaño de efecto grande; y en la prueba de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF), en su dimensión referida al entorno, el tamaño de efecto fue pequeño.

Por última en la prueba de discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0), se encontró un tamaño de efecto pequeño en la disminución de la percepción subjetiva de discapacidad, y las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre las medidas pre y pos tratamiento.

A continuación, se presentan los datos correspondientes a las comparaciones pre y post tratamiento en la Tabla 4.

Tabla 4.

Comparaciones a nivel grupal entre las medidas pre y post tratamiento.

	Pre-test		Post-test		Z	P	r
	Media	SD	Media	SD			
Salto a conclusiones (Tarea de las jarras)	2,28	2,166	4,2	2,775	-2,032 ^b	0,04	0,645
Internalidad positiva (ASQ)	4,2	0,893	5,567	0,822	-1,826 ^b	0,07	0,577
Estabilidad positiva (ASQ)	4,5	1,5	4,833	0,943	-,677 ^b	0,5	0,214
Globalidad positiva (ASQ)	3,6	1,146	4,233	1,726	-,944 ^b	0,35	0,298
Internalidad negativa (ASQ)	3,834	0,459	4,168	0,832	-,544 ^b	0,59	0,172
Estabilidad negativa (ASQ)	3,833	1,027	4,167	1,86	-,408 ^c	0,68	-,0129
Globalidad negativa (ASQ)	4,867	1,314	4,667	1,074	-,674 ^b	0,5	0,213
Estilo atributivo positivo (ASQ)	3,7	1,808	4,733	1,031	-1,753 ^b	0,08	0,554
Estilo atributivo negativo (ASQ)	12,4	1,217	13,57	3,651	-,405 ^b	0,69	0,128
Estilo atributivo general (ASQ)	-0,1	1,64	1,067	2,589	-,674 ^b	0,5	0,213
Autorreflexión (BCIS)	13,6	2,408	16,6	1,673	-1,753 ^b	0,08	0,554
Autocerteza (BCIS)	8,4	5,273	8,4	4,037	-,271 ^c	0,79	-,0086
Índice de insight-cognitivo (BCIS)	5,2	6,834	8,2	4,494	-1,219 ^b	0,22	0,386
Teoría de la mente (Hinting task)	15,6	4,336	17,8	2,864	-1,633 ^b	0,1	0,516
Salud física (WHOQOL-BREF)	56,2	14,5	54	9,566	-,184 ^c	0,85	-,0058
Salud psicológica (WHOQOL-BREF)	47,4	10,43	60	5,874	-2,023 ^b	0,04	0,64
Relaciones interpersonales (WHOQOL-BREF)	48,8	26,09	51,2	2,683	-,135 ^c	0,89	-,0043
Entorno (WHOQOL-BREF)	65,2	12,85	70,2	14,34	-,736 ^b	0,46	0,233
Discapacidad (WHODAS 2.0)	37,5	10,62	35,42	14,2	-,730 ^c	0,47	-,0231

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

c. Se basa en rangos negativos.

8. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la implementación de un programa de Entrenamiento Metacognitivo en Esquizofrenia es eficaz para la reducción del sesgo cognitivo de salto a conclusiones y para la mejoría en la calidad de vida, específicamente en su dimensión de salud psicológica, en un grupo de pacientes con esquizofrenia.

Algunos de estos resultados ya han sido observados en otros estudios precedentes, en donde se evidencia, por ejemplo, el significativo impacto del EMC en la reducción del sesgo cognitivo de salto a conclusiones en pacientes con esquizofrenia en diferentes contextos (Aghotor et al., 2010; Favrod et al., 2014; Lam et al., 2015; Moritz & Woodward, 2007). Esta reducción del sesgo de salto a conclusiones resulta muy importante clínicamente porque se ha observado que, la reducción del mismo, es un predictor de la mejoría de los resultados del acompañamiento terapéutico (Freeman, 2007). Adicionalmente, al ser considerado este sesgo como el más relevante para la formación de las ideas delirantes, algunos estudios han encontrado también que una disminución en éste, implica una reducción significativa en las puntuaciones observadas en las escalas que miden los delirios, tal como la PANSS (Moritz et al, 2007; Moritz et al., 2011).

Por otra parte, resulta importante considerar que el sesgo de salto a conclusiones ha sido resistente al cambio después de otras intervenciones psicológicas, tales como la terapia cognitivo conductual (Garety et al, 2008), y que este sesgo es muy influyente en la propensión a aferrarse a ideas inverosímiles con gran convicción, por lo que es posible que

la implementación del programa de EMC tenga un efecto antipsicótico importante que complementa el tratamiento psicofarmacológico.

Por su parte, en la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, la implementación del programa EMC parece no influir sobre la dimensión de *salud física* de los pacientes participantes, tal como se ha observado sistemáticamente en estudios precedentes (Moritz et al., 2011; Moritz, Veckenstedt, et al., 2010) pero sí parece impactar de manera relevante los resultados acerca de la percepción de los pacientes acerca de su *salud psicológica*, lo cual concuerda con los hallazgos de otro estudio (Balzan et al., 2012). Estos resultados podrían implicar algunos cambios respecto a las expectativas de autoeficacia o de resultado que pueden desarrollar los pacientes a partir del conocimiento acerca, no sólo de sus procesos psicológicos, sino también de qué pueden hacer ante éstos, en este caso, cómo manejar sus procesos mentales respecto a las ideas delirantes. Sin embargo, no se midieron estas variables relacionadas con las expectativas de autoeficacia y de resultado en el presente estudio y, en general, no se han encontrado estudios recientes que valoren estas variables en relación con los cambios observados en la percepción de los pacientes sobre su salud psicológica.

En el resto de las subescalas de calidad de vida, contrariamente a lo que se esperaba, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas tras el programa EMC en los pacientes respecto a las *relaciones interpersonales* y el *entorno*, tal como ha sido encontrado en un estudio previo (Balzan et al., 2012). No obstante, estos resultados podrían ponerse en relación con otros hallazgos presentes en este estudio, tal como el no haber

encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post tratamiento de las habilidades de teoría de la mente, evaluadas por la prueba Hinting Task (Gil et al., 2012), resultado que ha sido mostrado en otro estudio que no han mostrado mejoría en esta habilidad social cognitiva en los pacientes tras el EMC (Moritz et al., 2010). En este sentido, a partir de los resultados observados en esta variable, podría plantearse que sin las mejorías esperadas en esta habilidad metacognitiva, resultaría lógico pensar que los pacientes no mejorasen sus habilidades para desarrollar tales relaciones interpersonales y, como consecuencia, la percepción que tienen acerca de las mismas. Así, cabe pensar que, para la mejoría de la teoría de la mente en estos pacientes, la metacognición por sí sola no resulta suficiente y se requeriría complementar esta intervención con otras estrategias de entrenamiento en cognición social que orienten al desarrollo de competencias, desde un modelo de déficit o planteadas desde la conceptualización de los síntomas negativos en esquizofrenia. Al respecto, existe un modelo en la actualidad que profundiza en la integración de la terapia metacognitiva y el entrenamiento en cognición social: el modelo de entrenamiento Mmetacognitivo y cognición social desarrollado por Rocha & Queirós (2013), del cual se deriva el único programa piloto que ha resultado satisfactorio para la mejoría de la teoría de la mente en estos pacientes.

Por otra parte, también cabría señalar que la prueba utilizada en el presente estudio para evaluar esta habilidad metacognitiva podría no ser muy sensible a los cambios experimentados por los pacientes tras un programa de intervención, dado que dos de los cinco participantes no incrementaban sus puntuaciones porque llegaban al techo de la prueba desde la evaluación pre-tratamiento. También puede mencionarse que, aunque no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas pre y post-entrenamiento, sí se observaron cambios y un tamaño de efecto grande, lo cual es coherente con lo encontrado en otros estudios en los que se encuentran mejorías tras el EMC que sugiere una disminución en la dificultad para realizar inferencias sobre los estados mentales de otras personas y, por ende, una disminución en la fortaleza de la ideación delirante (Freeman, 2007; Gil et al., 2012). En próximos estudios sería útil utilizar otras pruebas que se centren en esta variable, puesto que es probable que el EMC tenga un impacto significativo en ésta, aunque no pueda afirmarse a partir de los resultados presentes.

Otra variable relacionada en la que se esperaban cambios estadísticamente significativos hace referencia a la funcionalidad, la cual se midió en este estudio con la escala para la evaluación de la discapacidad de la OMS WHODAS 2.0. Los resultados observados no evidenciaron cambios significativos ni tamaños de efecto importantes en esta variable tras el EMC, lo cual va en contravía a los resultados de otros estudios en los que se vio impactado positivamente el nivel de funcionalidad de los pacientes después del entrenamiento (Naughton et al., 2012). Al respecto, cabe aclarar que en este estudio se evaluaron los niveles de funcionalidad con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la cual supone una escala de estimación global por parte del clínico, quien podría sobreestimar los logros. Por otra parte, también podría plantearse que el que no se hayan observado diferencias estadísticamente significativas en el grupo de participantes respecto a la funcionalidad tras la intervención, puede deberse a un nivel base de buena funcionalidad ya que se encontraban en una fase estable de la enfermedad, o a que éste ámbito requiere intervenciones psicosociales o alternativas complementarias mucho más orientadas y

efectivas para mejorar la funcionalidad de estos pacientes y que puedan impactar mucho más la percepción subjetiva de los mismos acerca de su funcionalidad. En este sentido, cabe resaltar que, aún sin las diferencias esperadas, tres de los cinco pacientes mejoraron sus puntajes y uno se mantuvo estable. Adicionalmente, estos resultados deben ponerse en relación con el argumento previo acerca de cómo podría influir otras variables metacognitivas del estudio, tales como la teoría de la mente, el insight cognitivo o los estilos atribucionales, sobre las propias percepciones acerca del funcionamiento general y específico en diferentes áreas de la vida.

Retomando estas últimas variables metacognitivas, tampoco se encontraron las diferencias estadísticamente significativas esperadas tras el programa EMC. Entre éstas, se encuentra el caso de las variables de *insight cognitivo* y, específicamente, la de *autorreflexión*, la cual implica la capacidad de los pacientes de identificar y evaluar las propias cogniciones. En un estudio llevado a cabo por Garay, Pousa & Pérez (2014), se encontró que la población con esquizofrenia obtiene puntuaciones significativamente menores en autorreflexión y mayores en autocerteza que la población normal. Por tal motivo, dado que el objetivo principal del entrenamiento es incrementar la flexibilidad cognitiva y disminuir la confianza excesiva presente en las creencias delirantes, el programa debería reducir los déficits de insight cognitivo, en la medida en que después de su implementación incremente la autorreflexión y disminuya la autocerteza.

En este caso, aunque no se encontraron estas diferencias antes y después del programa, los tamaños de efecto fueron grandes, lo cual podría plantear que se produjeron

cambios en ésta, pero no podemos estimar si éstos fueron clínicamente significativos, dada la falta de criterios para determinar niveles de gravedad. Adicionalmente, en otro estudio (Lam et al., 2015), los niveles de insight cognitivo encontrados en las medidas pre tratamiento fueron menores que en la presente muestra, lo cual podría explicar las diferencias estadísticamente significativas encontradas en el mismo tras el tratamiento respecto a la presente investigación. Esto implicaría que algunos de nuestros pacientes tendrían de partida mayores niveles de insight cognitivo y que, aunque los cambios observados tras el EMC no fueran estadísticamente significativos, sí podrían haber sido clínicamente significativos en los cuatro pacientes de los cinco evaluados, que sí mejoraron. Al respecto, podría argumentarse que el programa, con sus tres componentes principales, la traducción del conocimiento a las experiencias cotidianas, la demostración de las consecuencias negativas de los sesgos cognitivos y el ofrecimiento de estrategias de pensamiento alternativas, fomenta una actitud crítica y vigilante sobre las propias cogniciones, lo que se ve reflejado en una mejoría de la autorreflexión y, por ende del insight cognitivo, como señalan los resultados, aunque los cambios no sean estadísticamente significativos.

Respecto a la otra dimensión relacionada con el insight cognitivo, la *autocerteza*, el no haber encontrado impactos del programa EMC para la disminución de la misma en los pacientes participantes, coincide con lo observado en el único estudio sobre la influencia de EMC en el insight cognitivo en esquizofrenia desarrollado en China (Lam et al., 2015) y puede explicarse partiendo de hallazgos previos en los que se encontraron niveles altos de

autocerteza en los pacientes con delirios (Garay Arostegui, Pousa Rodríguez, & Pérez Cabeza, 2014).

Por otra parte, este hallazgo también podría ser analizado a la luz de algunos planteamientos que cuestionan si la autocerteza realmente es una dimensión clave del insight cognitivo para la configuración del delirio, en contraste con la dimensión de autorreflexión y, para ello, se basan en algunas evidencias en las que los pacientes con esquizofrenia presentan niveles normales de autocerteza, en comparación con controles sanos (Köther et al, 2012).

En el presente estudio, al no incluirse la medición de la ideación delirante, es posible que el nulo cambio en la dimensión de autocerteza se deba a que los pacientes no presentaban un delirio fuerte en el momento de la evaluación, o a que los cambios en este aspecto sean más graduales y no se hagan evidentes en el corto tiempo, por lo cual es recomendable en futuros estudios realizar una evaluación de seguimiento adecuada tras el entrenamiento de estos síntomas, y realizar mediciones de los síntomas positivos para poder establecer una comparación útil.

En adición, en su modelo Beck et al. (2004), sostiene que existe una relación directa entre neurocognición e insight cognitivo, sugiriendo que la memoria y el aprendizaje verbal están directamente relacionados con la autocerteza y la memoria de trabajo y la función ejecutiva con la autorreflexión. Sería interesante en un próximo estudio incluir estas variables y medir el impacto del entrenamiento sobre estas funciones neurocognitivas dado

que existe un módulo que se ocupa específicamente de los errores de la memoria que pueden contribuir a la ideación delirante.

Desde estos planteamientos, se reconoce que el reconocimiento de las dificultades cognitivas por parte de las personas con esquizofrenia juega un papel relevante en los déficits residuales, por su implicación en la adherencia a intervenciones psicosociales y a la contribución a su funcionamiento general (Bell et al., 2006; Wampold et al., 2007). Así, debido a que varios estudios señalan una relación entre la calidad de vida y el insight cognitivo en los pacientes afectados por psicosis, sería bueno, en próximos estudios ahondar en la evaluación del insight cognitivo y en su correlación con las pruebas de calidad de vida, bajo el EMC (Garay et al., 2014).

En lo que se refiere al estilo atribucional, el incremento de la internalidad positiva, en cuatro de los cinco pacientes, y el mantenimiento del resultado en el restante, con un tamaño de efecto grande, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, puede verse como un resultado favorable ya que, según el modelo de Bentall (2006), las personas con ideación delirante tienden a atribuir las causas de situaciones positivas a causas internas y que está relacionado con una buena autoestima, por lo cual cualquier incremento en el estilo atributivo es beneficioso (Kinderman & Bentall, 1997; Peters & Garety, 2006; Prieto, 2001). No obstante, respecto a la internalidad negativa, el tamaño de efecto fue pequeño, lo cual implicaría mayor atribución de los eventos internos a causas externas, lo cual es consistente con otros estudios que describen este sesgo atributivo de externalidad negativa en pacientes con ideas delirantes y esquizofrenia (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood,

& Kinderman, 2001; Kinderman & Bentall, 1997), incluso en algunos estudios mencionando que no importan si los eventos son negativos o positivos (McKay et al., 2005; Moritz, Woodward, Burlon, Braus, & Andresen, 2007). En este sentido, el que no se hayan encontrado diferencias significativas en la prueba de estilo atributivo va en la línea de estudios similares que tampoco lo hicieron y que señalan la importancia de seguir desarrollando el programa para incrementar los beneficios referidos a esta área específica (Rocha & Queirós, 2013), aunque los preliminares buenos resultados referidos a la internalidad positiva, sugieren el incremento del locus de control interno y una posible promoción del perfil profiláctico del entrenamiento en lo que se refiere a los delirios paranoides.

Al analizar los resultados por paciente es posible observar que las diferencias en los puntajes pueden variar mucho según las características individuales y, que aun así todos se vieron beneficiados en mayor o menor medida tras el EMC, no se puede establecer cuáles fueron los determinantes de la mejoría de algunas variables respecto a otras en cada uno de ellos. Al respecto, podría ser interesante a futuro medir algunas características clínicas, psicosociales y socio-demográficas de estos pacientes, que pudieran ponerse en relación con los resultados específicos y, a su vez, analizar en sesiones de seguimiento a mediano y largo plazo, cuáles pueden ser los impactos del programa en cuanto al curso y evolución de la esquizofrenia y de sus síntomas específicos (positivos y negativos), de la adherencia terapéutica y la calidad de vida y funcionalidad de cada uno de ellos. Al respecto, se recomienda realizar evaluaciones de seguimiento del programa desarrollado en la muestra de participantes.

También resultaría muy útil incluir algunos procedimientos para la evaluación del proceso de implementación del programa y una fase de valoración cualitativa del mismo, que permita ir identificando obstáculos y solventándolos, tal como ocurrió en el presente trabajo frente a la deserción de participantes. También esta valoración permitiría desarrollar adaptaciones más adecuadas a la población objetivo y al contexto sanitario, socio-cultural y psicosocial de los pacientes con diagnóstico de psicosis en nuestro medio regional y nacional. Estas adaptaciones permitirían consolidar el programa a largo plazo en la institución hospitalaria donde se llevó a cabo el estudio y en otras, y complementar los programas psicosociales que se llevan a cabo actualmente, tales como las sesiones psicoeducativas o el entrenamiento en habilidades sociales u otras modalidades de intervención orientadas a los síntomas negativos.

También debido a la característica modular del EMC, se puede aplicar no de manera completa en estos contextos sino seleccionando los módulos que traten específicamente algún sesgo específico que se requiera abordar e impartirlos de forma tal que se puedan incluir en las sesiones normales de psicoeducación, en función de las necesidades de los grupos. Adicionalmente, podría generarse innovaciones acerca del programa y ponerlo en conocimiento de familiares y amigos, para que conozcan los errores cognitivos a los que son propensos los pacientes, lo cual podría también convertirse en una forma efectiva de contribuir a la estabilidad de los mismos y ser un mecanismo profiláctico importante que se puede incluir en las sesiones psicoeducativas de los grupos de familias.

Es de resaltar que el EMC contribuye a la apropiación social del conocimiento debido a que pone en manos de los pacientes información sensible sobre las teorías cognitivas actuales que versan sobre los delirios, los mecanismos de formación de éstos y posibles estrategias de afrontamiento que lleven a su prevención o desmantelamiento; conocimiento aplicable en la cotidianidad por parte de los pacientes para su beneficio propio.

Finalmente, es importante comentar que los resultados de la implementación del EMC suponen un insumo importante a tener en cuenta a la hora de diseñar las posibles intervenciones interdisciplinarias que favorezcan la disminución de algunos síntomas y la mejora en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

8.1 Limitaciones del estudio.

Los resultados del presente estudio deben ser tomados con cautela debido a que no se contó con un grupo control, y a que el tamaño de la muestra fue muy reducido, lo que limita la potencia para encontrar diferencias estadísticamente significativas. Algunos tamaños de efecto son interesantes aún con la inexistencia de significancia estadística, y pueden ser tomados en cuenta para futuros estudios.

Parte de esta limitación respecto al tamaño de muestra, tiene que ver con la deserción del estudio, dado que tres de los ocho pacientes iniciales no cumplieron con la asistencia al 80% de las sesiones o a la evaluación final. Las razones de esta deserción se

justificaron por asuntos familiares y de empleo y, en este sentido, cabría plantear una estrategia para desarrollar el programa en un horario que no resulte incompatible con las jornadas laborales o con las domésticas.

Otra limitación del estudio hace referencia a no contar con baremos respecto a las pruebas que se aplicaron, lo cual dificulta el análisis de los resultados y las comparaciones con otros pacientes o población normal en diversas pruebas, tales como las de insight cognitivo, teoría de la mente o calidad de vida, lo que no permite llegar a conclusiones significativas que permitan establecer si los efectos del EMC en los pacientes fueron clínicamente significativos, y no sólo estadísticamente significativos.

Además, en la prueba de la teoría de la mente (Hinting Task) se encontró como limitación un efecto techo de la prueba, puesto que dos de los participantes obtuvieron la máxima puntuación tanto en las evaluaciones pre y post entrenamiento, lo cual impide conocer si hubo o no una mejoría en esta variable. Es decir, que esta prueba no fue sensible a cambios en estos pacientes, por lo que sería importante en futuros estudios utilizar pruebas más sensibles que permitan una adecuada medición de los procesos de mejoría en esta habilidad.

Otra de las limitaciones fue la no continuidad del entrenamiento en sesiones semanales, tal como se recomienda en el programa original, debido a dificultades con la disponibilidad del espacio, situación que pudo haber influido en la adherencia al programa o en los procesos de aprendizaje.

Finalmente, cabe señalar que debido a que el objetivo principal del programa de entrenamiento es la reducción de síntomas positivos, específicamente de delirios, el no haber evaluado específicamente los niveles de esta variable suponen una desventaja, puesto que, aunque podemos concluir que hubo una mejoría en varias de las dimensiones que contribuyen a la formación y el mantenimiento de la ideación delirante, no resulta posible afirmar que ésta cambió tras el EMC.

9. CONCLUSIONES

- El presente estudio no sólo señala la factibilidad de la implementación del Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC) en los pacientes del Hospital Universitario San Vicente Fundación, sino que permite establecer que éste disminuye uno de los sesgos cognitivos más relevantes para la formación de delirios, tal como el sesgo de salto a conclusiones, lo cual se ha confirmado en otros estudios relacionados.
- Tras la implementación de un programa EMC, los pacientes con esquizofrenia mejoraron la percepción de su salud psicológica, como dimensión de la calidad de vida, lo cual es coherente con los resultados encontrados en otros estudios previos.
- Los resultados sugieren que, tras un programa EMC, los pacientes con esquizofrenia muestran un incremento de la capacidad de identificar y evaluar las producciones cognitivas que llevan a la formación de delirios, aunque en estudios posteriores es necesario contar con un tamaño de muestra ideal y un grupo control para llegar a una conclusión más certera al respecto.
- Aunque la mejoría observada en los pacientes respecto a la atribución de situaciones a causas internas no es estadísticamente significativa, podría serlo clínicamente debido a que este estilo atributivo contribuiría a debilitar la estructura cognitiva detrás de los delirios, atendiendo a los modelos teóricos.

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

- Todos los pacientes aumentaron su capacidad para interpretar correctamente las insinuaciones de los demás según el contexto, es decir obtuvieron una mejoría en la teoría de la mente, aunque esta mejoría no resulte estadísticamente significativa.
- El EMC puede ser integrado a los programas psicosociales que se llevan a cabo en el Hospital Universitario San Vicente Fundación con repercusiones positivas para los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., & Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*(3), 207–211. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.004>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*.
- Balzan, R., Delfabbro, P., Galletly, C., & Woodward, T. (2012). Metacognitive Training for Patients with Schizophrenia: Preliminary Evidence for a Targeted Single-Module Program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, *21*(1), 37–46. [http://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](http://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, *68*(2–3), 319–329. [http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, *10*(5), 219–226. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.03.004>
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001).

- Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143–1192. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00106-4](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00106-4)
- Bernardo, M. (2003). Reconceptualización de la esquizofrenia, 31(1), 1–2.
- Bob, P., Pec, O., Mishara, A. L., Touskova, T., & Lysaker, P. H. (2016). Conscious brain, metacognition and schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, 105, 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2016.05.003>
- Brune, M. (2005). “Theory of mind” in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21–42. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbi002>
- Castro, A., Caballero, R., Medina, P., Celedon, T., & Bravo, N. (2013). Quality of life related to health in patients with mental disorders., 5(1), 5–14.
- Chan, R. C. K., Gao, X., Li, X., Li, H., Cui, J., Deng, Y., & Wang, Y. (2010). The Social Cognition and Interaction Training (SCIT): An extension to individuals with schizotypal personality features. *Psychiatry Research*, 178(1), 208–210. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.017>
- Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J., & Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders : Preliminary findings, 91, 112–116. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.010>
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy: A Review of Empirical Literature. *Insight in*

Psychotherapy., 143–165. <http://doi.org/10.1037/11532-007>

Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24(1–3), 267–292.

Díaz-sotelo, Ó. D. (2014). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia : análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 65–74. Retrieved from http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen14_numero2/07-articulo6-revista_psicologia_vol14No2.pdf

Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117–124. <http://doi.org/10.1002/jclp.22147>

Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225–1237. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbl071>

Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., Bonsack, C. (2014). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P., Bonsack, C., 2014. Sustained antipsychotic effect of metacognitive train. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*,

29(5), 275–81. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.08.003>

Flavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In *The nature of intelligence* (pp. 231–235).

Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425–457. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>

Gardsjord, E. S., Romm, K. L., Friis, S., Barder, H. E., Evensen, J., Haahr, U., ...

Røssberg, J. I. (2016). Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 172(1–3), 23–8.

<http://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.034>

Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113–154.

Gawęda, L., Krezolek, M., Olbrys, J., Turska, A., & Kokoszka, A. (2015). Decreasing self-reported cognitive biases and increasing clinical insight through meta-cognitive training in patients with chronic schizophrenia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 98–104. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.002>

Gawęda, L., Moritz, S., & Kokoszka, A. (2009). Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, 43(6), 671–682.

Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La Etiología de la Esquizofrenia. *Medicina (Argentina)*, 72(3), 227–234.

Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2012). Adaptación al

español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría Y*

Salud Mental, 5(2), 79–88. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.11.004>

Giner, J., García, I., & Granada, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia:

Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de ...*, 38, 1–45. Retrieved

from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3294349>

Gómez González, M. L. (2010). Estudio descriptivo sobre las prácticas de atención

psicológica en pacientes con psicosis tratados en instituciones de salud mental de

Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 43–53.

Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., ...

Salamero, M. (2012). Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (

EICB) en esquizofrénicos, 40(C), 2–9.

Hasson-Ohayon. (2009). Metacognitive and Interpersonal Interventions for Persons With

Severe Mental Illness, 46(2), 141–148.

Holtforth, M. G., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Wilson, L. A., Kakouros, A. A., &

Borkovec, T. D. (n.d.). Insight in cognitive-behavioral therapy, 57–80.

Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression:

internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of*

Abnormal Psychology, 106(2), 341–345. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.341>

Kumar, D., Ul Haq, M. Z., Dubey, I., Dotivala, K. N., Siddiqui, S. V., Prakash, R., ...

Nizamie, S. H. (2010). Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive

symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12(2), 149–158. <http://doi.org/10.1080/13642537.2010.488875>

Lam, K. C. K., Ho, C. P. S., Wa, J. C., Chan, S. M. Y., Yam, K. K. N., Yeung, O. S. F., ...

Balzan, R. P. (2015). Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: A randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 38–42. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.008>

Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, a, Korten, a, & Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, 22(1), 131–145. <http://doi.org/10.1017/S0033291700032797>

Leucht, S., Arbter, D., Engel, R. R., Kissling, W., & Davis, J. M. (2009). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry*, 14(4), 429–447. <http://doi.org/10.1038/sj.mp.4002136>

Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., & Rief, W. (2010). The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 40–49. <http://doi.org/10.1037/a0018118>

Mahagamage, D. S., Titulaci, W., Mental, S., Tutor, C., Andreu, J., & Garijo, P. (2015). Entrenamiento Metacognitivo en el manejo de los sesgos cognitivos en personas con trastornos psicóticos.

Maher, B. (2003). Schizophrenia, Aberrant Utterance and Delusions of Control: The

Disconnection of Speech and Thought, and the Connection of Experience and Belief.

Mind & Language, 18(1), 1–22. <http://doi.org/10.1111/1468-0017.00212>

Maher, B. (2005). Delusional thinking and cognitive disorder. *Integrative Physiological and Behavioral Science : The Official Journal of the Pavlovian Society*, 40(3), 136–46.

<http://doi.org/10.1007/BF03159710>

Maher, B. a. (1988). Anomalous Experience and Delusional Thinking : The Logic of Explanations. In *Delusional beliefs* (pp. 15–33).

Maher, B. A. (2006). The relationship between delusions and hallucinations. *Current*

Psychiatry Reports, 8(3), 179–183. <http://doi.org/10.1007/s11920-006-0021-3>

Martínez, R., Moreno, B., & Soriano, M. F. (2004). La esquizofrenia: Déficit y tratamiento. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*.

McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2005). Paranoia, persecutory delusions and attributional biases. *Psychiatry Research*, 136(2–3), 233–245.

<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.004>

Ministerio de Protección Social, & Fes Social. (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. *Republica de Colombia*, 1–37. Retrieved from

[http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos -Pol?tica Salud Mental.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos-Pol?tica%20Salud%20Mental.pdf)

Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., &

Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: A narrative review on

metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 358–366.

<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>

Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., ...

Woodward, T. S. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 151–157.

<http://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.010>

Moritz, S., Veckenstedt, R., Andreou, C., Bohn, F., Hottenrott, B., Leighton, L., ...

Woodward, T. S. (2010). Metacognitive Training for Patients with Schizophrenia: Preliminary Evidence for a Targeted Single-Module Program. *Schizophrenia Research*, 41(2), 1823–1832. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>

Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., ... Roesch-

Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 151(1–3), 61–69.

<http://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.007>

Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., & Woodward, T. (2012). Metacognitive Training in Schizophrenia Patients (Mct). *Schizophrenia Research*, 136, S2.

[http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(12\)70007-5](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(12)70007-5)

Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Hottenrott, B., Woodward, T. S., von Eckstaedt,

F. V., ... Lincoln, T. M. (2009). Decision making under uncertainty and mood induction: further evidence for liberal acceptance in schizophrenia. *Psychological*

Medicine, 39(11), 1821–1829. <http://doi.org/10.1017/S0033291709005923>

Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., & Woodward, T. S. (2011).

Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1823–1832. <http://doi.org/10.1017/S0033291710002618>

Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010).

Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *23*(6), 561–569. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833d16a8>

Moritz, S., & Woodward, T. S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non-

delusional schizophrenic patients. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, *44*(Pt 2), 193–207. <http://doi.org/10.1348/014466505X35678>

Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic

research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(6), 619–625. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>

Moritz, S., Woodward, T. S., & Balzan, R. (2016). Is metacognitive training for psychosis

effective? *Expert Review of Neurotherapeutics*, *16*(2), 105–107. <http://doi.org/10.1586/14737175.2016.1135737>

Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D. F., & Andresen, B. (2007).

Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(3), 371–383.

<http://doi.org/10.1007/s10608-006-9070-5>

Moritz, S., Woodward, T. S., Whitman, J. C., & Cuttler, C. (2005). Confidence in errors as a possible basis for delusions in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(1), 9–16. <http://doi.org/10.1097/01.nmd.0000149213.10692.00>

Moritz S, W. T. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MTC): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry, 10*, 69–78. <http://doi.org/10.1007/s10879-005-9001-x>

Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S., & Kennedy, H. G. (2012). Effects of group metacognitive training (MCT) on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital: a prospective-cohort waiting list controlled study. *BMC Research Notes, 5*(1), 302. <http://doi.org/10.1186/1756-0500-5-302>

Obiols, J. E., & Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*(2), 235–250.

Organización Mundial de la Salud OMS. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med, 28*(3), 551–558. <http://doi.org/10.5.12>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS*. Retrieved

from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf

Pardo, H. G., & Álvarez, M. P. (2007). La invención de trastornos mentales.¿ Escuchando al fármaco o al paciente. ... *Escuchando Al Fármaco O Al Paciente* Retrieved from http://www.uma.es/petra/contextos_nueva/pdf/Ferro_Comentario_La_invencion_trastornos_mentales.pdf

Penn, David; Roberts, David L.; Munt, Edwin D.; Jones, Nicole; Sheitman, B., & Ian. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia, *80*, 357–359. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.011>

Peters, E., & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: A longitudinal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(4), 481–514. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.008>

Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(3), 287–299. <http://doi.org/10.1007/BF01173577>

Prieto, M. F. (2001). Análisis comparativo del estilo atribucional y de la autoestima en pacientes delirantes y depresivos.

Rendón, G. E. (2004). Estilo atribucional en el espectro esquizofrénico. *Apuntes de Psicología*, *22*(1), 137–150.

Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., & Beck, A. T. (2012). Assessment of cognitive insight: A qualitative review. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(2), 338–350.

<http://doi.org/10.1093/schbul/sbq085>

Rocha, N. B. F., & Queirós, C. (2013). Metacognitive and social cognition training (MSCT) in schizophrenia: A preliminary efficacy study. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 64–68. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.057>

Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *41*(1), 52–9. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=11399287&AN=87688097&h=9amVljBW1SpE66bPh4DJi4BmSbWbb67Ull4iPkHrDJHY7+Duvafxct1Bx0PUjnzTyGFwfRXqQLXS473uXIC4w==&url=c>

Sanjuán, P., Magallares, A., González, J. L., & Pérez-García, A. (2013). Estudio de la validez de la versión Española del Cuestionario de Estilo Atribucional ante situaciones negativas. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, *18*(1), 61–71.

Sedlacek, P., Moritz, S., Woodward, T. S., Ruiz-veguilla, M., Hottenrott, B., Klinge, R., & Schmidt, C. (2014). Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC). *Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.*, 1–40.

Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? a cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, *42*(12), 1377–1401. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.020>

- Téllez-Vargas, J. (2006). Teoría de la mente : evolución , ontogenia , neurobiología y psicopatología. *Avances En Psiquiatría Biológica*, 7, 6–27.
- The Garety et al . Model of CBT for Psychosis. (n.d.).
- Tirapu-ustárrroz, J., Pérez-sayes, G., Erekatxo-bilbao, M., & Pelegrín-valero, C. (2007). Qué es la teoría de la mente? *Revue Neurologique*, 44(8), 479–489. Retrieved from <http://ps.carlos.cortes.googlepages.com/TEORADELAMENTE.pdf>
- Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicologicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345–364. <http://doi.org/7902/7766>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. S., & Johnson Jennings, M. D. (2007). Insight as a Common Factor. *Hill, Clara (Ed); Castonguay, Louis G (Ed). (2007). Insight in Psychotherapy. Washington, DC, US: American Psychological Association.*, 119–139.
- Who. (2002). Whoqol-Hiv Bref, 1–5.
- Woodward, T. S., Buchy, L., Moritz, S., & Liotti, M. (2007). A bias against disconfirmatory evidence is associated with delusion proneness in a nonclinical sample. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 1023–1028. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbm013>
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77(1), 1–9. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.018>

ANEXOS

Anexo 1. Listado de variables.

Número de variable	Código	Etiqueta	Nivel de medición	Valores
1	JTC1	Número de pelotas	Ordinal	1 a 9
2	JTC2	Sesgo de salto a conclusiones	Nominal	x>2 No hay sesgo
3	ASQ1	Sub-escala internalidad positiva (suma de ítems positivos)	Escalar	1 a 7
4	ASQ2	Sub-escala internalidad negativa (suma de ítems negativos)	Escalar	1 a 7
5	ASQ4	Sub-escala estabilidad positiva (suma de ítems positivos)	Escalar	1 a 7

6	ASQ5	Sub-escala estabilidad negativa (suma de ítems negativos)	Escalar	1 a 7
7	ASQ6	Globalidad positiva (suma de ítems positivos)	Escalar	1 a 7
8	ASQ7	Globalidad negativa (suma de ítems negativos)	Escalar	1 a 7
9	ASQ8	Compuesto positivo (suma de ítems de globalidad, estabilidad e internalidad positivos)	Escalar	3 a 21
10	ASQ9	Compuesto negativo (suma de ítems de globalidad, estabilidad e internalidad negativos)	Escalar	3 a 21

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

				-18 a -11: Muy pesimista.
				-10 a -3: Pesimista.
11	ASQ10	Estilo atributivo general	Nominal	-2 a 2: Moderado. 3 a 10: Optimista. 11 a 18: Muy optimista.
12	EICB1	Autorreflexión (suma de los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 15, 4, 12, 14)	Escalar	0 a 45
13	EICB2	Autocerteza (suma de los ítems 2, 13, 7, 9, 11, 10)	Escalar	0 a 45
14	EICB3	Índice de insight cognitivo (ECB1-EICB2)	Escalar	-27 a 27
15	HT1	Hinting task (suma de todos los ítems de la escala)	Escalar	0 a 20
16	W1	Funcionalidad (Suma de los ítems del WHODAS 2.0)	Escalar	0 a 100
17	WB1		Escalar	0 a 100

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA

			Salud física: Suma (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18		
18	WB2		Salud psicológica: Suma Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)	Escalar	0 a 100
19	WB3		Relaciones interpersonales: Suma Q20 + Q21 + Q22	Escalar	0 a 100
20	WB4		Entorno: Suma (P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25)*4	Escalar	0 a 100
21	S1	Sexo		Nominal	Hombre o Mujer
22	E1	Edad		Ordinal	18 a 35
23	N1	Sujeto		Ordinal	1 a 8
24	NE1	Nivel educativo		Nominal	Bachiller, pregrado, técnica, maestría
25	AS1	Asistencia		Ordinal	1 a 8

Anexo 2. Cuadernillo 1. Cuestionario de estilos atribucionales.

Por favor trata de imaginarte vívidamente en cada una de las situaciones a continuación. Si la situación te pasara, ¿Cuál sentirías que es la causa? Mientras que los eventos pueden tener muchas causas, queremos que elijas sólo una. Por favor escribe esta causa en el espacio en blanco después de cada situación. Luego queremos que respondas algunas preguntas sobre la causa y una pregunta final sobre la situación. Para resumir, queremos que:

- 1- Lees cada situación y la imagines vívidamente como si te pasara a ti.
- 2- Decidas cual es la causa principal de la situación, si esta te pasara a ti.
- 3- Escribir la causa en el espacio en blanco.
- 4- Responder tres preguntas sobre la causa.
- 5- Responder una pregunta sobre la situación.
- 6- Pasar a la siguiente situación.

(1) Encuentras un amigo que te hace un cumplido por tu apariencia.

Escribe la causa: _____

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí.
--	---------------------------	----------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1 2 3 4 5 6 7	Siempre será la misma.
-------------------------	---------------------------	---------------------------

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo esta situación particular.	1 2 3 4 5 6 7	Afecta todas las situaciones de mi vida.
--	---------------------------	--

(2) Has estado buscando trabajo últimamente y no has tenido éxito.

Escribe la causa: _____

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	Totalmente debido a mí.	7

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1	2	3	4	5	6	Siempre será la misma.	7

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo esta situación particular.	1	2	3	4	5	6	Afecta todas las situaciones de mi vida.	7

- (3) Te haces multimillonario.

Escribe la causa: _____

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente debido a mí.

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1	2	3	4	5	6	7	Siempre será la misma.

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí.
--	---------------------------	----------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1 2 3 4 5 6 7	Siempre será la misma.
-------------------------	---------------------------	---------------------------

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo esta situación particular.	1 2 3 4 5 6	Afecta todas las situaciones de mi vida.	7
--	-----------------------	--	---

(6) Haces un proyecto que obtiene un gran reconocimiento.

Escribe la causa: _____

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí.
--	---------------------------	----------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1 2 3 4 5 6 7	Siempre será la misma.
-------------------------	---------------------------	---------------------------

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí.
---	---------------------------	-------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1 2 3 4 5 6 7	Siempre será la misma.
----------------------	---------------------------	------------------------

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo esta situación particular.	1 2 3 4 5 6 7	Afecta todas las situaciones de mi vida.
--	---------------------------	--

4. ¿Qué tan importante sería esta situación si te pasara a ti?

Para nada importante	1 2 3 4 5 6	Extremadamente importante.	7
----------------------	--------------------------------	----------------------------	---

- (9) Tu esposa/o (novio/novia) te ha estado tratando más amorosamente.

Escribe la causa: _____

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí.
---	---------------------------	-------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Nunca será la misma.	1	2	3	4	5	6	7	Siempre será la misma.
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo esta situación particular.	1	2	3	4	5	6	7	Afecta todas las situaciones de mi vida.
--	---	---	---	---	---	---	---	--

(10) Aplicas por una posición que quieres muchísimo (por ejemplo: un trabajo importante, admisión en una universidad) y lo obtienes.

Escribe la causa: _____

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente debido a mí.
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1	2	3	4	5	6	7	Siempre será la misma.
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo esta situación particular.	1	2	3	4	5	6	7	Afecta todas las situaciones de mi vida.
--	---	---	---	---	---	---	---	--

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

(11) Vas a una cita romántica y todo sale mal.

Escribe la causa: _____

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí.
---	---------------------------	-------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1 2 3 4 5 6 7	Siempre será la misma.
----------------------	---------------------------	------------------------

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo esta situación particular.	1 2 3 4 5 6	Afecta todas las situaciones de mi vida.	7
--	-----------------------	--	---

(12) Obtienes un aumento en tu trabajo.

Escribe la causa: _____

1. ¿La causa de la situación es debida a algo relacionado contigo o a algo relacionado con personas o circunstancias externas?

Totalmente debido a otras personas o circunstancias	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí.
---	---------------------------	-------------------------

2. En el futuro cuando la situación se vuelva a presentar, ¿La causa será la misma?

Nunca será la misma.	1 2 3 4 5 6 7	Siempre será la misma.
----------------------	---------------------------	------------------------

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA

3. Esta causa es algo que solo afecta esta situación específica o afecta otras áreas de tu vida

Afecta sólo
esta situación
particular.

Afecta todas
las situaciones
de mi vida.

Anexo 3. Cuadernillo 2. Escala de insight cognitivo de Beck.

A continuación encontrará una lista de frases sobre cómo piensan y sienten las personas. Por favor, lea cada frase de la lista con mucha atención. Indique hasta qué punto está de acuerdo con cada frase marcando una X en la columna correspondiente.

- | | |
|--|---|
| <p>(1) Algunas veces he malinterpretado las actitudes que los demás tienen hacia mí.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> | <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> |
| <p>(2) Las interpretaciones que hago de mis experiencias son sin duda correctas.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> | <p>(7) Si siento que algo es correcto significa que es correcto.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> |
| <p>(3) Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> | <p>(8) Aunque me siento muy seguro/a de estar en lo cierto, podría estar equivocado/a.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> |
| <p>(4) Llego a conclusiones demasiado rápido.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> | <p>(9) Conozco mejor que nadie cuáles son mis problemas.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> |
| <p>(5) Algunas de mis experiencias que me han parecido muy reales pueden haberse debido a mi imaginación.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> <p>. Totalmente de acuerdo ()</p> | <p>(10) Cuando los demás no están de acuerdo conmigo, normalmente están equivocados.</p> <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> |
| <p>(6) Algunas de las ideas que tenía como ciertas acabaron siendo falsas.</p> | <p>. Nada de acuerdo ()</p> <p>. Un poco de acuerdo ()</p> <p>. Bastante de acuerdo ()</p> |

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA

. Totalmente de acuerdo ()

. Totalmente de acuerdo ()

(11) No puedo fiarme de lo que opinan los demás sobre mis experiencias.

- . Nada de acuerdo ()
- . Un poco de acuerdo ()
- . Bastante de acuerdo ()
- . Totalmente de acuerdo ()

(12) Si alguien comenta que mis creencias son erróneas estoy dispuesto/a a considerar su opinión.

- . Nada de acuerdo ()
- . Un poco de acuerdo ()
- . Bastante de acuerdo ()
- . Totalmente de acuerdo ()

(13) Puedo confiar en mi propio juicio siempre.

- . Nada de acuerdo ()
- . Un poco de acuerdo ()
- . Bastante de acuerdo ()
- . Totalmente de acuerdo ()

(14) Suele haber más de una explicación posible sobre por qué la gente actúa de la manera en que lo hace.

- . Nada de acuerdo ()
- . Un poco de acuerdo ()
- . Bastante de acuerdo ()
- . Totalmente de acuerdo ()

(15) Mis experiencias raras pueden deberse a que esté muy alterado/a o estresado/a.

- . Nada de acuerdo ()
- . Un poco de acuerdo ()
- . Bastante de acuerdo ()

Anexo 4. Cuadernillo 3. Test de las insinuaciones Hinting task.**Instrucciones**

Voy a leerle un total de 10 historias en las que aparecen dos persona. Cada historia termina con uno de los personajes diciendo algo. Cuando haya terminado de leer las historias, voy a hacerle algunas preguntas sobre lo que dijo el personaje.

Esta es la primera historia. Escúchela con atención.

1. Jorge llega a la oficina de Ángela después de un largo y caluroso viaje por la autopista. Ángela inmediatamente empieza a hablar de algunas ideas de negocios. Jorge interrumpe a Ángela diciendo: “Uf, ha sido un largo y caluroso viaje por la autopista” PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Jorge cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Jorge quiere decir «¿Puedo tomar algo?» o «¿Puedo tomarme unos minutos para descansar de mi viaje antes de que empecemos a hablar de negocios?». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Jorge continúa diciendo: «Estoy sediento».
PREGUNTA: ¿Qué quiere Jorge que haga Ángela? Respuesta literal. Respuesta criterio: Jorge quiere que Ángela le dé o le ofrezca una bebida. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
2. Marisa va al cuarto de baño para darse una ducha. Ana acaba de darse un baño. Marisa se da cuenta de que el cuarto de baño está sucio, así que llama a Ana y le dice: «¿No pudiste encontrar el limpiador, Ana?». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Marisa cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Marisa quiere decir «¿Por qué no limpiaste el baño?» o «Ve y limpia el baño ahora». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Marisa continúa diciendo: «A veces eres muy vaga, Ana».
PREGUNTA: ¿Qué quiere Marisa que haga Ana? Respuesta literal. Respuesta criterio: Marisa quiere que Ana limpie el baño. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
3. Javier va al supermercado con su madre. Llegan a la sección de chucherías y Javier dice: «Mira, esos caramelos parecen riquísimos». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Javier cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Javier quiere decir «Por favor, mamá, cómprame algunos caramelos». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Javier continúa diciendo: «Estoy hambriento mamá». PREGUNTA: ¿Qué quiere Javier que haga su

- madre? Respuesta literal. Respuesta criterio: Javier quiere que su madre le compre unos caramelos. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
4. Pablo tiene que ir a una entrevista y se le está haciendo tarde. Mientras está limpiándose los zapatos, le dice a su mujer, Julia: «Quiero ponerme esa camisa azul, pero está muy arrugada». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Pablo cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Pablo quiere decir «¿ Podrías plancharme la camisa, por favor?». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Pablo continúa diciendo: «Está en la cesta de la ropa para planchar». PREGUNTA: ¿Qué quiere Pablo que haga Julia? Respuesta literal. Respuesta criterio: Pablo quiere que Julia le planche la camisa. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
5. Lucía está sin un duro, pero quiere salir por la noche. Lucía sabe que David acaba de cobrar. Ella le dice: «Estoy sin un duro, las cosas son tan caras en estos tiempos». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Lucía cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Lucía quiere decir «¿Me prestas algo de dinero, David?» o «¿ Me invitas a salir esta noche?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 AÑADIR: «Bien, supongo que tendré que quedarme sin salir esta noche». PREGUNTA: ¿Qué quiere Lucía que haga David? Respuesta literal. Respuesta criterio: Lucía quiere que David le preste dinero, o la invite a salir. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
6. Daniel quiere llevar a cabo un proyecto en su trabajo pero Ricardo, su jefe, ha pedido a otra persona que lo realice. Daniel le dice: «Qué lástima, no estoy demasiado ocupado en este momento». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Daniel cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Daniel quiere decir «Por favor, Ricardo, cambia de opinión y dame el proyecto a mí». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Daniel continúa diciendo: «Este proyecto es ideal para mí». PREGUNTA: ¿Qué quiere Daniel que haga Ricardo? Respuesta literal. Respuesta criterio: Daniel quiere que Ricardo cambie de opinión y le dé a él el proyecto. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
7. Dentro de poco es el cumpleaños de Rebeca. Ella le dice a su padre: «Me encantan los animales, sobre todo, los perros». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Rebeca cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Rebeca quiere decir « ¿Me comprarías un perro para mi cumpleaños, papá?». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Rebeca continúa diciendo: « ¿La tienda de mascotas estará abierta el día de mi cumpleaños, papá?». PREGUNTA: ¿Qué quiere Rebeca que haga su padre? Respuesta literal. Respuesta criterio: Rebeca quiere que su padre le compre un perro para su cumpleaños, o que le diga que le comprará un perro. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

8. Beatriz y Miguel se han mudado a su nueva casa hace una semana. Beatriz ha estado desempaquetando algunos adornos. Ella le dice a Miguel: «¿Has desempaquetado aquellas estanterías que compramos, Miguel?». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Beatriz cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Beatriz quiere decir «¿Pondrías las estanterías ahora, por favor?». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Beatriz continúa diciendo: «Si quieres que algo se haga, debes hacerlo tú misma». PREGUNTA: ¿Qué quiere Beatriz que haga Miguel? Respuesta literal. Respuesta criterio: Beatriz quiere que Miguel coloque las estanterías. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
9. Jessica y Manuel están jugando con un juego de trenes. Jessica tiene el tren azul y Manuel el tren rojo. Jessica le dice a Manuel: «No me gusta este tren». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Jessica cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Jessica quiere decir «Quiero tu tren, y tú puedes tener el mío». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Jessica continúa diciendo: «El rojo es mi color favorito». PREGUNTA: ¿Qué quiere Jessica que haga Manuel?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Jessica quiere intercambiar los trenes. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.
10. Patricia acaba de bajar del tren con tres pesadas maletas. Juan está detrás de ella. Patricia le dice a Juan: «¡Caramba!, estas maletas son una molestia». PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Patricia cuando dice esto?
Respuesta literal. Respuesta criterio: Patricia quiere decir «¿Podrías ayudarme con mi equipaje, por favor?». Esta respuesta se puntuaría con un 2. AÑADIR: Patricia continúa diciendo: «No sé si podré arreglarme con las tres». PREGUNTA: ¿Qué quiere Patricia que haga Juan? Respuesta literal. Respuesta criterio: Marisa quiere que Juan le ayude con las maletas. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

Historia Viaje largo y caluroso Baño sucio Caramelos Camisa arrugada ¡Sin un duro! Proyecto de trabajo	Respuesta literal 1 y puntuación.	Respuesta literal 2 y puntuación.

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Regalo de
cumpleaños
Adornos
Juego de trenes
Maletas pesadas

Anexo 5. Cuadernillo 4. Cuestionario para la evaluación de la discapacidad WHODAS 2.0

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

- S1. ¿Estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S2. ¿Ocuparse de sus responsabilidades domésticas? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S3. ¿Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S4. ¿Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S5. ¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S6. ¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S7. ¿Caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S8. ¿Lavarse todo su cuerpo (bañarse)? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S9. ¿Vestirse? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S10. ¿Relacionarse con personas que no conoce? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S11. ¿Mantener una amistad? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- S12. ¿Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias? Ninguna () Leve () Moderada () Severa () Extrema/no puede hacerlo ()
- H1. En general, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades? Anote el número de días _____
- H2. En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a una condición de salud? Anote el número de días _____
- H3. En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o su trabajo por una condición de salud? Anote el número de días _____

Anexo 6. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Entrenamiento cognitivo para pacientes con Esquizofrenia”

INSTRUCCIONES GENERALES

Usted ha sido invitado a ser partícipe de un estudio llevado a cabo por el grupo de investigación en psicología cognitiva de la Universidad de Antioquía.

Debe saber que su **colaboración es totalmente voluntaria**, y que es libre de no participar en el estudio, o abandonarlo cuando crea oportuno.

Si participa en este estudio, se le realizarán dos sesiones evaluativas, una antes del inicio del programa y una después de finalizado.

Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Esto quiere decir que se garantiza el absoluto anonimato de la información recogida en la investigación, en la cual nunca aparecerá información personal e identificativa de los y las participantes.

Aunque esta investigación no retribuirá ningún beneficio económico a los participantes, sí reconocerá la participación de los mismos mediante un certificado oficial y a través del acceso directo a los hallazgos científicos resultantes del estudio.

El tiempo estimado para completar los cuestionarios es de aproximadamente de dos horas treinta minutos, proceso que no conlleva riesgos para su salud. Debe saber que esta investigación está clasificada como de RIESGO MÍNIMO y contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993, emanada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia. No obstante, si en algún momento usted se siente cansado/a o desconcentrado/a, puede solicitar unos minutos de receso y luego continuar con la evaluación.

Si tiene alguna pregunta acerca de su proceso de participación, hágala en este momento por favor.

Cornisa: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Entendido lo anterior, doy mi aprobación para participar de manera voluntaria en la presente investigación y autorizo a las personas responsables del estudio a transmitir la información suministrada de manera reservada, manteniendo ocultos mis datos de identificación personal.

Firma de la persona participante

Nombre: _____ C.C: _____

Firma del personal responsable del estudio

Nombre: _____ C.C: _____

Firma testigo 1

Nombre: _____ C.C: _____