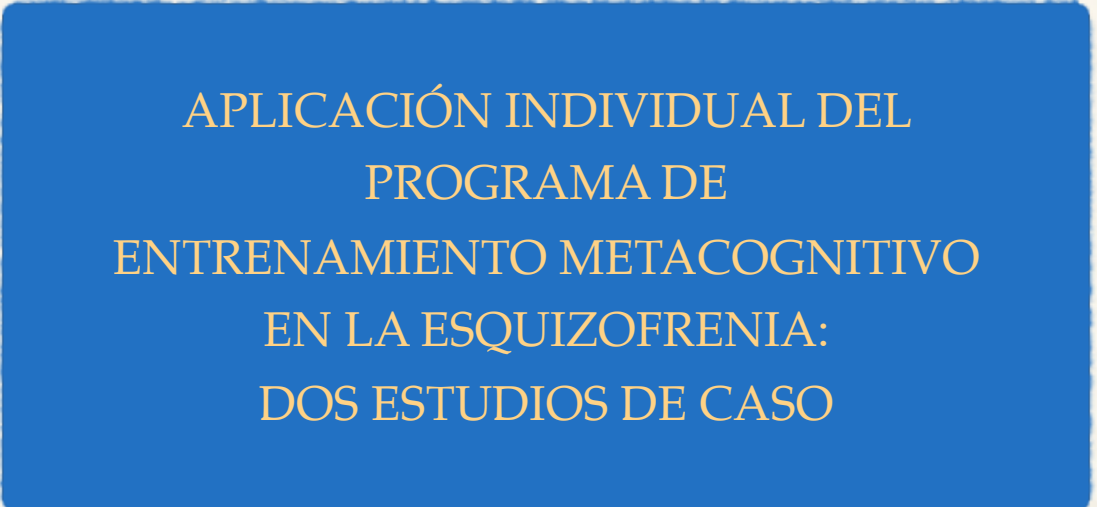


# TRABAJO FINAL DE MÁSTER

*MÁSTER EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL  
EN SALUD MENTAL COMUNITARIA*



APLICACIÓN INDIVIDUAL DEL  
PROGRAMA DE  
ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO  
EN LA ESQUIZOFRENIA:  
DOS ESTUDIOS DE CASO

Cristina Monfort Escrig

Tutor: Josep Pena Garijo

Unidad de Salud Mental "Illes Columbretes". Castellón de la Plana.

Castellón, octubre de 2013.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PRÓLOGO</b>	1
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
<b>Trastorno Mental Grave</b>	2
<b>Esquizofrenia</b>	4
<b>Entrenamiento Metacognitivo</b>	7
Contenidos y bases teóricas	9
Bases empíricas	16
<b>MARCO EXPERIMENTAL</b>	
<b>Objetivo</b>	18
<b>Diseño</b>	18
<b>Sujetos</b>	18
<b>Instrumentos</b>	20
<b>Procedimiento</b>	23
<b>Resultados</b>	23
Psicopatología	25
Funcionamiento psicosocial y calidad de vida	28
<b>Discusión</b>	29
Efectos del Entrenamiento Metacognitivo	29
Limitaciones y nuevas perspectivas	30
<b>Conclusiones</b>	31
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	32
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo I. Instrumentos de evaluación</b>	37
<b>Anexo II. Tareas para casa</b>	46
<b>Anexo III. Otros cuestionarios EMC</b>	56

El estudio que aquí se presenta es un diseño de dos casos sobre la aplicación de un programa específico denominado *Entrenamiento Metacognitivo* en la esquizofrenia, una intervención basada en conceptos de la terapia cognitivo conductual (TCC), la psicoeducación y la teoría de la mente (ToM), y que se enmarca dentro de los programas de rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave (TMG).

La investigación se ha desarrollado en el contexto de la intervención clínica ambulatoria de una Unidad de Salud Mental (USM) donde predominantemente se utilizan los tratamientos habituales como la farmacoterapia. La aplicación del programa de entrenamiento metacognitivo (EMC) diseñado por el Centro Médico Universitario de Hamburgo-Eppendorf (Moritz y Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt y Woodward, 2010), se ha considerado previa evaluación individual con los pacientes como un tratamiento específico y complementario al habitual, con el objetivo principal de disminuir la sintomatología psicótica persistente como los delirios y los síntomas negativos, así como aumentar la conciencia sobre la enfermedad y su manejo para promover e influir en los pacientes una mejora de su funcionamiento psicosocial y calidad de vida.

En el presente documento se desarrolla el estudio de dos casos de esquizofrenia en los que se aplica el programa individual de Entrenamiento Metacognitivo.

El trabajo se dividirá en dos partes:

- ▶ En el marco teórico se expone una aproximación a los conceptos de Trastorno Mental Grave (TMG) y de Esquizofrenia y una contextualización, tanto teórica como empírica, del Entrenamiento Metacognitivo.
- ▶ En el marco experimental se desarrollará con más detalle el procedimiento del estudio de investigación de casos y las conclusiones inferidas sobre los resultados individuales y sobre la efectividad del programa.

## TRASTORNO MENTAL GRAVE

La atención a las personas con trastorno mental grave (TMG) integra distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención que no sólo se limitan a la reducción de los síntomas clínicos, sino que hacen frente a nuevos objetivos de carácter psicosocial como la calidad de vida, la participación social o el bienestar personal. Por lo tanto, la atención a este colectivo de personas exige de la integración de intervenciones psicofarmacológicas e intervenciones psicosociales en una red interdisciplinar de salud mental. Los estudios estiman que entre el 15 y el 25 % de la población general padece algún tipo de trastorno mental, siendo su prevalencia actual en España, excluyendo los trastornos inducidos por sustancias, de al menos el 9% y se prevé que su porcentaje será de algo más del 15% en personas que lo padecerán a lo largo de su vida (Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social Español, 2009).

El término *Trastorno Mental Grave* (TMG) o también denominado *Trastorno Mental Severo* (TMS), procede del término anglosajón *Severe Mental Illness*, que actualmente está siendo sustituido por el de *Severe and Persistent Mental Illness*. Las distintas definiciones de TMG hacen referencia al diagnóstico clínico y a la duración del trastorno, pero también incluyen el funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. Una de las definiciones más representativas y que tiene mayor consenso es la del *Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos* (NIMH, 1987) que define el término como: *un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social*. Esta definición contempla tres dimensiones que también están presentes en la mayor parte de la bibliografía sobre el término. Éstas son:

- 1) *Diagnóstico clínico* que incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad. La mayoría de las categorías diagnósticas tienen la consideración de psicóticas, con presencia de síntomas positivos y negativos, así como un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que puedan implicar una percepción distorsionada de la realidad. Se incluyen, por tanto, a aquellas personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 1992):
  - ▶ Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
  - ▶ Trastorno esquizotípico (F21)
  - ▶ Trastornos delirantes persistentes (F22)
  - ▶ Trastornos delirantes inducidos (F24)
  - ▶ Trastornos esquizoafectivos (F25)
  - ▶ Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
  - ▶ Trastorno bipolar (F31.x)
  - ▶ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
  - ▶ Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
  - ▶ Trastorno obsesivo compulsivo (F42)
  
- 2) *Duración del trastorno y del tratamiento* (cronicidad). Se establece como criterio la evolución del trastorno de 2 años ó más, o el deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento psicosocial en los últimos 6 meses, aunque remitan los síntomas. Como alternati-

va, el NIMH define los siguientes criterios de duración del tratamiento: a) haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida, y b) haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

- 3) *Presencia y nivel de discapacidad social, familiar y laboral.* El nivel de discapacidad se evalúa a través de diferentes escalas, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), tomando como punto de corte la puntuación de nivel de afectación leve ( $\leq 70$ ) en los casos menos restrictivos, o el de moderado ( $< 50$ ), que indica importante severidad de los síntomas, con afectación grave en el funcionamiento y competencia social; y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I), con puntuaciones  $> 3$  en todos sus ítems. Según la definición del NIMH, la discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:
- ▶ Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
  - ▶ Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
  - ▶ Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
  - ▶ Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
  - ▶ Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

El tratamiento principal y de primera elección de las personas con TMG, especialmente para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, ha sido la intervención farmacológica. No obstante, la medicación produce sólo mejorías limitadas en los síntomas negativos, el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento psicosocial, el clima familiar y la integración social y laboral (Navarro, 2011), así como persistencia de síntomas y recaídas (Cuevas, 2006). Con el fin de mejorar los síntomas resistentes, el funcionamiento social y la calidad de vida, se considera adecuada la utilización de terapias psicológicas y psicosociales complementarias. Este tipo de terapias se integran dentro del concepto de rehabilitación psicosocial que se define como *un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, y se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves, así como la mejora del funcionamiento general de la persona en su entorno habitual.* Esto es, la mejora de las capacidades personales y sociales de las personas afectadas por la enfermedad y sus familiares (GPC del Ministerio de Sanidad y Política Social Español, 2009).

Algunas de las intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial recomendadas (GPC, 2009) son la terapia cognitivo conductual (TCC), terapia interpersonal, intervenciones familiares, psicoeducación, rehabilitación cognitiva, programa de habilidades básicas de la vida diaria (AVD), programas residenciales, musicoterapia, etc.

## ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS

Uno de los trastornos mentales graves por excelencia es la esquizofrenia, que se caracteriza por una considerable alteración del funcionamiento mental. En la actualidad el término de esquizofrenia designa a un conjunto de trastornos psicóticos que se caracterizan por la presencia de síntomas psicóticos positivos al menos en algún momento de su desarrollo, síntomas negativos y desorganización; siendo los dos primeros las dos grandes categorías históricas. Los síntomas afectan a distintos procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonía, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio; que se asocian a diversos tipos de deterioro. Ninguno de estos síntomas por sí solo es patognómico de la esquizofrenia, como tampoco todos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Por lo tanto, existe una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. Por otro lado, la esquizofrenia se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad, especialmente por suicidio, que se da hasta en un 10% de los pacientes.

El diagnóstico de esquizofrenia se efectúa mediante guías diagnósticas como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR de la *American Psychiatric Association* (APA, 2000) o con la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992). Veamos los criterios de clasificación de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR:

A) *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B) *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C) *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D) *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:  
1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los

síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E) *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F) *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantiene durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

- ▶ Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- ▶ Episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- ▶ Continuo
- ▶ Episodio único en remisión parcial
- ▶ Episodio único en remisión total
- ▶ Otro patrón o no especificado
- ▶ Menos de 1 años desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Subtipos:

- ▶ Tipo paranoide, en el que la preocupación por los delirios o las alucinaciones auditivas es una característica predominante.
- ▶ Tipo desorganizado, en el que destaca el habla y la conducta desorganizada y el afecto plano o inapropiado.
- ▶ Tipo catatónico, en el que lo más destacado son los síntomas motores característicos.
- ▶ Tipo indiferenciado, categoría inespecífica que se utiliza cuando ninguna de las demás características de subtipo se manifiesta de manera predominante.
- ▶ Tipo residual, en el que hay una ausencia de síntomas positivos pero existen signos persistentes de alteración (por ejemplo, síntomas negativos o síntomas positivos en una forma atenuada).

Con la reciente publicación del DSM-V (APA, 2013) se establecen algunos cambios en la concepción de la esquizofrenia. En la nueva versión, se eleva el umbral de síntomas a, al menos, dos de los síntomas especificados, cuando en las ediciones anteriores era solo uno. Además, los criterios de diagnóstico ya no se identifican en subtipos, puesto que los síntomas de los pacientes a menudo cambian de un subtipo a otro o presentan síntomas conjuntos, desdibujando la distinción entre ellos y disminuyendo la validez. Los subtipos se utilizan en la nueva edición como especificadores para ayudar a proporcionar más detalles en el diagnóstico. Por ejemplo, la catatonía se utiliza como un especificador para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, tales como trastorno esquizoafectivo, pudiéndose utilizar esta especificación en otras categorías como los trastornos bipolares y el trastorno depresivo mayor.

Los criterios generales de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada, son:

A) Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

- 1) Por lo menos uno de los siguientes:
  - a) Eco, robo, inserción o difusión del mismo.
  - b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
  - c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
  - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, la capacidad y los poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima, estar en comunicación con seres de otro mundo).
  
- 2) Al menos dos de las siguientes:
  - a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario, durante semanas, meses o permanentemente.
  - b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
  - c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.
  - d) Síntomas negativos tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (éstos habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o medicación neuroléptica.

B) Criterio de exclusión más frecuentemente usado:

- 1) Si en el enfermo se satisfacen también los criterios para un episodio maníaco o depresivo, los criterios listados más arriba en A 1) y 2), deben satisfacerse antes de haber aparecido el trastorno del humor.
- 2) El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral, dependencia o abstinencia relacionada con alcohol u otras drogas.

Formas de evolución:

- ▶ Continua
- ▶ Episódica con defecto progresivo
- ▶ Episódica con defecto estable
- ▶ Episódica con remisiones completas
- ▶ Remisión incompleta
- ▶ Remisión completa
- ▶ Otra forma de evolución
- ▶ Período de observación menor de un año



## ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO

El entrenamiento metacognitivo para la esquizofrenia (EMC) desarrollado por el grupo de estudio de metacognición del Centro Médico Universitario de Hamburgo-Eppendorf (Moritz y Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt y Woodward, 2010) es un nuevo enfoque basado en conceptos tradicionales de la psicoeducación, la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en cognición social y teoría de la mente (ToM) y la terapia cognitivo conductual (TCC). El término *metacognición* proviene del prefijo griego *meta* que significa 'sobre/acerca de' y *cognición* que se refiere a los procesos mentales superiores como la atención, la memoria o la resolución de problemas. Así, *metacognición* significa 'pensar acerca de la forma en que pensamos o pensar acerca de nuestro propio pensamiento'. Actualmente el programa se encuentra en su cuarta edición, y se ha sido traducido a 29 idiomas, entre ellos el castellano.

El programa de entrenamiento metacognitivo se compone de ocho módulos que cubren diferentes temas acerca de los errores cognitivos más comunes y los sesgos cognitivos que son típicos de la esquizofrenia; por ejemplo, sacar conclusiones. Se estima que estos errores y sesgos pueden culminar en la creación de falsas creencias hasta el punto de convertirse en delirios (Freeman, 2007; Moritz y Woodward, 2007; Moritz et al. 2010). Las sesiones tienen por objeto aumentar la conciencia del paciente sobre estas distorsiones y enseñarles a reflexionar sobre ellas de una forma crítica, a complementar, y a cambiar y ampliar su actual repertorio de solución de problemas y habilidades cognitivas. Estudios longitudinales afirman que la psicosis no es un suceso repentino e instantáneo sino que, a menudo, está precedida por un cambio gradual en la evaluación de los conocimientos propios y del entorno social (Klosterkötter, 1992), donde la potenciación de las competencias metacognitivas puede actuar como profilaxis en un episodio psicótico. Para ayudar en este proceso, se entrega a los participantes unas tareas para casa al final de cada período de sesiones.

Los módulos son administrados en el marco de un programa de intervención grupal, cuyo propósito principal es cambiar la 'infraestructura cognitiva' de la ideación delirante. En la nueva versión del EMC los autores hacen hincapié en la relación entre los estilos de pensamiento, las alucinaciones y la psicosis. Si un miembro del grupo muestra síntomas psicóticos durante las sesiones, estos no deben apoyarse ni desafiarse frente al grupo. En estos casos, existe una versión del programa para administrar individualmente, el entrenamiento metacognitivo individual (EMC+: Moritz, Veckenstedt, Randjbar y Vitzthum, 2010), cuya versión en castellano se está desarrollando actualmente, y que se recomienda utilizar para aquellos temas de ideación delirante y alucinaciones personales. El EMC+ consta de diez módulos donde, además de los contenidos del entrenamiento metacognitivo, se incluyen otros como la prevención. Ambos materiales pueden combinarse y adaptarse al tipo de grupo o persona en concreto.

El EMC aporta material de presentación en diapositivas convertidas a formato PDF para cada módulo, que deben proyectarse en las sesiones a través de un ordenador o proyector de vídeo sobre una pantalla o pared blanca, en una habitación tranquila con sillas suficientes. El programa dispone de dos ciclos paralelos que permite a los participantes poder someterse a dos sesiones para cada dominio de destino, con nuevas muestras del contenido. Las versiones paralelas son idénticas en su contenido, pero varían en su introducción y los ejercicios son diferentes; así, a los pacientes que asisten a los dos ciclos no se les presenta el mismo material dos veces. La administración de dos módulos por semana resulta ventajosa (un módulo por sesión). De este modo, pacientes ingresados, que raramente están en tratamiento más de cuatro semanas, pueden completar un ciclo completo durante la estancia hospitalaria. Los pacientes ambulatorios y los asistentes a Hospital de Día que reciben un tratamiento más prolongado pueden asistir a los dos ciclos con el fin de profundizar en el entrenamiento y mantener el resul-

tado. Por otro lado, el entrenamiento metacognitivo se concibe como un programa abierto, por lo que los pacientes pueden entrar en cualquier momento durante el ciclo.

El programa debe ser impartido por un profesional en un grupo de entre 3 y 10 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Aunque los instructores deben ser preferiblemente psicólogos o psiquiatras con experiencia en el tratamiento de pacientes del espectro esquizofrénico, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales también pueden desarrollar esta labor con la debida formación previa. Como curiosidad, los grupos del programa de EMC de Hamburgo están a cargo de los estudiantes de psicología que reciben una amplia capacitación y supervisión.

Cada sesión debe oscilar entre 45 y 60 minutos, y no exceder de los 60 minutos, ya que muchos pacientes pueden tener problemas de atención. A medida que el programa avanza, los módulos contienen más ejercicios que pueden incrementar el tiempo de duración de la sesión. En este sentido, el instructor debe elegir qué materiales presentar y obviar algunos ejercicios para poder explicar los objetivos de aprendizaje en ese intervalo de tiempo. El programa es flexible a los cambios, por lo que el entrenador puede ampliar y modificar las diapositivas, así como combinar el EMC con técnicas terapéuticas alternativas y viceversa. Por ejemplo, las viñetas del módulo 1 que se ocupan del estilo atribucional (por ejemplo, suspender un examen) se pueden utilizar para las etapas de *role-playing* en el entrenamiento de habilidades sociales.

Es importante explicar a los participantes los objetivos del programa así como el término de metacognición. Teniendo en cuenta que el núcleo del programa son los estilos de pensamiento que pueden contribuir al desarrollo de delirios, se debe enfatizar que no todos los pacientes muestran estos sesgos del pensamiento simultáneamente. Se debe señalar regularmente la relación entre los objetivos de aprendizaje y la vida diaria/enfermedad. Para este propósito, cada módulo incluye varias diapositivas enfatizando su relevancia práctica (diapositivas con el rótulo: “¿Qué relevancia tiene esto?”; “Cómo el salto a conclusiones da lugar a malinterpretaciones durante la psicosis – ejemplos” “¿Qué tiene esto que ver con la psicosis?”). Trasladar los objetivos de aprendizaje a la vida diaria es claramente la meta principal del entrenamiento.

En general, cada módulo sigue la siguiente estructura de contenidos:

- (1) Introducción en que se muestra cómo los sesgos cognitivos y los errores o malentendidos de interpretación social producen impacto en nuestra vida diaria (la fase de normalización). Debe haber una ronda de presentación de los nuevos participantes así como una breve introducción del programa. También se recomienda empezar cada nueva sesión con una breve discusión sobre el módulo previo y repasar las tareas de la última sesión y las tareas para casa.
- (2) Se muestra la relación de los sesgos y perspectivas extremas de los problemas de las enfermedades mentales en general y, en particular, de la psicosis (por ejemplo, en las diapositivas cuyo rótulo indica: ¿Por qué estamos haciendo esto?).
- (3) Se desarrollan ejercicios sobre la disfuncionalidad del respectivo sesgo/problemas (experiencias correctivas). Si no se completan los ejercicios al final de la sesión (lo que probablemente sea el caso), el conductor del grupo debe saltar a la(s) diapositiva(s) final(es). Estas describen la relevancia de las tareas en la vida diaria así como durante la psicosis y resumen los objetivos de aprendizaje.
- (4) Resumen de los objetivos de aprendizaje.
- (5) Ejemplos de casos que hacen hincapié en la relación entre los sesgos cognitivos y la psicosis. En este apartado, otros recursos como los audiovisuales pueden complementar la información de los módulos (la página web [www.uke.de/mkt](http://www.uke.de/mkt) propone algunos vídeos). Finalmente, se reparten los folletos de explicación del módulo y las tareas para casa.

Después de la primera sesión, cada participante debe recibir una tarjeta de color amarillo y una tarjeta de color rojo, que se incluyen en los materiales del programa. La tarjeta de color amarillo plantea tres preguntas fundamentales que el paciente debe tener en cuenta cuando se sienta ofendido, perseguido o insultado:

- 1) ¿Cuál es la evidencia?
- 2) ¿Hay puntos de vista alternativos?
- 3) Incluso si es así... ¿estoy exagerando?

El propósito de estas tarjetas es el de estimular a los participantes a dominar situaciones críticas y evitar tomar decisiones apresuradas y consecuentes. La tarjeta de color rojo es una tarjeta de contactos en que se anima al paciente a escribir los nombres y números telefónicos de las personas y/o instituciones que pueden ayudarle en caso de crisis o recaída.

Los criterios de inclusión y de exclusión que se citan en el manual de entrenamiento metacognitivo son los siguientes:

- (1) El principal grupo diana para el entrenamiento son pacientes con esquizofrenia y trastornos del espectro de la esquizofrenia. El programa también es apropiado para pacientes con otros diagnósticos, que actualmente o en el pasado hayan sufrido síntomas psicóticos (particularmente delirios, ideas de referencia, alucinaciones).
- (2) Los pacientes deben poder mantener la atención durante la duración de la sesión. Para pacientes muy distraíbles, las sesiones de entrenamiento pueden ser demasiado estresantes. No obstante, debe intentarse su participación.
- (3) La presencia de delirios y alucinaciones no constituye un criterio de exclusión, a no ser que exista una fuerte ideación autorreferencial. Los pacientes maníacos con conductas inapropiadas (antisociales, sexuales, hostiles) no pueden participar hasta que remitan los síntomas. De lo contrario, la dinámica de grupo podría perturbarse.
- (4) Si un paciente no acude a la sesión, no es necesaria la repetición individual puesto que el programa no está diseñado en fases secuenciales: cada módulo trata sobre un único aspecto de la metacognición.

### ***Contenidos y bases teóricas***

- Módulo 1: Estilo atribucional: Acusar y atribuirse el mérito

El objetivo principal es que los participantes se familiaricen con estilos atribucionales extremos y sus posibles consecuencias sociales (por ejemplo, culpar a los demás de los errores puede conducir a tensiones interpersonales). Se anima a los participantes a proponer explicaciones más objetivas y equilibradas de diferentes situaciones teniendo en cuenta factores situacionales y personales: uno mismo, otras personas y/o circunstancias. Los participantes deben resistir la tendencia a confiar en una sola explicación y combinar los tres factores indicados (por ejemplo, "Un amigo está hablando a sus espaldas"; explicación posible: "No es un verdadero amigo"; explicaciones alternativas: "Esta persona le preguntó a los demás si yo estaba enfermo. No quiso preguntármelo directamente ya que yo podría enfadarme o preocuparme"; "Es normal, todos cotilleamos de vez en cuando. Esto no significa que seamos malas personas").

## Un amigo se niega a ayudarle con una tarea pendiente.

¿Cuáles son las causas de que su amigo no le ayudara?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?

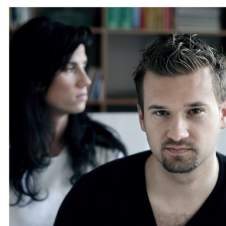


Imagen 1. Ejemplo de actividad Módulo 1.

Teóricos dinámicos como Adler (1914/1929) observaron que los pacientes con esquizofrenia mostraban desviaciones en su estilo atribucional, especialmente una tendencia a culpar a los demás (chivo expiatorio). En contraste, parece ser que las personas sanas son más propensas a atribuir culpabilidad a las circunstancias y realizan menos inferencias monocausales (Randjbar, Veckenstedt, Vitzthum Hottenrott y Moritz, 2011). Otras investigaciones sobre los estilos atribucionales (Bentall, 1994; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001; Bentall, Kaney y Dewey, 1991; Kinderman y Bentall, 1996/1997; Kinderman, Kaney, Morley y Bentall, 1992) encontraron repetidamente este patrón de culpar a los demás de los propios fallos en pacientes paranoides (Versmissen, Janssen, Myin-Germeys et al., 2006). De forma inversa, los pacientes se atribuyen el éxito preferiblemente a sí mismos en lugar de a los demás, aunque el último estilo no tiene tanto consenso en la literatura (Garety y Freeman, 1999). El grupo de EMC (Moritz, Woodward, Burton, Braus y Andresen, 2007) encontró un estilo de externalización de la culpa e internalización del éxito, llamado *sesgo de autoservicio (self-serving bias)*, también presente en algún grado en individuos sanos aunque patológicamente pronunciada en pacientes paranoides (Lincoln, Mehl, Exner, Lindenmeyer y Rief, 2010); que sugiere una forma de impotencia y pérdida de control: los pacientes consideran a otros responsables de las cosas buenas y malas en su vida, tornándose en una *personalización* de la culpa.

- Módulo 2 y 7: Saltar a conclusiones.

El objetivo de la primera parte del módulo es entrenar a los pacientes a tomar decisiones considerando diferentes puntos de vista, para evitar sucumbir a las primeras impresiones, lo que puede dar lugar a errores futuros, o sólo revelar medias verdades. Se utilizan ejercicios de imágenes incompletas (imagen 1) e imágenes gestálticas. En la segunda parte del módulo, los pacientes deben aprender lo fundamental que es invertir el tiempo suficiente en la solución de problemas complejos atendiendo a diferentes fuentes de información. Se utilizan pinturas clásicas y modernas e imágenes del Test de Apercepción Temática (TAT).

### ¿Qué podría estar representado en esta imagen?

- carita feliz
- envase
- barco
- trineo
- hamaca
- silla mecedora
- cabeza de elefante



¿Cómo está de seguro?  
¿Quiere tomar ya una decisión?

### ¿Qué podría estar representado en esta imagen?

- carita feliz
- envase
- barco
- trineo
- hamaca
- silla mecedora
- cabeza de elefante



¿Cómo está de seguro?  
¿Quiere tomar ya una decisión?

Imagen 2. Ejemplo de tarea de imágenes incompletas. En las viñetas posteriores a estas dos, se completa la imagen de una silla mecedora.

Garety y colaboradores (Garety, Hemsley y Wessely, 1991; Huq, Garety y Hemsley, 1988) fueron los primeros en investigar sistemáticamente las preferencias de adquisición de información en la esquizofrenia. La literatura posterior ha afirmado que los pacientes con esquizofrenia muestran una habilidad disminuida para corregir tasas de interpretaciones incorrectas (Woodward, Moritz y Chen, 2006; Woodward, Moritz, Cuttler y Whitman, 2006). Este patrón de respuestas se ha llamado *sesgo contra la evidencia disconfirmatoria (bias against disconfirmatory evidence)* (Woodward et al., 2006). Por otro lado, numerosos hallazgos sugieren un *sesgo de salto a conclusiones* para tomar una decisión en los pacientes con esquizofrenia (Van Dael, Versmissen, Janssen, Myin-Germeys, van Os y Krabbendam, 2006; Bell, Halligan y Ellis, 2006; Fine, Gardner, Craigie y Gold, 2007; Garety y Freeman, 1999). Esto sugiere también la existencia de un *sesgo de aceptación liberal (liberal acceptance bias)*. Estudios recientes muestran que los pacientes no sólo recogen menos información sino que tampoco sopesan la información adecuadamente (Bell et al., 2006; Garety y Freeman, 1999; Glockner y Moritz, 2009).

▪ Módulo 3: Cambiar creencias

El objetivo principal del módulo es explicar a los participantes la importancia de hacer frente a la tendencia habitual de aferrarse a las primeras impresiones, ya que ello puede llevarnos a tomar decisiones incorrectas. La tarea principal consiste en series de tres imágenes extraídas del subtest de ordenamiento de figuras del WAIS, que se muestran en orden inverso y que van revelando gradualmente una historia compleja (imagen 3). En general, los participantes deben aprender a buscar más información antes de emitir juicios definitivos, y a mantener la mente abierta y corregirse si se encuentra evidencia disconfirmatoria.

¿Qué pudo haber pasado?



3

¿Cómo de probable considera cada opción?



- 1) El niño está feliz porque por fin ha sido adoptado.
- 2) Los padres felicitan a su hijo por haber informado sobre un incendio, por lo que se pudo apagar a tiempo.
- 3) El niño sacó buenas notas en la escuela.
- 4) El niño ha provocado un incendio sin que nadie lo descubriera.

¿Ha cambiado su decisión con la nueva imagen?



2



3

- 1) El niño está feliz porque por fin ha sido adoptado.
- 2) Los padres felicitan a su hijo por haber informado sobre un incendio, por lo que se pudo apagar a tiempo.
- 3) El niño sacó buenas notas en la escuela.
- 4) El niño ha provocado un incendio sin que nadie lo descubriera.



1



2



3

- 1) El niño está feliz porque por fin ha sido adoptado.
- 2) Los padres felicitan a su hijo por haber informado sobre un incendio, por lo que se pudo apagar a tiempo.
- 3) El niño sacó buenas notas en la escuela.
- 4) El niño ha provocado un incendio sin que nadie lo descubriera.

Imagen 3. Ejemplo de tarea: un padre acaricia el pelo a su hijo; en las siguientes imágenes queda claro que el padre felicita a su hijo por haber avisado a los bomberos del incendio de la casa de enfrente

Estudios que utilizan secuencias de imágenes, han mostrado que, de forma repetida, los pacientes con esquizofrenia muestran el *sesgo contra la evidencia disconfirmatoria (bias against disconfirmatory evidence)* (Woodward et al., 2006). En general, los pacientes con esquizofrenia muestran menor capacidad para revisar las tasas de las interpretaciones incorrectas en las condiciones de *revelado a la segunda (revealed-on-second)* y *revelado a la tercera (revealed-on-third)*. Este patrón de resultados es particularmente pronunciado en los pacientes con síntomas de paranoia actuales en el *revelado a la tercera (revealed-on-third)* (Woodward et al., 2006). Otro estudio sugiere que el sesgo contra la evidencia disconfirmatoria en la esquizofrenia puede ocurrir también en pacientes no delirantes (Moritz y Woodward, 2006).



▪ Módulo 4 y 6: Empatizar

El objetivo de la primera parte del módulo es demostrar a los participantes que aunque las expresiones faciales son muy importantes para comprender el estado mental y los sentimientos de una persona, también pueden ser malinterpretadas fácilmente. Por ello, es importante considerar otras fuentes de información tales como el contexto o la historia previa personal. Las tareas propuestas consisten en imágenes con expresiones faciales e imágenes en orden inverso. En la segunda parte del módulo, se les enseña a los participantes la diferencia entre su nivel de información como 'omnisciente espectador' y los datos disponibles para los protagonistas. A partir de secuencias de imágenes y tiras de cómics, la tarea consiste en proponer qué información adicional se necesita para verificar, en última instancia, una de las hipótesis.

**Sentimientos/emociones humanos**  
A veces es fácil entender cómo se siente otra persona ...  
Especialmente si conoce el contexto ...

?                      ?                      ?



The image displays six photographs arranged in a 2x3 grid, each with a red question mark above it. The top row shows: 1) A woman in a black beanie hugging another woman who is crying. 2) A soccer player in a white jersey sitting on the grass, looking down at someone on the ground. 3) A bride in a white dress and veil smiling next to a groom in a black suit. The bottom row shows: 4) A man with glasses and earbuds looking at a tray of small round objects. 5) A baby in a red toy car being looked at by another baby. 6) A soccer player in an orange jersey lying on the grass, smiling, with others around him.

Imagen 4. Ejemplo de tarea en que los participantes tienen que identificar la emoción que expresan los protagonistas de las imágenes.

Es a partir del pionero trabajo de Frith y colaboradores (Frith, 1994; Frith y Corcoran, 1996) que la investigación cognitiva en la esquizofrenia ha adoptado cada vez más el dominio cognitivo social, que frecuentemente se conoce bajo el término genérico de Teoría de la Mente (ToM). La teoría de la mente abarca muchos aspectos, incluyendo el conocimiento acerca de las reglas sociales, la competencia social, y el reconocimiento de emociones, sociales y de razonamiento (Abu-Akel y Shamay-Tsoory, 2013). Aunque no es específica de los pacientes con esquizofrenia, el déficit en la cognición social se observa con frecuencia en la psicosis (Brüne, 2005; Kerr, Dunbar, y Bentall, 2003; Uekermann, Channon, Lehmkämpfer, Abdel-Hamid, Vollmoeller y Daum, 2008) así como los conflictos interpersonales que se derivan de las dificultades cognitivo-sociales que influyen en los síntomas psicóticos (Moritz et al., 2010). Los pacientes con esquizofrenia muestran dificultades en situaciones que exigen la toma de perspectiva y empatizar con los demás (Frith, 2004; Sprong, Schothorst, Vos, Hox y van Engeland, 2007). Otros estudios muestran también una necesidad incrementada por tener las cosas zanjadas, así como

problemas para tolerar sucesos con un final abierto y para la ambigüedad (Colbert y Peters, 2002).

Por otro lado, estudios de meta-análisis muestra un déficit sustancial para las tareas ToM en la esquizofrenia. Estos pacientes tienen dificultades para predecir las acciones de los demás, lo que puede contribuir a la ideación delirante (Mehl, Rief, Lüllmann, Ziegler, Kesting y Lincoln, 2010; Versmissen et al., 2008). La evidencia sugiere que los déficits ToM son más frecuentes en los pacientes desorganizados (Sprong et al., 2007) y con síntomas negativos (Brüne, 2005; Woodward et al., 2009). Por otro lado, se evidencian problemas para interpretar expresiones faciales (Phillips y David, 1995), así como dificultades en tareas que requieren comprensión situacional debido a distracción por características irrelevantes en el contexto, para aquellos pacientes con trastorno formal de pensamiento (Sarfati, Hardy-Bayle, Besche y Widlocher, 1997).

#### ▪ Módulo 5: Memoria

La finalidad de este módulo es introducir a los participantes por primera vez, estrategias mnemotécnicas que ayudan a la recuperación de información. Los participantes deben comprender la falibilidad de la memoria humana, esto es que la memoria es constructiva y no funciona como una grabadora (por ejemplo, en contraste con la creencia popular, la frase "Tócala otra vez, Sam" nunca fue pronunciada en la película Casablanca); por lo que todas las personas olvidamos, mezclamos, embellecemos y recuperamos información falsa de la memoria. Uno de los objetivos es enseñar a poner en duda recuerdos si no es posible una recolección vívida.



En la Playa  
¿Qué ha visto usted? ¿Cómo está de seguro?

- Sombrilla
- Salvavidas
- Perro
- Pelota
- Bañista
- Agua
- Sombrero
- Toalla

Imagen 5. Se presenta la imagen durante unos segundos y después se hace señalar a los participantes los elementos que recuerdan de la fotografía.

Los problemas de memoria son omnipresentes en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, pero especialmente pronunciados en los pacientes con esquizofrenia (Aleman, Hijman, de Haan, y Kahn, 1999; Heinrichs y Zakzanis, 1998). Los pacientes con esquizofrenia producen una gran cantidad de falsos recuerdos que sostienen con gran seguridad (Moritz y Woodward, 2002, 2005; Moritz, Woodward, Cuttler, Whitman y Watson, 2004; Moritz, Woodward y Ruff, 2003). A pesar de estar bastante convencidos de la autenticidad de los falsos recuerdos, los



pacientes están menos seguros de las respuestas correctas comparados con controles sanos. Este patrón de respuesta, junto con un gran número de recuerdos erróneos, conduce a un estado llamado *corrupción del conocimiento* (*knowledge corruption*): una gran parte de lo que el sujeto cree verdadero (conocimiento subjetivo) está corrupto o contaminado. Parece ser que los pacientes con esquizofrenia tienen recuerdos menos vívidos comparados con los participantes sanos (Bacon, Danion, Kauffmann-Muller y Bruant, 2001; Danion, Rizzo y Bruant, 1999; Huron, Danion, Giacomoni, Grengé, Robert y Rizzo, 1995). Lo que les hace susceptibles de cometer errores parece estar en la evaluación de los recuerdos basada en la familiaridad y en la intuición (Weiss, Dodson, Goff, Schacter y Heckers, 2002).

▪ Módulo 8: Autoestima y estado de ánimo

El objetivo de este módulo es enseñar a los participantes los estilos de pensamiento disfuncionales que pueden contribuir al origen y al mantenimiento de la depresión y la baja autoestima, enfatizando aquellos estilos cognitivos que pueden corregirse con un entrenamiento regular. Por lo tanto, a partir de textos cognitivo-conductuales, casos clínicos e imágenes, se proporcionan estrategias más realistas y útiles y se anima a los participantes a utilizar la atención individual (técnica que desempeña un papel destacado en el programa de tratamiento de ambiente ideado por Fisher y Wells, 2009) en lugar de la supresión de pensamiento y reflexión para hacer frente a los pensamientos negativos. Por último, se ofrecen algunas técnicas sencillas derivadas de la TCC de depresión que, utilizadas con regularidad, pueden ayudar a modificar la baja autoestima y aumentar el estado de ánimo (por ejemplo, escribiendo acontecimientos positivos durante el día, la participación en actividades sociales, etc.).



1. **Piense en sus propias fortalezas.**  
*¿Qué habilidades tengo? ¿Por qué cosas he recibido elogios en el pasado? Ej. soy un manitas...*
2. **Imagine situaciones concretas.**  
*¿Cuándo y dónde? ¿Qué he hecho que haya generado comentarios positivos? Ej. La semana pasada, ayudé a una amiga a decorar su apartamento. Fui una gran ayuda para ella ...*
3. **¡Anótenlo!**  
*Leer esto regularmente y ampliarlo. En caso de una crisis, volver a estos recuerdos (ej. cuando usted piensa que no vale nada). Ej. Anote las cosas que han ido bien, o elogios que ha recibido ...*

Imagen 6. Hoja de fortalezas personales.

Actualmente se establece que aproximadamente el 50% de la población que padece esquizofrenia comparte alteraciones afectivas (Buckley, Miller, Lehrer, y Castle, 2009). Estudios muestran que muchos de estos pacientes con esquizofrenia tienen una baja autoestima (Freeman et al., 1998; Moritz et al., 2010). Las tasas de depresión y suicidio son muy altas en esta población (Buckley et al., 2009). Existe un debate abierto sobre si la ideación paranoide es una estrategia de afrontamiento disfuncional para aumentar la autoestima (Adler, 1914/1929; Bentall et al., 2001; Kinderman y Bentall, 1996), por ejemplo, reforzando la importancia subjetiva de uno mismo durante los delirios de persecución y creando un nuevo y fantástico propósito en la vida (Moritz, Werner y Von Collani, 2006).

### ***Bases empíricas***

Los estudios sobre la aplicación del entrenamiento metacognitivo (EMC) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han mostrado mejorías significativas, sobre todo en combinación con los tratamientos habituales, en los síntomas psicóticos y sesgos cognitivos. Un estudio piloto no controlado (Favrod, Maire, Bardy, Pernier y Bonsack, 2010) sobre la aplicación de la versión francesa del EMC y sus efectos sobre los síntomas y la conciencia de enfermedad de personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con síntomas psicóticos persistentes (n=25); mostraron una reducción considerable de la gravedad de los delirios y una mejoría en el conocimiento de los engaños evaluados con la escala de evaluación para el Síndrome Psicótico (PSYRATS) y la escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia (PANSS), en la atribución de los delirios y el conocimiento de la enfermedad medidos con la Escala de Evaluación de *Insight* (SUMD), acompañadas también por una reducción en la depresión.

En otro estudio, controlado y aleatorizado, (Favrod, Rexhaj, Bardy et al., 2013) con pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con delirios persistentes y medicación antipsicótica estabilizada (n=52); los resultados indicaron que el entrenamiento en EMC tiene un efecto antipsicótico excedente, evaluado con las escalas PSYRATS y PANSS, para aquellos pacientes que sufren de trastornos relacionados con la esquizofrenia y que demuestran sólo una respuesta parcial al tratamiento antipsicótico habitual (TAU), con una persistencia a la intervención de al menos 6 meses. Estos resultados se respaldan también en otro estudio (Kumar, Zia Ul Haq, Dubey et al., 2010) sobre la eficacia del EMC en pacientes con esquizofrenia (n=16) con dos grupos aleatorizados: uno recibió tratamiento habitual (TAU: del inglés *treatment as usual*) y el otro grupo se sometió a EMC + TAU; los resultados mostraron una pronunciada disminución de los síntomas positivos de la escala PANSS y la escala de evaluación de creencias de Brown (BABS) en el grupo de tratamiento combinado. Estos resultados se avalan en otro estudio de comparación de la EMC con los tratamientos habituales (Moritz, Kerstan, Veckenstedt et al., 2011). La aplicación del EMC mostró una mejoría significativamente mayor con relación a los del grupo de TAU en los parámetros de angustia y engaño de la escala PSYRATS, memoria y calidad de vida social. Se redujo también la tasa del sesgo de saltar a conclusiones una vez finalizada la intervención. No obstante, no se encontraron diferencias psicopatológicas significativas medidas por la escala PANSS.

Los resultados de otro estudio controlado de cohortes prospectivo (Naughton, Nulty, Abidin, Davoren, O' Dwyer y Kennedy, 2012) en que se aplicó EMC a 11 pacientes y se compararon los resultados con 8 pacientes en lista de espera para aplicar la misma intervención; mostraron que los pacientes expuestos al EMC mejoraron su capacidad de dar consentimiento al tratamiento de la escala de Evaluación de la Competencia de MacArthur (MacCAT-T) y que cuantas más sesiones de tratamiento, mayor era la mejoría de esta capacidad de toma de decisiones, debido principalmente a la mejora en la comprensión y el razonamiento. También se encontraron mejoras en la competencia del funcionamiento general medida con la escala de Evaluación

Global del Funcionamiento (GAF) en el grupo de EMC en comparación con el grupo en lista de espera, pero no hubo cambios psicopatológicos significativos en la escala PANSS.

Otros estudios, sin embargo, muestran resultados psicopatológicos menos significativos. Es el caso de un estudio preliminar de eficacia del EMC (Rocha y Queirós, 2013) en pacientes ambulatorios clínicamente estables (n=35), de los cuales 19 fueron asignados al programa de ECM y 19 a un grupo TAU. El grupo de EMC demostró una mejoría significativa en la teoría de la mente, la percepción social, el reconocimiento de emociones y el funcionamiento social. Además, la tendencia a sacar conclusiones precipitadas se redujo significativamente después del entrenamiento. No obstante, no hubo ventajas diferenciales respecto a los síntomas clínicos.

En cuanto al estudio del entrenamiento metacognitivo individual (EMC+), es poca la investigación que se ha realizado hasta la fecha. Uno de los estudios de referencia (Moritz, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum y Woodward, 2011) se realizó con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (n=48) asignados al azar a un grupo de MCT+ o a un grupo de rehabilitación cognitiva (ensayo clínico). Los resultados mostraron que la gravedad del delirio medida con la escala PANSS, disminuyó significativamente en el tratamiento de EMC combinado en comparación con el estado de control. La convicción de engaño y el sesgo de sacar conclusiones evaluado mediante la escala PSYRATS, mostraron una mejoría significativamente mayor en el grupo de EMC. De acuerdo con otros estudios previos, la adhesión al tratamiento y la eficacia subjetiva era excelente para el EMC. Los resultados sugieren que la combinación de un conocimiento orientado y un enfoque orientado a los síntomas mejora los síntomas psicóticos y sesgos cognitivos y representa un tratamiento complementario prometedor para la esquizofrenia.

## OBJETIVO

El objetivo general del estudio será el de evaluar los efectos de la aplicación de un programa de entrenamiento metacognitivo sobre la psicopatología presente en cada uno de los sujetos del estudio, focalizándose en la reducción de falsas creencias, errores y sesgos cognitivos de contenido delirante en dos pacientes con diagnósticos clínicos de Esquizofrenia.

Se hipotetizó que el entrenamiento metacognitivo:

- ▶ Disminuirá la presencia de psicopatología psicótica positiva y negativa.
- ▶ Fomentará la generación de interpretaciones y atribuciones de los acontecimientos más apropiados.
- ▶ Mejorará la calidad de vida general, la conciencia de enfermedad y el estado de ánimo.

## DISEÑO

El siguiente estudio sigue las líneas de un diseño cuasi-experimental de caso único de tipo AB con pre y post evaluación y posterior seguimiento. Los dos sujetos del estudio fueron expuestos a dos condiciones experimentales. En la primera (A) se llevó a cabo la evaluación del problema para establecer la línea de base, mientras que en la segunda (B) se aplicó el tratamiento correspondiente, llevándose a cabo evaluación post-intervención de las medidas objetivo, y posterior seguimiento.

El uso de la evaluación pre y post-tratamiento se ha considerado apropiada para el estudio considerando el aumento que constituye su aplicación en el rendimiento informativo del individuo mucho más allá de los simples informes descriptivos no sistemáticos de casos. Este tipo de diseños son adecuados para la consecución de objetivos de programas de intervención en contextos educativos y médicos y, en concreto, en los ámbitos de la rehabilitación y la psicoterapia para efectuar algún cambio (por ejemplo, en el afecto, la conducta y/o la cognición) psicopatológico. Además, tienen como requisito básico poner en marcha un sistema en el que el cambio puede ser evaluado de forma sistemática y rutinaria.

## SUJETOS

La intervención fue aplicada a dos pacientes de la Unidad de Salud Mental diagnosticados de esquizofrenia. Los criterios de inclusión para la intervención fueron los mismos que para el diagnóstico de Trastorno Mental Grave combinados con los propios criterios de inclusión del programa metacognitivo. A continuación explicitamos dichos criterios:

- ▶ Diagnóstico clínico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad y/u otros trastornos de categorías diagnósticas con contenido psicótico.
- ▶ Evolución del trastorno y del tratamiento de dos años o más con aparente deterioro funcional y psicosocial por un período igual o superior a 6 meses.
- ▶ Nivel de atención adecuado para la duración de la sesión, de una hora aproximadamente. Para pacientes muy distraíbles, las sesiones de entrenamiento pueden ser demasiado estresantes; no obstante debe intentarse su participación a partir de retroalimentación y reforzamiento positivo.
- ▶ Conductas inapropiadas en remisión como puedan ser las antisociales, sexuales u hostiles.

- ▶ Nivel aceptable de motivación de cambio, que puede entrenarse en sesiones previas al entrenamiento con entrevistas motivacionales, para asegurar la asistencia y continuidad del entrenamiento.

## SUJETO A

El paciente A es un varón de 43 años de edad, soltero y de nivel socioeconómico medio que cumple criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2004) para:

Eje I: Esquizofrenia de Tipo Indiferenciado, de curso crónico con predominio de síntomas negativos.

Trastorno Depresivo No Clasificado.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas psicosociales en entorno familiar y social.

Eje V: EEAG: 50

La historia del problema del paciente se inicia hace 4 años tras un despido laboral en la empresa en la que llevaba 18 años trabajando, con antecedentes de mal comportamiento y desacuerdos con sus superiores y compañeros. Este episodio derivó en una convicción generalizada de *mobbing* y a la manifestación de sintomatología de tipo ansioso-depresivo.

A lo largo del curso del problema, el paciente ha evolucionado a un estancamiento emocional en el suceso del despido con proporciones de ideación delirante de trato injusto en el trabajo, motivando a una persistencia de síntomas apático-búlicos, escaso *insight* y poca motivación de cambio. Por otra parte, este estancamiento emocional ha derivado también en las ganancias primaria (asunción del rol de enfermo) y secundaria (continua evitación de obligaciones) afectando a la convivencia en el entorno familiar por descontrol de impulsos con consumo de alcohol y posteriores soliloquios psicóticos y heteroagresividad verbal.

El paciente durante la investigación se encontraba bajo intervención con psicoterapia y tratamiento farmacológico con:

- ▶ Deprax (trazodona) 100 mg (0-0-1).
- ▶ Xeplion (paliperidona) 100 mg IM/28 días.
- ▶ Colme (carbimida cálcica) (X-0-0).

Estas intervenciones se consideraron bajo control para el estudio, sin haberse producido una mejoría significativa de los síntomas y de la calidad de vida del sujeto durante los últimos 6 meses. Las pautas farmacológicas no se vieron modificadas durante el entrenamiento metacognitivo.

## SUJETO B

El paciente B es un varón de 40 años de edad, soltero, con estudios superiores, que convive en domicilio familiar con su madre y abuela con integración a las labores domésticas. Cumple criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2004) para:

Eje I: Esquizofrenia Paranoide de curso crónico.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas psicosociales en entorno social.

Eje V: EEAG: 45

El paciente lleva tratamiento psiquiátrico desde hace veinte años por continuos episodios psicóticos de tipo delirante, que se iniciaron en un permiso del servicio militar, con ideas autorreferenciales y persecutorias, elevado tono de voz, ideas de grandeza y síntomas negativos, problemas de sueño e insomnio, dificultades de memoria, fluctuaciones del estado de ánimo, apatía y lenguaje desorganizado. El curso del problema ha evolucionado en marcadas alteraciones en la forma y contenido del lenguaje que se caracterizan por un discurso tangencial, circunstancial y con pararespuestas que repercuten en la aparición generalizada de ideación esquizotípica de los acontecimientos y experiencias vitales del sujeto.

Durante la intervención, el paciente se encontraba con la siguiente pauta farmacológica desde aproximadamente 4 meses:

- ▶ Risperdal (risperidona) 6 mg (1-1-1).
- ▶ Seroquel (quetiapina) 300 mg (1-0-2).
- ▶ Akineton (biperideno) 2 mg (1-1-1).
- ▶ Sedotime (ketazolam) 45 mg (0-0-1).

El tratamiento con Risperdal 6 mg se modificó en 1-0-1 y la pauta con Seroquel 2 mg se modificó a 0-0-2 en fecha de 25 de junio, debido a la mejoría sintomática y buena respuesta a la intervención metacognitiva, según el informe de evolución remitido por psiquiatra.

## **INSTRUMENTOS**

Durante las distintas fases del estudio, se aplicaron diferentes instrumentos para obtener los correspondientes datos para la línea de base y de evaluación sobre la efectividad de la fase de tratamiento. La administración y corrección se desarrolló a partir de entrevistas semiestructuradas y de la exploración clínica y psicosocial. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

### **1. Entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM IV (SCID-I).**

Se trata de una entrevista semiestructurada que permite establecer los diagnósticos clínicos más importantes del eje I del DSM-IV (APA, 1994) de una forma totalmente estandarizada. Su versión clínica incluye seis módulos relativamente independientes, en los que se integran los diferentes trastornos con sus criterios diagnósticos completos, aunque en algunos aparecen de forma resumida. La entrevista está diseñada de forma que la mayor parte de las preguntas pueden ser contestadas con respuestas dicotómicas Sí/No, aunque en la mayoría de las ocasiones es necesario que el paciente se explique con detalle. Esta entrevista permite establecer si el trastorno es actual (último mes) o prevalente a lo largo de la vida (los criterios se han cumplido alguna vez a lo largo de la vida del paciente); también nos posibilita recoger información acerca del eje IV (problemas psicosociales y ambientales) y del eje V (actividad global). Su duración oscila entre 45 y 90 minutos y ha mostrado unos índices de fiabilidad y validez adecuados. Este instrumento, a parte de resultar de gran utilidad para la evaluación clínica, sirve, a su vez, de base para las evaluaciones de las otras escalas de evaluación utilizadas en este estudio.

### **2. Escala de Síntomas Positivo y Negativo (PANSS)**

Esta escala fue desarrollada por Kay y colaboradores (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) y está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), muchos de cuyos ítems incluye. La PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: *dimensional*, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico y, *categorial*, que clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto. Está formada por cuatro subescalas (Kay y Sevy, 1990): la escala

*positiva* (PANSS-P) de 7 ítems que evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal, la escala *negativa* (PANSS-N) también de 7 ítems que evalúa los déficit respecto a un estado mental normal y la escala de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems que evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.). Se acepta una cuarta escala, la llamada *compuesta* (PANSS-C) que evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo). La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración y consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad, equivaliendo el 1 a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. Para cada ítem el manual de aplicación de la escala proporciona definición y criterios operativos de base para la evaluación y de puntuación.

La puntuación en las escalas positiva, negativa y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre -42 a +42. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. Además de la puntuación dimensional, la PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto.

### 3. Adaptación española del Inventario de Ideas Delirantes de Peters-21 (PDI-21)

El Inventario de Ideas Delirantes de Peters-21 (Peters, Joseph, Day y Garety, 2004) fue diseñado para la valoración de los síntomas delirantes en la población general. La adaptación española del PDI-21 (Lopez-Ilundain, Pérez-Nievas, Otero y Mata, 2006) es un instrumento heteroaplicado que consta de un total de 21 ítems en formato de respuesta dicotómica Sí/No. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas positivas en cada uno de los ítems, por lo que la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 21 puntos. Una mayor puntuación es indicativa de mayor sintomatología delirante. Asimismo, cada uno de los ítems consta de tres subescalas que miden el grado de *convicción*, *preocupación* y *estrés*. En estas tres subescalas el sistema de puntuación es tipo Likert de 5 categorías y la puntuación para cada subescala se obtiene realizando la media de la suma de los valores obtenidos en cada ítem.

Estudios fuera y dentro de nuestro territorio indican que el PDI-21 es un instrumento de medida con adecuada calidad métrica referida a: consistencia interna, la fiabilidad test-retest y validez de criterio, discriminante y concurrente (Peters et al., 2004; Yeon Yung, Seung, Seo Ji et al., 2008; Lopez-Ilundain et al., 2006; grupo del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM).

### 4. Inventario de Depresión de Beck (BDI). Escala de 21 ítems.

El BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) es una escala autoaplicada de 21 ítems diseñada para ser administrada mediante entrevista. Su objetivo es identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos. El valor de cada una de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto, por lo que se tienen que seguir la plantilla de corrección del manual para cada uno de los ítems. La escala proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems. Aunque la versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos, las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son: depresión



ausente o mínima con puntuación media de 10,9 puntos; depresión leve con puntuación media de 18,7 puntos; depresión moderada con puntuación media de 25,4 puntos; y depresión grave con puntuación media de 30 puntos.

#### 5. Escala de la Calidad de Vida (QLS)

La QLS (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984) fue desarrollada originalmente para la evaluación de la disfunción del paciente debido al defecto esquizofrénico. Sin embargo, en la mayor parte de los estudios se aplica con la intención de determinar el nivel de calidad de vida del paciente. La escala consta de 21 ítems que se agrupan en cuatro categorías o factores: funciones intrapsíquicas, que evalúa la cognición, conciencia y afectividad (ítems 13-17, 20-21); relaciones interpersonales, que evalúa la experiencia interpersonal y social (ítems 1-8); rol instrumental, que evalúa el trabajo, estudio, deberes parentales (ítems 9-11); y el uso de objetos comunes y actividades cotidianas (ítems 18-19). El ítem 12 correspondiente a la satisfacción no puntúa en ninguno de los factores.

Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 7 valores, que oscila entre 0 (mayor grado de disfunción en ese ítem) y 6 (normalidad), siendo el marco de referencia temporal las 4 semanas anteriores a la evaluación. La escala proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems de la escala excepto el 12 de satisfacción. También proporciona puntuaciones en cada uno de los 4 factores, que se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que los constituyen. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor funcionamiento del paciente en esa categoría. La escala es heteroaplicada y debe ser administrada por un clínico entrenado en el uso de la escala mediante una técnica de entrevista semiestructurada. La propia escala, en el cuadernillo de aplicación proporciona una serie de preguntas orientativas para la evaluación de cada ítem. Además proporciona también descripción detallada de qué se pretende evaluar con cada uno de los ítems, y criterios operativos para la asignación de las puntuaciones.

#### 6. Escala de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS)

La DAS es un instrumento sencillo desarrollado en 1988 por la OMS para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves. Consta de 7 ítems que se agrupan en 3 apartados. El primero hace referencia al período cubierto por la valoración que puede ser el actual, último mes, último año, o a la posibilidad de que el propio investigador delimite el período de tiempo más conveniente. El segundo apartado, evalúa áreas específicas de funcionamiento (dimensiones) con 4 ítems que evalúan las áreas de cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y funcionamiento en el contexto social en general. Por último, la escala también evalúa las capacidades específicas del sujeto, un apartado que permite al clínico registrar las habilidades específicas del paciente que sean relevantes para su manejo y cuidado. En general, el clínico ha de valorar las limitaciones que presenta el paciente teniendo en cuenta el funcionamiento normal esperado en una persona del mismo sexo, edad y situación sociocultural.

Se trata de una escala heteroaplicada descriptiva que proporciona una puntuación total y puntuaciones en cada una de las 4 dimensiones. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mayor discapacidad. Las puntuaciones para cada uno de los ítems pueden oscilar entre 0 y 5. La propia escala proporciona una definición de los ítems y los criterios operativos de las puntuaciones.



## PROCEDIMIENTO

Se requirió el consentimiento informado de los pacientes y se les explicó la finalidad de la intervención. La intervención duró un total de 15 sesiones individuales con ambos pacientes durante los meses de abril a septiembre. Estas sesiones se distribuyeron según las fases definidas del estudio, así como otras consideraciones propias de la fase de evaluación y de la adecuación del tratamiento a los pacientes. La distribución final de las sesiones fue la siguiente:

- ▶ Toma de contacto (1 sesión)
- ▶ Evaluación (3 sesiones)
- ▶ Intervención (9 sesiones)
- ▶ Evaluación (1 sesión)
- ▶ Seguimiento (1 sesión)

La primera toma de contacto con los pacientes tuvo lugar en la consulta de psiquiatría para evaluación psicosocial, previo análisis y discusión de diagnóstico clínico con psiquiatra. En esta primera sesión se realizó una breve entrevista de exploración para evaluar la disfunción psicosocial e incluir en protocolo de trastorno mental grave. Tras el chequeo se citó a los pacientes para la siguiente semana para iniciar las evaluaciones correspondientes para la elaboración del plan de rehabilitación psicosocial individualizado.

Las tres sesiones de la fase de evaluación se llevaron a cabo durante las tres semanas siguientes. Estas sesiones llevadas a cabo por el clínico en una sala individual, consistieron en entrevistas de evaluación y exploración con el paciente en concreto, con una duración entre 45 y 60 minutos cada una. Se administraron los distintos instrumentos de evaluación (SCID-I, PDI-21, PANSS, BDI, WHO/DAS, QLS), algunos de ellos completados a partir de las entrevistas, para tomar la medida de línea base (A). Durante esta fase también se realizó una revisión exhaustiva y actualización de la historia clínica y se elaboró el Plan Individualizado de Rehabilitación con la propuesta de inclusión de un tratamiento alternativo de soporte a la intervención farmacológica, en ambos casos, el programa de entrenamiento metacognitivo.

A partir de la cuarta semana se inició la fase de intervención (B) y se procedió a aplicar el tratamiento de entrenamiento metacognitivo. El protocolo del programa de EMC consistió en la aplicación de un ciclo de 8 módulos, más un ciclo extra con contenidos de prevención y del modelo de enfermedad individual, adaptados del entrenamiento metacognitivo individual (EMC+). La duración del tratamiento fue de 9 semanas y se realizó evaluación continuada de cada sesión a partir de tareas para casa.

La evaluación final se desarrolló una semana después de la finalización del tratamiento donde se administraron los instrumentos de evaluación de la línea base. Y, por último, se realizó evaluación de seguimiento en el mes de septiembre, a los 1,5 meses de haber finalizado la intervención. Están previstas evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses siguientes de dicha evaluación de seguimiento.

## RESULTADOS

El análisis de las diferencias entre puntuaciones (tabla 1) puede considerarse clínicamente significativo a partir de los cortes propuestos por los instrumentos, así como de la comparación de los resultados con los de otros estudios. Un análisis más concreto de la efectividad del tratamiento se ha realizado mediante el análisis visual de gráficos para cada instrumento de evaluación a nivel psicopatológico y del funcionamiento psicosocial y calidad de vida. Veamos más en concreto, los resultados de estos análisis.

Instrumentos	Puntuaciones		
	Pre	Post	Seguimiento I
<b>Caso A</b>			
<b>PANSS</b> • Positiva • Negativa • Psicopatología	15 25 31	11 17 20	11 17 20
<b>PDI-21</b> • Total • Inquietud • Preocupación • Convicción	14 37 35 36	11 28 25 24	11 28 25 24
<b>BDI</b>	16	12	12
<b>QLS</b> • Total • Interpersonal • Instrumental • Intrapsíquico • Actividades	24 8 4 8 4	38 8 6 18 6	38 8 6 18 6
<b>WHO/DAS</b> • Personal • Ocupacional • Familiar • Contexto social	0 2 3 3	0 2 2 2	0 2 2 2
<b>Caso B</b>			
<b>PANSS</b> • Positiva • Negativa • Psicopatología	21 16 35	10 9 19	10 9 19
<b>PDI-21</b> • Total • Inquietud • Preocupación • Convicción	9 16 16 14	2 4 3 2	2 4 3 2
<b>BDI</b>	9	5	5
<b>QLS</b> • Total • Interpersonal • Instrumental • Intrapsíquico • Actividades	40 9 6 21 4	59 21 9 23 6	59 21 9 23 6
<b>WHO/DAS</b> • Personal • Ocupacional • Familiar • Contexto social	1 3 1 4	1 2 1 2	1 2 1 2

Tabla 1. Puntuaciones pre y post tratamiento y seguimiento.

## Psicopatología

Las puntuaciones obtenidas en la *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia* (PANSS) muestran para ambos casos una disminución de los síntomas de las escalas positiva, negativa y psicopatología general. La disminución de los síntomas en el primero de los casos, aunque es menos significativa para las tres subescalas, muestra una mejoría clínica de los síntomas negativos así como de la psicopatología general (gráfico 1). En el segundo de los pacientes, la disminución de los síntomas psicóticos para las tres subescalas es mayormente significativa (gráfico 2), destacando la escala de síntomas positivos. Las puntuaciones se mantienen estables en la primera evaluación de seguimiento.

La evaluación realizada con el Inventario de *Ideas Delirantes de Peters-21* (PDI-21) utilizado no sólo como instrumento psicopatológico en este estudio sino también, al ser heteroaplicado, como medida de evaluación del *insight* y el manejo de las ideas delirantes; pone de manifiesto para el primer caso, ideas delirantes enmascaradas de contenido autorreferencial y religioso, que se han visto disminuidas levemente en los tres niveles de gravedad (gráficos 3 y 4). En el segundo de los casos donde los niveles de gravedad estaban más ajustados y, a su vez, destacaba un buen ajuste intrapsíquico sobre la creencia de las ideas delirantes; disminuyeron significativamente los niveles de las tres subescalas (gráficos 5 y 6). Se mantienen estables las puntuaciones en la fase de seguimiento.

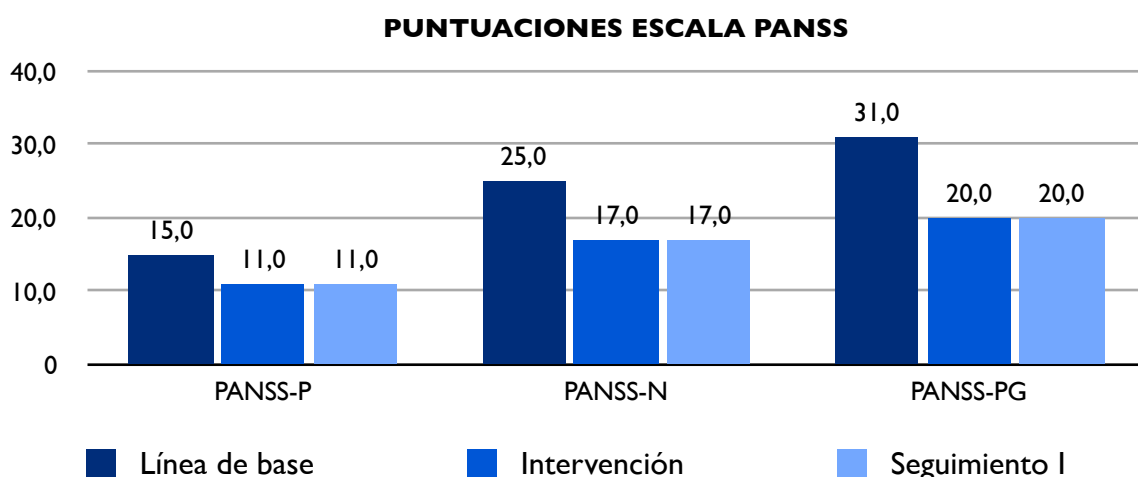


Gráfico 1. Puntuaciones Escala PANNS del paciente A.

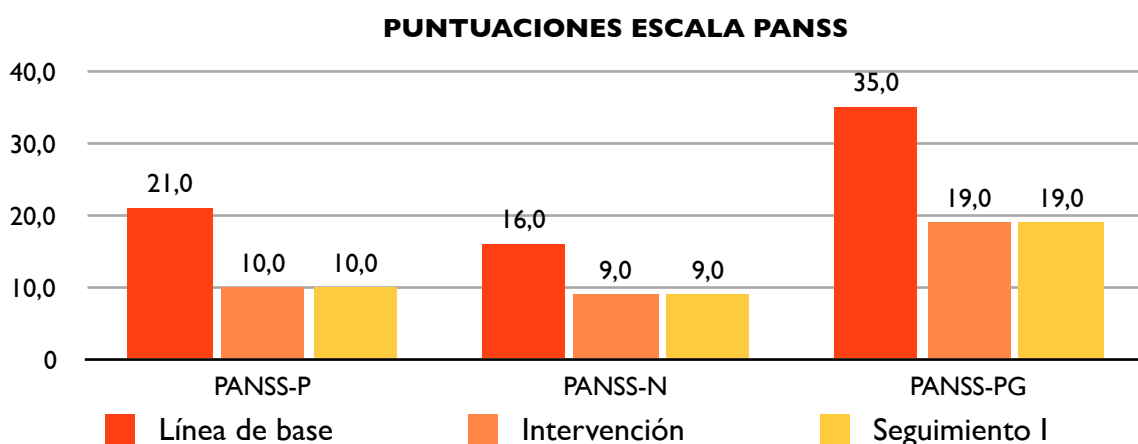


Gráfico 2. Puntuaciones Escala PANSS del paciente B.

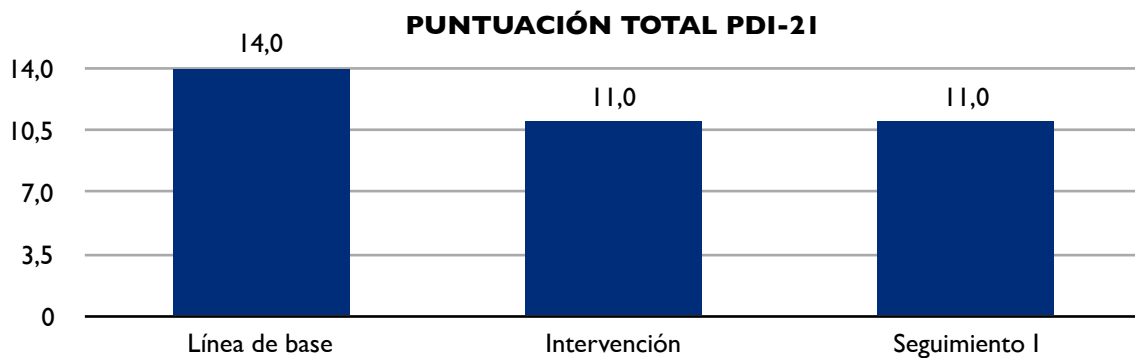


Gráfico 3. Puntuación total Inventario PDI-21 del paciente A.

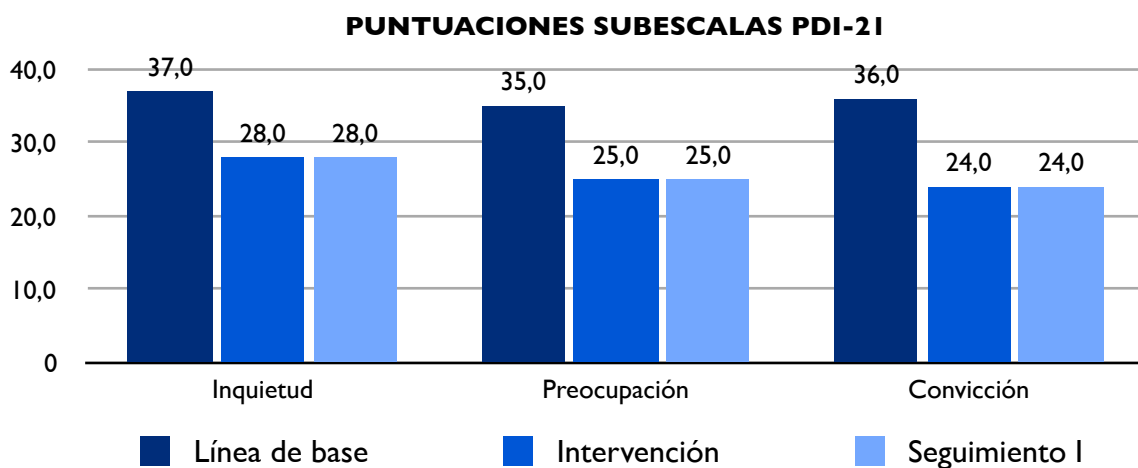


Gráfico 4. Puntuaciones de las subescalas del Inventario PDI-21 del paciente A.

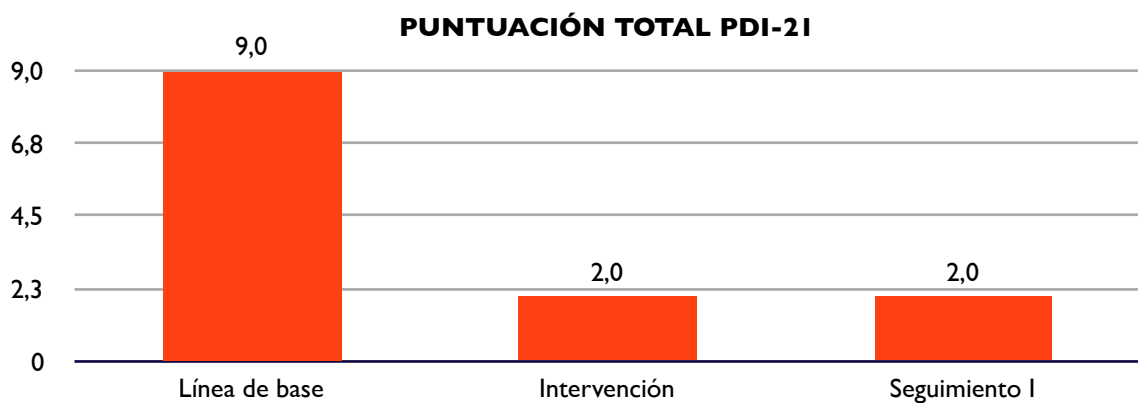


Gráfico 5. Puntuación total del Inventario PDI-21 del paciente B.

### PUNTUACIONES SUBESCALAS PDI-21

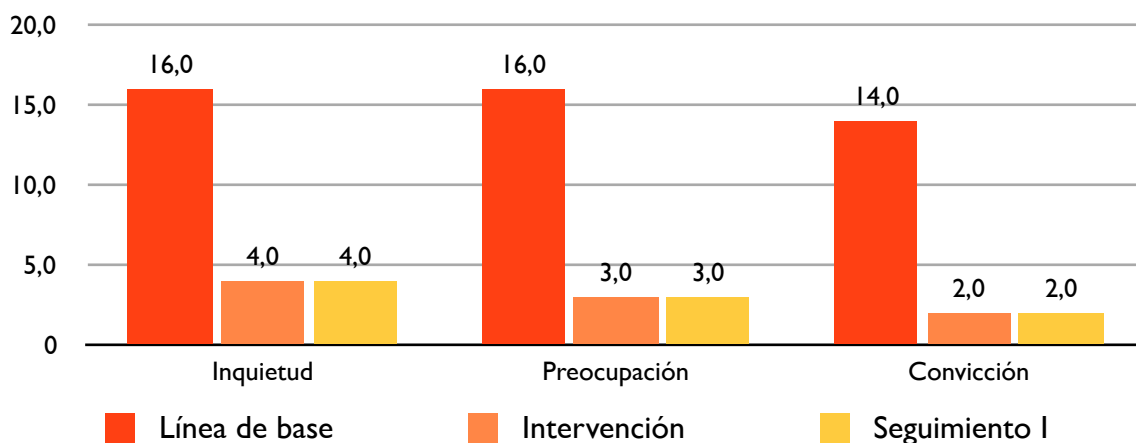


Gráfico 6. Puntuaciones de las subescalas del Inventario PDI-21 del paciente B.

Los resultados obtenidos para la evaluación del estado de ánimo evaluado mediante el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI), no muestran cambios significativos en las puntuaciones de ambos sujetos (gráficos 7 y 8). Se mantiene un grado de depresión leve para el primer caso con predominio de síntomas distímicos, y ausencia de depresión para el segundo caso. Estas puntuaciones también se mantienen en la evaluación de seguimiento.

### PUNTUACIÓN TOTAL BDI

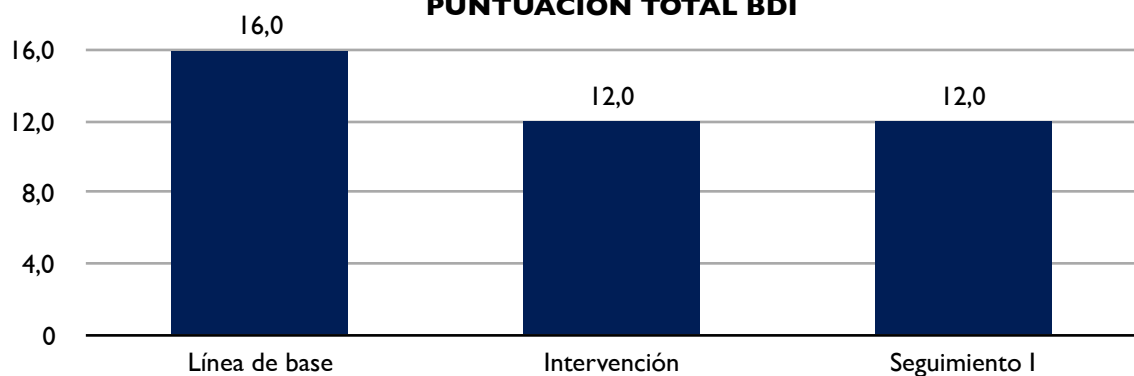


Gráfico 7. Puntuación total del Inventario de Depresión de Beck del paciente A.

### PUNTUACIÓN TOTAL BDI

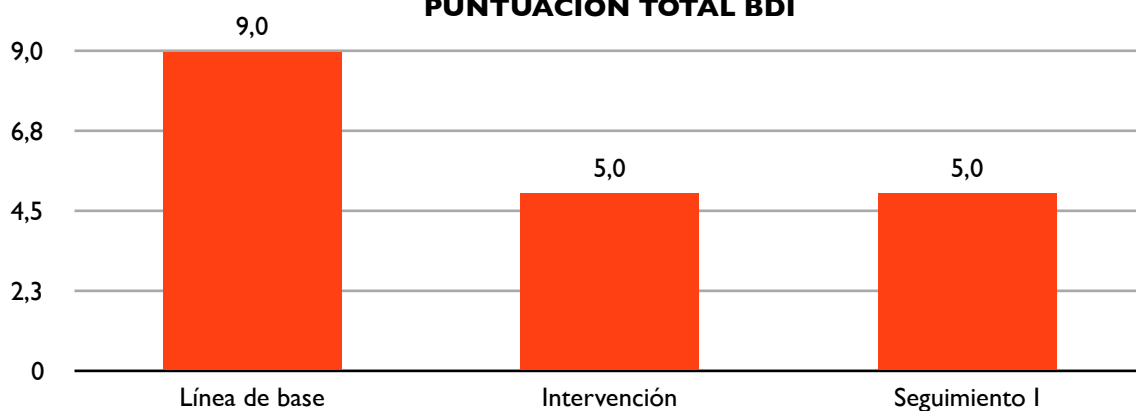
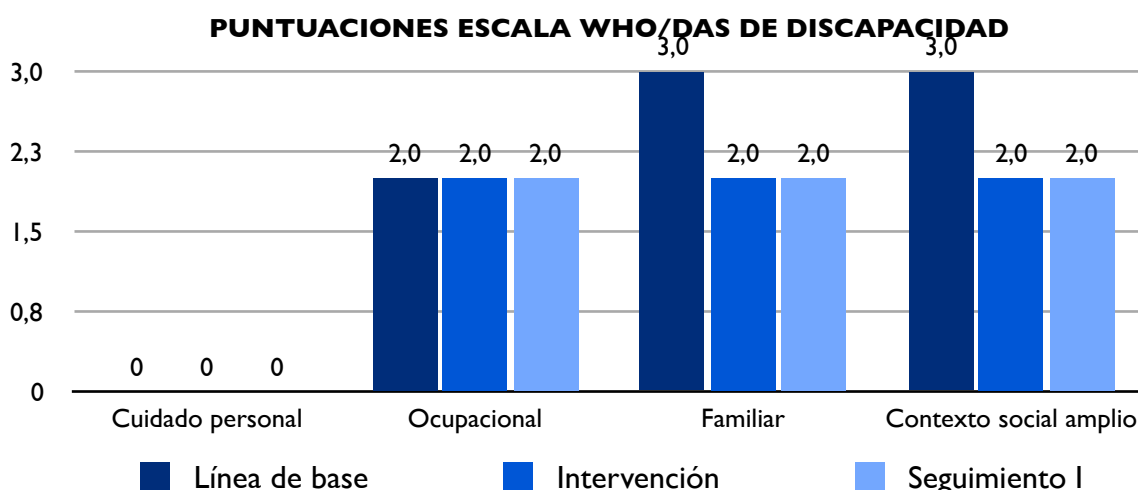
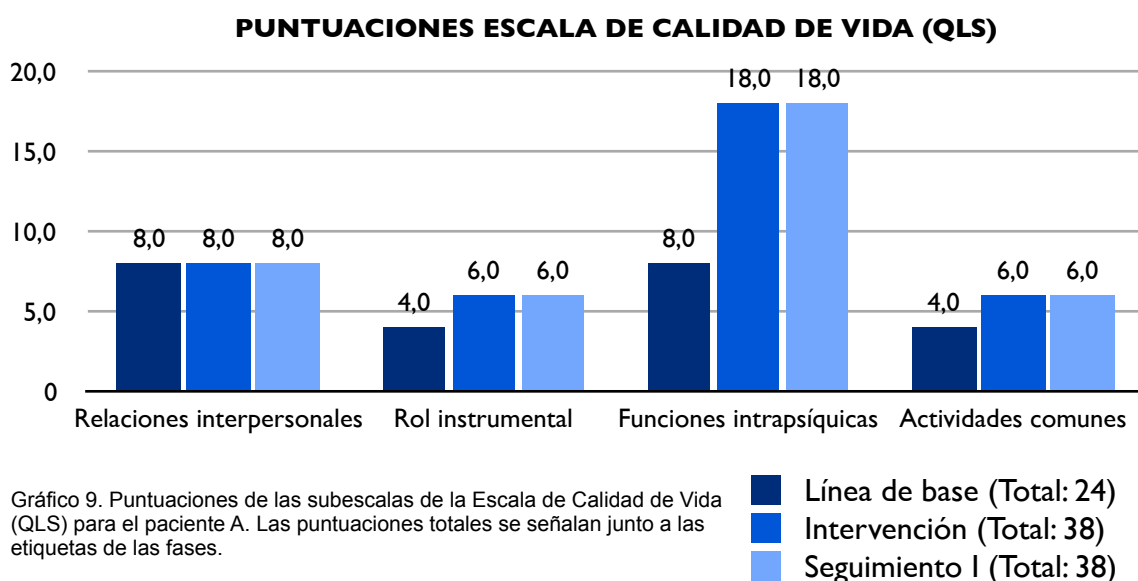


Gráfico 8. Puntuación total del Inventario de Depresión de Beck del paciente B.

## Funcionamiento psicosocial y calidad de vida

La calidad de vida y el funcionamiento psicosocial han sido evaluados con la *Escala de la Calidad de Vida (QLS)* y la *Escala de Discapacidad Mundial de la Salud (WHO/DAS)*, siendo los resultados para ambos pacientes clínicamente menos significativos al cambio. Los resultados de la calidad de vida del primer sujeto (gráfico 9), destacan una mayor conciencia de enfermedad y motivación de cambio, aunque el funcionamiento psicosocial sigue manteniéndose en niveles bajos. Por lo que se refiere a la evaluación de la discapacidad, denota una leve mejoría en el funcionamiento familiar y social inmediato (gráfico 10). Los resultados del segundo paciente (gráfico 11) muestran una mejoría de la calidad de vida con niveles significativos para las funciones intrapsíquica e interpersonales, con inicio de contacto social, y mayor predisposición y motivación hacia actividades de ocupación del tiempo en el ámbito familiar y social. Por otro lado, la evaluación de la discapacidad muestra un incremento de los niveles de funcionamiento ocupacional y social (gráfico 12). Las puntuaciones se mantienen estables para la fase de seguimiento.



### PUNTUACIONES ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QLS)

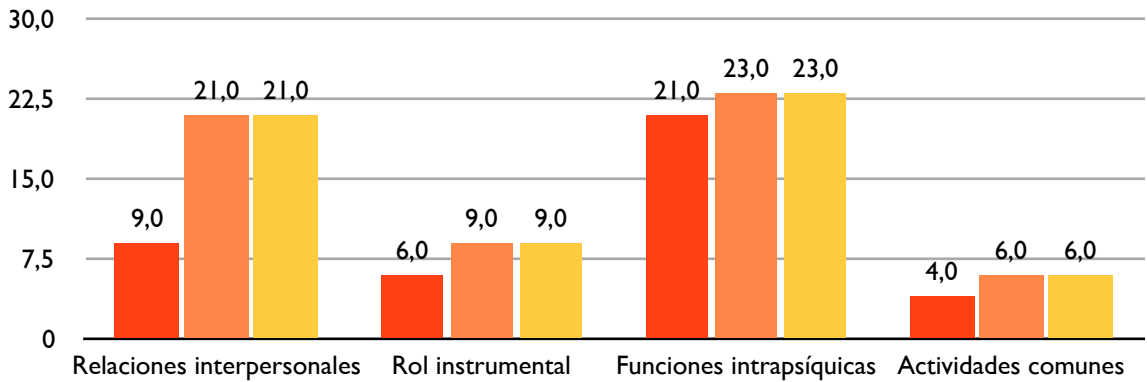
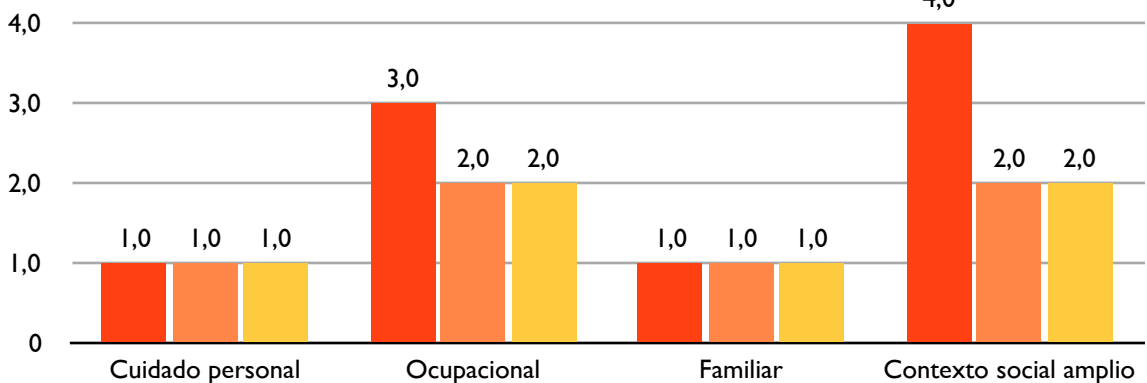


Gráfico 11. Puntuaciones de las subescalas de la Escala de Calidad de Vida (QLS) para el paciente B. Las puntuaciones totales se señalan junto a las etiquetas de las fases.

■ Línea de base (Total: 40)  
■ Intervención (Total: 59)  
■ Seguimiento I (Total: 59)

### PUNTUACIONES ESCALA WHO/DAS DE DISCAPACIDAD



■ Línea de base      ■ Intervención      ■ Seguimiento I

Gráfico 12. Puntuaciones de las subescalas de la Escala de Discapacidad WHO/DAS para el paciente B.

## DISCUSIÓN

### *Efectos del entrenamiento metacognitivo*

Los resultados indican un cambio significativo en las variables psicopatológicas y de funcionamiento psicosocial de ambos sujetos a partir de la inclusión en el tratamiento, de acuerdo a las hipótesis del estudio. Los resultados obtenidos han destacado cambios clínicamente significativos tras la aplicación del tratamiento en los valores de la *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo* (PANSS). Ambos pacientes, que referían severas sintomatologías psicóticas, en el primero de los casos de contenido negativo y en el segundo de desorganización conceptual, han visto disminuidos tales síntomas a niveles de significación entre leves (caso A) y moderados (caso B), siendo la reducción más significativa para los síntomas positivos. Estos resultados están de acuerdo con los de otros estudios sobre la efectividad del entrenamiento metacognitivo en la disminución de la sintomatología psicótica de los pacientes con esquizofrenia. En el estudio de Favrod et al. (2010, 2013) los resultados mostraron una mejoría considerable de los síntomas positivos de pensamiento delirante, confirmados también por los resultados en las escalas PSYRATS y SUMD. Por otro lado, los resultados del estudio de Kumar et al. (2010)

mostraron una reducción significativa de los síntomas positivos de la escala PANSS. Esta reducción fue también más significativa en comparación a los resultados del grupo que sólo fue expuesto a tratamiento habitual (TAU). No obstante, en el estudio de Moritz et al. (2011) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambas subescalas de la PANSS; pero, sin embargo, si se encontró mejoría en otro estudio sobre la efectividad del EMC individual (Moritz et al., 2011) para los síntomas positivos y delirios.

Las puntuaciones del *Inventario de Ideas Delirantes de Peters* (PDI-21) han mostrado una leve mejoría en el *insight* y conciencia de las ideas delirantes en el primer paciente, y una mejoría moderada en el segundo paciente; estos resultados, de acuerdo a las hipótesis planteadas, sugieren una creciente generación de interpretaciones y atribuciones más apropiadas y un aumento de la conciencia de enfermedad. Estos resultados están en consonancia con los del estudio de Favrod et al. (2010) que encontraron un progreso estadísticamente significativo en la atribución de los delirios a la enfermedad y la conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento, evaluados con la escala SUMD. Por otro lado, el estudio de Naughton et al. (2012) muestra una mejoría en la comprensión y razonamiento de la necesidad de tratamiento evaluados con la escala MacCAT-T.

Sin embargo, los resultados de la evaluación del estado de ánimo con el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI) no han sido clínicamente significativos, a diferencia del estudio de Favrod et al. (2010) en el que sí se observó una reducción de la escala de depresión de la PANSS. Esto pudo deberse a que, en nuestro caso, utilizamos el BDI, que es una medida más sensible y más relacionada con los cambios producidos en la Terapia Cognitiva. En la intervención que hemos implementado, los síntomas depresivos no se abordan directamente, pudiendo esto justificar el por qué no se han observado cambios en esta medida.

Por otro lado, cabe señalar también los cambios producidos en ambos sujetos en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial tras la inclusión al tratamiento en los valores de la *Escala de Calidad de Vida* (QLS) y la *Escala de Discapacidad de la OMS* (WHO/DAS). En ambos casos se produjo una mejoría a niveles clínicamente significativos de leves (caso A) a moderados (caso B) tanto en las relaciones interpersonales y funciones intrapsíquicas de la calidad de vida como en el funcionamiento social. Estos resultados están a favor de la hipótesis de que el entrenamiento metacognitivo mejora la calidad de vida general y funcionamiento social de los pacientes. En el estudio de Naughton et al. (2012), los resultados también mostraron mejoría en el nivel de funcionamiento psicosocial de la escala GAF. Por otro lado, el estudio de Moritz et al. (2011) mostró también una mejoría significativa en la percepción de la calidad de vida, sobre todo debidas al bienestar psicológico, y de las relaciones sociales.

### ***Limitaciones y nuevas perspectivas***

El estudio diseñado desde el enfoque cuasi-experimental con un programa de intervención bien estructurado, se ciñe a los efectos de la intervención individual en cada uno de los sujetos; por lo que, los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a la efectividad del *Entrenamiento Metacognitivo* en general, sino, al efecto particular sobre los casos aquí descritos. No obstante, aunque no se han obtenido estadísticos de significación debido a la limitación de los sujetos muestrales, los resultados analizados mediante análisis visual gráfico parecen ir en consonancia con los resultados de otros estudios reseñados en el documento. Por otro lado, la limitación temporal, debido a que la intervención se ceñía a un período de tiempo limitado, no ha permitido poder ajustar previa intervención, los parámetros de una prueba de significación clínica (Jacobson y Truax, 1991).



A pesar de las limitaciones observadas en el párrafo anterior, este estudio abre las puertas a futuras vías de investigación en el campo de la intervención clínica y psicosocial:

- ▶ El estudio aquí presentado puede tomarse como una investigación preliminar a otra/s investigación/es más profunda/s con una muestra de sujetos mayor y/o muestras grupales, que permitan extrapolar inferencias estadísticamente significativas sobre factores clínicos, psicosociales o de efectividad del tratamiento.
- ▶ Considerando que el protocolo de aplicación del entrenamiento metacognitivo individual, se ha basado en un ciclo de 9 módulos; los resultados obtenidos pueden también servir como preliminares para otra intervención de EMC con los mismos sujetos aplicando el ciclo B. En cuyo caso se diseñarían parámetros específicos de evaluación que permitan inferir significación clínica y estadística.
- ▶ Por otro lado, este estudio permite servir como base para futuras investigaciones sobre la aplicación y la efectividad del EMC a otros trastornos clínicos en los que también se producen errores y sesgos cognitivos, como es el caso de la depresión mayor y otros trastornos del ánimo, el trastorno obsesivo compulsivo (Rodríguez, Vetere, Bunge y Keegan, 2005) o los trastornos de la alimentación, entre otros.

## CONCLUSIONES

En general, se puede considerar que el programa de entrenamiento metacognitivo es un tratamiento eficaz para la intervención clínica y psicosocial, que cuenta con recursos psicoeducativos suficientes para motivar a los participantes a ser sujetos activos en su proceso de recuperación. Esto se debe, en parte, a que la dinámica de presentación de los módulos, que pretende enfocar los contenidos a partir de la implicación, participación y reflexión personal, permite aportar y complementar tales valoraciones, con explicaciones alternativas más apropiadas que el mismo sujeto puede valorar. Tomando en consideración esta dinámica, la inclusión de los sujetos evaluados en este estudio, ha mostrado gran satisfacción y valoraciones positivas por parte de éstos. Cabe destacar que la actitud de los sujetos ante las sesiones ya mostraba un cambio significativo en la conciencia de enfermedad y motivación hacia el tratamiento. Actitud que se reforzaba con la progresión de los módulos y la realización de las tareas para casa y que ha finalizado en una mejoría significativa de la gravedad clínica de los pacientes, considerando la dificultad de evolución que venían presentando hasta el momento.

La aplicación del entrenamiento metacognitivo pone de relieve la utilidad en la práctica de la intervención clínica en un dispositivo de atención a la salud mental ambulatorio, que sin duda puede extrapolarse también a dispositivos hospitalarios o de tipo social. Esta utilidad que viene definida sobre todo por la buena estructuración y aplicabilidad de los contenidos por módulos, no sólo se limita a la aplicación del programa en su totalidad, sino también a las ventajas que puede tener como material de apoyo en las intervenciones psicoterapéuticas generales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Akel, A. y Shamay-Tsoory, S. G. (2013). Characteristics of theory of mind impairments in schizophrenia. En D. L. Penn (Eds), *Social cognition in schizophrenia: From evidence to treatment*. New York: Oxford University Press.
- Adler, A. (1914/1929). Melancholia and paranoia. En A. Adler (Ed.), *The practice and theory of individual psychology*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Aleman, A., Hijman, R., de Haan, E. H. y Kahn, R. S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1358-1366.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition revised) Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bacon, E., Danion, J. M., Kauffmann-Muller, F. y Bruant, A. (2001). Consciousness in schizophrenia: a metacognitive approach to semantic memory. *Consciousness and Cognition*, 10, 473-484.
- Basarán, M. T., Bobes, J., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., y Sáiz, P. A. (2011). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Comunicación y Ediciones Sanitarias, S. L.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bell, V., Halligan, P. W. y Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: A cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 10, 219-226.
- Bentall, R. P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. En David, A. S. y Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia*, 337-360. Erlbaum: London.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Bentall, R. P., Kaney, S. y Dewey, M. E. (1991). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 12-23.
- Blanco, A., Navarro, D. y Pastor, A. (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 21-42.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S. y Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 383-402.
- Colbert, S. M. y Peters, E. R. (2002). Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 27-31.
- Cuevas, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de psicología*, 24, 267-292.
- Danion, J. M., Rizzo, L. y Bruant, A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 56, 639-644.
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S. y Bonsack, C. (2010). Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P. y Bonsack, C. (2013).

- Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *European Psychiatry*.
- Fernández, J. A., Touriño, R., Benítez, N., Abellera, C. (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP).
- Ferwerda, J., Boer, K., y Gaag, M. (2010). Metacognitive training voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid. *Directieve Thearapie*, 4, 263-279.
- Fine, C., Gardner, M., Craigie, J. y Gold, I. (2007). Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 46-77.
- First, M. B. (199). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-SCID-I*. Barcelona: Masson.
- Fisher, P. y Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy*. Hove, UK: Routledge.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425-457.
- Frith, C. D. (1994). Theory of mind in schizophrenia. En A. S. David y H. J. Cuttling (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia*, 147-161. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frith, C. D. y Corcoran, R. (1996). Exploing 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 521-530.
- Garety, P. A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R. y Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic interference task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 194-201.
- Gaweda, L., Moritz, S., y Kokoszka, A. (2009). Theoretical background for the metacognitive training for schizophrenia. *Psychiatria Polska* XLIII, 6, 671-682.
- Gaweda, L., Moritz, S., y Kokoszka, A. (2009). The metacognitive training for schizophrenia partients: description of method and experiencies from clinical practica. *Psychiatria Polska* XLII, 6, 683-692.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 28.
- Glöckner, A. y Moritz, S. (2009). A fine-grained analysis of the jumping-to-conclusions bias in schizophrenia: Data-gathering, response confidence, and information integration. *Judgement and Decision Making*, 4, 587-600.
- Gómez Beneyto, M. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Levy, I., y Roe, D. (2010). Metacognitive and Interpersonal Interventions for Persons with Severe Mental Illness: Theory and Practice. *Psychiatry Relat Sci* Vol. 46, 2, 141-148.
- Heinrichs, D., Hanlon, T. y Carpenter, W. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenia deficit syndrome. *Schizophr Bull*, 10, 388-399.
- Heinrichs, R. W. y Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426-445.

- Huq, S. F., Garety, P. A. y Hemsley, D. R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40A, 801-812.
- Huron, C., Danion, J. M., Giacomoni, F., Grengé, D., Robert, P. y Rizzo, L. (1995). Impairment of recognition memory with, but not without, conscious recollection in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1737-1742.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research.
- Kay, R., Fiszbein, A. y Opler, A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13, 261-276.
- Kay, R. y Sevy, S. (1990). Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 16, 537-545.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kerr, N., Dunbar, R. I., y Bentall, R. P. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73, 253-259.
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 106-113.
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 341-345.
- Kinderman, P., Kaney, S., Morley, S. y Bentall, R. P. (1992). Paranoia and the defensive attributional style: deluded and depressed patients attributions about their own attributions. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 371-383.
- Klosterkötter, J. (1992). The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 46, 609-630.
- Kumar, D., Zia Ul Haq, M., Dubey, I., Dotivala, K. N., Veqar Siddiqui, S., Prakash, R., Abhishek, P. y Nizamie, S. H. (2010). Effect of metacognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* Vol. 12, 2, 149-158.
- Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lincoln, T., Mehl, S., Exner, C., Lindenmeyer, J. y Rief, W. (2010). Attributional style and persecutory delusions. Evidence for an event independent and state specific external-personal attribution bias for social situations. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 297-302.
- López-Ilundain, J. M., Pérez-Nievas, F., Otero, M. y Mata, I. (2006). Inventario de Experiencias Delirantes de Peters (PDI) en población general española: fiabilidad interna, estructura factorial y asociación con variables demográficas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 94-104.
- Melh, S., Rief, W., Lüllman, E. Ziegler, M., Kesting, M. L. y Lincoln, T. M. (2010). Are theory of mind deficits in understanding intentions of others associated with persecutory delusions? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 516-519.
- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Heise, M., Woodward, T. S. (2010). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behavior Research and Therapy*.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S. y Vitzthum, F. (2010). *Individualized metacognitive therapy for people with psychosis*. Heidelberg: Springer; [www.uke.de/mkt\\_plus](http://www.uke.de/mkt_plus)
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., y Woodward, T. S. (2011). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41, 1823-1832.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A. y Lincoln, T. M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed

- with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis*, 2, 144-153.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Köther, U. y Woodward, T. S. (2012). Metacognitive Training in Schizophrenia: Theoretical Rationale and Administration. *Social Cognition in Schizophrenia: From Evidence to Treatment*. New York: Oxford University Press.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., y Woodward, T. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*.
- Moritz, S., Werner, R. y Von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 402-435.
- Moritz, S. y Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 619-625.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D. y Andresen, B. (2007). Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 371-383.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Barrigón, M. L., Rubio, J. L., y Ruiz-Veguilla, M. (2012). *Manual de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC)* Vol. 4, versión 4.2. VanHam Campus Press 2010.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Cuttler, C., Whitman, J. C. y Watson, J. M. (2004). False memories in schizophrenia. *Neuropsychology*, 18, 276-283.
- Moritz, S., Woodward, T. S. y Ruff, C. (2003). Source monitoring and memory confidence in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 131-139.
- Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S., y Kennedy, H. G. (2012). Effects of grup 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, 302.
- Navarro, D. (2011). Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. Problemas, soluciones y metaperspectiva. *Clínica Contemporánea* Vol. 2, 3; 229-247.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10 Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Genève: WHO.
- Peters, E., Joseph, S., Day, S. y Garety, P. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.
- Phillips, M. L. y David, A. S. (1995). Facial processing in schizophrenia and delusional misidentification: cognitive neuropsychiatric approaches. *Schizophrenia Research*, 17, 109-114.
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Hottenrott, B. y Moritz, S. (2011). Attributional bias in paranoid schizophrenia: Further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis*, 3, 74-85.
- Rocha, N. B. F. y Queirós, C. (2013). Metacognitive and social cognition training (MSCT) in schizophrenia: A preliminary efficacy study. *Schizophrenia Research*.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Editorial Pirámide S. A.
- Ross, K., Freeman, D., Dunn, G., y Garety, P. (2009). A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions. *Schizophrenia Bulletin*.
- Sarfati, Y., Hardy-Bayle, M. C., Besche, C. y Widlocher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: a non-verbal exploration with comic strips. *Schizophrenia Research*, 25, 199-209.



- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. y van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
- Uekermann, J., Channon, S., Lehmkämer, C., Abdel-Hamid, M., Vollmoeller, W. y Daum, I. (2008). Executive function, mentalizing and humor in major depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 55-62.
- Van Dael, F., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., van Os, J. y Krabbendam, L. (2006). Data gathering: Biased in psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, 32, 341-351.
- Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Mengelers, R., Campo, J., van Os, J. y Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, 99, 103-110.
- Weiss, A. P., Dodson, C. S., Goff, D. C., Schacter, D. L. y Heckers, S. (2002). Intact suppression of increased false recognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1506-1513.
- Woodward, T. S., Moritz, S. y Chen, E. Y. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions: a study in an Asian sample with first episode schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 83, 297-298.
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C. y Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 605-617.
- Yeon Yung, H., Seung, J., Seo Ji, J., Hwang, S., Shin, H. K., Hoon Kim, J., Hee Cho, I. y Sik Kim, Y. (2008). Measuring psychosis proneness in nonclinical Korean population: is the Peters et al. Delusions Inventory useful for assessing high-risk individuals? *Comprehensive Psychiatry*, 49, 202-210.

## ANEXOS I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala positiva (PANSS-P)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala negativa (PANSS-N)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala compuesta (PANSS-C)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<b>Psicopatología general (PANSS-PG)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
	1	2	3	4	5	6	7

## Adaptación española del Inventario de Ideas Delirantes de Peters-21 (PDI-21)

Este cuestionario ha sido diseñado para medir la frecuencia de determinadas ideas y fenómenos psíquicos que la mayor parte de la gente ha experimentado en algún momento de su vida. Por favor es importante que conteste a todas las preguntas y del modo más sincero posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas trampa.

### INSTRUCCIONES

Cuando usted conteste NO a una pregunta, por favor pase directamente a la siguiente pregunta.

Cuando usted conteste SÍ a una pregunta, estaremos interesados en: a) cuánto le inquietan o molestan estas creencias o experiencias; b) cuánto piensa en ellas; y c) en qué medida piensa usted que estas creencias o experiencias son ciertas. Al final de cada pregunta usted podrá puntuar estos tres aspectos entre 1 y 5 según su intensidad.

Por ejemplo:

- Si usted contesta que SÍ a una pregunta y se trata de una creencia que le preocupa muchísimo, tendrá que rodear la cifra 5 en el lugar adecuado:

No me inquieta en absoluto 1 2 3 4 **5** Me inquieta muchísimo

- Si usted contesta que SÍ a una pregunta y se trata de una creencia en la que no piensa casi nunca, tendrá que rodear la cifra 1 en el lugar adecuado:

Casi nunca pienso en ello **1** 2 3 4 5 Pienso en ello continuamente

- Su respuesta también podrá ser intermedia, para lo cual podrá contestar 2, 3 ó 4 en el lugar adecuado; por ejemplo, si ha contestado que SÍ a una pregunta pero duda sobre la certeza de la creencia o experiencia a la que se refiere esa pregunta:

No creo que sea cierto 1 2 **3** 4 5 Creo que es totalmente cierto

### 1. ¿Tiene alguna vez la sensación de que la gente insinúa cosas sobre usted o le dicen cosas con un doble sentido?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO → pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

### 2. ¿Tiene alguna vez la sensación de que hay cosas que aparecen en la televisión o en el periódico dirigidas especialmente a usted?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

### 3. ¿Tiene alguna vez la sensación de que algunas personas no son realmente lo que aparentan ser?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto



**4. ¿Tiene alguna vez la sensación de que está siendo perseguido de algún modo?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

**5. ¿Tiene alguna vez la sensación de que existe una conspiración contra usted?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

**6. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser una persona muy importante o de estar destinado a serlo?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

**7. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser una persona muy especial, fuera de lo común?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

**8. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted está especialmente cerca de Dios?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

**9. ¿Ha llegado usted a pensar que la gente se puede comunicar por telepatía?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1 2 3 4 5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1 2 3 4 5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1 2 3 4 5	Creo que es totalmente cierto

**10. ¿Tiene alguna vez la sensación de que algunos aparatos eléctricos, como los ordenadores, pueden influenciar a distancia su forma de pensar?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**11. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted ha sido, de algún modo, elegido por Dios?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**12. ¿Cree usted en el poder de la brujería, del vudú y de las fuerzas ocultas?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**13. ¿Está usted a menudo preocupado porque su pareja le pueda ser infiel?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**14. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted ha cometido más pecados que la mayoría de la gente?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**15. ¿Tiene alguna vez la sensación de que la gente le mira de forma extraña por su aspecto o apariencia?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**16. ¿Tiene alguna vez la sensación de que no tiene ningún pensamiento en su cabeza?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**17. ¿Tiene alguna vez la sensación de que el mundo está a punto de terminar?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**18. ¿Tiene alguna vez la sensación de tener pensamientos en su cabeza que usted no reconoce como propios?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**19. ¿Han sido alguna vez sus pensamientos tan intensamente vividos que le ha llegado a preocupar el que otras personas le pudieran oír?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**20. ¿Tiene alguna vez la sensación de oír sus propios pensamientos repetidos como por un eco?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

**21. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser como un robot o un zombi, como si su cuerpo no obedeciera a su propia voluntad?**

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO ⇒ pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ ⇒ rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

## Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI)

*Instrucciones:* A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad
- No estoy más irritable que normalmente
  - Me irrito con más facilidad que antes
  - Me siento irritado todo el tiempo
  - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
- 
12. Aislamiento social
- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
  - Me intereso por la gente menos que antes
  - No he perdido mi interés por los demás
  - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
- 
13. Indecisión
- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
  - Tomo mis decisiones como siempre
  - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
  - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 
14. Imagen corporal
- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
  - Me siento feo y repulsivo
  - No me siento con peor aspecto que antes
  - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
- 
15. Capacidad laboral
- Puedo trabajar tan bien como antes
  - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
  - No puedo trabajar en nada
  - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
  - No trabajo tan bien como lo hacía antes
- 
16. Trastornos del sueño
- Duermo tan bien como antes
  - Me despierto más cansado por la mañana
  - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
  - Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
  - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
  - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
  - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
  - No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
- 
17. Cansancio
- Me canso más fácilmente que antes
  - Cualquier cosa que hago me fatiga
  - No me canso más de lo normal
  - Me canso tanto que no puedo hacer nada
- 
18. Pérdida de apetito
- He perdido totalmente el apetito
  - Mi apetito no es tan bueno como antes
  - Mi apetito es ahora mucho menor
  - Tengo el mismo apetito de siempre
- 
19. Pérdida de peso
- No he perdido peso últimamente
  - He perdido más de 2,5 kg
  - He perdido más de 5 kg
  - He perdido más de 7,5 kg
- 
20. Hipocondría
- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
  - Estoy preocupado por dolores y trastornos
  - No me preocupa mi salud más de lo normal
  - Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
- 
21. Libido
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
  - He perdido todo mi interés por el sexo
  - Apenas me siento atraído sexualmente
  - No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

## Escala de Calidad de Vida (Quality of Life Scale, QLS)

*Instrucciones para el clínico:* Marque con un círculo la puntuación más adecuada a cada ítem, después de la entrevista clínica. Consulte el manual para la valoración de los ítems, que contiene la definición, la descripción de los puntos más importantes y el método de valoración.

<b>Relaciones interpersonales y red social</b>								
1. Miembros de la unidad familiar	0	1	2	3	4	5	6	9
2. Amigos	0	1	2	3	4	5	6	
3. Conocidos	0	1	2	3	4	5	6	
4. Actividad social	0	1	2	3	4	5	6	
5. Red social	0	1	2	3	4	5	6	
6. Iniciativas sociales	0	1	2	3	4	5	6	
7. Retraimiento social	0	1	2	3	4	5	6	
8. Relaciones sociosexuales	0	1	2	3	4	5	6	
<b>Rol instrumental</b>								
9. Extensión	0	1	2	3	4	5	6	
10. Idoneidad	0	1	2	3	4	5	6	
11. Desempleo	0	1	2	3	4	5	6	
12. Satisfacción	0	1	2	3	4	5	6	9
<b>Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes</b>								
13. Propósito	0	1	2	3	4	5	6	
14. Motivación	0	1	2	3	4	5	6	
15. Curiosidad	0	1	2	3	4	5	6	
16. Anhedonía	0	1	2	3	4	5	6	
17. Utilización del tiempo	0	1	2	3	4	5	6	
18. Objetos	0	1	2	3	4	5	6	
19. Actividades	0	1	2	3	4	5	6	
20. Empatía	0	1	2	3	4	5	6	
21. Interacción	0	1	2	3	4	5	6	

### Puntuación de los factores:

- I. Relaciones interpersonales (1-8): \_\_\_\_\_  
 II. Rol instrumental (9-11): \_\_\_\_\_  
 III. Funciones intrapsíquicas (13-17, 20-21): \_\_\_\_\_  
 IV. Objetos y actividades comunes (18-19): \_\_\_\_\_

**Puntuación total** (ítems 1-11, 13-21): \_\_\_\_\_

## Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS)

### 1. Período cubierto por la valoración (marcar el recuadro apropiado)

- Actual   
 Último mes   
 Último año   
 Otro período (especificar): \_\_\_\_\_

### 2. Áreas específicas de funcionamiento (marcar con un círculo la cifra apropiada):

A) Cuidado personal Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.	0 Ninguna discapacidad	1	2 Funcionamiento con ayuda	3	4 Discapacidad máxima	5
B) Funcionamiento ocupacional Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.	0 Ninguna discapacidad	1	2 Funcionamiento con ayuda	3	4 Discapacidad máxima	5
C) Funcionamiento familiar Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive	0 Ninguna discapacidad	1	2 Funcionamiento con ayuda	3	4 Discapacidad máxima	5
D) Funcionamiento en el contexto social amplio Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales	0 Ninguna discapacidad	1	2 Funcionamiento con ayuda	3	4 Discapacidad máxima	5

### 3. Duración total de la discapacidad (marcar el recuadro apropiado)

- Menos de un año   
 Un año o más   
 Desconocida

### 4. Capacidades específicas

Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas mencionadas y, sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y el cuidado del funcionamiento del individuo en la comunidad o en la familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad para tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.

Marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO II. TAREAS PARA CASA

### Módulo 1. Atribuciones

#### **1) Cuando entra en una habitación todos se quedan en silencio.**

¿Qué puede haber causado que la gente dejara de hablar cuando entró en el cuarto?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

- ¿Uno mismo?
- ¿Otra persona o personas?
- ¿Circunstancias o el azar?

#### **2) Alguien le dice que no tiene buen aspecto.**

¿Qué hizo que la persona le dijera esto?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

- ¿Uno mismo?
- ¿Otra persona o personas?
- ¿Circunstancias o el azar?

#### **3) Suspendió el examen.**

¿Por qué suspendió el examen?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

- ¿Uno mismo?
- ¿Otra persona o personas?
- ¿Circunstancias o el azar?

#### **4) Un amigo le invita a cenar.**

¿Por qué le invita esta persona a cenar?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

- ¿Uno mismo?
- ¿Otra persona o personas?
- ¿Circunstancias o el azar?



## Módulo 2. Saltar a conclusiones I

<i>Evento</i>	<i>Explicación del evento durante la psicosis</i>	<i>Otras explicaciones</i>
Le duele el cuerpo después de su primera noche en el hospital.	Ha sido secuestrado durante la noche y le han cambiado los órganos; otro paciente le hizo daño durante la noche; vudú.	
Después de una intervención quirúrgica ambulatoria, se le prescriben inyecciones de heparina.	Los médicos planean matarle con inyecciones tóxicas.	
Camino de la casa de unos amigos, ha tenido que parar en tres semáforos rojos.	Evidencia de que está en peligro-alguien quiere hacerle daño.	

### Módulo 3. Cambiar creencias

Lee los siguientes ejemplos de situaciones en las que una persona ha tenido que revisar su primera impresión/juicio.

*Ejemplo 1: al principio no me gustó la persona XY, que parecía bastante arrogante, pero cuando llegué a conocerla mejor resultó ser realmente una buena persona.*

*Ejemplo 2: Yo solía pensar que todos los catalanes eran unos tacaños. Pero conocí a un chico de Barcelona muy generoso y nada tacaño y he cambiado mi punto de vista.*

*Ejemplo 3: después de mi enfermedad, me preocupaba que todos mis amigos me dieran la espalda, pero muchos, como mi amigo CD permanecieron a mi lado.*

A partir de estos ejemplos, escribe otros ejemplos propios de situaciones en las que hayas juzgado injustamente a una persona o personas.

## Módulo 4. Empatizar I

1) *Una persona cruza los brazos.*

¿Por qué? Responde a la pregunta según los aspectos mencionados abajo.



- Conocimiento sobre la persona:
- Ambiente/situación:
- Auto-observación:
- Expresión facial:

2) *El chico tiene las manos en la cara*

¿Por qué? Responde a la pregunta según los aspectos mencionados abajo.



- Conocimiento sobre la persona:
- Ambiente/situación:
- Auto-observación:
- Expresión facial:

## Módulo 5. Memoria

Imagínese la siguiente situación:

*Usted recuerda que estuvo en París hace 10 años y recuerda estar cenando en la terraza del hotel viendo la Torre Eiffel iluminada. Sin embargo, todos sus amigos que le acompañaron a París le dicen que el hotel no tenía vistas a la Torre Eiffel, por lo que tal vez usted simplemente esté recordando una escena de una película que le gusta mucho.*

*En la actualidad, en una semana usted va a volver a viajar a París con su familia. ¿Cómo cree que puede memorizar mejor las cosas para recordarlas mejor en el tiempo? Indique algunas pautas o técnicas que podría realizar.*

## Módulo 6. Empatizar II

<i>Evento</i>	<i>Explicaciones durante la psicosis</i>	<i>Otras explicaciones</i>
Después de hablar con usted, el doctor se ríe con la enfermera.	"Se están riendo de mí."	Piense en cuando usted se ríe con otra persona:
Un viandante le mira dos veces y se vuelve a girar hacia usted otra vez.	Usted está convencido de que el viandante le sigue.	Piense en cuando usted se vuelve a mirar a alguien:
Una persona le guiña el ojo.	Es un código morse de peligro.	Piense en cuando usted guiña el ojo a otra persona:

## Módulo 7. Saltar a conclusiones II

<i>Evento</i>	<i>Explicación del evento durante la psicosis</i>	<i>Otras explicaciones de lo que sucedió en realidad</i>
La comida sabe rara.	Envenenamiento.	
Su novia huele diferente cuando llega a casa por la tarde.	Usted está convencido de que le engaña.	
En la radio suena la canción "Heroes" de David Bowie unas cuantas veces.	Es una señal secreta de que ha sido elegido para salvar el mundo.	

## Módulo 8. Autoestima y estado de ánimo

Tome el primer evento como ejemplo y trate de hacer una evaluación más positiva y constructiva del resto de situaciones que se presentan.

<b>Evento</b>	<b>Filtro Mental</b>	<b>Evaluación positiva/constructiva</b>
<i>Usted llega a la sala de espera del ambulatorio y todos le miran.</i>	<i>"Se ríen de mí. Les parezco un bicho raro".</i>	<i>Tan sólo me miran porque acabo de llegar; me han confundido con otra persona.</i>
Usted tartamudea durante una exposición en público.	Usted se enfada consigo mismo "soy un inútil, he hecho el ridículo".	
Usted ha invitado a sus amigos a cenar y ha preparado un postre que no estaba muy bueno.	"¡Tenía que pasarme a mí!. Pensarán que no cocino bien"	
Usted recibe una felicitación por sus logros en el trabajo.	"Sólo intentan adularme, están siendo unos falsos."	

## TENGA CONCIENCIA DE SU FORTALEZAS

### **1. Piense en su propias fortalezas.**

*¿Qué habilidades tengo? ¿Por qué cosas he recibido elogios en el pasado? Ej: soy un manitas...*

### **2. Imagine situaciones concretas.**

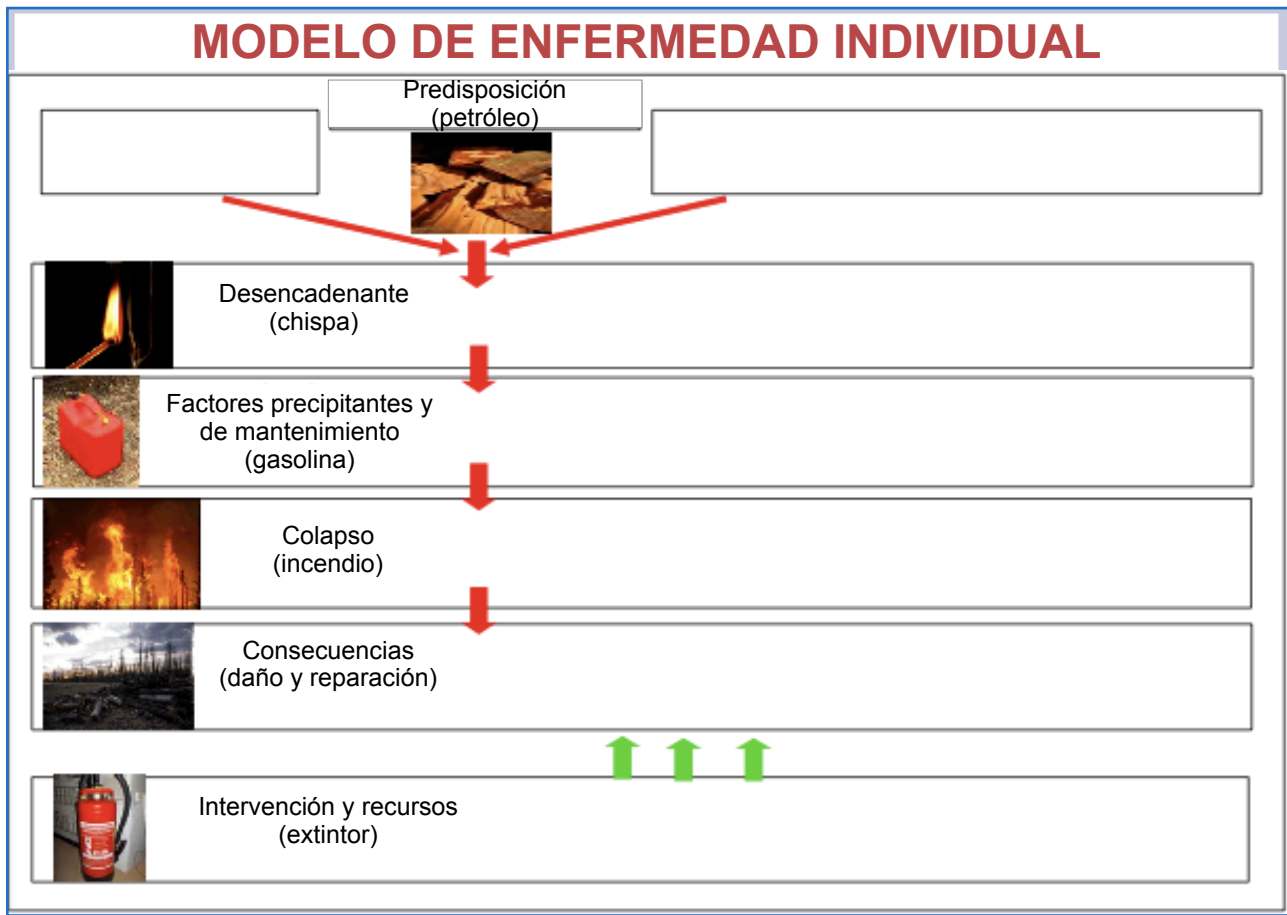
*¿Cuándo y dónde? ¿Qué he hecho que haya generado comentarios positivos? Ej: La semana pasada ayudé a una amiga a decorar su apartamento. Fui una gran ayuda para ella...*

### **3. ¡Anótelo!**

*Anote las cosas que han ido bien o los elogios que ha recibido. Lea esto regularmente y ampliélo. En caso de una crisis, puede volver a leer estos recuerdos; por ejemplo, cuando usted piensa que no vale nada.*



## Módulo 9. Modelo de enfermedad y prevención



Actividad desarrollada en el aula.

### ANEXO III. CUESTIONARIOS ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO

#### Cuestionario de conocimientos (Forma I)

- 1) Un amigo no le llamó en la fecha acordada. ¿Cuál crees que puede ser el pensamiento más positivo y constructivo para explicar este suceso?
- a) Mi amigo ya no me aprecia.
  - b) No pasa nada, se le habrá olvidado. Yo también olvido a veces las cosas.
  - c) No me ha llamado porque no me aprecia. Seguro que no trata igual a los otros amigos.
- 2) Después de su consulta con el médico, el doctor y la enfermera se quedan hablando y riendo. ¿Cuál crees que es la atribución más adecuada para explicar el evento?
- a) Se ríen de mí porque son unos maleducados.
  - b) Están recordando una anécdota personal de ellos que no tiene nada que ver conmigo.
  - c) Me han contado una mentira y se ríen porque no me he dado cuenta.
- 3) Elige la alternativa correcta sobre aquellas cosas que dificultan almacenar la información en la memoria.
- a) Consumo de alcohol, tener la televisión encendida mientras se estudia, estar en tensión.
  - b) Utilizar los máximos sentidos posibles, tomar poco o nada de alcohol, hacer un álbum de fotos de un viaje.
  - c) Ir a la cama después de estudiar, salir de fiesta la noche antes de un examen, hablar con varias personas a la vez.
- 4) Estás en una conferencia sobre los trastornos mentales. ¿Cuál de estas alternativas te parece la más correcta para recordar mejor la información?
- a) Tomar apuntes, escuchar con atención, hacer preguntas.
  - b) Enviar sms con el móvil, tomar apuntes, beber una cerveza.
  - c) Hacer la lista de la compra, hablar con el compañero, participar en el debate.
- 5) Cuando Pablo abre su ventana, su vecino cierra las cortinas. ¿Cómo interpretarías este suceso?
- a) Su vecino estaba en ropa interior y al verle cerró las cortinas.
  - b) Sus vecinos están conspirando en su contra e intentando echarlo de casa.
  - c) Su vecino le estaba espiando y no quería ser descubierto.
- 6) Una persona cruza los brazos. ¿A qué cosas debemos prestar atención que nos ayuden a interpretar mejor este comportamiento?
- a) A su expresión y su forma de vestir.
  - b) A su expresión facial, a la situación en qué se encuentra en concreto y pensando cuando nosotros cruzamos los brazos, entre otras.
  - c) A que sabemos que es una persona arrogante.
- 7) Comprando en la panadería un hombre habla muy despacio y su cara es inexpresiva. Señala la alternativa correcta.
- a) El hombre tiene una alteración mental, mejor apartarse de él.
  - b) Se trata de un drogadicto que pide dinero.
  - c) Puede que tenga alguna enfermedad o que no se encuentre bien. Si tiene dificultades para comprar, le ofreceré mi ayuda.

8) ¿A qué categoría/as pertenecen estos elementos: manzanas, ciruelas, cerezas, plátanos?

- a) Frutas solamente
- b) Legumbres
- c) Alimentos y frutas

9) Observa la siguiente viñeta y señala la alternativa más probable.



1



2



3

- a) El padre se ríe porque su hija se fue a nadar totalmente vestida.
- b) El padre castigó a su hija enviándola fuera de casa sin paraguas.
- c) A pesar de la advertencia del padre, la niña salió de casa sin paraguas.

10) Observa atentamente el cuadro, atendiendo a todos los detalles, y señala cuál puede ser el título de la pintura.



- a) El veneno
- b) El tramposo del as de diamantes
- c) La condesa apuesta su casa y sus tierras

## Questionario de conocimientos (Forma II)

- 1) En su fiesta de cumpleaños, no ha podido asistir su mejor amigo. ¿Cuál crees que puede ser el pensamiento más positivo y constructivo para explicar este suceso?
- a) Mi amigo no me aprecia y esta fiesta es un fracaso, igual que yo.
  - b) Ha preferido irse de viaje de trabajo porque no le importo nada.
  - c) No ha podido asistir porque tenía un compromiso, pero han venido un montón de amigos que me ha traído un pastel riquísimo.
- 2) Al volver a su coche, nota que hay un rasguño en la pintura. ¿Cuál crees que es la atribución más adecuada para explicar el evento?
- a) Seguro que ha sido mi vecino, que me tiene mucha envidia.
  - b) Habré rozado con algo sin darme cuenta.
  - c) ¡Los del taller de hace un mes! Siempre van con muy poco tacto.
- 3) Elige la alternativa correcta sobre aquellas cosas que hacen que no recordemos muy bien las cosas.
- a) Leer y hacer ejercicios de memoria.
  - b) Consumir alcohol y dormir pocas horas al día.
  - c) Planificar y anotarse las cosas en un papel o calendario.
- 4) En una semana se irá de viaje a Nueva York. ¿Cuál de estas alternativas le parece la más correcta para recordar mejor el viaje?
- a) Salir todas las noches de copas hasta tarde y dormir toda la mañana.
  - b) Hacer un álbum de viaje con fotografías, anotaciones, tickets y guías de museos, restaurantes, etc.
  - c) Comprar un recuerdo de viaje y ponerlo en el recibidor de su casa.
- 5) Cuando usted sale de casa por la mañana, un vecino lo hace también. ¿Cómo interpretarías este suceso?
- a) Entra a trabajar o le gusta hacer sus compras y tareas en un horario parecido al suyo.
  - b) Su vecino le sigue.
  - c) Su vecino quiere intimidarlo y hacerle sentir inferior.
- 6) Una persona se pone las manos en la cabeza. ¿Cómo podemos interpretar este comportamiento?
- a) Deberíamos prestar atención a la situación en concreto, a la expresión facial, al lenguaje, etc.
  - b) Está en un partido de fútbol y su equipo casi encaja un gol en contra.
  - c) Se trata de una persona asustadiza.
- 7) Salimos del mercado y nos encontramos en la plaza un hombre sangrando por la nariz y cuatro personas cerca de él. Señala la alternativa correcta.
- a) ¡Le han pegado! Me iré enseguida a casa no sea que ande suelto el agresor.
  - b) Puede que el hombre se haya mareado o se haya dado un golpe. Preguntaré a las personas que están con él y si es necesario llamaré a urgencias.
  - c) El hombre hace mala cara. Me iré de allí no sea que me meta en algún problema.

8) Observa la siguiente viñeta. ¿Qué crees que pensará el chico al escuchar la conversación? Señala la alternativa menos probable.



- a) El chico no se ha dado cuenta de que la empleada está al teléfono y puede pensar que el comentario va dirigido a su pregunta.
- b) El chico puede pensar que la empleada debería atender a sus obligaciones en vez de estar al teléfono.
- c) El chico pensará en la lista de cosas que tiene que comprar.

9) Observa la siguiente viñeta y señala la alternativa más probable.



- a) El músico acaba de tocar una canción para el cumpleaños de su padre.
- b) El músico callejero está enfadado porque no consiguió dinero con su última canción.
- c) La serenata del chico ha molestado al padre de su novia.

10) Observa atentamente el cuadro, atendiendo a todos los detalles, y señala cuál puede ser el título de la pintura.



- a) Alimentando a los conejos
- b) Domingo de Pascua
- c) Compañeros de juegos

## Questionario de satisfacción

Valora las preguntas de acuerdo con la siguiente escala

- 1- Muy poco satisfecho
- 2- Insatisfecho
- 3- Indeciso
- 4- Satisfecho
- 5- Muy satisfecho

Valoración general sobre el programa de entrenamiento metacognitivo que has realizado en los últimos meses:

Valoración general sobre la instructora-terapeuta del programa:

Valoración de la duración y horario del programa:

Valoración de la estructura en módulos del programa:

Valoración de las tareas y actividades realizadas durante el programa:

Valoración general de la aportación del programa a tus conocimientos y desarrollo personal:

Si quieres hacer alguna comentario o valoración personal sobre el programa, puedes anotarlo aquí: