



## **MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2017-2018

Trabajo Fin de Máster

**Título: Programa psicológico grupal en Entrenamiento  
Metacognitivo para pacientes institucionalizados con  
esquizofrenia.**

Autora: Lucía Quiles Guillén

Tutora: M<sup>a</sup> Virtudes Pérez Jover

*Convocatoria: febrero 2018*



## Resumen

El concepto de rehabilitación en personas con esquizofrenia sugiere la necesidad de intervenciones integrales y multimodales. Los tratamientos más empleados y estudiados en la actualidad son el tratamiento farmacológico, el psicológico y el psicosocial. El presente estudio, analiza la aplicación de un programa de intervención psicológica grupal en una muestra de personas institucionalizadas con esquizofrenia. El programa aplicado, basado en técnicas cognitivo conductuales, utiliza la metacognición para tratar sesgos característicos en personas con este trastorno. La muestra se compuso de cinco sujetos varones, usuarios de un Centro Específico de Enfermos Mentales Crónicos y Centro de Día. Tras la realización del programa, se consiguió reducir el salto a conclusiones y la sintomatología psicótica, aumentar la autoestima y modificar estilos atribucionales sesgados en la muestra. Se concluye, tras valorar los resultados obtenidos, que este tipo de pacientes muestran mejoría y pueden beneficiarse del programa metacognitivo aplicado en su proceso de rehabilitación.

**Palabras clave:** esquizofrenia, terapia grupal, terapia psicológica, entrenamiento metacognitivo.

## Abstract

The concept of rehabilitation in people with schizophrenia suggests the need of integral and multimodal interventions. The pharmacological, psychological and psychosocial treatments are the most widely and studied nowadays. This study analyses the application of a group psychological intervention program in a sample of persons diagnosed with schizophrenia. The applied program, based on cognitive behavioral techniques, uses metacognition to treat the characteristic cognitive biases in people suffering from this disorder.

The sample consisted of five male individuals, patients from a Specific Center for Chronical Mental Illness and Daycare center. After the completion of the program, it was possible to reduce jumping to conclusions bias and psychotic symptomatology, increase self-esteem and modify attributional styles biases from the sample. It is concluded, after the evaluation of the achieved results, that this type of patients experience an improvement and can benefit from the metacognitive program applied in their recovery process.

**Key words:** schizophrenia, group therapy, psychological therapy, metacognitive training.



## Introducción

La esquizofrenia se caracteriza por crear una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta (OMS, 2016). Esta enfermedad constituye una parte importante del denominado Trastorno Mental Grave y es, a su vez, el trastorno psicótico más común (Del Río et al., 2006).

De acuerdo con una revisión realizada en 2015, la esquizofrenia es una enfermedad incapacitante que afecta al 0,48% de la población global, es decir, aproximadamente a 5 de cada 1000 personas del mundo (Simeone, Ward, Rotella, Collins, y Windisch, 2015). En lo referente al perfil socioeconómico, la prevalencia de esta enfermedad es mayor en las clases bajas y se desarrolla más en la ciudad que en las zonas rurales. Respecto a las diferencias por sexo, la incidencia es más elevada en hombres que en mujeres en una ratio de 1.98 (Moreno-Küstner et al., 2014). Además, una investigación realizada en España constató que la edad de inicio es tres años menor para hombres que para mujeres, estableciendo la media de edad de inicio en 24 años para hombres y 27 para mujeres (Cabello, Martínez, Quinta, Sánchez, Jiménez y Payán, 2014).

Según la Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, para establecer un diagnóstico de esquizofrenia han de estar presentes dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico o síntomas negativos. Incluyendo, al menos, uno de los tres primeros mencionados. También ha de cumplirse el criterio de que, durante un tiempo significativo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento social o de cuidado personal esté por debajo del nivel previo a la aparición del trastorno. Los signos han de permanecer al menos seis meses y no ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una afección médica (APA, 2013). Los criterios del DSM-5 para la esquizofrenia, no distan de los establecidos en la anterior

versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-4: en la nueva versión se han eliminado los subtipos para conseguir una mayor estabilidad diagnóstica y ahora se añaden “especificadores” en función del curso de la enfermedad (Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014). Los criterios mencionados del DSM-5 son compartidos en gran medida por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), a diferencia de que esta última clasificación no especifica el curso de la enfermedad.

Para realizar el diagnóstico correctamente hay que evaluar diferentes áreas: las características del cuadro clínico, la historia del paciente, los antecedentes y posibles factores de riesgo, así como realizar un diagnóstico diferencial para descartar otras patologías. Algunas de las patologías que tener en cuenta para la realización del diagnóstico diferencial son: trastorno mental orgánico causado por abuso de sustancias, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, autismo, retardo mental, psicosis reactiva breve, trastorno delirante paranoide, trastorno obsesivo compulsivo e hipocondría y trastorno ficticio (McGorry, Killackey, Elkins, Lambert y Lambert, 2003).

El interés por esta enfermedad es creciente, pues afecta a todas las poblaciones y es una de las diez primeras causas de incapacidad entre personas de entre 18 y 44 años (Murray y López, 1996). Además, tiene una alta tasa de recaídas, los pacientes y sus familias refieren una baja calidad de vida conforme avanza la enfermedad y, entre otros, es uno de los trastornos mentales que más coste sanitario conlleva asociado. Estos hechos han llevado a aumentar las investigaciones en la comunidad científica, con el fin de encontrar tratamientos eficaces para combatirla (Chong et al., 2014; Cernovsky, 2017).

Hasta el momento, no se ha podido especificar la causa, pero sí se conoce la existencia de ciertos factores que pueden contribuir a la aparición de la enfermedad. Estos factores hacen referencia a factores predisponentes (vulnerabilidad genética, alteración en los

neurotransmisores, alteración de redes neuronales y factores perinatales) y factores desencadenantes (situaciones vitales estresantes y consumo de sustancias o tóxicos). La combinación de estos factores aumenta la probabilidad y es condición necesaria para la expresión del fenotipo de la esquizofrenia (Obiols y Vicens-Villanova, 2003).

La imposibilidad para concretar el origen de la enfermedad y la manifestación de la misma a través de tan amplio abanico de síntomas y signos, ha dificultado a lo largo de la historia el abordaje terapéutico. Según el Servicio Murciano de Salud (2009), las intervenciones existentes hoy en día para tratar la esquizofrenia son: las intervenciones psiquiátricas, la intervención desde enfermería, las intervenciones psicológicas, la intervención de trabajo social y las intervenciones psicosociales. En el presente trabajo se centra la atención en la intervención psiquiátrica o farmacológica y en la intervención psicológica.

En primer lugar, el tratamiento farmacológico ha demostrado su eficacia para tratar los síntomas, y en la actualidad es un tratamiento imprescindible para el buen pronóstico del curso de la enfermedad. Los fármacos característicos para la esquizofrenia son los antipsicóticos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los antipsicóticos cuya eficacia comprobada los hacen esenciales en el tratamiento de los síntomas psicóticos son la flufenazina, el haloperidol y la clorpromazina (OMS, 2010). A pesar de su uso generalizado, recientes estudios han hallado que el 20-30% de los pacientes que toman estos fármacos no logra el efecto deseado o no responde eficazmente al tratamiento (Tandon, 2011; Leucht et al., 2012; Freeman y Freeman, 2014). La realidad clínica es, según Hower (2014) que: “muchos pacientes dejan de tomar antipsicóticos por varias razones: efectos secundarios, ausencia de beneficios, desorganización, y porque no perciben que tengan una enfermedad”.

Estos datos arrojan la necesidad de combinar el tratamiento farmacológico con otras intervenciones, como el tratamiento psicológico. En esta línea coincide un estudio realizado en

2006, según el cual, un paciente que recibe tratamiento farmacológico combinado con tratamiento psicológico funciona mejor que el 65% de pacientes tratados únicamente con fármacos (Pfammatter, 2006).

En la actualidad, los principales tratamientos psicológicos que se emplean para tratar la esquizofrenia son: *intervenciones familiares*, centradas en psicoeducación, resolución de problemas, detección de síntomas de alerta e intervención en crisis; *entrenamiento en habilidades sociales*, basadas en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987), tienen como objetivo general mejorar las competencias sociales; *terapia cognitivo-conductual*: sus objetivos principales son reducir la vulnerabilidad del sujeto, reducir el impacto de los estresores, aumentar la conciencia de enfermedad y la adherencia terapéutica y evitar recaídas; *rehabilitación cognitiva*, trata de mejorar o mantener estables las funciones cognitivas afectadas; *paquetes integrados multimodales*: inciden en trabajar los déficits característicos de este colectivo, combinando entrenamiento en habilidades sociales y técnicas cognitivo-conductuales; *terapia psicodinámica*, basándose en teorías del psicoanálisis, usa estrategias como la exploración e “insight” y la transferencia freudiana; *arte-terapia*, incluye terapias expresivas como la musicoterapia o la expresión corporal, se contempla como herramienta complementaria a otras terapias, ayudando a expresar y a canalizar emociones (Servicio Murciano de Salud, 2009; Montaña, Nieto y Mayorga, 2013).

A pesar de los distintos enfoques que se conocen en la actualidad, lo cierto es que no hay unanimidad sobre qué terapia es la más eficaz. Sin embargo, parece haber consenso respecto a la eficacia de las intervenciones familiares y cognitivo-conductuales (Mas-Expósito et al., 2013). Según el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE), la terapia cognitivo-conductual está recomendada en todos los casos de esquizofrenia, independientemente del estadio de evolución (agudo, crónico o en remisión) (NICE, 2014).

Entre los programas novedosos basados en la terapia cognitivo-conductual, se encuentran aquellos que tienen como objeto de estudio la metacognición, definida como la capacidad de reflexionar sobre nuestros propios pensamientos y procesos mentales. En este encuadre nace el Programa en Entrenamiento Metacognitivo (EMC) para Pacientes con Esquizofrenia (Moritz y Woodward, 2014). Este programa aboga por tratar los sesgos cognitivos y sociales que mantienen la sintomatología psicótica, de tal forma que los pacientes sean conscientes de estos sesgos para poder controlarlos, organizarlos, y modificarlos. El objetivo final de la intervención es que el desarrollo de las competencias metacognitivas actúe como profilaxis en los episodios psicóticos (Ochoa, s.f.).

En este trabajo se presenta la aplicación en formato grupal del Programa en Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia realizado en el Centro Específico de Enfermos Mentales Crónicos y Centro de Día de Elda (CEEM). Dada la necesidad de búsqueda de nuevos tratamientos que favorezcan la rehabilitación en estos pacientes, se considera justificada la presente investigación.

*Formulación del problema de investigación:* ¿Tras la aplicación del Programa EMC se reducirá el salto a conclusiones y la sintomatología psicótica, aumentará la autoestima y se lograrán modificar los estilos atribucionales sesgados en pacientes institucionalizados con esquizofrenia?

### ***Objetivos generales***

Reducir el salto a conclusiones y la sintomatología psicótica, aumentar la autoestima y modificar estilos atribucionales sesgados en pacientes institucionalizados con esquizofrenia.

### ***Hipótesis científicas***

Los sujetos realizarán menos “salto a conclusiones” tras la aplicación del programa EMC, buscando más evidencia antes de tomar decisiones.

La sintomatología psicótica disminuirá tras la aplicación del programa EMC, reduciendo la sintomatología positiva, negativa y psicopatía general asociada a la esquizofrenia.

La autoestima aumentará tras la aplicación del programa EMC.

Los sujetos modificarán los estilos de atribucionales sesgados, sustituyéndolos por otros más racionales tras la aplicación del programa EMC.

## **Método**

### ***Participantes***

El presente estudio se realizó en el Centro Específico de Enfermos Mentales (CEEM) y Centro de Día de Elda (Alicante). Se trata de un servicio de carácter residencial comunitario, abierto y flexible y el trabajo de los profesionales se enfoca a la rehabilitación de los usuarios a través de la mejora de la autonomía personal y social, apoyando la normalización e integración comunitaria.

Para la aplicación del programa se seleccionaron 7 usuarios del centro, a los cuales se les realizó la evaluación inicial. Sin embargo, un sujeto decidió no participar finalmente y otro, por motivos relacionados con el funcionamiento del centro, no fue incluido en el programa, resultando una muestra final de 5 sujetos.

Los cinco participantes fueron varones, con edades comprendidas entre los 44 y los 55 años, siendo la media 49.6 años y la desviación típica (DT) igual a 4.7. Cuatro de ellos se encontraban en régimen de Centro de Día y uno interno en la institución. Todos los participantes estaban diagnosticados de esquizofrenia según criterios del CIE-10 y el tiempo medio desde que fueron diagnosticados era de 23.4 años (DT= 10.5). De otro lado, todos requerían tratamiento farmacológico, eran solteros, pensionistas y pertenecientes a un nivel

socioeconómico medio. Respecto al nivel académico, ninguno tenía estudios superiores y la media de edad a la que dejaron los estudios fue de 18.8 años (DT=5).

### ***Variables e instrumentos***

*Variables Sociodemográficas:* se recogieron datos sobre sexo, edad, años de estudio, lugar de residencia, estado laboral, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento farmacológico.

*Salto a conclusiones:* sesgo cognitivo que se basa en tomar decisiones sin disponer de evidencia suficiente y a estar seguro de que esas decisiones son correctas. Para evaluar esta variable se empleó el Test de las Jarras (Phillips y Edwards, 1966). Esta prueba consiste en llenar dos jarras mezclando bolas azules y rojas: una jarra contiene el 80% de bolas azules y el 20% de rojas y la otra viceversa. El investigador le explica al sujeto la razón de bolas de colores que contiene cada jarra, después anuncia que va a sacar de manera consecutiva bolas de una misma jarra (el orden de colores mostrado obedece a una secuencia predeterminada). El objetivo es que el usuario infiera de qué jarra (mayoría azules o mayoría rojas) se están extrayendo las bolas cuando esté seguro de ello. Cada vez que se saca una bola, el sujeto puede decidir entre tomar la decisión en ese instante o solicitar otra bola, así tantas veces como sea necesario para estar seguro de su decisión.

Los datos que arroja esta prueba son, el número de bolas que el paciente requiere para tomar su decisión y el porcentaje de seguridad que tiene en la decisión tomada. No hay puntos de corte para esta tarea, se valorará el resultado atendiendo a la diferencia entre las puntuaciones pre y post tratamiento. Un estudio realizado sobre esta tarea, concluyó que los sujetos con delirios requerían menos evidencia y tenían más seguridad en que su decisión sería correcta que los sujetos sin delirios (Huq, Garety y Hemsley, 1988). Por este motivo, se considerará que los sujetos mejoran en esta variable si en la evaluación final requieren más

evidencia (más bolas) para tomar la decisión y si su seguridad ha disminuido en relación a la evaluación pre-tratamiento.

*Sintomatología psicótica:* la psicopatología fue medida a través de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS; Kay, Fiszbein, y Opler, 1987), empleando su adaptación española (Peralta y Cuesta, 1994). Está formada por 30 ítems, puntuados en una escala Likert de 1 a 7 puntos, donde 1 equivale a ausencia de síntoma y 7 a gravedad extrema. Este instrumento permite obtener información sobre: sintomatología positiva, negativa y psicopatología general. Tanto la escala positiva como la negativa están compuestas por 7 ítems cada una, por lo que su rango de puntuaciones oscila entre 7 y 49. De otro lado, la de psicopatología general la forman 16 ítems, siendo 16 la mínima puntuación y 112 la máxima.

La adaptación española de esta escala, presenta una consistencia interna de 0,62 para la dimensión positiva, 0,92 en la negativa y 0,55 en la de psicopatología general. La validez interna no mostró correlación directa entre las escalas, por lo que se considera un instrumento válido (Peralta y Cuesta, 1994).

*Autoestima:* medida con el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) en su versión española (Atienza, Balaguer, y Moreno, 2000). El cuestionario está compuesto por 10 ítems con respuesta tipo Likert, desde “Muy en desacuerdo” hasta “Muy de acuerdo” y la puntuación puede oscilar entre 10 y 40. Se considera autoestima normal una puntuación entre 30 y 40 puntos, autoestima media entre 26 y 29 puntos y autoestima baja si la puntuación es 25 o menos. La consistencia interna del instrumento es de 0.87 y su fiabilidad es 0.87 (Vázquez, Jiménez y Vazquez-Morejón, 2004)

*Estilo atribucional:* evaluado con el Cuestionario sobre el Estilo de Atribuciones de Peterson (Peterson, Semmel, Seligman y cols., 1982) en su versión en español (Palomares, y Sanjuán, 1995). Está compuesto por 48 ítems, agrupados en 12 situaciones (6 positivas/6

negativas) que el sujeto ha de imaginar, y en relación con cómo se sentiría si la situación fuese real, contestar cuatro preguntas. La primera es decir cuál cree que es la causa principal de la situación planteada y, después, tres respuestas tipo Likert, una para cada dimensión atribucional: interno-externo, estable-inestable y global-específico, donde 1 significa máxima externalidad, inestabilidad y especificidad y 7 máxima internabilidad, estabilidad y globalidad.

Este cuestionario tiene diferentes formas de corrección en función de cómo decida el investigador agrupar las dimensiones que contempla y no dispone de puntos de corte para la valoración de resultados. Para el presente estudio, se ha considerado apropiado realizar la corrección de cada dimensión por separado. Así pues, se obtienen, para cada sujeto, 2 puntuaciones por cada dimensión atribucional, una para situaciones positivas y otra para las negativas. Según este esquema de corrección, una puntuación de 42 correspondería al máximo de internabilidad, estabilidad y globalidad y 6 al máximo de externalidad, inestabilidad y especificidad.

La consistencia interna del instrumento original es de 0.75 para el compuesto de situaciones positivas y 0,72 para las negativas. De otro lado, la fiabilidad es de 0.70 para el compuesto positivo y 0,74 para el negativo (Peterson et al., 1982).

*Programa en Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC)* (Moritz y Woodward, 2014): programa estructurado compuesto de ocho módulos presentados en diapositivas, que abarcan los errores y sesgos cognitivos más frecuentes en este trastorno. Cada sesión comienza con una explicación sobre el sesgo a tratar y seguidamente se muestra cómo pueden influir en la vida diaria estas distorsiones. Se realizan ejercicios didácticos al respecto y se ilustran las estrategias de afrontamiento disfuncionales, para después proponer otras más útiles por las cuales reemplazarlas (Moritz, Woodward, Barrigón, Rubio, Ruiz-Veguilla, 2014).

Se ha escogido el EMC porque el nivel de intervención grupal y el formato con alto contenido visual se consideró adecuado a los usuarios, cuya atención y tendencia a la socialización se presentan como factores variables en el entorno de la institución. De otro lado, la eficacia demostrada de las terapias cognitivo-conductuales en las cuales se basa el programa, y la propia evidencia a favor de los efectos beneficiosos del EMC (Aghotor, Pfueller, Moritz, Weisbrod y Roesch-Ely, 2010; Favrod et al., 2014; Moritz et al., 2014; Morrison et al., 2014; Balzan y Galletly, 2015), permitieron la aprobación e implantación en el centro.

El EMC trabaja los siguientes sesgos cognitivos y sociales:

- *Salto a conclusiones*: tomar decisiones sin disponer de la evidencia suficiente y confiar en exceso en las decisiones que se toman. Los sujetos con psicosis deciden con menos información y con más seguridad que los controles (Huq, Garety y Hemsley, 1988).
- *Pensamiento depresivo y autoestima*: existe una estrecha relación entre la sintomatología de la esquizofrenia, en especial la sintomatología positiva y los pensamientos depresivos. “Los efectos positivos, a corto plazo, de la psicosis sobre la autoestima, generalmente quedan anulados por las consecuencias negativas a largo plazo de la psicosis” (Moritz y Woodward, 2014). Las discrepancias entre la auto-imagen durante y después de la crisis psicótica hacen que la autoestima decrezca y se presente como un constructo inestable.
- *Atribuciones monocausales y sesgadas*: las personas que padecen psicosis suelen obviar la posibilidad de que un suceso esté causado por varios factores. De otro lado, suelen atribuir la causa de los eventos negativos a los demás y tienden a creer que todo está fuera de su control (Moritz y Woodward, 2014).
- *Exceso de confianza en los errores*: crear falsos recuerdos y confiar plenamente en la veracidad de estos. Los pacientes con esquizofrenia crean más recuerdos falsos y

confían más en esos errores de memoria que las personas sanas (Moritz, Woodward, Whitman y Cuttler, 2005).

- *Necesidad de cierre*: necesidad de zanjar cualquier tema o asunto, presentando baja tolerancia a la incertidumbre. Esta necesidad se observa más en pacientes con esquizofrenia que en personas sin la enfermedad (Colbert y Peters, 2002).
- *Sesgo contra la evidencia disconfirmatoria*: aferrarse a pensamientos a pesar de que los indicios muestren que no está en lo cierto. Se ha encontrado que los pacientes con esquizofrenia tienen más dificultades para cambiar de opinión o relativizar sus ideas previas (Moritz y Woodward, 2006).
- *Déficits en la teoría de la mente y cognición social*: los pacientes con esquizofrenia suelen presentar estos déficits (Sprong et al., 2007), lo cual se traduce en dificultades para construir representaciones de uno mismo, de los demás y de las relaciones. Además, presentan problemas para identificar los motivos que desencadenan un suceso o los motivos e intenciones de los demás.

Estos errores y sesgos pueden crear falsas creencias que contribuyan al desarrollo de delirios. El objetivo clínico del EMC es aumentar las competencias metacognitivas de los sujetos, con la finalidad de que sean conscientes de los sesgos cognitivos frecuentes de la esquizofrenia y los sustituyan por pensamientos más adaptativos y racionales. El objetivo final del programa es que las capacidades metacognitivas aprendidas sirvan como factor de protección ante las crisis psicóticas.

La intervención abarca tres niveles: *preventivo*, en cuanto que el desarrollo de habilidades metacognitivas reduce el riesgo de padecer crisis psicóticas; *terapéutico*, pues las técnicas empleadas permiten la modificación de sesgos, lo cual influirá en el proceso de

rehabilitación individual de cada sujeto; por último, a nivel *social*, dado el formato grupal que favorece las relaciones interpersonales y la adaptación a diversos contextos.

### ***Procedimiento***

La muestra se seleccionó de los usuarios del Centro Específico de Enfermos Mentales Crónicos (CEEM) y Centro de Día de Elda. Se accede a la muestra durante el periodo de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria que se realiza en el centro en los meses de febrero a diciembre del año 2017.

Las ocho sesiones se impartieron en el contexto natural del CEEM. Dado que la mayoría de usuarios realizan salidas familiares a principio o a final de semana, se consideró adecuado dejar los lunes y los viernes libres, para facilitar la asistencia, así pues, se acordó la frecuencia de dos sesiones semanales con el siguiente horario: martes de 11:45 a 12:45 y jueves de 10:00 a 11:00. Debido a modificaciones en el horario del centro, algunas semanas se realizó únicamente una sesión, por lo que el programa duró finalmente seis semanas. La sala en la que se realizó el programa contaba con el espacio y el material adecuado para impartir sesiones grupales y el centro puso a mi disposición un ordenador y un proyector, ambos necesarios para la dinámica de las sesiones. En lo referente a los recursos profesionales, el equipo técnico del centro contribuyó en la recopilación de información inicial, aunque el programa fue realizado íntegramente por la terapeuta en prácticas.

Todo el proceso ha sido supervisado por la dirección del centro. Antes de comenzar el estudio, se planteó la intervención a la dirección, la cual valoró la adecuación del programa al colectivo institucionalizado y comprobó que se cumplían las garantías éticas y las directrices del código deontológico. En esta línea, se solicitó autorización a la Oficina Evaluadora de Proyectos (OEP) de la universidad que regenta el Máster. Una vez que la directora del centro y la OEP dieron su aprobación, se comenzó la investigación.

La muestra se seleccionó en función de la asistencia de los sujetos al centro y de su capacidad de compromiso y adherencia al tratamiento. Se escogieron sujetos persistentes en sus rutinas, que acudían a los talleres con regularidad y cuyas capacidades cognitivas y funcionales les permitirían participar en las sesiones. La intervención se divide en tres fases: evaluación inicial (pre-tratamiento), la cual se realizó una semana antes de iniciar el programa; implantación del programa y evaluación final (post-tratamiento), la cual se llevó a cabo una semana después de finalizar el tratamiento.

Antes de comenzar el pase de pruebas, se informó a los sujetos del objetivo de la evaluación y del programa y se firmó el documento de consentimiento informado. Las entrevistas pre-tratamiento se realizaron de forma privada con cada usuario, dada la suspicacia y la fluctuante atención de estos sujetos, sus respuestas podrían verse condicionadas si realizaban las pruebas junto a otros compañeros.

Una vez se finalizaron las evaluaciones, se estableció el horario en el que tendrían lugar las sesiones y se procedió a la preparación de contenidos a tratar en cada sesión. La tabla 1 recoge los contenidos de la intervención y su distribución en las 8 sesiones de duración:

*Tabla 1. Sesiones y contenidos*

Sesión	Título	Contenidos
1	Acusar y atribuirse el mérito	Presentación Estilos atribucionales e inferencias monocausales.
2	Saltar a conclusiones I	Salto a conclusiones sin evidencia suficiente y sesgo contra la evidencia disconfirmatoria
3	Cambiar creencias	Sesgo de confirmación, salto a conclusiones y tendencia a aferrarse a las primeras impresiones
4	Empatizar I	Teoría de la mente y percepción e identificación de emociones en los demás.

5	Memoria	Errores de memoria y confianza excesiva en ellos.
6	Empatizar II	Teoría de la mente/cognición social y necesidad de “zanjado” o “cierre”.
7	Saltar a conclusiones II	Salto a conclusiones y aceptación liberal de mitos modernos.
8	La autoestima y el estado de ánimo	Esquemas cognitivos negativos y baja autoestima. Valoración y sensaciones subjetivas de cada participante tras haber realizado el programa.

Además de los contenidos formales, cabe destacar que antes de comenzar cada sesión se repasaban brevemente los contenidos de la sesión anterior y se revisaban las tareas para casa (excepto en la sesión 1). Antes de finalizar las sesiones se contemplaba un espacio para dudas y preguntas y se procedía a la explicación y entrega de las tareas para casa (excepto en la sesión 8). En la última sesión, los participantes pudieron valorar la experiencia de haber participado en el programa, compartir sus opiniones y expresar verbalmente su grado de satisfacción.

La última fase del proceso consistió en la evaluación de los usuarios una vez acabado el tratamiento. En estas sesiones, también individuales, se repitieron las pruebas de la evaluación pre-tratamiento, para poder conocer las modificaciones en las variables.

### ***Tipo de diseño***

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo

### ***Análisis de datos***

Para el análisis de datos se utilizó el programa de hojas de cálculo Excel. Se codificaron los datos obtenidos y se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (DT).

También se calcularon sumatorios de puntuaciones y, para facilitar la comprensión de los resultados, se realizaron gráficos, importados como figuras.

## Resultados

Se exponen a continuación los resultados encontrados tras la aplicación del programa.

Respecto a la variable *salto a conclusiones*, en la dimensión bolas necesitadas, los sujetos aumentaron el número de bolas requeridas para tomar su decisión en la evaluación post-tratamiento, a excepción de MRY, que no varió su resultado (figura 1).

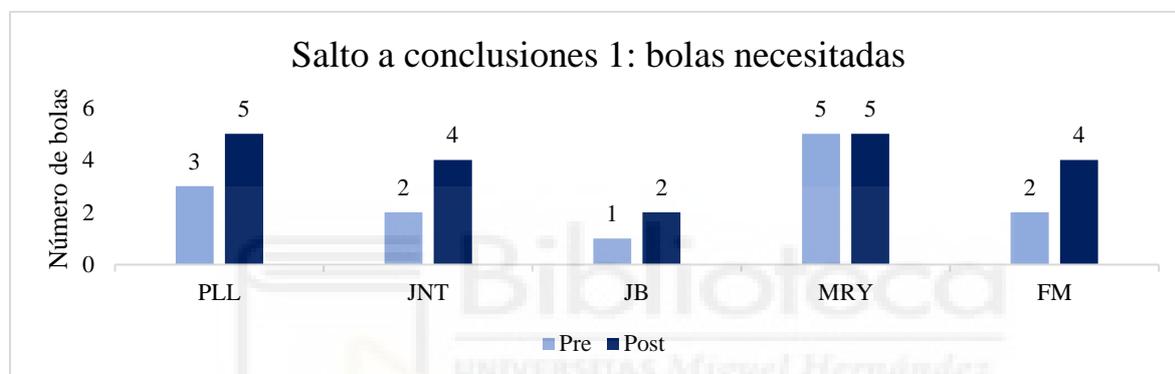


Figura 1. Salto a conclusiones 1: bolas necesitadas.

De otro lado, en la dimensión seguridad del salto a conclusiones, excepto JB, todos los sujetos disminuyeron la seguridad referida en su decisión en la evaluación post-tratamiento. Incluso en uno de los participantes (FM), esta reducción supuso un 40% menos respecto a la evaluación inicial (figura 2).

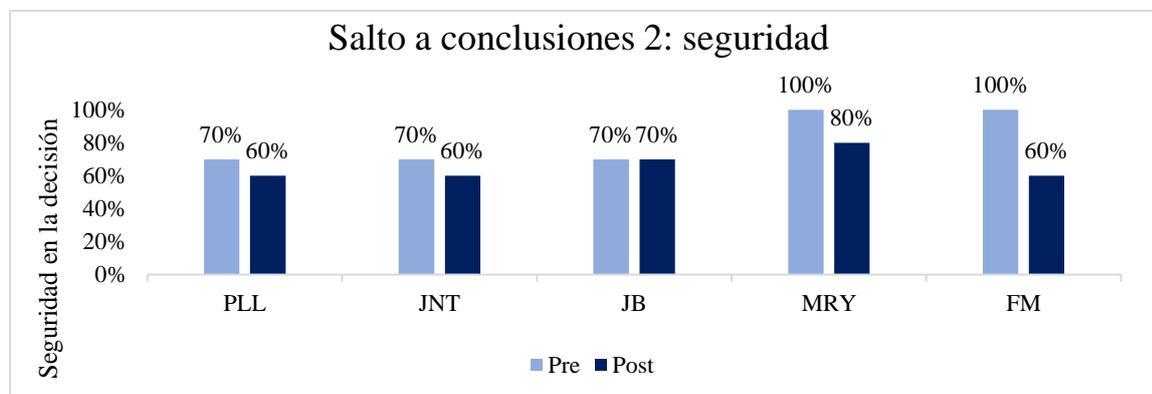


Figura 2. Salto a conclusiones 2: seguridad.

En segundo lugar, la variable *sintomatología psicótica* se divide en tres dimensiones: sintomatología positiva (+), negativa (-) y psicopatología general (pg.).

En lo referente a dimensión sintomatología positiva, los sujetos muestran un descenso de puntuaciones en la evaluación final respecto a la inicial. FM es el participante que más modificó su puntuación, con un descenso de 8 puntos, frente a JB que fue el sujeto que menos varió su puntuación, con un descenso de 2 puntos (figura 3).

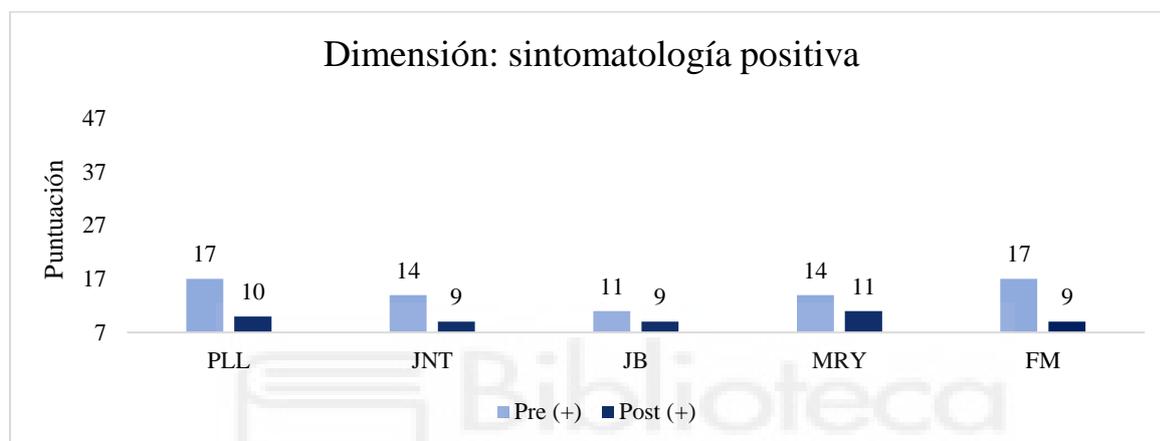


Figura 3. Dimensión: sintomatología positiva.

En la dimensión sintomatología negativa también se aprecia un descenso de puntuaciones tras la aplicación del tratamiento. Destaca el caso de PLL, con un descenso de 10 puntos de diferencia entre ambas evaluaciones (figura 4).

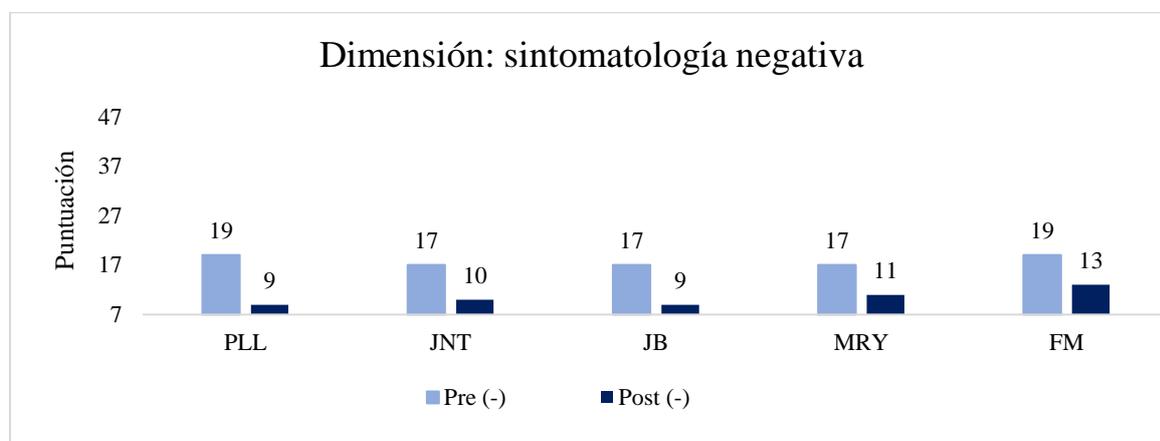


Figura 4. Dimensión: sintomatología negativa.

Por último, en la dimensión psicopatología general, también se obtienen resultados más bajos en la evaluación post-tratamiento en todos los casos. De nuevo, PLL es el sujeto que más varía su puntuación con un descenso de 12 puntos en la evaluación final.

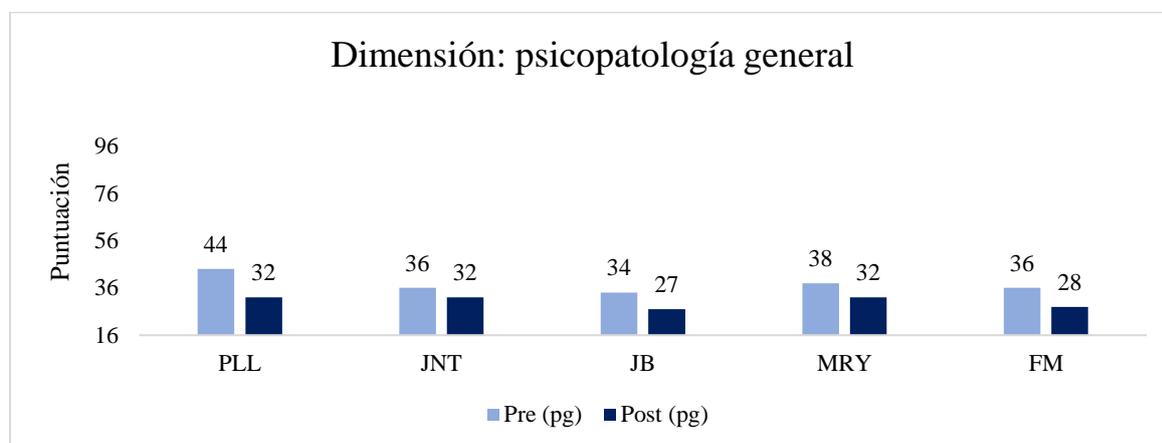


Figura 5. Dimensión: psicopatología general.

Para conocer qué dimensión fue la más afectada por el tratamiento, se realizó un sumatorio de las puntuaciones pre y post de todos los sujetos para cada una. Así pues, en la tabla 1 puede observarse como la sintomatología positiva fue la dimensión que menos disminuyó, sufriendo un descenso de 25 puntos. Las dimensiones sintomatología negativa y psicopatología general descendieron por igual, resultando un total de 37 puntos menos en la evaluación post-tratamiento.

Tabla 2. Diferencia de puntuaciones

Dimensión	Total Pre	Total Post	Diferencia
Positiva	73	48	25
Negativa	89	52	37
Psicopatología general	188	151	37

En la dimensión *autoestima*, los resultados reflejan un aumento en las puntuaciones tras la aplicación del tratamiento, a excepción de JB que obtuvo la misma puntuación en ambas mediciones (figura 4). El sujeto que más aumentó su puntuación en la dimensión *autoestima* fue MRY con un aumento de 5 puntos de diferencia entre ambas evaluaciones.

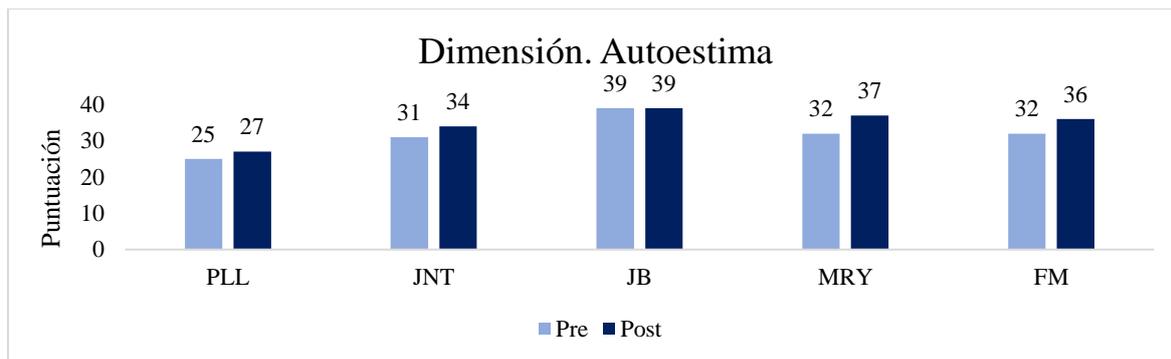


Figura 6. Autoestima

Por último, la evaluación de la variable *estilo atribucional*, contempla diferentes aspectos de interés. Los resultados se han agrupado en tres tablas con la finalidad de facilitar la comprensión: una de ellas contempla los resultados de la evaluación inicial (Pre) y final (Post) de las 6 situaciones positivas, otra reúne las evaluaciones de las 6 situaciones negativas y, una última tabla, recoge la media de cada dimensión para situaciones positivas y negativas. En las tres tablas se han incluido las tres dimensiones que evalúa el cuestionario: interno/externo (Int/Ext), estable/inestable (E/I) y global/específica (G/E).

En lo referente a las situaciones positivas, todos los sujetos disminuyen su puntuación en la dimensión Int-Ext, menos PLL que obtiene 25 puntos en ambas mediciones. Respecto a la dimensión E/I en, se observa un aumento de las puntuaciones de todos los sujetos tras la intervención, siendo JNT el que muestra un aumento mayor con 6 puntos más en la post-evaluación. En la dimensión G/E, no existe una tendencia clara, dado que PLL y FM aumentan su puntuación tras la intervención y JNT, JB y MRY obtienen puntuaciones más bajas en esta dimensión tras la participación en el programa.

Tabla 3. Estilo atribucional: situaciones positivas

	Interno/Externo		Estable/Inestable		Global/Específica	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
PLL	25	25	29	31	21	28
JNT	27	26	29	35	37	36
JB	32	30	32	34	37	34
MRY	38	34	35	39	38	32
FM	26	25	35	36	32	34

De otro lado, la tabla de situaciones negativas arroja mayor variabilidad en los resultados (tabla 4). Para las dimensiones Int/Ext y E/I, todos los sujetos obtienen una puntuación más baja en la evaluación final, cabe destacar que JB refleja un descenso de 13 puntos en la evaluación post-tratamiento en la dimensión E/I. En último lugar, respecto a la dimensión G/E en situaciones negativas, se observa una tendencia decreciente en las puntuaciones en la evaluación final, a excepción de FM que aumenta su puntuación para esta dimensión en 5 puntos tras la aplicación del programa.

Tabla 4. Estilo atribucional: situaciones negativas

	Interno/Externo		Estable/Inestable		Global/Específica	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
PLL	26	23	27	21	27	26
JNT	30	24	24	21	24	23
JB	27	23	25	12	26	23
MRY	30	28	21	18	34	23
FM	27	24	29	21	22	29

Para facilitar la interpretación de resultados, se consideró apropiado realizar una tabla que aunase los datos de las situaciones positivas y negativas. Se utilizaron las medias de cada una de las 3 dimensiones en la evaluación inicial y final. Como puede observarse en la tabla 4, destaca la diferencia entre situaciones positivas y negativas para la dimensión E/I en la evaluación post-tratamiento, siendo 35 la media para situaciones positivas y 18.6 para negativas, lo que supone una diferencia de 16.4 puntos.

Tabla 5. Estilo atribucional: comparación de medias

	Interno/Externo		Estable/Inestable		Global/Específica	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Media situaciones positivas	29.6	28	32	35	33	32.8
Media situaciones negativas	28	24.4	25.2	18.6	26.6	24.8
Diferencia en valor absoluto	1.6	3.6	6.8	16.4	6.4	8

## Discusión

Los resultados obtenidos reflejan la reducción del salto a conclusiones y la sintomatología psicótica, así como el aumento de la autoestima y la modificación de sesgos atribucionales tras la aplicación del EMC.

Respecto al *salto a conclusiones*, los resultados obtenidos en la evaluación inicial arrojan datos que apoyan investigaciones realizadas anteriormente, las cuales encontraron que los sujetos con esquizofrenia realizaban más salto a conclusiones que el grupo control de pacientes sanos (Huq, Garety y Hemsley, 1988). Tras la aplicación del programa, todos los sujetos mejoraron sus puntuaciones respecto a esta dimensión. Únicamente MRY no aumentó el número de bolas necesitadas para tomar una decisión en la post-evaluación. Cabe destacar que MRY fue el sujeto que más bolas necesitó en la evaluación inicial, con un total de 5, este hecho hace que fuese esperado que no superara el número de bolas necesitadas en la siguiente evaluación. Esto puede deberse a que, quizás, MRY no realizaba el sesgo de salto a conclusiones previamente al inicio del programa, lo que explicaría por qué sus resultados fueron buenos, en este sentido, en ambas evaluaciones. Sin embargo, en lo referente a la seguridad mostrada, MRY, al igual que el resto de los sujetos, redujo la seguridad en su decisión. La disminución de la seguridad puede entenderse, en un primer momento, como un hecho negativo, pero resulta positivo en este contexto, pues refleja el aumento de reflexividad y la contemplación de la posibilidad de que su decisión fuese errónea. Se espera pues, que los sujetos podrán beneficiarse de esta capacidad de reflexión y extrapolarla a otras situaciones de su vida cotidiana.

En lo referente a la *sintomatología psicótica*, acorde con los hallazgos de Favrod y su equipo, tras la aplicación del programa todos los sujetos muestran una mejoría en esta variable (Favrod et al., 2014). Cabe destacar que, el compuesto que más mejoró fue el de sintomatología

negativa, hecho que contrasta con otras investigaciones, las cuales exaltan la eficacia del EMC para tratar, en especial, la sintomatología positiva (Ochoa, s.f; Moritz y Woodward, 2014). Dada la recencia del programa, cuya versión original fue presentada en 2009, cabe esperar futuros estudios que indaguen en la relación y el efecto del EMC en la sintomatología negativa de la esquizofrenia.

El aumento en la variable *autoestima* es generalizado, pero modesto. A excepción de JB, todos los sujetos aumentaron su puntuación en el Cuestionario de Rosenberg, pero tres de ellos ya se encontraban en el rango de autoestima elevada antes de comenzar el programa. El único cambio relevante se encuentra en PLL, el cual se situaba en el rango de autoestima baja en la evaluación inicial, y su puntuación final lo posiciona dentro del rango de autoestima media. Cabe resaltar que, de los 5 sujetos de la muestra, PLL era el único en régimen interno en el centro, los otros cuatro sujetos vivían fuera del mismo. En esta línea, se abre el camino hacia nuevas investigaciones que contemplen el nivel de institucionalización de los participantes como variable de estudio.

Por último, los resultados en la variable *estilo atribucional*, arrojan varios aspectos que analizar. En primer lugar, la consonancia de los datos obtenidos en la evaluación inicial con los estudios previos que sugerían que, los pacientes con esquizofrenia tienden a realizar atribuciones monocausales (Moritz y Woodward, 2014). En la evaluación post-tratamiento, se observa una tendencia hacia puntuaciones centrales en la escala internabilidad-externabilidad, que indica atribuciones multifactoriales, mientras que en la evaluación inicial se observaron muchas respuestas que indicaban inferencia monocausal. Acorde con estos resultados, los sujetos verbalizaron en la entrevista post-tratamiento causas más razonables y equilibradas a las situaciones planteadas, por ejemplo, en la situación 11 “Sale con alguna o algunas personas (cita, reunión social) y siente que le fue mal”, PLL contestó en la evaluación pre-tratamiento que la causa principal de esta situación era “por el lugar” y atribuía toda la responsabilidad a

“otra gente o a las circunstancias”. Ante este mismo ítem, tras la aplicación del programa, PLL respondió que la causa más plausible era “prejuicios o debido a un malentendido” y situó la responsabilidad en el valor central de la escala Int/Ext, cuya interpretación es que esta situación es debida tanto a factores “de otra gente o a las circunstancias” como a “uno mismo”.

Continuando con esta variable, en la comparación de resultados en función del tipo de situación (positiva o aversiva) destaca la diferencia encontrada en la dimensión estable-inestable. Tomando en consideración que la escala va de 42 (totalmente estable) a 6 (totalmente inestable), tras el tratamiento, la media de puntuaciones en esta dimensión para situaciones positivas fue 35, mientras que para situaciones negativas fue 18.6. Se concluye pues, que los sujetos consideran que las causas de los eventos positivos estarán presentes en otras situaciones, mientras que perciben las causas de las situaciones negativas como inestables a lo largo del tiempo. En investigaciones futuras, podría analizarse la relación de este hallazgo con la autoestima, pues cabría esperar que este estilo de atribución potenciase el desarrollo de una autoestima elevada en sujetos con psicosis, cuya percepción de descontrol tras una crisis es característica, mermando la autoestima. Atribuyendo inestabilidad a la causa de los sucesos negativos, se daría la oportunidad de considerarlos variables y, por tanto, sujetos a ser sustituidos, lo que aumentaría la percepción de control y capacidad percibida para el cambio.

En base al método observacional, pueden describirse otros aspectos no contemplados como variables en el trabajo realizado. Tras el contacto continuo con el colectivo, se evidencia aquello que Colbert y Peters hallaban en sus investigaciones: la necesidad de cierre en personas con esquizofrenia se encuentra alterada (Colbert y Peters, 2002). Al inicio del EMC se observó la impaciencia y premura por zanjar temas de algunos sujetos. Estos solicitaban la información de manera anticipada y, durante la realización de los ejercicios, respondían de manera errónea con tal de resolver el problema lo antes posible. También se ha observado, de acuerdo con Moritz y Woodward (2006), que el sesgo contra la evidencia disconfirmatoria se encuentra

presente en estos pacientes. Esto se ha evidenciado en la rigidez cognitiva mostrada por algunos sujetos para cambiar sus opiniones, suscitando la proliferación de un clima negativo entre los compañeros. Se ha podido apreciar cómo estos sesgos disminuían a lo largo de las sesiones, logrando un ambiente de trabajo adecuado.

Tras lo expuesto, se considera alcanzado el objetivo del presente estudio: “reducir el salto a conclusiones y la sintomatología psicótica, aumentar la autoestima y modificar estilos atribucionales sesgados en pacientes institucionalizados con esquizofrenia” y pueden mantenerse las hipótesis planteadas previamente al inicio del programa.

Respecto a las limitaciones encontradas, la ausencia de grupo control y seguimiento y el reducido tamaño de la muestra (N=5), hacen que la investigación no reúna los requisitos científicos deseados. Si bien es cierto que la extrapolación de resultados se hace complicada por estas carencias, estas se han debido a que el estudio se realizó durante un periodo de prácticas curriculares. El centro en el que se aplicó el programa trata a pacientes con trastorno mental grave, un colectivo heterogéneo, que ha imposibilitado la inclusión de un grupo control o el aumento del tamaño muestral. Además, debido a la temporalidad de las prácticas, no se han podido realizar sesiones de seguimiento, impidiendo conocer la evolución de los resultados obtenidos a largo plazo.

En segundo lugar, cabe destacar que, a pesar de que la muestra se escogió por sus capacidades cognitivas y compromiso con el tratamiento, no se han cumplido estas expectativas según lo esperado. Algunos sujetos presentaron déficits de memoria, teniendo dificultades para recordar el horario de las sesiones y faltando a alguna de ellas. Así pues, únicamente acudieron todos los participantes a 4 de las 8 sesiones. A pesar de que los autores del EMC refieren que el contenido de las sesiones no está relacionado, se considera una limitación del estudio, pues

no puede saberse si los resultados habrían sido iguales o diferentes, si los usuarios hubiesen acudido a la totalidad de las sesiones.

En cuanto al abordaje del asunto en el futuro, sería interesante añadir talleres propios en la institución en la que se realice el programa, que aborden la metacognición, pues así se lograría una continuidad del aprendizaje y se favorecería el mantenimiento de las habilidades adquiridas. Además, como se ha mencionado anteriormente, como propuesta en investigaciones futuras, se sugiere incluir el nivel de institucionalización como variable de estudio, a fin de encontrar si la eficacia del programa fluctúa en función de esta característica. También se abre la vía de estudio hacia investigaciones sobre el EMC en nuestro país, pues son escasos los trabajos realizados en muestra española, hecho que dificulta la comparación de resultados en la actualidad.

Tras la aplicación del programa, se evidencia la necesidad de abordaje terapéutico en este colectivo y la precisión a la hora de encontrar tratamientos eficaces que abarquen la complejidad de los síntomas de la esquizofrenia. Lidar con síntomas complejos, con la cronicidad del trastorno, con los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y enfrentarse a una sociedad que muestra rechazo en muchas ocasiones, hace de estos pacientes, personas con muchas necesidades, tanto terapéuticas como afectivas. Su abordaje ha de ser interdisciplinar, desde la confianza, continuo e integrado en la comunidad en la medida de la posible, pues solo así se logrará el objetivo final de cualquier intervención sociosanitaria, aumentar la calidad de vida de los pacientes a los que van dirigidas.

## Referencias

- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., y Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), pp.207-210.
- Aleman, A., Kahn, R., y Selten, J. (2003). Sex Differences in the Risk of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 60(6).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013): *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología*. Universitas Tarraconensis, 22 (1-2).
- Aznar Avendaño, E., y Berlanga Adell, A. (2010). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. España: Espasa Universitaria.
- Cabello, E., Martínez, V., Quinta, C., Sánchez, R., Jiménez, A., y Payán, P., (2014). Musicoterapia en el deterioro del sueño de personas con Esquizofrenia en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. *Biblioteca Las Casas*, 10(3), 2-3.
- Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETS). (2014). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia*. ed. 29. Bogotá, Colombia, pp.52-58.
- Cernovsky, Z. (2017). Quality of life in persons with schizophrenia. *Mental Illness*, 9(1).

- Chong, H., Chaiyakunapruk, Li, S., Kotirum, S., y Chiou, C. (2014). Global Economic Burden of Schizophrenia: A Systematic Review. *Value in Health*, 17(7), p. A767.
- Colbert, S., y Peters, E. (2002). Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), pp.27-31.
- Del Río, F., Aguilera, D., Caballos, C., Carmona, J., Chinchilla, A., Gay, E., Guerra, J., López, M., López, M., Martín, C., Pérez, F., Sanz, R., Tesoro, A. y Valmisa, E. (2006). *Trastorno Mental Grave. Proceso asistencial integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P. y Bonsack, C. (2014). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *European Psychiatry*, 29(5), pp.275-279.
- Freeman, D., y Freeman, J. (2014). At last, a promising alternative to antipsychotics for schizophrenia. *The Guardian*. [online] Available at: <https://www.theguardian.com/science/blog/2014/mar/07/treat-schizophrenia-antipsychotics-drugs-cognitive-therapy> [Accessed 11 Jan. 2018].
- Gofeminin, G. (2018). *Esquizofrenia Causas: Base genética - Onmeda.es*. [online] onmeda.es. Recuperado de: <https://www.onmeda.es/enfermedades/esquizofrenia-causas-1542-3.html>.
- Grupoelcastillo.com. (2018). *Elda – Grupo el Castillo*. [online] Recuperado de: <http://www.grupoelcastillo.com/elda/>.
- Howes, O. (2014). Cognitive therapy: ¿at last an alternative to antipsychotics? *The Lancet*, 383(9926).

- Huq, S., Garety, P., y Hemsley, D. (1988). Probabilistic Judgements in Deluded and Non-Deluded Subjects. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40(4), pp.801-812.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., y Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., et al. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 379, 2063–2071.
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J., Gómez-Benito, J., y Lalucat, L. (2013). Review of psychotherapeutic interventions for people with schizophrenia. *Anuario de Psicología*, 43(1).
- McGorry, P., Killackey, E., Elkins, K., Lambert, M., y Lambert, T. (2003). *Guía de la Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia del Colegio Real Australiano y el Colegio de Nueva Zelanda de Psiquiatras*. Australia: NZJ Psychiatry, pp. 35-50.
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), pp.94-103.
- Moreno-Küstner, B., Martín, C., y Almenara, J. (2014). Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(2), p.127.
- Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Navas-Campaña, D., García-Herrera, J., Angona, P., Martín, C., y Rivas, F. (2014). Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(01), pp.38-48.

- Moritz, S., Woodward, T., Whitman, J., y Cuttler, C. (2005). Confidence in Errors as a Possible Basis for Delusions in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1).
- Moritz, S., y Woodward, T. (2006). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 142(2-3), pp.157-165.
- Moritz, S., Woodward, T., Barrigón, M., Rubio, J., y Ruiz-Veguilla, M. (2014). *Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC)*. 5ª ed. Hamburgo: Centro Médico Universitario de Hamburgo-Eppendorf.
- Morrison, A., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., y Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with Schizophrenia Spectrum disorders not taking antipsychotic medication: a randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 153.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. London: NICE; 2014.
- Obiols, J., y Vicens-Villanova, J. (2003). Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), pp.235-250.
- Ochoa, S. (s.f.). *Entrenamiento Meta-Cognitivo para personas con psicosis*. Barcelona: Unidad de Investigación y Desarrollo- Parc Sanitari Sant Joan de Déu. CIBERSAM.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). “Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397”. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid: Méditor.

- OMS (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. 1ª ed. Washington: Autor, pp.9-16.
- Palomares, A., y Sanjuán, P. (1995). A Spanish version of Attributional Style Questionnaire (ASQ). *V European Congress of Psychology*, Atenas.
- Peralta, V., y Cuesta, M.J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas LusoEspañolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22(4), 171- 177.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L., Metalsky, G., y Seligman, M. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), pp.293-297.
- Pfammatter, M. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), p.64-80.
- Phillips, L. D., y Edwards, W. (1966). Conservatism in a simple probability inference task. *Journal of Experimental Psychology*, 72(3), 346-354.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rus-Calafell, M., y Lemos-Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista iberoamericana de psicosomática*, 111.
- Servicio Murciano de Salud (2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental*. Murcia: Autor.

- Simeone, J., Ward, A., Rotella, P., Collins, J., y Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990—2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 15(1).
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hoox, J., y Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1).
- Tandon, R. (2011). Antipsychotics in the treatment of schizophrenia: an overview. *J. Clin. Psychiatry* 72, 4–8. doi: 10.4088/JCP.10075su1.01.
- Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Psiquiatría Fac Med Barna*, 30(5), pp.1-6.
- Vázquez, A., Jiménez, R., y Vazquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), pp.247-255.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2).