



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

**Entrenamiento Metacognitivo Individualizado para Pacientes con
Psicosis: estudio de caso único en una paciente diagnosticada de
esquizofrenia**

Autor: Alfonso Maciá Crespo

Tutora: Estefanía Estévez López

Convocatoria: Enero 2019

Resumen

El presente estudio supone la aplicación y el análisis de la efectividad del Entrenamiento Metacognitivo Individualizado para Pacientes con Psicosis en un caso de esquizofrenia sobre tres variables: las ideas delirantes, la conciencia de padecer delirios y atribuirlos a la enfermedad y la conciencia cognitiva. El Entrenamiento Metacognitivo se trata de un acercamiento terapéutico de desarrollo reciente, enfocado a los sesgos cognitivos con mayor influencia en la esquizofrenia. Se realiza la evaluación del caso mediante la administración de la Escala para la Valoración de los Síntomas Psicóticos (PSYRATS), la Escala de Valoración de la No-Conciencia de Trastorno Mental (SUMD) y la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (BCIS). Se llevan a cabo 22 sesiones a lo largo de 4 meses, incluyendo tanto la evaluación como el trabajo de 6 unidades terapéuticas de las propuestas por el programa: Introducción a la metacognición, Estilo Atribucional, Toma de Decisiones, Cambiando Creencias, Empatizando y Memoria. Los resultados indican que tras la intervención se produce un descenso en la severidad de los delirios, un aumento de la conciencia de éstos y su atribución a la enfermedad y la mejora de la conciencia cognitiva en la paciente. Los resultados de la intervención van en la línea de los estudios que evalúan la eficacia del Entrenamiento Metacognitivo para Pacientes con Psicosis. Se presentan, además, las limitaciones del estudio y las posibles líneas de investigación futura.

Palabras clave: Entrenamiento Metacognitivo, esquizofrenia, caso único, sesgos cognitivos, intervención

Abstract

This study is aimed to analyze the effectiveness of the Individualized Metacognitive Training for Psychosis on a patient with a Schizophrenia diagnose in delusion's severity, delusion's insight and cognitive insight. Metacognitive Training is a novel treatment, focused on different cognitive biases that affect schizophrenia patients. These variables are evaluated with the Psychotic Symptoms Rating Scales (PSYRATS), the Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) and the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS). 22 individual sessions were done over 4 months, including the assessment and the intervention. Six therapy units were applied: Introduction to metacognition, Attributional style, Decision making, Changing beliefs, Empathising and Memory. Results indicate that after the intervention delusion's severity was reduced, delusion's insight was increased and cognitive insight was improved. These results are coincident with other efficacy studies. Limitations and future investigation topics are presented.

Keywords: Metacognitive Training, schizophrenia, single case, cognitive biases, intervention

Introducción

La esquizofrenia, en la actualidad, es vista como un trastorno con alta heterogeneidad en su manifestación, incluyendo síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y síntomas negativos, que aparecen en mayor o menor medida en las personas afectadas. El hecho de tratarse de una condición compleja, con un amplio y variado rango de síntomas clínicos y con severas implicaciones en la calidad de vida de las personas afectadas, ha propiciado que se abandone el abordaje puramente farmacológico del trastorno, motivando la búsqueda de tratamientos complementarios provenientes de disciplinas como la psicología. Además, se han encontrado evidencias en diferentes investigaciones que ponen en duda el verdadero alcance de los fármacos antipsicóticos. Por ejemplo, en un meta-análisis realizado por Leucht, Arbter, Engel, Kissling y Davis (2009) sobre la eficacia de los antipsicóticos de segunda generación, se encontró que aunque los fármacos analizados eran significativamente más eficaces que el placebo en el tratamiento de los síntomas clínicos y la mejora de la calidad de vida, los tamaños del efecto obtenidos iban de bajos a moderados. Adicionalmente, se encuentran evidencias en la literatura que sugieren que los fármacos apuntan casi en exclusiva a la mejora de los síntomas clínicos, dejando de lado otras facetas del trastorno. En esta línea, Fervaha, Agid, Takeuchi, Foussias y Remington (2014) concluyen en su estudio que aunque el tratamiento farmacológico tiene claros beneficios clínicos estos no se traducen más que en pequeñas mejoras en la satisfacción vital de los pacientes analizados.

En este contexto de búsqueda de optimización del abordaje de la esquizofrenia han surgido intervenciones psicológicas que han demostrado su eficacia en diferentes estudios. Estas intervenciones, además de estar dirigidas a la reducción de síntomas, amplían el rango de actuación a aspectos que muy difícilmente mejoran con la medicación. Por ejemplo, Ali et al. (2017) hablan de una mejoría mayor en la autonomía social en pacientes que han pasado por intervenciones psicoeducacionales junto a la medicación respecto a personas que sólo

reciben tratamiento farmacológico. Mediante la Terapia de Remediación Cognitiva, en cambio, se han obtenido buenos resultados respecto a funciones cognitivas (flexibilidad cognitiva y memoria) y al funcionamiento social (Tan et. al, 2016). En una revisión llevada a cabo por Patterson y Leeuwenkamp (2008), se concluye que intervenciones basadas en el Entrenamiento en Habilidades Sociales provocan resultados positivos en el funcionamiento social y en las actividades de la vida diaria, mientras que la Intervención Familiar mejora la adherencia al tratamiento, reduce las recaídas, el número de hospitalizaciones y su duración.

Posiblemente, el enfoque más estudiado en la esquizofrenia sea la Terapia Cognitivo Conductual, concluyendo Wykes, Steel, Everitt y Tarrrier (2008) en su meta-análisis que se obtienen resultados significativos en los estudios revisados respecto a la mejora de los síntomas positivos, principal objetivo de la terapia, así como en otros dominios como los síntomas negativos, el funcionamiento, el estado de ánimo y la ansiedad social. Incluso se encuentran revisiones como la de Tai y Turkington (2009) que hablan de resultados positivos en síntomas como las alucinaciones con procedimientos novedosos como las Terapias de Tercera Generación, más concretamente la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso, dirigidas a cambiar la forma que tiene el paciente de “relacionarse” con sus síntomas más que en eliminarlos. Por tanto, tal y como concluyen Patterson y Leeuwenkamp (2008), las terapias psicosociales, en conjunción con el tratamiento farmacológico, claramente mejoran los resultados del tratamiento en la esquizofrenia en diversos dominios en comparación con el tratamiento farmacológico en solitario.

Entrenamiento Metacognitivo para Pacientes con Psicosis y sesgos cognitivos

Dentro de esta búsqueda de nuevas perspectivas de tratamiento psicológico surge el Entrenamiento Metacognitivo para Pacientes con Psicosis, el cual puede encontrarse tanto en formato grupal (Metacognitive Training for Psychosis, MCT) (Moritz, Vitzthum, Randjbar,

Veckenstedt y Woodward, 2010) como en individual (Individualized Metacognitive Therapy for Psychosis, MCT+) (Moritz, Veckenstedt, Randjbar y Vitzthum, 2011). Aunque cimentado sobre los principios de la Terapia Cognitivo Conductual, el Entrenamiento Metacognitivo supone una importante diferencia de enfoque respecto a ésta en el abordaje de la ideación delirante en la esquizofrenia: mientras que la Terapia Cognitivo Conductual se dirige principalmente a la identificación y cambio de las ideas delirantes, el Entrenamiento Metacognitivo pone el foco en los sesgos cognitivos que mayor relevancia tienen en la formación y el mantenimiento del delirio (Lam et al., 2015). El objetivo que se plantea es aumentar la conciencia del paciente sobre esos sesgos cognitivos para así bloquear la evolución de una interpretación sesgada en una idea delirante. Para ello, se sirve de tareas en que estos sesgos cognitivos pueden aparecer, aumentando el *insight* del paciente sobre ellos y proporcionando estrategias para limitar su efecto en la vida diaria (Moritz, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum y Woodward, 2011).

En diversos estudios presentes en la literatura se apunta a la presencia de diferentes tipos de sesgos cognitivos en la esquizofrenia. Varias investigaciones hablan de la fuerza con la que las personas con esquizofrenia mantienen sus creencias incluso cuando se les enfrenta a información que habla en contra de ellas, efecto denominado sesgo ante la evidencia no-confirmatoria. En un estudio de Woodward, Moritz, Menon y Klinge (2008) se probó que las personas diagnosticadas de esquizofrenia eran más reacias a cambiar e incluso revisar una creencia mantenida con mucha seguridad (característica definitoria de los delirios) al presentarles información contradictoria con ella, resistencia que no aparece al presentar evidencias que confirman la creencia (Woodward, Moritz, Cuttler y Whitman, 2006). Esta rigidez o falta de flexibilidad aparece incluso con creencias importantes para el sujeto, ya no sólo con delirios, y se relaciona con el grado de convicción que muestran los pacientes

respecto a las ideas delirantes, como demuestran Colbert, Peters y Garety (2010) en su investigación.

Otro sesgo relevante dentro de la sintomatología de la esquizofrenia, especialmente en la patogénesis de los delirios, es el salto a las conclusiones, un estilo de pensamiento que lleva a la persona a tomar decisiones o extraer conclusiones sobre una situación teniendo disponible poca información para ello. El salto a las conclusiones ha sido puesto a prueba en diferentes estudios, como el de Glöckner y Moritz (2009), en el que se concluye que los pacientes con esquizofrenia mostraban una búsqueda de información menos sistemática y, además, manifestaban una certeza mucho mayor en sus decisiones, incluso aunque la naturaleza de la tarea fuera claramente ambigua, incrementándose este efecto en situaciones de estrés. Este sesgo, como demuestran Freeman, Pugh y Garety (2008), aparece relacionado con aspectos del delirio como el grado de convicción en esa falsa creencia, además de con el grado de preocupación respecto a ella (Gaweda y Prochwicz, 2015). En otra investigación se demostró que aparecía incluso al introducir condiciones en las que tomar la decisión incluía la pérdida o ganancia de un bien, aunque se atenuaba al introducir el feedback tras la ejecución de la tarea, un signo que lleva a pensar en que se puede mejorar este aspecto con entrenamiento (Lincoln, Ziegler, Mehl y Rief, 2010).

Respecto a sesgos relacionados con la memoria, se encuentran resultados en diferentes estudios que apuntan a un funcionamiento de ésta que puede predisponer a la formación de ideas delirantes y a su mantenimiento. Kircher, Koch, Stottmeister y Durst (2007) realizaron un estudio utilizando una tarea de reconocimiento y recuerdo de material verbal en el que encontraron un mayor grado de seguridad respecto a recuerdos falsos en personas con esquizofrenia. Estos resultados son concordantes con los encontrados por Bhatt, Laws y McKenna (2010) en su investigación: los pacientes con esquizofrenia mostraban mayor número de recuerdos falsos y más convicción en ellos que personas sin esta afectación. Este

efecto aparece incluso en pacientes en su primer episodio psicótico, como demuestran Moritz, Woodward y Chen (2006).

El estilo atribucional es otro aspecto sobre el que se han centrado diversos estudios respecto a los sesgos cognitivos, encontrándose evidencias a favor de una tendencia a la externalidad en la esquizofrenia, atribuyendo los sucesos, tanto positivos como negativos, a la influencia de otras personas, la situación o el azar (Lincoln, Mehl, Exner, Lindenmeyer y Rief, 2010; Randjbar, Veckenstedt, Vitzthum, Hottenrott y Moritz, 2011), así como de una mayor proliferación de atribuciones mono-causales (Moritz, Bentall, Kolbeck y Roesch-Ely, 2017).

A nivel de Teoría de la Mente, un constructo que incluye la habilidad de inferir correctamente los pensamientos, emociones e intenciones de las otras personas, también parece encontrarse cierta afectación en personas con esquizofrenia. Por ejemplo, Mehl et al. (2010) encuentran un déficit pronunciado a la hora de deducir las intenciones de los demás, estando relacionado este déficit con la ideación delirante. La misma asociación encuentran Bo, Kongerslev, Dimaggio, Lysaker y Abu-Akel (2015), añadiendo que también se da una relación entre los déficits en Teoría de la Mente y niveles pobres de desempeño social. Estos errores en tareas relacionadas con el constructo aparecen, además, tanto en pacientes en su primer episodio psicótico (Koelkebeck et al., 2010) como en pacientes en remisión (Bora, Yücel y Pantelis, 2009). Sin embargo, esta habilidad es susceptible de ser trabajada, ya que, aunque probada la afectación de este dominio, no se encuentra una incapacidad manifiesta a la hora de atribuir estados mentales a los demás (Fretland et al., 2015).

Eficacia del Entrenamiento Metacognitivo para Pacientes con Psicosis

El Entrenamiento Metacognitivo para Pacientes con Psicosis ha sido puesto a prueba en diferentes investigaciones desde el comienzo de su desarrollo. Respecto a la aplicación del programa grupal, se encuentran diferentes evidencias que apoyan su eficacia en comparación

con el tratamiento únicamente farmacológico o terapias de soporte. Briki et al. (2014) encontraron una mejoría mayor en el grupo de Entrenamiento Metacognitivo respecto a los síntomas positivos (delirios y alucinaciones), así como una mayor conciencia de padecer delirios y un mejor funcionamiento social. En la misma línea, Favrod et al. (2013) hablan de una mayor eficacia a la hora de mejorar la ideación delirante y de aumentar la conciencia de padecer delirios, además de un aumento de la capacidad de atribuir la aparición de los delirios a su diagnóstico. Lam et al. (2015), por su parte, realizaron en su estudio una comparación de un grupo en Entrenamiento Metacognitivo con uno en Remediación Cognitiva, encontrando un incremento más acentuado en la conciencia cognitiva, entendida como la habilidad de evaluar y corregir los pensamientos distorsionados y las interpretaciones equivocadas, en el grupo que había recibido la intervención con Entrenamiento Metacognitivo. Además, en sendos meta-análisis (Eichner y Berna, 2016; Liu, Tang, Hung, Tsai y Lin, 2018) se concluye que los estudios analizados apoyan la hipótesis de que el Entrenamiento Metacognitivo mejora los síntomas positivos, sobre todo los relativos a las ideas delirantes, encontrando Moritz et al. (2014) en su revisión resultados positivos respecto al aumento de la conciencia de enfermedad y de la conciencia cognitiva en la mayoría de los estudios analizados.

Respecto a la aplicación del programa en formato individual, la investigación es más reducida en comparación con la aplicación de la versión grupal, pero aun así se pueden encontrar evidencias que apoyan su uso, como el estudio de caso único de Vitzthum, Veckenstedt y Moritz (2013), en el que se produjeron grandes mejorías respecto a la ideación delirante, sobre todo en el grado de convicción, además del estudio de Andreou et al. (2016), que habla de la eficacia de la intervención individual respecto a los delirios y diferentes medidas de sesgos cognitivos, además de la conciencia cognitiva. Adicionalmente, la aplicación individual, como comentan Liu et al. (2018) en su meta-análisis, arroja mejores resultados a la hora de reducir la severidad del delirio que la intervención grupal,

posiblemente por su capacidad de ajustar el contenido y personalizarlo a la necesidad del paciente. Por último, en España se puede encontrar un estudio de caso único con dos sujetos en el que se obtienen resultados clínicamente significativos respecto a los síntomas positivos y el funcionamiento social (Monfort y Pena-Garijo, 2016).

Objetivos e hipótesis

A la vista de la evidencia que sustenta los beneficios del Entrenamiento Metacognitivo en la esquizofrenia, el siguiente estudio tiene el objetivo de evaluar la efectividad del programa de Entrenamiento Metacognitivo Individualizado para Pacientes con Psicosis en una paciente diagnosticada de esquizofrenia. Se plantean 3 objetivos específicos: por un lado, evaluar la efectividad del programa respecto a la reducción de la severidad de los delirios; por otro, evaluar la efectividad del programa respecto al aumento de la conciencia de sufrir delirios y del grado de atribución de éstos a la enfermedad; por último, evaluar la efectividad del programa respecto a la mejora de la conciencia cognitiva. Por tanto, se plantean 3 hipótesis en relación a estos objetivos: (1) la intervención reducirá la severidad de los delirios, aspecto que se reflejará en menores puntuaciones post-tratamiento en los 6 ítems de la Escala para la Valoración de Síntomas Psicóticos; (2) la intervención aumentará la conciencia de sufrir delirios y el grado de atribución de los delirios a la presencia de la enfermedad, lo que se reflejará en menores puntuaciones post-tratamiento de los dos ítems evaluados en la Escala de Valoración de la No-Conciencia de Trastorno Mental; y (3) la intervención mejorará la conciencia cognitiva, lo cual se reflejará en el aumento de la puntuación post-tratamiento de la sub-escala de auto-reflexión y en el descenso de la puntuación en la sub-escala de auto-certeza de la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck.

Método

Participante

La persona con la que se realiza la intervención es una mujer de 40 años diagnosticada de esquizofrenia. Su nivel educativo se encuadra en el final del Bachillerato. Actualmente reside en casa de sus padres, con los que mantiene una relación caracterizada por problemas de convivencia producidos por la sintomatología. Tiene tres hermanos mayores que ella, los cuales se encuentran independizados y no mantienen relación con la paciente. Presenta una discapacidad del 65% debida a su diagnóstico, por la que percibe una pensión.

Los primeros síntomas relacionados con la esquizofrenia aparecen a los 15 años, asociados al consumo de tóxicos. A los 18 años se realiza el diagnóstico, coincidiendo con una ruptura sentimental, produciéndose su primer ingreso psiquiátrico. Desde el diagnóstico del trastorno se encuentra en seguimiento por su Unidad de Salud Mental, produciéndose diferentes ingresos relacionados con el empeoramiento de los síntomas psicóticos, algunos de ellos involuntarios por deberse a procesos judiciales. Se incorpora al Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) del Dr. Esquerdo en el año 2016 por derivación de su Unidad de Salud Mental, acudiendo a éste hasta el momento actual. En el momento de la incorporación al servicio presenta síntomas positivos constantes, sobre todo alucinaciones auditivas y delirios de referencia y perjuicio que, aunque poco estructurados, son los que generan mayor angustia. Sin embargo, presenta diferentes puntos fuertes que pueden favorecer la intervención: motivación en la ocupación del tiempo libre (aficionada a la costura y la pintura), buen desempeño a la hora de desarrollar las actividades de la vida diaria, capacidades cognitivas relativamente conservadas, buena adherencia a la medicación y motivación para establecer relaciones sociales. En este momento se plantean objetivos como mejorar las habilidades sociales y las relaciones familiares, así como el manejo y afrontamiento de síntomas. Durante los años comprendidos entre su incorporación y el

momento actual ha participado en diferentes actividades del centro: actividades de ocio, un programa de comunicación y asertividad, una intervención enfocada a la reducción del consumo de tabaco (la cual abandona al poco tiempo) y, por último, un entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva y su generalización a situaciones reales. Además, se han producido tres ingresos voluntarios por respiro familiar.

Actualmente, los síntomas más incapacitantes que presenta son los relacionados con los delirios. Presenta delirios de referencia y perjuicio, la mayoría de ellos relacionados con los vecinos de su comunidad y con gente desconocida (“podrían colarse en mi casa y hacerme algo malo”, “quieren que me ingresen en el hospital para siempre”, “esas personas están diciendo cosas malas sobre mí”...). Esto genera fuertes sentimientos de miedo e inseguridad, produciéndose en ocasiones actitudes irascibles hacia los demás. Las conductas de afrontamiento que suele realizar tienen que ver con actividades de distracción, como escuchar música, coser, pintar o limpiar la casa. El tratamiento farmacológico que sigue en la actualidad se basa fundamentalmente en antipsicóticos “depot”. Presenta, además, ciertas conductas impulsivas como un consumo de tabaco excesivo y problemas a la hora de gestionar el dinero. Simultáneamente a la puesta en marcha de la intervención, también asiste en el centro a un programa de Mindfulness, a uno relacionado con la alimentación saludable y a diferentes actividades de ocio organizadas por el servicio.

Instrumentos

De acuerdo con el objetivo del presente estudio, se evalúan tres variables: delirios, conciencia de padecer delirios y grado de atribución de éstos a la enfermedad y, por último, conciencia cognitiva. La razón que subyace a esta elección tiene que ver con ser los aspectos en los que mayor impacto ha tenido el Entrenamiento Metacognitivo en investigaciones anteriores. Se realiza una medición relativa a cada una de ellas antes de iniciar la intervención

y otra al término de ésta con el fin de comparar la evolución de la paciente en esas dimensiones, haciendo uso de las siguientes pruebas:

-Escala para la Valoración de los Síntomas Psicóticos (Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS), sub-escala para los delirios (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999). La escala PSYRATS se trata de una entrevista estructurada dividida en dos sub-escalas, alucinaciones y delirios. Para el presente estudio se utilizó únicamente la sub-escala para los delirios, la cual consta de 6 ítems que se presentan en forma de entrevista al paciente, valorados en una escala de 0 a 4, siendo 0 el grado más bajo de severidad. Cada uno de estos ítems evalúa la ideación delirante en un aspecto concreto de su multidimensionalidad: frecuencia de la preocupación, duración de la preocupación, convicción, frecuencia de la angustia producida, intensidad de la angustia y trastorno en la vida causado por las creencias. Las propiedades psicométricas de la escala han sido puestas a prueba en diversos estudios en diferentes países. Por ejemplo, uno de los más recientes, con población portuguesa, arroja un Alfa de Cronbach de 0.89 en la sub-escala de delirios (Telles-Correia et al., 2017). Sin embargo, no se encuentran estudios de adaptación de la sub-escala de delirios con población española.

-Escala de Valoración de la No-Conciencia de Trastorno Mental (Scale of Unawareness of Mental Disorder, SUMD) (Amador y Strauss, 1990). La SUMD es una escala estandarizada puntuada mediante una entrevista semiestructurada. Consta de 3 ítems generales para evaluar la conciencia de padecer un trastorno mental. Además, cuenta con 12 ítems enfocados a síntomas específicos. En el presente estudio se realiza una evaluación respecto a los ítems específicos de conciencia de poseer delirios y de atribución de estos a la enfermedad. Ambos ítems están valorados en una escala de 1 a 5, siendo 1 *conciencia/atribución* y 5 *no conciencia/no atribución*. En la adaptación española (Ruiz et al., 2008) se encuentran índices de fiabilidad calculados mediante el Coeficiente de

Correlación Intraclase de 0.97 y 0.94 en las sub-escalas de conciencia y atribución de síntomas, respectivamente.

-Escala de Insight Cognitivo de Beck (Beck Cognitive Insight Scale, BCIS) (Beck, Baruch, Balter, Steer y Warman, 2004). Esta escala se trata de un cuestionario de 15 ítems que valoran la conciencia cognitiva, es decir, el cómo los pacientes evalúan su propio juicio. Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 3, siendo 0 *nada de acuerdo* y 3 *totalmente de acuerdo*. Se encuentran dos dimensiones en la escala: auto-reflexión (9 ítems), que evalúa la capacidad del paciente con esquizofrenia de observar sus propios procesos mentales y considerar interpretaciones alternativas, es decir, la flexibilidad cognitiva; y auto-certeza (6 ítems), que evalúa el exceso de seguridad en las propias creencias. Un ejemplo de ítem de auto-reflexión es "si alguien comenta que mis creencias son erróneas, estoy dispuesta a considerar su opinión", mientras que de auto-certeza sería "puedo confiar en mi propio juicio siempre". La puntuación de cada sub-escala se obtiene realizando el sumatorio de los ítems que las conforman. Se encuentran Coeficientes de Correlación Intraclase de 0.69 para la sub-escala de auto-reflexión y de 0.72 para la sub-escala de auto-certeza en el estudio de adaptación española (Gutierrez-Zotes et al., 2012).

Respecto a la intervención, se lleva a cabo el programa de Entrenamiento Metacognitivo Individualizado para Pacientes con Psicosis (Moritz et al., 2011). Este programa puede encontrarse en 13 idiomas diferentes, en formato abierto, en la siguiente dirección https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training/. Como se ha comentado en la introducción, el programa se enfoca en el trabajo con sesgos cognitivos, estilos disfuncionales de pensamiento involucrados en la formación y el mantenimiento de los delirios. De esta manera, se busca la reducción de síntomas a través de aumentar la conciencia sobre la influencia que tienen esos sesgos en la propia experiencia. En cierto modo, utilizando el título del estudio de 2014 de Moritz et al., se trata de "plantar la semilla

de la duda”, en el sentido de reducir el exceso de seguridad del paciente en sus creencias, abriendo la posibilidad de considerar interpretaciones alternativas y más funcionales. El programa en formato individual, además, permite ir un paso más allá en el abordaje de la ideación delirante: mientras que la aplicación grupal no permite el trabajo de delirios concretos, por cuestiones de confidencialidad e idoneidad, el programa individual permite añadir la discusión sobre delirios definidos, acercándose más a una perspectiva cognitivo-conductual y adaptando los objetivos a la experiencia individual. El programa está dividido en diferentes unidades terapéuticas, de las cuales se seleccionan las siguientes para la intervención: Introducción a la metacognición, Estilo atribucional, Toma de decisiones, Cambiando creencias, Empatizando y Memoria.

Procedimiento

La intervención se lleva a cabo, íntegramente, en el Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) del Dr. Esquerdo, encargándose tanto de la evaluación como de la intervención un único psicólogo. Primeramente, se obtiene el consentimiento informado, en el que se remarca el uso de las sesiones de evaluación e intervención con fines de investigación y siempre preservando el anonimato. En total se llevan a cabo 22 sesiones, 4 de ellas de evaluación y 18 de intervención, a lo largo de 4 meses, con una frecuencia semanal a excepción de algunas semanas en que se realizan dos sesiones. Respecto a la evaluación, se divide ésta en 2 sesiones de evaluación pre-intervención y otras 2 de evaluación post-intervención, siguiendo el mismo esquema en ambos bloques: en una de las sesiones se utiliza la Escala para la Valoración de los Síntomas Psicóticos, mientras que la segunda sesión se reserva para la Escala de Valoración de la No-Conciencia de Trastorno Mental y la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck. Respecto a la intervención, en un principio no se plantea un número de sesiones concreto, ya que se pretende adaptar las sesiones a las necesidades de la paciente y al estado en el que se encuentre en ese momento. De esta forma,

se busca la adherencia terapéutica intentando no presionar con límites temporales en los que realizar las unidades terapéuticas y permitiéndole hablar libremente sobre su experiencia personal. Sin embargo, sí se establece un tiempo límite de sesión, no superando en ningún caso los 45 minutos. La intervención se lleva a cabo utilizando las diapositivas propuestas por el programa, las cuales contienen explicaciones relacionadas con los sesgos cognitivos que se llevan a debate. Además, se realizan ejercicios mediante las diapositivas y con hojas de trabajo a rellenar por la paciente.

Para describir el contenido de la intervención se va a dividir el comentario en las unidades terapéuticas propuestas por el programa, definiendo los aspectos trabajados en ellas y proporcionando ejemplos de las hojas de trabajo realizadas.

Introducción a la metacognición (1 sesión)

En esta unidad se realiza una explicación sobre el concepto de metacognición (“pensar acerca del acto de pensar”), así como un debate sobre la importancia de evaluar el propio pensamiento. Tras ello, se presentan los diferentes aspectos que se trabajarán en las sesiones venideras y se elabora, tal y como propone el programa, la “tarjeta amarilla”, que consiste en una serie de preguntas que se puede realizar en momentos en los que se sienta insultada o amenazada, instándole a que la lleve consigo a partir de ese momento (Tabla 1). Para aumentar la motivación hacia su uso, se le entrega la cartulina para que ella misma recorte, dibuje y escriba las preguntas a hacerse en esas situaciones.

Tabla 1

Tarjeta de afrontamiento de situaciones

Si me siento insultada, amenazada o menospreciada...

1. ¿Qué evidencia tengo sobre lo que ha pasado? ¿Cómo podría saber toda la verdad?
2. ¿Puede haber un punto de vista alternativo? ¿La gente en la que confío interpretaría la situación de forma diferente? ¿Estoy siendo objetiva y justa?
3. ¿Estoy exagerando? ¿Mi reacción está siendo adecuada?

Estilo atribucional (4 sesiones)

Durante las sesiones que tienen que ver con el estilo atribucional el objetivo principal es asentar la idea de que las situaciones no suelen tener una sola razón, sino que en la mayoría de ocasiones diferentes causas se combinan para dar lugar a un suceso. Para ello, se llevan a cabo ejercicios en los que se tiene que atribuir causas a diferentes situaciones, tanto positivas como negativas, dividiendo estas causas en el “yo”, “los otros” o “la situación”. Posteriormente, se analizan y se debaten las consecuencias que puede tener el hacer atribuciones internas o externas según sea un evento positivo o negativo, además de intentar dar una atribución equilibrada a la situación que incluya diferentes tipos de causas (por ejemplo, “si no me renuevan el contrato puede ser porque la empresa está haciendo recortes, además de porque mis aptitudes no encajen en el puesto”). También se trabaja con ideas delirantes en casos ficticios, evaluando las diferentes causas que puede tener el evento descrito mediante un gráfico de pastel. Para finalizar, se analizan eventos propios relacionados con los delirios mediante hojas de trabajo, como el descrito en la Tabla 2.

Tabla 2

Análisis de un suceso negativo de la anterior semana

Situación: fui a cenar con mis padres a un bar y encontré un trozo de palillo en la comida.

-¿A qué lo atribuyes?

- A que los camareros pusieron ahí el palillo para hacerme daño, ya que estaban “cuchicheando” cuando me servían el plato

-¿Qué consecuencias le siguen a esta explicación?

- Me pongo muy nerviosa, tengo miedo y empiezo a encontrarme mal

-¿Cómo podrías valorar el suceso de manera diferente?

- Es posible que el palillo estuviera en la mesa y yo lo metiera sin querer. También puede ser que fuera un accidente de un camarero y realmente estuvieran hablando de otra cosa cuando cuchicheaban
-

Toma de decisiones (4 sesiones)

La unidad terapéutica tiene que ver con el sesgo de salto a las conclusiones. El objetivo último es que se adopte un estilo equilibrado en la toma de decisiones, en el que no se llegue precipitadamente a conclusiones en situaciones con importantes consecuencias, ni se demore la toma de decisiones por querer recabar excesiva información o perderse en los detalles en situaciones poco relevantes. Para ello, se utilizan ejemplos de la vida diaria en los que el salto a las conclusiones puede causar problemas, haciéndose patente la necesidad de tener información suficiente antes de tomar una decisión. Además, se realizan ejercicios en los que se tiene que tomar una decisión sobre lo que representa un dibujo que se va completando con el paso de las diapositivas, resultando las decisiones prematuras en errores en la mayoría de ocasiones. Tras ello, se realizan análisis de casos ficticios en los que se tiene que valorar la información que tiene un personaje para mantener una convicción (Tabla 3) y, posteriormente, se adapta el trabajo a situaciones propias de la paciente, como la representada en la Tabla 4.

Tabla 3

Estudio de un caso de “acoso” en el trabajo

Situación: Por la mañana, Marina entra en la oficina y su jefe no la saluda como habitualmente. La semana anterior, un compañero actuó de forma fría con ella.

Asume que seguramente será despedida de la compañía.

-¿Qué habla a favor de su teoría?

- El jefe no la saluda, puede estar cabreado con ella
- Un compañero no la trató bien

-¿Qué habla en contra?

- Podría ser que el jefe no la haya visto
- Su compañero pudo tener un mal día la semana pasada
- Nadie le ha dicho que la vayan a despedir

-¿Necesito más información para tomar una decisión?

- Necesito más información porque solo tengo un punto de vista, sería bueno poder preguntarle a otras personas que trabajan allí qué piensan sobre eso
-

Tabla 4

Estudio de mis “ideas propias”

Idea: Los vecinos de mi urbanización quieren molestarte con ruidos

-¿En qué porcentaje estás convencida de esta idea? 90%

-¿Qué habla a favor de ella?

- Se oyen muchos gritos por el patio
- Hablan muy fuerte cuando suben la escalera y pasan por mi puerta
- Suben corriendo y dando golpes por mi rellano

-¿Qué habla en contra de ella?

- Mi madre dice que no tiene nada que ver conmigo
- Hay ruidos cuando yo no estoy
- Es una urbanización muy grande y al haber tanta gente hay muchos ruidos
- Los niños suelen subir corriendo y lo hacen porque están jugando

-¿En qué porcentaje estás convencida de esta idea tras el ejercicio? 60%

Cambiando creencias (4 sesiones)

En este módulo del programa se trabaja mayoritariamente con el sesgo ante la evidencia no-confirmatoria. El objetivo principal es aumentar la flexibilidad cognitiva en el sentido de estar abierto a corregir nuestras creencias cuando haya argumentos sólidos en contra, así como estar dispuesto a considerar y valorar la opinión de las demás personas. Al comienzo, se analizan las dificultades a las que puede llevar el mantener una opinión mientras se ignora la información que va en contra de esa creencia, por ejemplo, problemas interpersonales, poniendo ejemplos de situaciones cotidianas en las que aparecen. Tras este debate, se realizan ejercicios en los que se tiene que realizar una valoración de una situación ambigua que se va presentando en forma de escenas en orden inverso: conforme se va conociendo lo que pasó antes de la escena final, la creencia inicial tiene que ir corrigiéndose para encajar en la historia. Para terminar, se utilizan ejemplos de situaciones ficticias relacionadas con ideas delirantes en las que se analizan las consecuencias de dar una u otra interpretación al evento, como se ejemplifica en la Tabla 5.

Tabla 5

Análisis de un caso ficticio de delirios de persecución

Situación: Juan creía ser perseguido y amenazado por miembros de la ciencia ficción.

Por ello apenas abandona el hogar.

-Consecuencias de estar convencido de ser perseguido:

- Siente miedo y está siempre nervioso
- Desconfía de la gente
- No puede salir a la calle y no tiene nada que hacer
- Busca ayuda en las autoridades

-Consecuencias de identificar sus ideas como la expresión de un problema de salud mental:

- Siente tristeza
 - No desconfía tanto de la gente
 - Busca ayuda de profesionales de la salud
-

Empatizando (3 sesiones)

En esta unidad terapéutica se tratan temas relacionados con la Teoría de la Mente, centrándose sobre todo en el reconocimiento de emociones. El objetivo que se persigue es adoptar un estilo más abierto a la hora de integrar diferentes tipos de información antes de hacer juicios sobre las emociones o intenciones de las otras personas en situaciones sociales. Para ello, se utilizan ejercicios en los que se tiene que interpretar cómo se siente una persona únicamente por su expresión facial (lo que suele llevar a error) y reajustar esa valoración al añadir información sobre el contexto en el que se encuentra. También se llevan a cabo otras tareas que tienen que ver con adoptar el punto de vista de diferentes personajes en historias concretas, como la planteada en la Tabla 6.

Tabla 6

Ejercicio de cambio de perspectiva

Situación: Vuelves a casa cansada después de un día muy ajetreado. Paras en el supermercado a comprar, pero cuando llegas a la caja tienes delante a un hombre mayor que pone las cosas en la cinta de forma lenta y vacilante. Cuando el cajero le dice el precio, el señor busca en los bolsillos durante un largo tiempo y no encuentra su cartera. Además, accidentalmente deja caer una botella de aceite al suelo y se rompe.

-¿Qué pensarías/sentirías en esa situación?

- Me sentiría impaciente pero a la vez sentiría pena por la persona mayor

-¿Qué pensaría/sentiría el cajero?

- Pensaría que se le está formando mucha cola y que la gente se está poniendo nerviosa
- Sentiría impaciencia como yo

-¿Qué pensaría/sentiría la persona mayor?

- Se sentiría avergonzado por la situación y triste por no ser tan capaz como cuando era más joven
-

Memoria (2 sesiones)

El objetivo principal de estas sesiones tiene que ver con asentar la idea de que la memoria puede fallar en ocasiones, por lo que no se tiene que estar muy seguro de que un suceso ocurrió y estar dispuesto a valorar la posibilidad de estar equivocado. Para demostrar esta falibilidad de la memoria, se utilizan ejercicios en los que se muestra una imagen durante unos segundos, dando la instrucción de recordar todo lo posible. Tras ello, se presenta una lista de objetos, algunos de los cuales estaban en la imagen y otros que no. Al ser imágenes de escenas prototípicas (por ejemplo, una playa en verano), se cometen errores que tienen que ver con el recordar objetos que realmente no aparecían (sombrilla en la playa), los cuales se producen por rellenar las lagunas de memoria con lo que se sabe y no con lo que se recuerda. Por último, se analiza un recuerdo falso de la propia paciente, ilustrado en la Tabla 7.

Tabla 7

Análisis de un recuerdo falso propio

Recuerdo falso: Un compañero del centro me puso cristales en la tostada cuando fuimos a una cafetería

-Situación actual:

- Cuando hablo de ello, ninguno de mis otros compañeros ni el monitor que salió con nosotros recuerda eso y me dicen que es imposible que eso pasara

-Consecuencias de tener ese recuerdo:

- Siento desconfianza hacia esa persona y rechazo ir a algunas actividades cuando está él
-

Tipo de diseño

El presente estudio corresponde a un estudio de caso único de tipo AB, con una medida pre-intervención y otra post-intervención. En la condición A, por tanto, se establece la línea base de los aspectos evaluados, mientras que en la condición B se introduce la intervención y se realiza la evaluación tras ésta.

Resultados

Para analizar los resultados derivados de la intervención se van a comentar las comparaciones pre-intervención y post-intervención en los 3 aspectos evaluados: delirios, conciencia de sufrir delirios y grado de atribución de los delirios a la enfermedad y conciencia cognitiva. Para ello, se utilizará la representación visual de las puntuaciones obtenidas mediante los instrumentos de evaluación y se realizará un comentario acerca de las implicaciones de las puntuaciones.

En la Escala para la Valoración de los Síntomas Psicóticos se observa un descenso en las puntuaciones de todos los aspectos evaluados tras la intervención, excepto en el ítem de trastorno en la vida causado por los delirios que se mantiene invariable, como se puede observar en la Figura 1. Las ideas delirantes aparecen con menor frecuencia tras la intervención, así como se reduce el tiempo que pasa pensando en estas creencias: aparecen, al menos, una vez cada hora, con una duración de unos minutos, en contraposición a la evaluación pre-tratamiento, momento en el que estaban presentes casi constantemente, rumiando sobre estas ideas durante al menos una hora. Además, tras la intervención se produce un descenso en la convicción sobre esas ideas, pasando de un 100% a un nivel de convicción entre el 50 y el 99%. Respecto a la frecuencia con la que aparece la angustia a causa de esas ideas, se observa un descenso en el número de ocasiones en las que la aparición de las ideas produce angustia, pasando de siempre acompañar ese malestar a la idea delirante a producirse entre el 50 y el 99% de las ocasiones. Además, la intensidad de la angustia acompañante al delirio se reduce desde el nivel más alto (“la angustia es extrema, no puede ser peor”) a un nivel moderado de angustia. Por último, no se producen cambios respecto al trastorno en la vida causado por las creencias delirantes, manteniéndose en un nivel moderado de trastorno y repercusión.

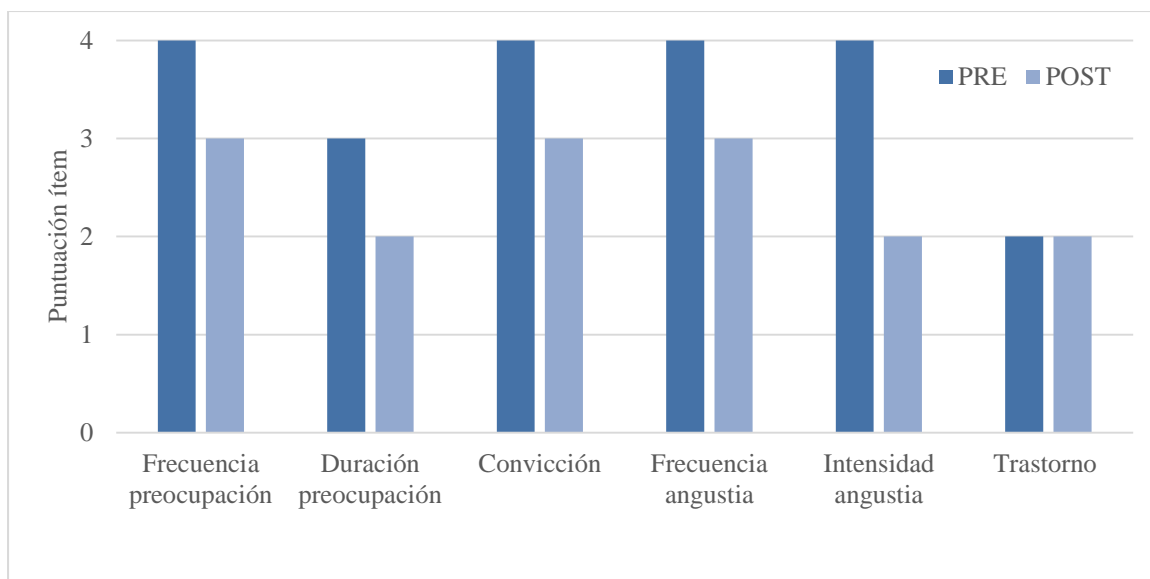


Figura 1. Puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento en la sub-escala de delirios de la Escala para la Valoración de los Síntomas Psicóticos

Respecto a los resultados relacionados con la conciencia de sufrir delirios y la atribución de éstos a la enfermedad, evaluados mediante la Escala de Valoración de la No-Conciencia de Trastorno Mental, se aprecia un aumento de la conciencia de experimentar ideas delirantes tras la intervención, como se representa en la Figura 2. Anteriormente al tratamiento, aunque no se producía una falta de conciencia absoluta sobre este síntoma, sí aparecía una tendencia a no considerar que padece delirios. Tras la intervención muestra una conciencia intermedia, puntuación caracterizada por la inseguridad de tener ideas delirantes, aunque pudiendo considerar la posibilidad de sufrir ese síntoma. Respecto al ítem de atribución de los delirios a la enfermedad, antes de la intervención se producía una tendencia a no considerar el síntoma como causa de un trastorno mental. La puntuación post-tratamiento, sin embargo, indica un grado de atribución parcial, el cual apunta a una inseguridad de que estas ideas se deban a la enfermedad mental, pero pudiendo considerar la idea de que sean debidas a ella.

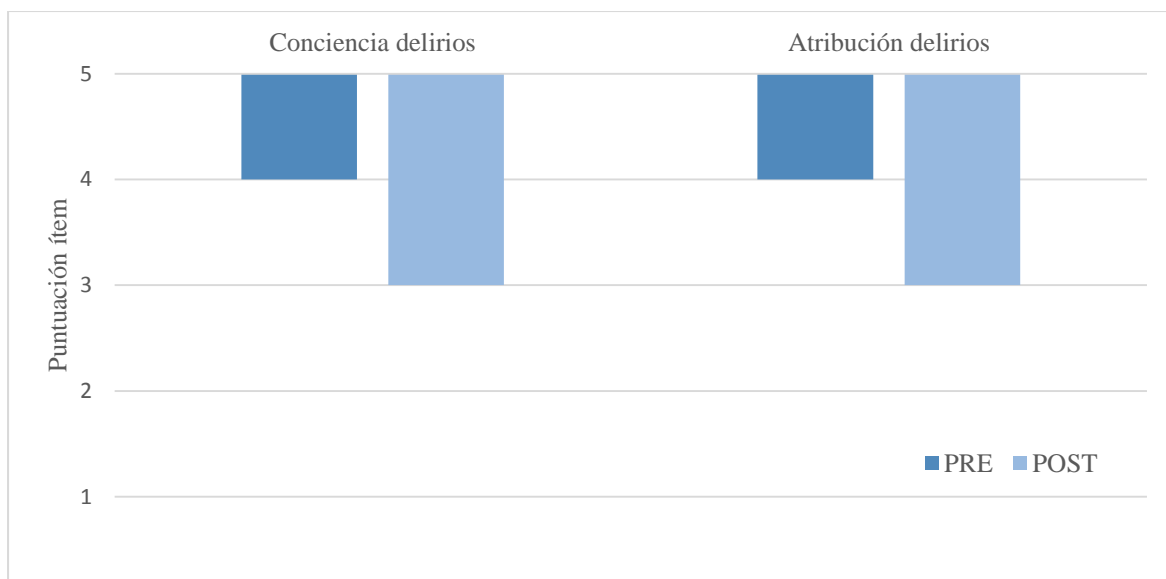


Figura 2. Puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento en la Escala de Valoración de la No-Conciencia de Trastorno Mental

Por último, en la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck, tal y como se representa en la Figura 3, se produce un aumento en la sub-escala de auto-reflexión, pasando de una puntuación de 11 en la evaluación anterior al tratamiento a una de 17 tras éste (rango 0-27). Por tanto, se ha producido un aumento en la capacidad de observar los propios procesos mentales y considerar interpretaciones alternativas, lo que denota una mayor flexibilidad cognitiva. También se produce un descenso en la puntuación de la sub-escala de auto-certeza (Figura 4), que pasa de 10 a 6 (rango de 0-18), reflejando una menor seguridad en las propias creencias. El mostrar una mayor flexibilidad cognitiva y una menor seguridad en las propias creencias indica, en suma, una mejora en la conciencia cognitiva en la paciente tras la intervención.

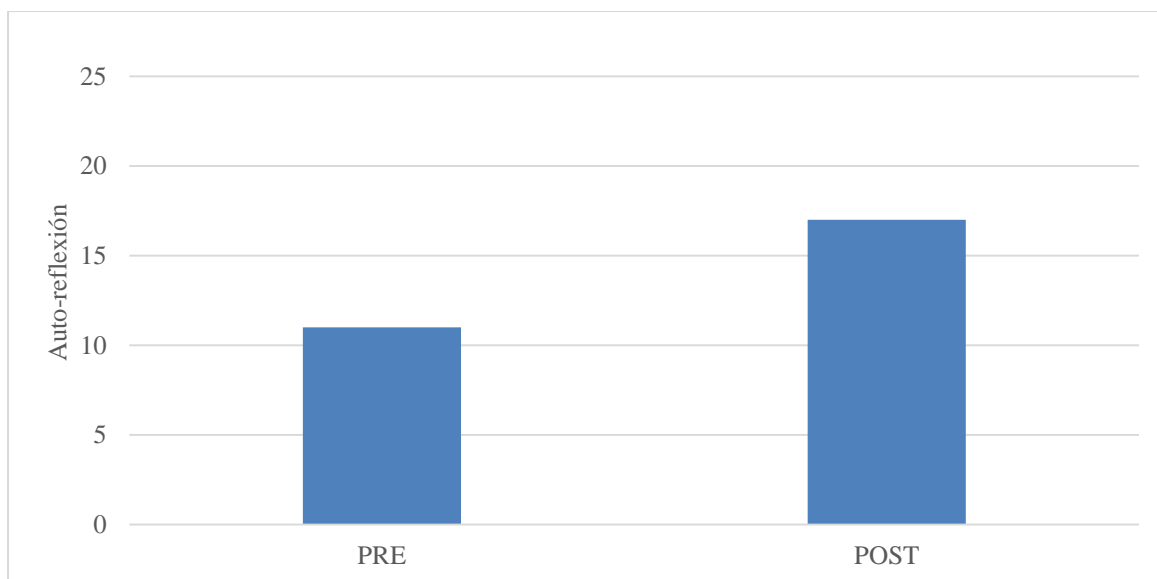


Figura 3. Puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento en la sub-escala de auto-reflexión de la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck

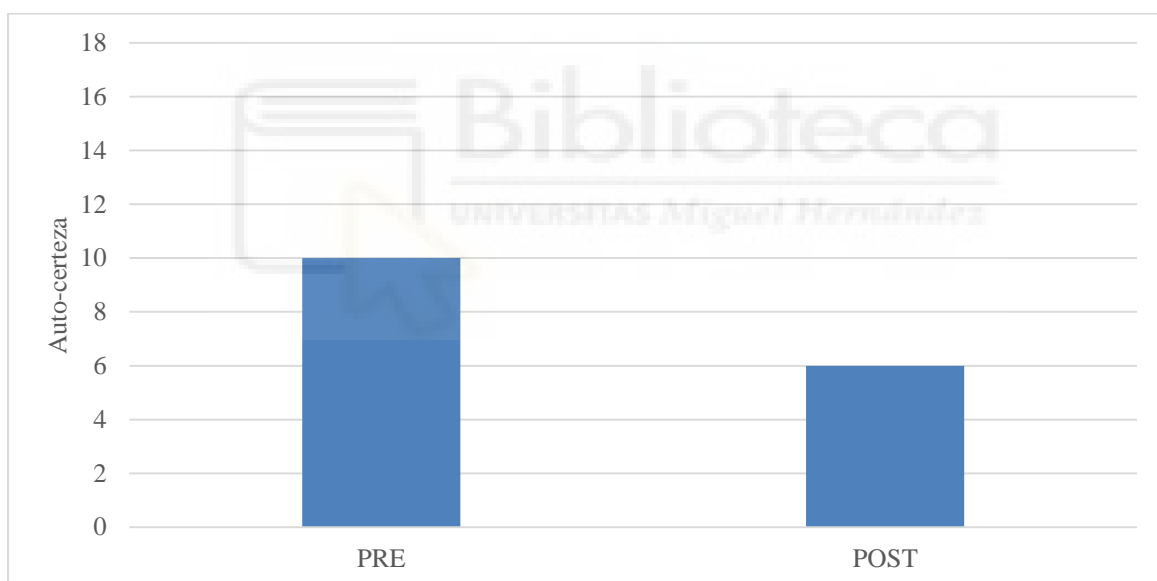


Figura 4. Puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento en la sub-escala de auto-certeza de la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la efectividad del programa de Entrenamiento Metacognitivo Individualizado para Pacientes con Psicosis en una paciente diagnosticada de esquizofrenia, con tres propósitos específicos: evaluar la reducción de la severidad de los delirios, evaluar el aumento de la conciencia de sufrir delirios y del grado de

atribución de éstos a la enfermedad y evaluar la mejora de la conciencia cognitiva. A la vista de los resultados obtenidos en la evaluación, se puede hablar de un cumplimiento parcial de la primera hipótesis, que afirmaba la reducción de la severidad de los delirios. Se ha producido un descenso en todas las dimensiones del delirio evaluadas excepto en el trastorno en la vida diaria, que se mantiene constante. La reducción de la severidad de las ideas delirantes va en consonancia con los resultados obtenidos en diferentes estudios que analizan la eficacia del Entrenamiento Metacognitivo (Andreou et al., 2016; Briki et al., 2014; Eichner y Berna, 2016; Favrod et al., 2013; Liu et. al, 2018; Monfort y Pena-Garijo, 2016; Vitzthum, Veckenstedt y Moritz, 2013). Una posible explicación al hecho de que no se haya producido una reducción en el trastorno producido por las ideas delirantes en la vida diaria tiene que ver con la propia naturaleza del ítem con el que se evalúa esta dimensión en la Escala para la Valoración de Síntomas Psicóticos. La puntuación de la evaluación pre-intervención implica una cantidad moderada de trastorno en las actividades diarias y en las relaciones sociales, sin necesidad de ingreso psiquiátrico pero con necesidad de apoyo en las actividades para la vida diaria. La puntuación inmediatamente inferior implicaría un trastorno mínimo en la vida, sin necesidad de apoyo en las actividades de la vida diaria y mínima afectación en las relaciones sociales. En este caso, tras la intervención se considera que el trastorno producido en la vida diaria sigue siendo moderado, por lo que la gran diferencia que hay en el significado de las diferentes puntuaciones al ítem impide que se produzca una reducción de la severidad en esta dimensión.

Respecto a la segunda hipótesis, que predecía el aumento de la conciencia de padecer delirios y el aumento del grado de atribución de estos a la enfermedad, se puede decir que se ha cumplido ésta, ya que tras la intervención se ha pasado de una tendencia a no ser consciente de la posibilidad de tener ideas falsas a estar dubitativa sobre este hecho. Además, también se puede considerar que se encuentra más ambivalente respecto a la posibilidad de

considerar los delirios como un síntoma de su enfermedad. Estos resultados, en suma, van en la línea de los encontrados en diversos estudios que analizan el efecto de la intervención en la conciencia de enfermedad y de síntomas en la literatura (Briki et. al, 2014; Favrod et al, 2013; Moritz et al., 2014).

En relación a la tercera hipótesis, que afirmaba que se produciría una mejora en la conciencia cognitiva tras la intervención, se puede hablar de cumplimiento por la combinación de resultados obtenida en la evaluación post-tratamiento. Se ha producido un aumento de la capacidad auto-reflexiva, mostrándose más abierta a evaluar sus procesos mentales y considerar interpretaciones alternativas, así como un descenso de la auto-certeza en las creencias, mostrando menor seguridad en las propias creencias. Este aumento de la conciencia cognitiva va en la misma dirección de lo encontrado en diferentes estudios que valoran la eficacia del programa en este aspecto (Andreou et al., 2016; Lam et al., 2015; Moritz et al., 2014).

Posiblemente, uno de los resultados más relevantes del estudio tiene que ver con lo que Moritz et al. (2014) plantearon en su revisión: el Entrenamiento Metacognitivo se enfoca, entre otros aspectos, a “plantar la semilla de la duda”. El hecho de que se haya reducido la convicción en las ideas delirantes, así como que en el momento actual se encuentre ambivalente sobre la posibilidad de padecer este síntoma y se muestre más abierta a reevaluar sus propias creencias, va en consonancia con ese planteamiento. Todo ello puede implicar que se abra una posibilidad de trabajar con las ideas delirantes de forma más profunda, por lo que la intervención, sin duda, ha resultado útil como primer paso en el abordaje del síntoma en este caso.

El presente estudio presenta diversas limitaciones. Por una parte, no se ha realizado una evaluación relativa a la mejora de los sesgos cognitivos, el aspecto principal al que se dirige el programa. Esto, sumado a la falta de control del influjo de otras variables, dificulta

el asignar la mejora de los aspectos evaluados únicamente al efecto de la intervención. Además, no se pudo incluir un seguimiento en el estudio, un aspecto clave en la valoración de los efectos de la intervención. Por último, se encuentran problemas con la generalización de los resultados por el hecho de ser un estudio de caso único. Respecto a las líneas futuras de investigación sobre el Entrenamiento Metacognitivo, sería interesante realizar estudios de eficacia en España sobre este tipo de intervención para analizar el verdadero alcance y beneficios del programa, ya que la literatura sobre el tema en nuestro país es escasa.

Referencias bibliográficas

- Ali, A., Carre, A., Orri, M., Urbach, M., Barry, C., Hassler, C.,...Nordon, C. (2017). The real-life effectiveness of psychosocial therapies on social autonomy in schizophrenia patients: *Results from a nationwide cohort study in France. Psychiatry Research, 247*, 97-104. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.048
- Amador, X. F. y Strauss, D. H. (1990). *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. Nueva York: Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
- Andreou, C., Wittekind, C. E., Fieker, M., Heitz, U., Veckenstedt, R., Bohn, F. y Moritz, S. (2016). Individualized metacognitive therapy for delusions: A randomized controlled rater-blind study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 56*, 144-151. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.013
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A. y Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research, 68*(2-3), 319-329. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00189-0
- Bhatt, R., Laws, K. R. y McKenna, P. J. (2010). False memory in schizophrenia patients with and without delusions. *Psychiatry Research, 178*(2), 260-265. doi: 10.1016/j.psychres.2009.02.006

- Bo, S., Kongerslev, M., Dimaggio, G., Lysaker, P. H. y Abu-Akel, A. (2015). Metacognition and general functioning in patients with schizophrenia and a history of criminal behavior. *Psychiatry Research*, 225(3), 247-253. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.034
- Bora, E., Yücel, M. y Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 253-264. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01414.x
- Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J., Netillard, C.,...Vandel, P. (2014). Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 99-106. doi: 10.1016/j.schres.2014.06.005.
- Colbert, S. M., Peters, E. R. y Garety, P. A. (2010). Delusions and belief flexibility in psychosis. *Psychology and Psychotherapy*, 83(1), 45-57. doi: 10.1348/147608309X467320
- Eichner, C. y Berna, F. (2016). Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on Positive Symptoms and Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Taking Into Account Important Moderators. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 952-962. doi: 10.1093/schbul/sbv225
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S.,...Bonsack, C. (2013). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *European Psychiatry*, 29(5), 275-281. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.08.003
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G. y Remington, G. (2014). Effect of antipsychotic medication on overall life satisfaction among individuals with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study. *European Neuropsychopharmacology*, 24(7), 1078-1085. doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.03.001

- Freeman, D., Pugh, K. y Garety, P. (2008). Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 254-260. doi: 10.1016/j.schres.2008.03.020
- Fretland, R. A., Andersson, S., Sundet, K., Andreassen, O. A., Melle, I. y Vaskinn, A. (2015). Theory of mind in schizophrenia: Error types and associations with symptoms. *Schizophrenia Research*, 162(1-3), 42-46. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.024
- Gaweda, L. y Prochwicz, K. (2015). A comparison of cognitive biases between schizophrenia patients with delusions and healthy individuals with delusion-like experiences. *European Psychiatry*, 30(8), 943-949. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.08.003
- 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. *Judgment and Decision Making*, 4, 587-600. doi: 10.2139/ssrn.1313623
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M.,...Salamero, M. (2012). Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 2-9.
- Haddock, G., McCarron, J, Tarrier, N. y Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879-889.
- Kircher, T., Koch, K., Stottmeister, F. y Durst, V. (2007). Metacognition and Reflexivity in Patients with Schizophrenia. *Psychopathology*, 40(4), 254-260. doi: 10.1159/000101730
- Koelkebeck, K., Pedersen, A., Suslow, T., Kueppers, K. A., Arolt, V. y Ohrmann, P. (2010). Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: Correlations with cognition and personality traits. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 115-123. doi: 10.1016/j.schres.2009.12.015

- Lam, K. C., Ho, C. P., Wa, J. C., Chan, S. M., Yam, K. K., Yeung, O. S.,... Balzan, R. P. (2015). Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: A randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 38-42. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.008
- Leucht, S., Arbter, D., Engel, R. R., Kissling, W. y Davis, J. M. (2009). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry*, *14*(4), 429-447. doi: 10.1038/sj.mp.4002136
- Lincoln, T. M., 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*(3), 297-302. doi: 10.1007/s10608-009-9284-4
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S. y Rief, W. (2010). The Jumping to Conclusions Bias in Delusions: Specificity and Changeability. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(1), 40-49. doi: 10.1037/a0018118
- Liu, Y. C., Tang, C. C., Hung, T. T., Tsai, P. C. y Lin, M. F. (2018). The Efficacy of Metacognitive Training for Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Informs Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *15*(2), 130-139. doi: 10.1111/wvn.12282
- Mehl, S., Rief, W., Lüllmann, 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? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(7), 516-519. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e4c8d2

- Monfort, C. y Pena-Garijo, J. (2016). Aplicación individual del programa de entrenamiento metacognitivo en la esquizofrenia: dos estudios de caso. *Ágora de Salud*, 3, 245-255. doi: 10.6035/AgoraSalut.2016.3.26
- Moritz, S., Woodward, T. S. y Chen, E. (2006). Investigation of metamemory dysfunctions in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81(2-3), 247-252. doi: 10.1016/j.schres.2005.09.004
- Moritz, S., Vitzthum, F. B., Randjbar, S., Veckenstedt, R. y Woodward, T. S. (2010). *Metacognitive Training for Patients with Schizophrenia (MCT)*. Hamburgo: VanHam Campus.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S. y Vitzthum, F. B. (2011). *Individualized Metacognitive Therapy Program for Patients with Psychosis (MCT+)*. Berlín: Springer.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F. B. y Woodward, T. S. (2011). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41(9), 1823-1832. doi: 10.1017/S00332917110002618
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P. y Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 358-366. doi: 10.1016/j.cpr.2014.04.004
- Moritz, S., Bentall, R. P., Kolbeck, K. y Roesch-Ely, D. (2017). Monocausal attribution and its relationship with reasoning biases in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 193, 77-82. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.057

- Patterson, T. L. y Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 108-119. doi: 10.1016/j.schres.2007.12.468
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F. B., Hottenrott, B. y Moritz, S. (2011). Attributional biases in paranoid schizophrenia: Further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(1), 74-85. doi: 10.1080/17522431003717675
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S. y García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 111-119.
- Tai. S. y Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873. doi: 10.1093/schbul/sbp080
- Tan, S., Zou, Y., Wykes, T., Reeder, C., Zhu, X., Yang, F.,...Zhou, D. (2016). Group cognitive remediation therapy for chronic schizophrenia: A randomized controlled trial. *Neuroscience Letters*, 626, 106-111. doi: 10.1016/j.neulet.2015.08.036
- Telles-Correia, D., Barbosa-Rocha, N., Gama-Marques, J., Moreira, A. L., Alves-Moreira, C., Saraiva, S.,...Haddock, G. (2017). Validación de la versión en portugués de la Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(2), 55-61.
- Vitzthum, F. B., Veckenstedt, R. y Moritz, S. (2013). Individualized Metacognitive Therapy Program for Patients with Psychosis (MCT+): Introduction of a Novel Approach for Psychotic Symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(1), 105-110. doi: 10.1017/S1352465813000246

- 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(4), 605-617. doi: 10.1080/13803390590949511
- Woodward, T. S., Moritz, S., Menon, M. y Klinge, R. (2008). Belief inflexibility in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13(3), 267-277. doi: 10.1080/13546800802099033
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. y Tarrrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537. doi:10.1093/schbul/sbm114

