

LA METACOGNICIÓN COMO RECURSO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Trabajo final de grado en Psicología



UNIVERSIDAD DE NAVARRA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

Autor: Ángela González Ozcoidi

Tutor: Graciela Soriano

Pamplona, 15 de mayo de 2023

Índice

Resumen	6
Resumen	6
Abstract	6
Introducción	7
Justificación del tema y aspectos nucleares	7
Objetivos	8
Estructura y contenido del trabajo	8
Capítulo 1: Esquizofrenia. Marco teórico general	10
1.1 Definición de esquizofrenia. Revisión histórica del concepto	10
1.2 Características clínicas	11
1.3 Criterios diagnósticos según DSM-V y CIE-11	12
1.4 Tipos y subtipos de esquizofrenia	14
1.5 Diagnóstico diferencial	15
1.6 Evaluación	16
1.7 Epidemiología	17
1.8 Evolución y pronóstico	18
1.9 Modelos clínicos etiopatogénicos	20
1.9.1 Modelo del Neurodesarrollo	20
1.9.2 Modelo Genético	21
1.9.3 Modelo Neuroquímico	22
1.9.4 Modelos Psicosociales. Modelo de Vulnerabilidad- Estrés	23
1.9.5 Modelo Cognitivo de la Psicosis	24
1.10 Tratamiento farmacológico y no farmacológico	24
1.10.1 Tratamiento farmacológico	25
1.10.2 Tratamiento no farmacológico	25
Capítulo 2: Metacognición	27
2.1 Metacognición y sus antecedentes	27
2.1.1 Definición del término. Antecedentes al modelo en metacognición	27
2.1.2 La relación de la metacognición con otras formas de cognición	28
2.1.3 Evaluación en metacognición	29
2.1.4 Metacognición en la esquizofrenia	31
2.2 Psicoterapia orientada metacognitivamente. Líneas de trabajo en metacognición	32
2.2.1 Terapia de Reflexión Metacognitiva e Insight (MERIT)	33
A. Principios generales	34
B. Comparativa con otras terapias no metacognitivas	35
2.2.2 Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis (MIT-P)	36
A. Programa de tratamiento	37
B. Similitudes y diferencias MIT y MERIT	37
2.2.3 Entrenamiento Metacognitivo de Moritz (EMC)	38
A. Programa de tratamiento	38

Capítulo 3. Resultados	41
3.1 Terapia de Reflexión Metacognitiva e Insight	41
3.2 Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis	43
3.3 Entrenamiento Metacognitivo de Moritz. EMC	44
Conclusiones	49
Limitaciones	50
Referencias bibliográficas	51
Anexos	63

Resumen

Resumen

La estrecha relación entre los déficits metacognitivos y la esquizofrenia ha llevado a numerosos profesionales a investigar cuál es la asociación entre ambas, generando cuestiones acerca de la causalidad entre una limitada metacognición y el posterior desarrollo o agravamiento de los síntomas de la esquizofrenia. No es en vano, por tanto, la necesidad de desarrollar y aplicar enfoques centrados en estas limitaciones metacognitivas, dirigidos a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El presente trabajo es una revisión bibliográfica acerca de los estudios realizados sobre la eficacia de las terapias en metacognición en la mejoría clínica de pacientes con esquizofrenia.

Palabras clave: Metacognición; Terapia Metacognitiva; Terapia de Conducta Cognitiva Psicosis, Esquizofrenia

Abstract

The close relationship between metacognitive deficits and schizophrenia has led many professionals to investigate the association between the two, raising questions about the causality between limited metacognition and the subsequent development or worsening of schizophrenia symptoms. It is not in vain, therefore, the need to develop and apply approaches focused on these metacognitive limitations, aimed at patients with a diagnosis of schizophrenia. The present work is a bibliographic review of the studies carried out on the efficacy of metacognitive therapies in the clinical improvement of patients with schizophrenia.

Keywords: Metacognition; Metacognitive Therapy; Cognitive Behavior Therapy; Psychosis, Schizophrenia

Introducción

Justificación del tema y aspectos nucleares

Términos como “psicótico” o “psicosis” han sido capitales a lo largo de toda la historia de la Psiquiatría y Psicología. Estos conceptos son, a menudo, utilizados como sinónimo del tan conocido término cultural de “locura”, el cual ha ido avanzando y transformándose con el paso de los años de forma paralela a su estudio. Sin embargo, aún hoy en día sigue habiendo una gran confusión en la población general en cuanto a lo que el término psicosis se refiere, lo que lleva a la sociedad a una estigmatización del mismo y de aquellos que lo sufren.

A pesar de que con el paso de los años se han realizado grandes avances en Psiquiatría y Psicología, aún hoy en día muchas preguntas siguen sin respuesta y, por lo tanto, muchas puertas abiertas. Aún sigue existiendo una gran controversia acerca del origen claro y causal de la psicosis y, más concretamente y de acuerdo a lo que este trabajo busca exponer, de la esquizofrenia. No es de extrañar, por tanto, que se siga avanzando en la búsqueda e investigación de nuevas formas de tratamiento para la esquizofrenia y, por supuesto, para las psicosis en su conjunto.

La esquizofrenia constituye uno de los trastornos psicóticos más incapacitantes hoy en día, llegando a afectar a 1 de cada 300 personas (0,32%) según estudios epidemiológicos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). La esquizofrenia afecta a 24 millones de personas aproximadamente a nivel mundial (OMS, 2022). La base sobre la que se sustenta el tratamiento para la esquizofrenia es el tratamiento farmacológico, centrado principalmente en los fármacos antipsicóticos, los cuales han mostrado grandes resultados en la reducción de síntomas positivos, sin ser igualmente eficaces para el cese de los síntomas negativos, los cuales tienden a aumentar cuando los positivos se reducen (Stahl & Buckley, 2007). Es por tanto relevante la necesidad de indagar sobre nuevos y avanzados enfoques y modelos psicoterapéuticos que puedan dar respuesta tanto a las necesidades como a las dificultades sociales y relacionales que presentan los pacientes con esquizofrenia, las cuales podrían también formar parte del origen del trastorno.

Dejando a un lado pero sin olvidarnos nunca de los tratamientos farmacológicos que tan relevantes son en la mejoría clínica de pacientes con algún trastorno psicótico, el presente trabajo centrará el foco en el tratamiento no farmacológico, haciendo especial

hincapié en la terapia de índole metacognitiva. Los enfoques psicoterapéuticos basados en la metacognición buscan servir como una herramienta capaz de hacer frente a parte de la sintomatología presentada en pacientes con esquizofrenia, instaurándose dentro un tratamiento multidisciplinar y adaptado al paciente y a sus características clínicas y personales.

Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es analizar la eficacia clínica de las terapias en metacognición para a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Los objetivos específicos son profundizar en el estudio de la esquizofrenia y todos los aspectos necesarios para su comprensión, así como estudiar el constructo de la metacognición y la relación de este con la esquizofrenia.

Estructura y contenido del trabajo

El presente trabajo es una revisión bibliográfica en la que se analiza el concepto de la esquizofrenia y sus diversas características y aspectos más relevantes, así como el constructo de la metacognición y la relación del mismo con el trastorno de esquizofrenia. A raíz de la relación entre ambas cuestiones, se expondrán, a través de la propia revisión bibliográfica, los avances y estudios que proponen enfoques terapéuticos centrados en la metacognición para la mejoría clínica de pacientes con esquizofrenia. Terapias como la Terapia Metacognitiva de Reflexión e Introspección (MERIT) o el Entrenamiento Metacognitivo (MCT) serán analizadas en el presente trabajo.

En el primer capítulo se desarrollará el marco teórico que se introducirá y contextualizará la primera cuestión a examinar: la esquizofrenia. Se revisará cómo este término ha ido variando a lo largo de la historia, incluyendo lo aportado por los principales manuales diagnósticos en sus versiones actualizadas, DSM-V y CIE-11. Además, se presentarán las características clínicas más relevantes de la esquizofrenia, así como información de especial importancia para el tema de estudio.

En el segundo capítulo se hará un acercamiento al estudio y profundización de la segunda variable relevante para este trabajo, la metacognición.. Se realizará una comprensión exhaustiva de este concepto, enfocado a las terapias en metacognición

propriadamente dichas, haciendo un análisis de los nuevos enfoques y avances que han ido surgiendo en los últimos años.

En el tercer capítulo se contemplarán algunos de los principales resultados obtenidos en diversos estudios acerca de la evidencia y aplicabilidad de los enfoques metacognitivos en el tratamiento de la esquizofrenia.

Por último, se procederá a realizar una conclusión acerca de los resultados y limitaciones que surgen de la presente investigación

Capítulo 1: Esquizofrenia. Marco teórico general

1.1 Definición de esquizofrenia. Revisión histórica del concepto

El término esquizofrenia es un término controversial, pues su conceptualización ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. En un primer momento, el término esquizofrenia fue contemplado como sinónimo de “demencia precoz”, debido en gran parte a la similitud de las características de esta última con la esquizofrenia propiamente. El término “demencia precoz” fue acuñado por Morel, quien se centró especialmente en el deterioro que los síntomas causaban en la vida social, así como en las alteraciones de la realidad. Sin embargo, es importante recalcar que este término se planteó a raíz de lo observado en un paciente adolescente, es decir, un único caso clínico. (Belloch et al., 2008).

Avanzando en la historia, y ya en el 1896, fue Kraepelin quien, a partir del término acuñado por Morel, “demencia precoz”, hace una descripción del mismo: “*inicio precoz, evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva*”. Así mismo, Kraepelin dividió la demencia precoz en los tres grandes grupos siguientes: paranoide, catatónica y hebefrénica. Dicha división aportada por Kraepelin ha sido la precursora de la actual clasificación de los diferentes tipos de esquizofrenia existentes (Novella et al., 2010).

No fue hasta 1911 cuando Bleuler acuñó el término “esquizofrenia” debido, principalmente, a la inexactitud del término “demencia precoz”. La imprecisión y poca claridad del término utilizado hasta el momento, “demencia precoz” se debía, entre otras cosas, a que en la esquizofrenia no siempre hay deterioro. Desde entonces, han sido muchos los autores que han investigado sobre este trastorno, aumentando así el número de descripciones y definiciones del mismo. (Belloch et al., 2008).

Una de las más recientes definiciones del término esquizofrenia es la acuñada por Godoy, Godoy-Izquierdo, y Vázquez (2014), que dice así: “*Las psicosis son trastornos psicopatológicos muy graves cuyo denominador común, entre los pacientes que las padecen, son las serias alteraciones del pensamiento y la percepción (ideas delirantes y alucinaciones), una notable desorganización de la personalidad y del comportamiento (incapacidad para funcionar adecuadamente en la vida cotidiana) y una grave distorsión del sentido de la realidad (vivencia de una realidad muy distinta de la de las personas que los rodean).*”

Siguiendo con los mismos autores, estos afirman la dificultad de encontrar una definición unánime del término esquizofrenia debido, principalmente, a la heterogeneidad de

sus síntomas. Así mismo, resulta también de especial dificultad delimitar la frontera entre la esquizofrenia propiamente dicha y otras psicosis también pertenecientes al grupo de trastornos mentales graves previamente mencionado (Godoy et al., 2014).

No es de extrañar, por tanto, la dificultad existente no solo en la correcta definición del trastorno sino también en un buen diagnóstico del mismo y, por consiguiente, en un correcto tratamiento.

1.2 Características clínicas

Teniendo en cuenta los grandes cambios que ha sufrido el concepto de esquizofrenia a lo largo de los años, no es de extrañar, por tanto, que las características clínicas pertenecientes al mismo también hayan sufrido modificaciones. Partiendo de la base propuesta tradicionalmente, encontramos que las características clínicas de la esquizofrenia son divididas de manera dicotómica en síntomas positivos y negativos. Es importante considerar también la perspectiva propuesta por algunos autores como Andreasen, Carpenter, Kane, Lasser, Marder y Weinberger (2005), quienes, tras un estudio y análisis factorial del trastorno de esquizofrenia, aseguran la existencia de una tercera dimensión, la desorganización. Así pues, nos encontramos ante tres tipologías principales de síntomas.

Es importante recalcar que, cuando hablamos de términos positivos o negativos no hacemos referencia a su valor actitudinal de bueno o malo. El uso de los términos positivo y negativo en psiquiatría y psicología hace referencia o bien a la ausencia o pérdida de una capacidad que previamente se tenía (síntomas negativos), o a la presencia de alguna característica que, en el pasado, no estaba presente en el sujeto (síntomas positivos) (Godoy et al., 2014).

Respecto a los síntomas positivos, estos, como hemos comentado previamente, hacen referencia a la adquisición o aparición de síntomas que antes no estaban. A su vez, los síntomas positivos se dividen en varios subtipos, siendo los más comunes los siguientes: En primer lugar los delirios, que se pueden definir como alteraciones del pensamiento en las que la persona tiene ideas alejadas de la realidad, las cuales sostiene de manera firme. Los delirios pueden ser de variados tipos, persecución, prejuicio, grandeza, celos... En segundo lugar las alucinaciones, las cuales se caracterizan por una alteración de la percepción, es decir, alteran la capacidad del individuo de percibir correctamente su realidad, llegando a hacer que este vea, huela, escuche, saboree e incluso sienta cosas inexistentes. Por último, con respecto a la

sintomatología positiva, encontramos también los síntomas motores o comportamiento catatónico, el cual puede manifestarse de diversas formas: estupor, agitación psicomotriz, inmovilidad... Pudiendo ser tanto consecuencia directa de la enfermedad como de la medicación (Godoy et al., 2014).

En relación a los síntomas negativos, estos, como bien hemos definido previamente, ocurren cuando la persona pierde alguna capacidad o característica con la que contaba durante su funcionamiento premórbido. Algunos ejemplos de síntomas negativos son la apatía, anhedonia, abulia, el retraimiento social o el aplanamiento afectivo. Los síntomas negativos se asocian a grandes efectos negativos sobre la calidad de vida de los pacientes que los sufren, así como al estado funcional y al resultado a largo plazo de los pacientes (Milev et al. 2005; Kurtz et al. 2005; Moller 2007; Hunter & Barry 2012). Es importante recalcar que, cuando los síntomas positivos cesan, los síntomas negativos tienden a persistir, pues no suelen responder al tratamiento farmacológico (Stahl & Buckley, 2007; Bames & Paton 2011). Por tanto, no es de extrañar su relevancia clínica y la importancia de un abordaje integral del trastorno de esquizofrenia (Godoy et al., 2014).

En tercer y último lugar, nos encontramos con los síntomas de desorganización. La desorganización en pacientes con esquizofrenia puede manifestarse tanto en su comportamiento como en su pensamiento (discurso). Así mismo, cabe resaltar que este comportamiento no está dirigido a un objeto, por lo que resulta difícil completar tareas o actividades. El comportamiento desorganizado puede abarcar desde la resistencia a seguir instrucciones, posturas inadecuadas o extrañas, hasta una completa falta de respuesta o movimiento. El comportamiento desorganizado puede presentarse como agitación, incapacidad de organizarse, inadecuada higiene personal, falta de atención y rigidez. Por su parte, el pensamiento desorganizado se infiere a partir del habla desorganizada. En la mayoría de los casos, se da lo que se conoce como lenguaje asindético, haciendo que la expresión carezca de sentido lógico y dificultando una comunicación eficaz (Godoy et al., 2014).

1.3 Criterios diagnósticos según DSM-V y CIE-11

Con el paso de los años y el avance de la investigación, la definición de los trastornos ha ido cambiando y, por consiguiente, los criterios diagnósticos de estos se han ido actualizando. De manera paralela, los manuales diagnósticos se han transformado, adaptándose a estas alteraciones.

De acuerdo a la última edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), la esquizofrenia se enmarca dentro del capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, donde se encuentran, además del propio trastorno de esquizofrenia, otros trastornos que cuentan con similitudes. (APA, 2013).

En lo que respecta a los criterios clínicos de la esquizofrenia, me remito a presentar lo indicado y expuesto por el manual diagnóstico debido a su precisión y claridad. Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia según DSM-V se exponen en el apartado de Anexos (ver Anexo 1). Así mismo, se añaden en el mismo apartado los especificadores para el trastorno de esquizofrenia (ver Anexo 2).

Tomando en consideración la perspectiva diagnóstica aportada por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), manual diagnóstico estandarizado para el ámbito de la salud, la esquizofrenia se encuadra dentro del grupo de los trastornos de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, trastornos delirantes persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. (F20-F29). La esquizofrenia propiamente, según la CIE-10, Esquizofrenia F20, se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, así como una actividad inadecuada o embotada. De acuerdo a la CIE-10, los pacientes con esquizofrenia, por lo general, mantienen la lucidez de conciencia y la capacidad intelectual, características que, con el transcurso del tiempo, pueden deteriorarse. Algunos de los fenómenos psicopatológicos aportados por la CIE-10 son el pensamiento con eco, la inserción o el robo de pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, así como voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo (OMS, 1992).

Así pues, y siguiendo con la CIE-10, está enmarca la esquizofrenia paranoide como un subtipo de esquizofrenia, atendiéndose en el manual diagnóstico como F20.0 Esquizofrenia paranoide. Según la CIE-10, en la esquizofrenia paranoide predominan los delirios estables (de tipo paranoide por lo general), los cuales están acompañados de alucinaciones (de tipo auditivo) y de perturbaciones de la percepción. En la esquizofrenia paranoide no destacan las perturbaciones del afecto, ni de la volición, lenguaje ni síntomas catatónicos (OMS, 1992).

1.4 Tipos y subtipos de esquizofrenia

Clásicamente, los manuales diagnósticos han distinguido diversos subtipos de esquizofrenia en sus páginas. No fue hasta el año 2013 que, la Asociación Americana de Psiquiatría actualizó esta clasificación. En la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), estos subtipos son eliminados, dejando atrás la clasificación aportada por el DSM-IV, donde se describían cinco tipos de esquizofrenia (APA, 2013).

A pesar de que dicha clasificación ya no esté vigente, es de relevancia para el presente trabajo realizar un breve acercamiento a las características de los subtipos existentes hasta el 2013, los cuales quedan resumidos en el apartado de Anexos (ver Anexo 3).

Actualmente, el DSM-V incluye algunas de las características presentes en los subtipos propuestos en el DSM-IV, como la paranoia, catatonía y el habla y comportamiento desorganizado. Sin embargo, en el DSM-V estas características son propias de un diagnóstico de esquizofrenia único, sin considerar subtipos diferentes de esquizofrenia. La razón por la que en el DSM-V ya no sigan vigentes estas categorías se debe a que los expertos reconocen que los subtipos indicados en el DSM-IV tenían síntomas que coincidían, solapándose unos con otros, habiéndose así poca precisión en el diagnóstico (APA, 2013).

Por su parte, la penúltima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la CIE-10, incluye otro subtipo más de esquizofrenia, la esquizofrenia simple. Este subtipo de esquizofrenia es caracterizado por síntomas poco llamativos como una conducta extraña y la disminución del rendimiento. Debido a la poca presencia de sus síntomas, la detección de este tipo de esquizofrenia puede resultar difícil. El pronóstico es malo. En el caso del DSM-IV, este subtipo de esquizofrenia es considerado como un tipo de trastorno de personalidad denominado esquizotípico.

Algo en lo que sí concuerdan ambas clasificaciones diagnósticas, tanto la CIE-10 como el DSM-IV es en lo referente al subtipo de esquizofrenia residual. Ambos sistemas incluyen este subtipo en sus páginas, indicando que es diagnosticado cuando el curso del trastorno de la esquizofrenia es crónico y no hay apenas presencia de alucinaciones o delirios (síntomas positivos), pero si lo hay de síntomas negativos y un notable deterioro.

Si bien es cierto que la clasificación clásica de subtipos de esquizofrenia y su posterior actualización y revisión en los manuales más recientes ha resultado ser una estrategia útil, el planteamiento propuesto por Crow (1989) también resulta de especial

relevancia e interés. Este autor propone la existencia de dos tipos de esquizofrenia, clasificándose según la preponderancia del síndrome positivo o negativo. Según Crow, el síndrome negativo, denominado tipo II podría estar causado por alteraciones en la morfología o en la estructura cerebral, un daño cerebral no reversible. Se caracteriza, además, por una peor respuesta al tratamiento farmacológico, una peor evolución y una peor adaptación premórbida antes del inicio de la enfermedad. Frente al tipo II, Crow describe el tipo I explicando su origen debido a una disfunción de la neuroquímica cerebral. El tipo I contaría con un mejor ajuste premórbido y una mejor respuesta a neurolépticos.

A pesar de que la tipología de Crow no ha quedado plasmada en ningún sistema diagnóstico, su base teórica ha tenido una gran aceptación en la práctica clínica diaria y en la investigación.

1.5 Diagnóstico diferencial

Para una correcta hipótesis diagnóstica y una posterior elección de tratamiento, debe realizarse un correcto diagnóstico diferencial, sobre el cual podamos apoyar nuestro argumento de que es esquizofrenia y no otro tipo de psicosis. Para ello, será fundamental considerar otros trastornos de tipo psicótico que presenten similitudes con el trastorno de la esquizofrenia, atendiendo a las diferencias de estos con el trastorno de la esquizofrenia propiamente. Para una correcta comprensión de estas diferencias se incluye en la Tabla 1 una descripción de cada uno de estos trastornos psicóticos.

Tabla 1. *Diferencias entre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos según el DSM-V (APA, 2013).*

Otros trastornos de tipo psicótico	Descripción
Trastorno Delirante	Solo es necesario que la persona presente delirios y no el resto de los síntomas propios de la esquizofrenia
Trastorno Psicótico Breve	La duración es de al menos un día y máximo un mes
Trastorno Esquizoafectivo	Tiene los mismos criterios que la esquizofrenia, a diferencia de que la duración es de al menos un mes, pero menos de seis meses, y que no se requiere que exista deterioro
Trastorno Esquizofreniforme	Debe presentarse no solo sintomatología psicótica típica de la esquizofrenia sino también sintomatología de trastornos del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor)
Trastorno psicótico inducido por sustancia o por otra condición médica	Ni el consumo de sustancias ni una afectación médica pueden ser la causa de la esquizofrenia

1.6 Evaluación

En lo que respecta a la evaluación clínica de la esquizofrenia, no existe una sola prueba para diagnosticar el trastorno. El profesional deberá realizar tanto una entrevista clínica como una minuciosa observación de los signos y síntomas que presente el paciente para poder determinar el cumplimiento o no cumplimiento de los criterios diagnósticos aportados por los Manuales diagnósticos preparados para ello. Para poder hacerlo se necesitará, por tanto, obtener información acerca del paciente y su historia de vida, así

como información acerca de sus relaciones y entorno. Será crucial cuidar el contacto con el paciente, pues estos tienden a presentar dificultades en las relaciones sociales. Se deberá obtener información sobre: síntomas y grado, funcionamiento personal en distintos ámbitos (antes de desarrollar la enfermedad y posterior al inicio), estresores, medicación, drogas, conciencia enfermedad, red social de apoyo, hábitos de higiene y sueño, entre otros. Además, será importante contar con la información que el entorno cercano del paciente nos pueda aportar, ampliando así los datos del paciente y de su historia clínica (antecedentes familiares, personales, calidad de vida, etc).

Así mismo, existen escalas que pueden resultar útiles para el diagnóstico de la esquizofrenia. Una de las escalas más usadas es la Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), desarrollada por Kay (1987). El PANSS es un instrumento específico para la esquizofrenia, que evalúa tanto el síndrome positivo como el síndrome negativo y la psicopatología general. El PANSS evalúa estos aspectos desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro); y desde un punto de vista categorial (predominio de síntomas positivos o negativos) (Kay et al., 1987). Ha sido validada en nuestro medio por Peralta y Cuesta (1994) en una muestra de pacientes españoles con esquizofrenia.

La PANSS consta de 30 ítem que se puntúan según una escala Likert desde 1 (ausente) a 7 (extremo) y se evalúan por medio de una entrevista semiestructurada de 30 a 40 minutos de duración. De los 30 síntomas, siete constituyen la escala positiva (PANSS-P), siete la escala negativa (PANSS-N), y los 16 restantes la escala de psicopatología general (PANSS-PG) (Kay et al., 1987).

1.7 Epidemiología

Según estudios epidemiológicos de la OMS, la esquizofrenia puede afectar a 1 de cada 300 personas (24 millones). La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida se encuentra entre el 0,7 y el 1,5%. Concretamente en España se estima una incidencia de 0,8 casos por cada diez mil habitantes por año (Ayuso-Mateos, et al., 2006). La esquizofrenia, en cualquiera de las formas previamente mencionadas, es más frecuente en hombres (4,5%) que en mujeres (2,9%), aunque la edad es un factor importante a considerar. La frecuencia de esquizofrenia, entre los 20 y 49 años es el doble en hombres, pero a partir de los 65 años esta frecuencia se iguala, apareciendo entonces un ligero incremento en la

mujer. Así mismo, la esquizofrenia es también mayor entre personas con rentas muy bajas (Ayuso-Mateos, et al., 2006).

Así mismo, la epidemiología de la esquizofrenia se caracteriza por una importante variabilidad de factores relacionados con la urbanidad, el estado económico, la latitud y la migración, teniendo las personas migrantes una mayor incidencia y prevalencia de esquizofrenia en comparación con las personas nativas (McGrath et al., 2008),

1.8 Evolución y pronóstico

En la enfermedad de esquizofrenia, el inicio es conocido como fase prodrómica o estado mental de alto riesgo (EMAT), el cual precede a la aparición del primer episodio psicótico (fase aguda). Esta primera fase del trastorno, la fase prodrómica, se caracteriza por una disminución del funcionamiento cognitivo y social, la cual suele comenzar en la adolescencia temprana. Posterior a esta fase, aparecerían los síntomas psicóticos anteriormente comentados, durante aproximadamente 10 años (Addington & Heinssen, 2012; Kahn & Keefe, 2013; Lieberman et al., 2001).

El pronóstico de la esquizofrenia varía desde la recuperación completa hasta las necesidades de cuidados y tratamiento de manera crónica (Kahn & Keefe, 2013). Estudios indican que más del 50% de los individuos diagnosticados con esquizofrenia tendrán problemas psiquiátricos a largo plazo y aproximadamente un 20% presentarán síntomas crónicos y discapacidad (Barbato, 1998).

Así mismo, una serie de investigaciones longitudinales (Faibish & Pokorni 1972; McGlashan, 1984) han encontrado un conjunto de variables distintivas en el pronóstico de la esquizofrenia, las cuales se indican en la Tabla 2.

Tabla 2. *Rasgos distintivos en el pronóstico de la esquizofrenia*

Buen pronóstico	Mal pronóstico
1. Inicio agudo	1. Inicio insidioso
2. Breve duración	2. Larga duración

Buen pronóstico	Mal pronóstico
3. Sin antecedentes psiquiátricos 4. Sintomatología afectiva 5. Confusión 6. Buena adaptación premórbida 7. Historial laboral estable 8. Casado 9. Mayor edad al inicio 10. Buena adaptación psicosexual 11. Funcionamiento neurológico normal 12. TAC dentro de lo normal 13. Clase social alta 14. Ausencia de antecedentes familiares	3. Antecedentes psiquiátricos previos 4. Aplanamiento afectivo 5. Síntomas obsesivos-compulsivos o agresividad 6. Trastorno premórbido de personalidad 7. Inestabilidad laboral 8. Soltero 9. Más joven al inicio

Atendiendo a la sintomatología que presentan las personas con esquizofrenia, y considerando en primer lugar los síntomas positivos, estos se caracterizan, en general, por su recurrencia y posterior remisión. Por otro lado, y en lo que respecta a los síntomas negativos y cognitivos, estos tienden a la cronificación, y están asociados con efectos a largo plazo en la función social (Owen et al., 2016).

El pronóstico funcional de las personas con esquizofrenia depende en gran medida de la presencia y severidad de síntomas negativos y cognitivos en el momento del debut de la enfermedad (Reichenberg et al., 2014). Así mismo, la esperanza de vida en personas con esquizofrenia puede verse reducida hasta 20 años en comparación con la población general (Laursen et al., 2014).

En relación a la mortalidad en pacientes con esquizofrenia, una revisión sistemática realizada por Saha et al. (2007), describió el ratio más elevado para el suicidio, indicándose como primera causa de mortalidad en las primeras fases de la enfermedad. Así mismo, el

ratio de mortalidad en la esquizofrenia presentaba un aumento significativo ($p=0,03$) en las últimas décadas, siendo la medicación antipsicótica atípica el posible factor etiológico de esto, debido a la influencia de los fármacos en la salud física de las personas con tratamiento antipsicótico.

Este ratio de mortalidad fue replicado por un estudio llevado a cabo por Brown et al. (2010), en el que se reclutó una muestra de 370 personas con diagnóstico de esquizofrenia, a las que se les hizo un seguimiento durante 25 años, analizando las causas de su mortalidad. Se describió en esta muestra una mortalidad de 2 a 3 veces superior que la población general, siendo la mayoría de las muertes atribuidas a causas naturales, sobre todo de origen cardiovascular.

1.9 Modelos clínicos etiopatogénicos

Actualmente, y con lo que respecta a la etiopatogenia de la esquizofrenia, sabemos que esta es multifactorial, siendo un conjunto de factores y variables las posibles causantes y desencadenantes de la misma. Han sido muchas las teorías e hipótesis que han intentado explicar el origen de este trastorno, sin embargo, y en lo que acontece a este trabajo, será de especial relevante la teoría del neurodesarrollo.

1.9.1 Modelo del Neurodesarrollo

La teoría del neurodesarrollo postula que, al menos una parte de los pacientes con esquizofrenia tendrían un trastorno como resultado de una alteración producida durante el periodo del neurodesarrollo y cuyo origen sería genético, ambiental o por una combinación de ambos (Lewis & Levitt, 2002).

La teoría del neurodesarrollo ha sido una de las explicaciones más importantes durante más de 30 años acerca del origen de la esquizofrenia (Rybakowski, 2021). Autores como Bender o Watt fueron los primeros en aportar datos sobre un desarrollo neuronal anormal previo a la aparición de la esquizofrenia.

Esta teoría propone una evolución de la esquizofrenia diacrónica. El individuo nace con unos factores genéticos determinados los cuales, en interacción con ciertos factores medioambientales hacen que no se produzca un desarrollo normal del cerebro. Por esto, en algún momento, la persona puede verse afectada por factores tanto internos como externos,

los cuales determinen el comienzo de la enfermedad. Es una hipótesis de doble impacto pues sugiere que un primer factor temprano alteraría el neurodesarrollo (por eso neurodesarrollo anormal o alterado), generando en la persona un estado de vulnerabilidad a la acción posterior de un segundo impacto.

Según esta hipótesis, será necesaria la presencia de ambas variables (temprano y tardío), para el inicio de la enfermedad, y nunca será suficiente solo uno de ellos. Esta hipótesis propone por tanto que, las alteraciones biológicas y otras características parte de la enfermedad de la esquizofrenia (factor temprano) estarían presentes en la persona desde un inicio, antes del comienzo de la propia sintomatología esquizofrénica. Pero, estas características y alteraciones no se manifestarían hasta que la persona llegue a un determinado grado de desarrollo y este primer factor temprano interactúe con los factores medioambientales, denominados factores tardíos. Basándonos en esta hipótesis, podemos afirmar que la genética, el neurodesarrollo y la esquizofrenia están estrechamente ligados (Rybakowski, 2021).

1.9.2 Modelo Genético

Como en muchas enfermedades tanto físicas como mentales, la genética juega aspectos clave. En el caso de la esquizofrenia, la genética cobra un papel de especial relevancia, pues el riesgo de desarrollar la enfermedad a lo largo de la vida aumenta de un 1% para la población general a un 10% para los familiares de primer grado de una persona con esquizofrenia, siendo de hasta el 48% para aquellos que cuentan con dos familiares enfermos (Jerónimo et al., 2010).

Así mismo, y debido a estos datos, se puede concluir que, cuanto mayor sea la carga genética que se comparte con el familiar con esquizofrenia, mayor es la posibilidad de desarrollar la enfermedad. A pesar de ello, puede surgir la duda de si la mayor agregación familiar pudiera deberse no tanto a la carga genética entre los familiares sino más bien a los factores ambientales que rodean a estas familias. Para despejar dichas dudas, se han realizado múltiples estudios de gemelos y de adopción (Jerónimo et al., 2010).

Según diversos estudios acerca de la influencia genética en la esquizofrenia, la concordancia para la esquizofrenia es mayor en gemelos monocigóticos (48,4%) que en dicigóticos (3,6%), debido a la mayor similitud genética entre los primeros (Onstad et al., 1991). Pero es precisamente el hecho de que la concordancia entre gemelos monocigóticos

no sea del 100% lo que resalta la posible influencia del ambiente en la aparición y desarrollo de la esquizofrenia. Por todo esto, y gracias a la investigación y evidencia científica, la genética contribuiría de manera sustancial pero no determinante como causa subyacente de la esquizofrenia (Sullivan et al., 2003).

1.9.3 Modelo Neuroquímico

Desde el modelo neuroquímico, se hace énfasis en el papel de varios neurotransmisores como posibles factores implicados en la esquizofrenia, estos son la dopamina, serotonina y noradrenalina.

En primer lugar, el modelo neuroquímico enfatiza la dopamina como posible precursora para/de la aparición de la enfermedad. El modelo neuroquímico sugiere la hipótesis de que en las personas con esquizofrenia habría una hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas, lo que llevaría a un aumento de la dopamina, que daría lugar a la aparición de los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) (Belloch et al., 2008). Dicha hipótesis surgió a raíz de la eficacia demostrada por los neurolépticos, fármacos antipsicóticos indicados para el tratamiento de los síntomas positivos. Estos fármacos actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos, inhibiendo así la actividad dopaminérgica (Carlsson, 1978; Creese et al., 1976).

Siguiendo con el papel de la neuroquímica cerebral, otra de las hipótesis más apoyadas es la que explica el papel de la serotonina en la esquizofrenia. Desde esta hipótesis, la serotonina no solo estaría implicada en la función trófica en el neurodesarrollo, sino también en el efecto inhibitorio que este neurotransmisor tiene en la transmisión dopaminérgica. Precisamente es a raíz de esta hipótesis serotoninérgica que parte la idea de que los fármacos encargados de inhibir la transmisión de serotonina, desinhibirán la función dopaminérgica, ayudando a la mejoría de los síntomas negativos propios de la esquizofrenia (Kapur & Remington, 1996).

Por último, y respecto a la noradrenalina (NA), fue gracias a las hipótesis de Stein y Wise (1971) que se comenzó a investigar el papel de este neurotransmisor en la esquizofrenia. Estos autores postulan que la esquizofrenia podría explicarse por alteraciones en la transmisión noradrenérgica, lo que daría lugar a los estados de anhedonia. Sin embargo, no hay evidencia clínica que demuestre medidas anormales de actividad NA en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Stein & Wise, 1971).

Por su parte, Van Kammen demostró que concentraciones elevadas de este neurotransmisor en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo podrían estar relacionadas con la severidad de los síntomas positivos y negativos, así como con las recaídas en el curso clínico debido a la retirada de neurolépticos. Así mismo, concluyó que los sistemas de NA intervienen en los estados psicóticos agudos, además de sufrir alteraciones durante los períodos de exacerbación de la sintomatología (van Kammen et al., 1983).

1.9.4 Modelos Psicosociales. Modelo de Vulnerabilidad- Estrés

Cabe mencionar también los modelos de vulnerabilidad como modelos etiopatogénicos de la esquizofrenia. Concretamente, el modelo vulnerabilidad-estrés, propuesto por Zubin y Spring (1977), postula la existencia de factores de vulnerabilidad psicobiológica en el sujeto (Por ejemplo, el déficit en el procesamiento de la información). Más concretamente, este modelo apoya la existencia de una vulnerabilidad psíquica, la cual sería el resultado de la suma de factores tanto genéticos como de propensión adquirida a (Zubin & Spring, 1977).

Así mismo, este modelo postula que la vulnerabilidad de un individuo se puede definir como “la predisposición a desarrollar un episodio psicótico cuando las circunstancias vitales, bien sea externas y/o internas, producen un grado de estrés tal que supera el umbral de tolerancia al estrés de dicho individuo”. Aún y todo, será importante tener en cuenta tres aspectos fundamentales: En primer lugar, la existencia de un umbral de vulnerabilidad específico para cada sujeto. En segundo lugar, aquellos acontecimientos vitales estresantes que puedan incidir o frustra esa vulnerabilidad y desencadenar un episodio psicótico y, en tercer lugar, la existencia de variables moderadoras como las redes sociales de apoyo, las cuales pueden reducir la influencia de los estresores ambientales. Estos factores serán decisivos de cara a la aparición o no de la enfermedad (Zubin & Spring, 1977).

Esta “hipótesis” ha sido respaldada por estudios sobre potenciales evocados de las ondas P300 y P50. Un metaanálisis realizado por Bramon et al., (2004) tuvo como objetivo determinar si los pacientes con esquizofrenia presentaban anomalías en las ondas P300 y P50 y cuantificar la magnitud de las diferencias con los controles.

Se ha comprobado que, en los sujetos con esquizofrenia, existen alteraciones en la onda P50 (Bramon et al., 2004), que podrían reflejar una sobrecarga sensorial la cual puede

ser la causante de la dificultad que presentan para discriminar información importante. Este hecho podría relacionarse con la aparición de las alucinaciones auditivas (García M. & Arango C., 2010). Este hallazgo ha sido propuesto como marcador biológico mejor establecido para diferenciar sujetos sanos de los afectados por esquizofrenia (Bramon et al., 2004).

1.9.5 Modelo Cognitivo de la Psicosis

Entre los modelos más recientes de psicosis se encuentran aquellos que postulan la aparición de los delirios (síntomas positivos), como consecuencia de un procesamiento sesgado de la información (Freeman et al., 2002; Garety & Freeman, 2013; Garety et al., 2001). Sería este procesamiento sesgado el que lleve a los pacientes a realizar evaluaciones erróneas de la realidad, y la generación de las posteriores creencias delirantes (Fletcher & Frith, 2008; Garety et al., 2005; Langdon et al., 2008).

1.10 Tratamiento farmacológico y no farmacológico

La esquizofrenia, a pesar de ser un trastorno común y debilitante, no dispuso de un tratamiento hasta la segunda mitad del siglo pasado, momento en el que se introdujeron los antipsicóticos. Así mismo, los antipsicóticos no solo han sido útiles en la mejoría clínica de los pacientes con psicosis, sino que han sido usados para la investigación acerca de la neuroquímica de los síntomas positivos y negativos, fomentando así el desarrollo de enfoques terapéuticos adaptados (Dratcu L., 2010).

Por esto, si bien son útiles y fundamentales en el tratamiento de la esquizofrenia, no debemos olvidarnos de la importancia de un tratamiento multidisciplinar (debido también a la multicausalidad del trastorno), que incluya un tratamiento no farmacológico, dirigido a la mejora de las dificultades sociales y relacionales de los pacientes en su día a día. Por tanto, es aquí donde entra la importancia de la metacognición.

A continuación se comentará, de manera breve, tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico de considerado de primera elección para la esquizofrenia.

1.10.1 Tratamiento farmacológico

La American Psychiatry Association (APA) recomienda el uso de antipsicóticos atípicos (segunda generación) como tratamiento de primera línea para la esquizofrenia. Excluye de este grupo la clozapina, debido a los efectos adversos que esta produce. (Escamilla-Orozco et al., 2021). En general, se prefieren los antipsicóticos atípicos frente a los típicos (primera generación), debido a que los primeros se asocian con una menor frecuencia de síntomas extrapiramidales (parkinsonismo, acatisia, distonía aguda, discinesia tardía), aunque, por el contrario, estos causan más reacciones adversas de tipo metabólico. Igualmente, la terapia combinada de varios fármacos o el tratamiento con clozapina ha de ser reservado exclusivamente para pacientes que muestren una respuesta parcial o pobre al tratamiento estándar con antipsicóticos atípicos (Escamilla-Orozco et al., 2021).

Si bien es cierto que el tratamiento farmacológico con antipsicóticos es la base central para el tratamiento de la esquizofrenia tanto en fases agudas como a largo plazo, debido principalmente por su eficacia para reducir la sintomatología positiva (Owen et al., 2016), es importante considerar que este tratamiento no es igual de efectivo para tratar los síntomas negativos y la disfunción cognitiva que el propio trastorno causa en los pacientes.

1.10.2 Tratamiento no farmacológico

En lo que respecta al tratamiento no farmacológico de la esquizofrenia, y teniendo en cuenta lo mencionado previamente, es de especial relevancia considerar cuáles han sido, hasta la actualidad, las principales terapias dirigidas al tratamiento de este trastorno. Existe mucha literatura científica acerca de la evidencia de diversos enfoques psicoterapéuticos que han demostrado ser eficaces, siempre de manera paralela y en combinación con el tratamiento antipsicótico. De todos ellos, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es el enfoque que cuenta con una base de evidencia más sólida, habiendo mostrado beneficios para la reducción de síntomas en pacientes ambulatorios que cuentan con síntomas residuales (Dickerson et al., 2005).

Si bien la TCC fue originalmente diseñada para tratar la depresión y la ansiedad (Beck, 1976), con el paso de los años y el avance de la investigación, ha sido actualizada para tratar también otros trastornos en los que se incluye la esquizofrenia (Dickerson et al., 2005). A grandes rasgos, la TCC puede incluir la modificación de creencias (Chadwick et

al., 1996), focalización/reatribución (Bentall et al., 1994) y normalización de experiencias psicóticas (Kingdon & Turkington, 1994). Existen más enfoques psicoterapéuticos que han recibido cierto apoyo empírico, pero ninguno muestra tanta evidencia como la TCC (Lehman et al., 2004). Algunos de estos enfoques son la terapia personal, la terapia de cumplimiento, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia de apoyo.

Por otro lado, también la rehabilitación cognitiva se ha mostrado eficaz en la mejoría del funcionamiento cognitivo (Wykes et al., 2011). Este enfoque terapéutico mejora la cognición y aumenta su eficacia cuando es aplicada de manera conjunta con la rehabilitación psiquiátrica a pacientes clínicamente estables (McGurk et al., 2007; Wykes et al., 2011).

Así mismo, según los autores Gorczynski & Faulkner (2010), el ejercicio físico podría mejorar no solo el estado mental de los pacientes con psicosis, sino también los síntomas negativos y su propia salud física. En lo que respecta a las recaídas, y según lo aportado por múltiples autores, las intervenciones familiares reducirán el número de estas considerablemente (Okpokoro et al., 2014; Pharoah et al., 2006)

Capítulo 2: Metacognición

2.1 Metacognición y sus antecedentes

2.1.1 Definición del término. Antecedentes al modelo en metacognición

Durante los últimos 40 años, la metacognición ha sido un constructo foco de estudio desde diferentes áreas del conocimiento y, sobre todo, desde la psicología. El constructo ha sufrido, a lo largo de todos estos años, un proceso de evolución histórica, cuyo inicio se remonta a los trabajos precursores de Tulving y Madigan (1969). La metacognición ha sido estudiada por Flavell desde el ámbito educativo (Flavell, 1979), por autores como Bacon, Danion, Kauffmann-Muller y Bruant en lo relativo a la cognición (2001), hasta áreas como el apego (Main, 1991), el desarrollo (Kurtz & Borkowski, 1987) y la psicopatología (Dimaggio et al., 2015).

Según lo propuesto por Flavell, la metacognición se entiende como un término genérico utilizado para describir lo que los humanos piensan continuamente sobre sí mismos y sus respuestas a lo que sucede mientras actúan en el mundo (Flavell, 1979). Desde estas primeras definiciones, se pudo resaltar que el término metacognición no solo hacía referencia a un fenómeno puramente cognitivo, sino que la metacognición se encuadra como un constructo filosófico y psicológico, que está involucrado necesariamente en la consciencia y reflexión que las personas hacen sobre su experiencia subjetiva.

Con los avances y estudios posteriores, se han ido proponiendo nuevas definiciones que enmarcan de una forma más precisa el término de la metacognición. Gracias a la investigación psicológica sobre la salud y el bienestar interpersonal, se ha propuesto un modelo integrador del constructo metacognición, en el cual se entiende este como un conjunto de actividades las cuales se influyen mutuamente. Actividades como la conciencia y reflexión acerca de las experiencias específicas de uno mismo, hasta un entendimiento y sentido mucho más amplio y de mayor complejidad sobre uno mismo y los demás (Lysaker et al., 2018). Es evidente, por lo tanto, que la metacognición puede ir desde pensamientos más simples y aislados, hasta pensamientos y sentidos mucho más amplios de uno mismo, los demás y del propio mundo que a uno le rodea. Es de especial relevancia destacar que, este sentido más amplio del yo comentado está compuesto de sentidos y experiencias más pequeñas y aisladas.

Según Lysaker et al., la metacognición se puede entender como todos esos procesos, de naturaleza integradora, los cuales reúnen experiencias pre reflexivas y reflexivas, tanto corporales como cognitivas, que son en respuesta a lo que está ocurriendo en el momento. Entendido esto, es evidente la función adaptativa que cumple (Lysaker et al., 2018).

2.1.2 La relación de la metacognición con otras formas de cognición

La metacognición, por ser el constructo que permite a las personas tener un sentido integrado de sí mismos y de los demás como base para la comprensión y la acción, puede superponerse con otros términos y otras formas de cognición que caracterizan los pensamientos que las personas tienen sobre sí mismos y los demás (Lysaker, et al., 2018). La metacognición se sobrepone con funciones metacognitivas como la memoria, la atención y la función ejecutiva.

En primer lugar, y respecto a la metacognición y neurocognición, ambas pueden distinguirse teniendo en cuenta que la primera se refiere a una actividad iterativa y reflexiva, la cual se relaciona de manera directa con la forma en que las personas se experimentan y se entienden a sí mismas posicionadas y respondiendo al mundo en un conjunto de contextos. Gracias a la metacognición, somos capaces de responder a preguntas complejas, cuyas respuestas requieren la integración de una amplia gama de información de uno mismo y del mundo, información que es de naturaleza subjetiva. La metacognición, por tanto, se basa en actos neurocognitivos imprescindibles para reponer a todo tipo de preguntas pero, trasciende de estas en el alcance de sus preocupaciones y, sobre todo, en la complejidad de sus operaciones (Vergara R., 2018).

En segundo lugar, considerando la diferenciación entre metacognición y cognición social, cabe destacar que la cognición social se centra más en la precisión de cómo uno interpreta los eventos sociales. Una cognición social intacta podría conceptualizarse como la capacidad de hacer una inferencia sobre el estado emocional de otra persona en un momento determinado, y sobre el que los demás están de acuerdo. Sin embargo, la metacognición, se enfoca en capacidades mayores, lo cual permitirá a las personas integrar información sobre el otro de una manera que responda al contexto como parte de un proceso dinámico, en lugar de hacer una evaluación estática de este (Deckler et al., 2018).

En tercer lugar, la metacognición y mentalización se diferencian tanto en su base teórica como en sus propios componentes. Por un lado, la metacognición hace referencia a la información que uno tiene de sus propias ideas sobre sí mismo y los demás. La mentalización, por su parte, vincula las habilidades reflexivas a los estilos de apego. Así mismo, la metacognición parte de un modelo integrador, el cual permite que las habilidades reflexivas no se reduzcan a estos patrones de apego o habilidades básicas para responder al afecto y angustia mencionados para el constructo de la mentalización (Fonagy et al., 2018). Además, una diferencia importante entre ambos constructos es que el modelo integrador de la metacognición distingue la formación de un sentido de sí mismo y de los demás de la capacidad de promulgar esto en la vida como agente, en lugar de presumir la presencia del conocimiento como suficiente para su implementación.

Una de las distinciones más importantes que deben revisarse es la que tiene que ver con la relación entre Cognición y Metacognición. La cognición es, según Kagan y Lang (1978), un término usado para agrupar todos los procesos que una persona involucra en la extracción de información del mundo exterior, la aplicación de conocimiento previo a la información recientemente percibida, la integración de ambas para crear nuevos conocimientos, el almacenaje de la información en la memoria para, subsiguientemente, poder recuperarla y usarla, y la evaluación continua de la calidad y coherencia lógica de los procesos y productos mentales de dicha persona. Por tanto, se entiende la cognición como la agrupación de todos aquellos procesos cognitivos que una persona usa para percibir, asimilar, almacenar y recuperar información (Antonijevic et al., 1981/1982).

2.1.3 Evaluación en metacognición

Si bien es cierto que en la actualidad no hay todavía un consenso sobre qué pruebas son las más indicadas para medir y evaluar la metacognición, podemos considerar la propuesta de Semerari, la Metacognition Assessment Scale, (MAS), atendiendo también a su versión abreviada (MAS-A), como una buena opción para abordar distintas dimensiones metacognitivas en pacientes con trastornos psiquiátricos graves. (Vergara R., 2018). Para una mayor comprensión de los dominios evaluados en la MAS-A, ver Anexos (Anexo 4).

MAS fue desarrollada principalmente como una escala para evaluar el cambio metacognitivo, en la que se evalúan habilidades que, si bien están relacionadas, son semi-independientes. Esta primera versión se centra en la capacidad metacognitiva sobre

los contenidos específicos. El MAS en su versión original consistía en una evaluación separada de los constructos de autorreflexión, conciencia de los demás, conciencia de la propia comunidad (descentración) y el uso de su sentido único integrado de sí mismo y de los demás para identificar y responder a los desafíos psicosociales y la angustia. (dominio). El principio básico de esta escala consiste en subdividir la actividad metacognitiva en subfunciones. Las funciones identificadas, tomando en consideración parte de la literatura clínica que describe trastornos en la capacidad para conocer y regular los estados mentales (Vergara R., 2018).

Por su parte, el MAS-A, avance del MAS, es un cuestionario focalizado en evaluar la frecuencia de actos metacognitivos dentro de una sesión de psicoterapia. MAS-A se centra, principalmente, en cuantificar el grado en que se forma un sentido integrado versus fragmentado de uno mismo y de los demás dentro de una narrativa personal de la vida y los desafíos psicosociales. Esto es de especial importancia pues, como venimos viendo hasta ahora, la esquizofrenia puede entenderse como una forma de fragmentación del propio yo. Todos los dominios evaluados con el MAS-A tienen una subfunción basal denominada “Requerimientos básicos”, que hace referencia a la capacidad para reconocer la mente propia y ajena como algo separado y diferenciado de lo que es la mente de otros (Vergara R., 2018).

Los dominios evaluados en esta escala son los siguientes: Autorreflexividad, Comprensión de la Mente de Otros, Descentración y Maestría. En primer lugar, el dominio “Autorreflexividad” hace referencia a la habilidad para pensar en los estados mentales de uno mismo. Este dominio, a su vez, cuenta con 4 subfunciones: Identificación, Variables relacionadas, Diferenciación e Integración. Siguiendo con los dominios, el segundo es “Comprensión de la mente de Otros”, el cual hace referencia a la habilidad para pensar acerca de los estados mentales de los demás. Este dominio, al igual que el dominio de “Autorreflexividad”, cuenta con las mismas 4 subfunciones, pero esta vez dirigida a los estados mentales de los demás. En tercer lugar tenemos el dominio de “Descentración”, también entendido como la capacidad para ver las circunstancias y el mundo externo co-existiendo con otros, los cuales tienen a su vez motivos independientes. Este dominio implica adoptar una perspectiva no egocéntrica, pudiendo así interpretar las situaciones del mundo sin ligarlas de manera estricta a uno mismo. Por último, el dominio “Maestría” se refiere a la habilidad para hacer uso de estrategias útiles que nos permitan resolver conflictos psicológicos (Vergara R., 2018).

2.1.4 Metacognición en la esquizofrenia

La relevancia de la metacognición en la esquizofrenia se debe a la estrecha relación entre los déficits metacognitivos y la clínica psicótica. Multitud de estudios han repasado como muchos de los déficits metacognitivos están relacionados con la sintomatología psicótica en la forma clínica de la esquizofrenia.

Un estudio realizado por Buck et al. (Metacognición y razonamiento, toma de conciencia y aprendizaje) muestra que, menores puntuaciones en el dominio “Maestría” se asocian con una mayor tendencia a sacar conclusiones apresuradamente, interpretando como la dificultad de no poder usar conocimiento metacognitivo para resolver problemas y aceptación inicial de impresiones. (Buck et al., 2012). Otro estudio, realizado por Fridberg et al. (2010) pone de manifiesto que, mayores errores en pruebas de memoria no verbal están asociados con una menor autorreflexividad, mayores síntomas de desorganización y un menor funcionamiento ejecutivo. (Fridberg et al., 2010).

Lysaker et al. establecieron una relación entre el dominio “Autorreflexividad” y la conciencia de la presencia de síntomas de psicosis, así como una asociación entre el dominio “Conciencia de la mente de Otros” y la conciencia de la necesidad de tratamiento, y, por último, establecieron también una relación entre el dominio “Maestría” y la conciencia de las consecuencias de la enfermedad (Lysaker et al., 2005).

Por su parte, Tas et al. encontraron que, aquellos que obtenían mayores niveles de motivación intrínseca mostraban una mayor capacidad metacognitiva. Así mismo, también encontraron que, el dominio “Maestría” era el mejor predictor para potencial de aprendizaje (Tas et al., 2012).

En lo referente a las habilidades de la vida cotidiana, la batería de pruebas UPSA pone de manifiesto que, bajas puntuaciones en el dominio “Maestría” estarían relacionadas con un menor desempeño en la subescala comprensión/planificación (Lysaker et al., 2011). Además, se han encontrado asociaciones entre altos niveles en este mismo dominio (“Maestría”), y mayores puntuaciones en la alianza terapéutica medida a través de la *Working Alliance Inventory-Short Form* (Davis et al., 2011).

En los estudios comparativos entre los déficits metacognitivos en esquizofrenia y otros trastornos de salud mental, se ha encontrado que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia obtienen menores niveles del dominio “Autorreflexividad” en comparación a pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar (Vohs et al., 2014). Un estudio comparativo

realizado por Vohs et al. entre un grupo control no psicótico y un grupo de pacientes con primer episodio psicótico pone de manifiesto menores niveles en los dominios de “Autorreflexividad”, “Comprensión de la Mente de Otros” y “Descentración” en el grupo no control (Vohs et al., 2014).

Así mismo, Trauelsen et al. (2016) se centraron en el estudio de los síntomas psicóticos de pacientes con un primer episodio psicótico. Se encontró que, aquellos pacientes con altos niveles de sintomatología negativa tenían también menores habilidades metacognitivas evaluadas en la MAS-A. Por otro lado, aquellos pacientes con altos niveles de sintomatología positiva y bajos niveles de sintomatología negativa no mostraron tener menor funcionamiento metacognitivo en comparación al grupo control que no presentaba altos niveles de sintomatología ni positiva ni negativa (Trauelsen et al., 2016).

Siguiendo con la sintomatología negativa y su relación con las habilidades metacognitivas, un estudio de MacBeth et al. encontró correlación entre menores puntuaciones en los dominios de “Comprensión de la Mente de Otros” y mayores niveles de sintomatología negativa, así como una peor adaptación social en la adolescencia temprana y una menor búsqueda de ayuda profesional (MacBeth et al., 2015).

En lo referente a la puntuación total del MAS-A y la correlación de esta con aspectos metacognitivos, un estudio de Hamm et al., pone de manifiesto que, los puntajes totales obtenidos en dicha escala se correlacionan con las evaluaciones concurrentes y prospectivas de los síntomas positivos, negativos y de desorganización en la PANSS (Hamm et al., 2012). Los autores de este estudio concluyeron que, la metacognición se correlaciona con la sintomatología negativa concurrente y que, por tanto, es un factor de riesgo para la aparición de esta en el transcurso del tiempo (Hamm et al., 2012).

2.2 Psicoterapia orientada metacognitivamente. Líneas de trabajo en metacognición

Como se ha descrito en los apartados anteriores, diversos estudios han mostrado la existente correlación entre los déficits metacognitivos y los síntomas negativos de la esquizofrenia (Bob et al., 2016). Además, se ha demostrado que estos sesgos cognitivos dan lugar a la formación de delirios y a una disminución de la conciencia de enfermedad. Debido a todo esto, es fundamental el desarrollo de terapias metacognitivas dirigidas al tratamiento de la psicosis y, por ende, la esquizofrenia.

En los últimos años se han ido desarrollando múltiples psicoterapias basadas en enfoques metacognitivos. Los objetivos principales de estas psicoterapias se centran tanto en la mejoría del funcionamiento interpersonal (Inchausti et al., 2018; Ottavi et al., 2013) como en la reducción de los síntomas psicóticos (Moritz et al., 2013; Salvatore et al., 2018; Vitzthum et al., 2013). Será relevante el desarrollo de programas dirigidos a pacientes con esquizofrenia, en los cuales se les dé a estos las herramientas necesarias para controlar los elementos metacognitivos presentes en los sesgos cognitivos implicados en la formación tanto de sus síntomas positivos (psicóticos), como negativos.

A continuación, se hará un repaso por los principales enfoques metacognitivos existentes en la actualidad dirigidos al tratamiento de la esquizofrenia.

2.2.1 Terapia de Reflexión Metacognitiva e Insight (MERIT)

Terapia de Reflexión Metacognitiva e Insight (MERIT) es una terapia desarrollada por el Dr. Lysaker en 2014. En ese mismo año, fue fundado el Instituto MERIT, cuyo objetivo es ayudar y desarrollar la investigación en psicoterapia MERIT. Esta terapia se parte de una concepción integradora de la psicoterapia en la cual se detallan una serie de principios generales para promover el cambio en los pacientes, los cuales son (los principios) independientes del enfoque psicoterapéutico del propio terapeuta. Por tanto, MERIT no se centra en un conjunto de técnicas y actividades psicoterapéuticas rígidas e inflexibles. Además, desde este enfoque, la metacognición no es entendida como algo discreto, sino como un continuo el cual la persona puede desarrollar (Inchausti et al., 2019).

El objetivo principal de MERIT es ayudar a los pacientes a entrenar la metacognición, permitiendo así que puedan hacer uso de todos los procesos metacognitivos que les permitan desarrollar un sentido amplio y flexible de sí mismos y de su mundo. Así mismo, MERIT también se enfoca en el contexto de una relación terapéutica funcional, donde los pacientes puedan mejorar su capacidad metacognitiva. De esta forma, y entendida la metacognición desde un marco integrador, se asume que, a medida que los pacientes pueden realizar tareas metacognitivas más complejas, podrán ir desarrollando un mayor sentido de sí mismos y del mundo, el cual les ayude a buscar su propia recuperación (Inchausti et al., 2019).

A. Principios generales

MERIT parte de la premisa de que los propios pacientes son los agentes del cambio a lo largo del tratamiento, lo que implica que estos deben enfrentarse al estigma asociado al trastorno, tanto el suyo propio como el de su entorno y, además, que el rol del terapeuta ha de ser colaborativo (Inchausti et al., 2019).

El programa de tratamiento se basa en una serie de sesiones las cuales deben registrarse por ocho principios generales. Estos principios son considerados como facilitadores del desarrollo de las habilidades metacognitivas que pudieran estar dañadas, disminuidas o sin desarrollar. Así mismo, cabe destacar que MERIT no pretende sustituir la aplicación de otros tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos, sino que más bien trata de instaurarse como un complemento a diversos tratamientos que el paciente pudiera estar recibiendo, atendiendo siempre a las necesidades individuales de cada caso y los recursos sociosanitarios disponibles (Inchausti et al., 2019).

En relación a los principios generales, cada uno de ellos describe un proceso mental cuantificable, el cual puede ocurrir de manera independiente al problema que el paciente lleve a sesión. Todos los principios están interrelacionados, pudiendo ser atendidos y evaluados de manera independiente (Lysaker & Klion, 2017).

Los ocho principios pueden dividirse, a su vez, en tres subtipos: a) Principios de contenido, b) Principios de proceso y c) Principios de nivel superior o supraordinados.

Los principios de contenido son los relativos a los temas específicos que deben abordarse y discutirse en sesión. En este subtipo se enmarcan los siguientes principios: 1. Los objetivos, deseos y necesidades concretas (o agenda) del paciente en el presente. 2. La reacción del paciente a los pensamientos, sentimientos y comportamientos del terapeuta como consecuencia de la agenda (es decir, la transferencia que suscita la contratransferencia). 3. Las experiencias vitales relevantes del paciente a través del análisis en sesión de episodios autobiográficos específicos y mínimamente abstractos. 4. Los desafíos psicológicos que emergen de los tres tipos de contenidos intersubjetivos anteriores (Lysaker & Klion, 2017).

Los principios del proceso incluyen tanto la reflexión como la discusión sobre: 5. La relación terapéutica, al ser el contexto donde el paciente reflexiona sobre sí mismo y los demás. 6. Del progreso psicoterapéutico, tanto a nivel de resultados mentales (por ejemplo,

mejora de la autoestima) como físicos (por ejemplo, reducción de peso) relevantes (Lysaker & Klion, 2017).

Y, por último, los principios de nivel superior incluyen dos principios dirigidos específicamente a involucrar a los pacientes en conversaciones que les ayuden a: Reflexionar sobre sí mismos, los demás y el mundo de acuerdo con su capacidad metacognitiva actual. 8. Examinar sus habilidades de dominio de acuerdo con su capacidad metacognitiva actual (Lysaker & Klion, 2017).

Estos ocho principios son considerados el mecanismo de cambio de MERIT, pues promueven la capacidad metacognitiva del paciente para desarrollar así las representaciones progresivamente más completas y flexibles de sí mismo y de su mundo. Además, estas representaciones serán las que permitan al paciente mejorar sus habilidades de autocontrol y manejo de síntomas, ayudándole de esta forma a una mayor aproximación a la recuperación (Inchausti et al., 2019).

B. Comparativa con otras Terapias No Metacognitivas

Aunque es cierto que el modelo metacognitivo puede resultar novedoso, este se basa en una serie de ideas que ya fueron descritas hace más de un siglo por Bleuler (1950). Según este autor, la ruptura vital que sufren los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se debe a las perturbaciones en su capacidad para vincular ideas mediante nexos asociativos (Inchausti et al., 2019). Por su parte, MERIT, comparte esta forma de entender la psicosis, y trata de integrarla con las corrientes psicoterapéuticas de actualidad, las denominadas de “tercera generación” (Ost, 2008). MERIT, al igual que la TCC dirigida a la psicosis (Kingdon & Turkington, 2006), busca normalizar las experiencias psicóticas angustiantes de los pacientes (Lysaker & Klion, 2017). Así mismo, MERIT también comparte características enfoques como el mindfulness (Aust & Bradshaw, 2016) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Gumley et al., 2016; Hayes, 2016). MERIT comparte con estas terapias el interés acerca de la manera en que los pacientes se relacionan con sus propias experiencias. Todas estas terapias buscan abordar temas que van mucho más allá de los propios pensamientos del paciente, centrándose en otros fenómenos mentales y sin olvidar que cada individuo se adaptará de forma única e individual a sus propios desafíos tanto psicológicos como sociales (Inchausti et al., 2019).

MERIT también comparte con los enfoques psicodinámicos centrados en la mentalización el interés genuino por las percepciones que los pacientes desarrollan sobre sí mismos y sobre el mundo, en un contexto intersubjetivo (Fonagy et al., 2018). En último lugar, y al igual que los entrenamientos de habilidades para la rehabilitación, MERIT busca conseguir resultados significativos en el mundo real de las personas, rechazando además el estigma y el rol de enfermo de los pacientes.

2.2.2 Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis (MIT-P)

La Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis (MIT-P) (Salvatore et al., 2012) se deriva de la psicoterapia de los trastornos de la personalidad (MIT) (Dimaggio et al., 2007, 2015). MIT-P, al igual que MIT, se centra en la idea de que tanto la existencia de esquemas maladaptativos interpersonales como de déficits metacognitivos suponen una obstáculo en el desarrollo de metas. Así mismo, estas interferencias llevan a la persona que las sufre a no saber enfrentarse a los desafíos de la vida cotidiana (Vergara et al., 2020). MIT-P asume que los síntomas positivos (o psicóticos), podrían ser una barrera para el correcto desarrollo de funciones metacognitivas (Salvatore, 2017).

El objetivo principal de MIT es promover de manera progresiva la metacognición y la toma de conciencia de las formas problemáticas y desadaptativas tanto de la experiencia subjetiva como de los esquemas que guían el comportamiento social. Según MIT, una vez que esto se logre y los pacientes sean más capaces de pensar sobre los estados mentales, el terapeuta deberá ayudarlos a cuestionarse sus ideas más rígidas y desadaptativas sobre sí mismo y los demás, además de encontrar nuevos significados para cumplir sus metas, deseos y objetivos previamente reprimidos (Salvatore et al., 2018).

Es importante considerar y recalcar que MIT consta de unas etapas principales a partir de las cuales se desarrolla la terapia y el tratamiento terapéutico. Estas etapas son las siguientes: Regulación de la relación terapéutica para evitar una potencial ruptura; Reducir el sufrimiento emocional causado por el delirio persecutorio (TP) y enseñar al paciente estrategias conductuales para hacer frente a este sufrimiento; Promover la capacidad del paciente para reflexionar sobre sí propiamente; Desarrollar un dominio metacognitivo más sofisticado del TP y; Promover una comprensión más matizada de la mente del otro (Salvatore et al., 2018).

A. Programa de tratamiento

MIT-P sigue un procedimiento paso a paso para estimular las habilidades metacognitivas de los pacientes a lo largo de toda la terapia. Así mismo, se basa en que el terapeuta muchas veces tendrá que empezar por promover el funcionamiento de los niveles más básicos de metacognición (Salvatore et al., 2018). MIT-P interviene bajo la premisa de que los síntomas positivos pueden suponer una barrera para la correcta función metacognitiva, y que, de manera recíproca, una capacidad metacognitiva insuficiente puede también contribuir a los síntomas (Lysaker et al., 2018).

El modelo hace hincapié en respuestas empáticas por parte del terapeuta ante el sufrimiento del paciente como consecuencia de los síntomas. Además, se busca normalizar la experiencia de malestar que perciben los pacientes con estos síntomas, promoviendo la Maestría para abordar más funcionalmente los desafíos interpersonales de su día a día. Uno de los objetivos principales de MIT-P se centra en que los terapeutas inciten episodios narrativos en los cuales los síntomas aparezcan, para aumentar el entendimiento de la relación entre dichos síntomas y el distrés emocional. Tras esto, se pretende explorar cómo estos esquemas interpersonales desadaptativos podrían ser los desencadenantes de los síntomas positivos. Se pretende que los pacientes puedan hacer uso de una mayor conciencia de sus estados mentales (capacidad metacognitiva), para saber cómo responder ante la presencia de sus síntomas (Lysaker et al., 2018).

B. Similitudes y Diferencias MIT y MERIT

Si bien es cierto que MIT y MERIT comparten similitudes, pues ambas se basan en elementos de prácticas similares para promover progresivamente la metacognición en un contexto de regulación terapéutica, existen diferencias considerables entre ambas.

Por un lado, MERIT se ha desarrollado para ser teóricamente integradora y técnicamente ecléctica, mientras que MIT es una terapia integradora, que adopta técnicas más específicas extraídas de la TCC, para poder así tratar los síntomas de la psicosis en su procedimiento. Así mismo, MIT asume que las personas con psicopatología significativa tienden a atribuir significado a los eventos de acuerdo a una serie de esquemas interpersonales desadaptativos. Precisamente por ello, una de las tareas más importantes de MIT será hacer a los pacientes conscientes de tales esquemas mientras se promueven interpretaciones diferentes y más flexibles de la personalidad (Salvatore et al., 2018).

Así mismo, será importante considerar que MIT-P, en comparación con MERIT, utiliza un mayor número de técnicas cognitivas a la hora de trabajar con los pacientes (Salvatore et al., 2018).

2.2.3 Entrenamiento Metacognitivo de Moritz (EMC)

El Entrenamiento Metacognitivo (EMC) fue desarrollado por Moritz y Woodward (2007), con la intención de paliar los sesgos cognitivos presentes en la esquizofrenia (Moritz et al., 2014). La MCT (por sus siglas en inglés) está dirigida a abordar los sesgos cognitivos que subyacen a los delirios a través de una combinación de rehabilitación cognitiva, TCC para la psicosis y psicoeducación (Lysaker et al., 2018).

EMC centra su intervención en la relación observada entre la presencia de sesgos cognitivos y sintomatología positiva en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Moritz et al., 2005). Así mismo, Moritz entiende la metacognición siguiendo la definición propuesta por Flavell “pensar acerca del pensamiento” (Flavell, 1979). Así mismo, la EMC propuesta por Moritz captura 2 de los 4 componentes descritos por Flavell para la metacognición. (Acuña et al., 2022)

El objetivo principal del EMC es ayudar a los participantes, de manera individual, a reconocer sus sesgos cognitivos y de pensamiento, y alentarlos a que busquen formas alternativas de pensar para así poder promover una cognición más adaptativa (Moritz et al., 2014).

A. Programa de tratamiento

El Entrenamiento Metacognitivo busca “sembrar semillas de duda” a través de experiencias correctivas. Este enfoque incluirá presentar escenarios neutrales que animen a los pacientes a cuestionar las conclusiones que tienden a extraer, tratando de reducir así esas convicciones que a menudo generan los delirios (Moritz et al., 2014).

MCT es una intervención existente tanto en formato grupal (MCT), como individual (MCT+). La MCT, en todas sus formas, está enfocada en los sesgos cognitivos involucrados en la esquizofrenia (conclusiones precipitadas, exceso de confianza en errores). MCT está compuesto por ocho módulos, los cuales son presentados a los participantes a través de materiales de PowerPoint. Estos módulos se separan por temas relacionados con el

aprendizaje, y se emplean discusiones grupales en las que los participantes deben practicar de manera repetida el reconocimiento de sus propios sesgos cognitivos (Moritz et al., 2014).

Los módulos de la EMC se centran en abordar lo que se consideran las bases principales para convertir los juicios neutrales en delirios: sacar conclusiones precipitadas y la tendencia al exceso de confianza. Por tanto, el objetivo de la EMC será doble, tratando por un lado de normalizar los sesgos cognitivos a través de una reducción del estigma y el aumento de la esperanza y, por otro lado, se brindará psicoeducación a los pacientes acerca de la tendencia de estos sesgos en personas con psicosis para fomentar así la autoeficacia y una disminución de la certeza en los propios juicios (Lysaker et al., 2018).

Las sesiones del EMC comienzan con una explicación acerca del sesgo que se va a abordar en dicha sesión, mostrando cómo este puede influir en la vida diaria de las personas. Durante la sesión, se realizan ejercicios didácticos relacionados con el sesgo, ilustrando estrategias de afrontamiento disfuncionales, para proponer después herramientas útiles y adaptativas por las cuales reemplazar las desadaptativas (Moritz et al., 2014).

Más concretamente, los sesgos cognitivos y sociales que se trabajan en el EMC son los siguientes; En primer lugar, el denominado Salto a conclusiones, que consiste en tomar decisiones sin disponer de evidencia suficiente y confiar en exceso en las decisiones que se toman. Se ha demostrado que las personas con psicosis tienden a decidir con menos información y con más seguridad que los sujetos controles (Huq et al., 1988). En segundo lugar el Pensamiento depresivo y autoestima, que hace referencia a la existencia de 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 & Woodward, 2014). En tercer lugar el sesgo denominado Atribuciones monocausales y sesgadas, cuya premisa se basa en que las personas que sufren psicosis tienden a obviar la posibilidad de que los sucesos estén causados por varios factores. Por tanto, tienden a atribuir como causa de los eventos negativos a las demás personas, creyendo que todo está fuera de su control (Moritz & Woodward, 2014). En cuarto lugar el Exceso de confianza en los errores, que consiste en crear recuerdos falsos, confiando plenamente en la veracidad de estos. Se ha demostrado que las personas con esquizofrenia tienden a crear más recuerdos falsos y a confiar más en esos errores de memoria que las personas sanas (Moritz et al., 2005). En quinto lugar la Necesidad de

cierre, sesgo que se observa con mayor frecuencia en pacientes con esquizofrenia en comparación a personas sin la enfermedad. Este sesgo se basa en la necesidad de zanjar cualquier tema, mostrando baja tolerancia a la incertidumbre (Colbert & Peters, 2002).

En sexto lugar el Sesgo contra la evidencia disconformativa, que se basa en la tendencia de los pacientes con esquizofrenia a aferrarse a pensamientos incluso cuando los indicios muestran que dichos pensamientos no son ciertos. Estudios han confirmado que las personas con esquizofrenia muestran mayor dificultad a la hora de cambiar de opinión o relativizar sus ideas previas (Moritz & Woodward, 2007). Por último, el sesgo denominado Déficit en la teoría de la mente y cognición social, que hace referencia a las dificultades de los pacientes con trastorno de esquizofrenia para construir sus propias representaciones acerca de ellos mismos, los demás y las relaciones. Así mismo, presentan dificultades para identificar cuales son los motivos que desencadenan un suceso o cuales son los motivos e intenciones de los demás.

Como se ha presentado a lo largo del trabajo, estos errores y sesgos pueden generar falsas creencias en los pacientes, las cuales contribuyan al desarrollo de delirios. Por tanto, el objetivo clínico del EMC será aumentar las competencias metacognitivas de los pacientes, con la intención de que estos sean más conscientes de sus propios sesgos cognitivos tan frecuentes en la esquizofrenia, pudiendo sustituirlos por pensamientos más funcionales y racionales (Moritz et al., 2014).

Capítulo 3. Resultados

En el presente capítulo se expondrán tanto los resultados como las conclusiones aportadas por diversos estudios acerca de la eficacia de los enfoques metacognitivos en el tratamiento de la esquizofrenia. Se incluirán resultados acerca de las terapias mencionadas en el capítulo anterior, por ser las de mayor relevancia en la práctica clínica para el abordaje de la esquizofrenia.

3.1 Terapia de Reflexión Metacognitiva e Insight

Si bien es cierto que todavía son limitados, existen datos que apuntan tanto a la efectividad como a la viabilidad y aceptabilidad de MERIT dirigida a mejorar la metacognición en pacientes que presentan trastornos mentales graves (TMG) en entornos clínicos naturales (Bargenquast y Schweitzer, 2014; Steven de Jong, van Donkersgoed, Pijnenborg y Lysaker, 2016; Vohs et al., 2018). Un ensayo clínico aleatorio ha replicado los resultados positivos de MERIT para la mejora de la metacognición y, más concretamente, las habilidades de autorreflexión (de Jong et al., 2018).

Un estudio llevado a cabo por Jong et al. (2018) tuvo como objetivo investigar la experiencia subjetiva de los pacientes con la psicoterapia MERIT, para determinar si los participantes que recibían MERIT encontraban este efectivo. Además, se estudió también si estas ganancias se alineaban con los hallazgos cuantitativos.

El estudio realizado por Jong et al. (2018) incluyó inicialmente a 35 participantes (solo 18 terminaron el tratamiento) que contaban con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (esquizofrenia o esquizoafectivo). Fue un ensayo controlado aleatorio en el cual se comparó la eficacia de 40 sesiones de MERIT frente a un tratamiento habitual. Todos los pacientes recibieron dosis estándar de medicación antipsicótica y ningún otro tratamiento psicológico durante el estudio a parte del planteado para la comparación. Los resultados mostraron que el 77% de los participantes que recibieron la terapia respondieron a esta. 10/14 indicaron experimentar la terapia como beneficiosa para su recuperación, contribuyendo está a la comprensión de su propio pensamiento.

En lo que respecta a los resultados a nivel cualitativo, un estudio realizado por Lysaker et al. (2015) evaluó los efectos que mostraban pacientes que habían recibido al menos un año de terapia MERIT u otra psicoterapia de apoyo. Este estudio cualitativo

mostró que, aquellos pacientes que habían recibido psicoterapia MERIT, en contraste con la terapia de apoyo, mostraron mejoras significativas tanto en el sentido de agencia como en su capacidad para tolerar y manejar los niveles de angustia (los cuales, al inicio del tratamiento habían sido percibidos como muy incapacitantes por los pacientes).

Así mismo, se han encontrado también efectos tanto a nivel personal como al de las necesidades individuales. Según diversos estudios, MERIT se asociaría con un aumento significativo en el número de metas que los propios pacientes se proponen a sí mismos, tanto en las fases tempranas como en las posteriores al TMG (Arnon-Ribenfeld et al., 2018; Hamm & Firmin, 2016; Hasson-Ohayon et al., 2017; Hillis et al., 2014; J. L. Vohs et al., 2018; Leonhardt et al., 2018; van Donkersgoed et al., 2016).

Con respecto a los pacientes sin conciencia del trastorno, J. L. Vohs et al. (2018) asignaron al azar a adultos con un primer episodio psicótico y pobre insight a MERIT o un tratamiento convencional (TAU) de 6 meses de duración. Los sujetos que participaron en el estudio se encontraban en recuperación en la fase temprana de la psicosis (EPP). Dentro del enfoque MERIT, existe una nueva intervención que cuenta con potencial para abordar la percepción en pacientes en EPP, denominada MERIT-EP. Cabe destacar que, en este estudio realizado por J. L. Vohs et al. (2018), el 80% (8 de 10 sujetos) de los participantes que recibieron MERIT finalizaron el tratamiento, completando las 24 sesiones requeridas. Así mismo, se observó en estos pacientes mejoras estadísticamente significativas en medidas objetivas acerca de la conciencia de enfermedad, no encontrándose un incremento de la angustia o desesperanza en los sujetos debido al aumento de la conciencia de enfermedad (J. L. Vohs et al., 2018).

Es de relevancia considerar la buena adherencia mostrada al tratamiento, mostrándose una tasa de aceptación mínima del 70% (de los 8 sujetos que completaron el tratamiento con MERIT, solo uno tomó una pausa significativa en la terapia). MERIT-EP presenta una tasa de adherencia al tratamiento mayor a la observada en múltiples estudios farmacológicos, además de que no presenta efectos adversos. Respecto a los beneficios clínicos, el estudio concluyó que, aquellos sujetos que recibieron MERIT-EP en lugar de TAU mostraron un aumento significativo desde el punto de vista clínico y estadístico, no siendo este explicado por una mejoría general de los síntomas. Debido a esto, podemos concluir que las mejoras encontradas fueron específicamente del insight, no reflejando una mejor global de la enfermedad (J. L. Vohs et al., 2018).

Como conclusión, y de manera global, los resultados presentados en el estudio de Vohs et al. (2018) sugieren que MERIT-EP presenta potencial como tratamiento manual siendo factible, aceptable y potencialmente relacionado con cambios significativos en la percepción. Así mismo, recalca que MERIT podría ser un tratamiento válido y útil para ayudar a aquellas personas que desconocen su enfermedad, aportando estrategias y herramientas para comprender sus afecciones psiquiátricas (J. L. Vohs et al., 2018).

3.2 Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis

Un artículo realizado por Salvatore et al. (2016) describe el tratamiento llevado a cabo a un paciente con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones verbales auditivas negativas generalizadas (AVH por sus siglas en inglés). El paciente en cuestión fue tratado con Terapia Interpersonal Metacognitiva (MIT) (Dimaggio et al., 2015), en su versión adaptada a la psicosis (MIT-P) (Salvatore et al., 2009) dirigida a promover sus capacidades metacognitivas.

El objetivo de MIT-P fue, los tres primeros meses, considerados como la primera parte del tratamiento, tratar los AVH ayudando al paciente a comprender y afrontar el sufrimiento emocional que estos causaban, puesto que, en esta primera fase, el nivel de excitación cada vez que aparecían los AVH era muy alto y la capacidad metacognitiva del paciente muy baja. El terapeuta trató de disminuir el sufrimiento emocional que los AVH causaban, enseñándole además estrategias conductuales para poder afrontarlos. Así mismo, y de forma paralela, se promovía una mejora en la capacidad del paciente para reflexionar sobre la propia mente. Esta primera etapa del tratamiento es consistente con el objetivo de la TCC, que se centra en aportar alivio a la angustia emocional que siente el paciente como consecuencia de las AVH. En esta fase y en una atmósfera de validación, se invita al paciente a que adopte estrategias conductuales que le permitan hacer frente al sufrimiento, hasta conseguir desarrollar un sentido de agencia sobre los síntomas, así como de autoeficacia (Salvatore et al., 2016).

Posteriormente, y en una etapa más avanzada de la terapia, la función del terapeuta fue ayudar al paciente a comprender cuáles eran los desencadenantes sociales que, junto con los esquemas desadaptativos que el paciente tenía de sí mismo, originaban las AVH. En esta segunda etapa del tratamiento fue posible incitar los episodios autobiográficos donde surgieron los AVH. Este paso fue clave pues creó las condiciones necesarias para

una disminución significativa de la omnipresencia de los AVH en la vida del paciente. La suscitación se dirigió a estimular la comprensión del vínculo entre los eventos de activación interpersonal, los sentimientos problemáticos y la aparición de AVH, construir vínculos psicológicos más complejos entre los esquemas interpersonales problemáticos y AVH y, por último, promover un dominio metacognitivo funcional de los AVH (Salvatore, 2016).

Aunque existen múltiples limitaciones a tener en cuenta antes de considerar la eficacia y viabilidad de MIT-P, es importante considerar, de manera aislada, los resultados y las conclusiones que este estudio de caso único arroja. Según este estudio de caso único, la psicoterapia con MIT-P parece ser eficaz a la hora de estimular las habilidades metacognitivas y reducir las AVH. Es cierto que no tienen un impacto definitivo en las creencias del paciente sobre sí mismo, pero consigue estimular en este la percepción de que las AVH son originadas por atribuciones internas (Salvatore et al., 2016).

3.3 Entrenamiento Metacognitivo de Moritz (EMC)

Han sido diversos los estudios que han demostrado la capacidad de EMC para reducir los síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia (Moritz and Woodward, 2007; Kumar et al., 2010; Moritz et al., 2011, 2014; Briki et al., 2014; Pankowski et al., 2016). Así mismo, se han demostrado también que las mejorías se mantienen hasta 3 años (Moritz et al., 2014).

En primer lugar, y respecto al Entrenamiento Metacognitivo de Moritz, el primer estudio que se ha considerado para la presente revisión bibliográfica es un estudio piloto llevado a cabo por Aghotor et al. (2010). El objetivo del estudio fue abordar los déficits cognitivos y los sesgos que se supone desempeñan un papel crucial en la patogenia de los delirios. El estudio examinó la fiabilidad y eficacia del enfoque EMC en pacientes con esquizofrenia, evaluando así los beneficios que este enfoque tiene con respecto a la capacidad de los pacientes para monitorear y reconsiderar la toma de decisiones. Mediante el estudio piloto, se pretendía analizar la viabilidad del enfoque metacognitivo (EMC), evaluando los efectos de este sobre los síntomas positivos y los sesgos cognitivos. Dicho estudio se llevó a cabo con una muestra de 30 pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia. La asignación de los pacientes al grupo EMC o al grupo control

(intervención de control activo) fue aleatoria. La duración de ambos programas fue de 4 semanas (Aghotor et al., 2010).

Los resultados obtenidos en el estudio de Aghotor et al. (2010) presentaron, en primer lugar, que los pacientes que participaron en el grupo EMC no mostraron reacciones adversas ante dicho tratamiento. Del mismo modo, los pacientes del grupo EMC expresaron un mayor éxito de entrenamiento subjetivo en comparación con los del grupo control ($d = 0,7$). Se encontraron, por tanto, mejoras más fuertes en todas las subescalas de PANSS a nivel descriptivo, así como la reducción del sesgo de saltar a conclusiones precipitadas (JTC) para los pacientes que habían recibido EMC ($d = 0,31$). Así mismo, los pacientes de EMC mostraron una mayor disposición a recomendar dicho entrenamiento a otros ($p = 0,07$), y se mostraron más dispuestos a dar retroalimentación, a los comentarios positivos sobre los ejercicios prácticos y detectaron como agradable el ambiente de la intervención grupal. Sin embargo, ninguno de los efectos mostrados alcanzó significación estadística (Aghotor et al., 2010).

Como conclusión general a los resultados obtenidos en este estudio piloto realizado por Aghotor et al. (2010), se puede considerar y confirmar la viabilidad de EMC, proporcionándose así evidencia preliminar de su eficacia en la mejora de síntomas positivos y en la reducción del JTC. A pesar de que los tamaños del efecto mostrados en el estudio son preliminares, brindan evidencia tentativa sobre la eficacia de EMC, habiendo sido utilizados como base para el cálculo de un tamaño de muestra óptimo. Suponiendo un tamaño del efecto de $d = 0,43$ (resultados actuales), una beta (potencia) de 8 a un nivel alfa de 0.5 (dos colas), se necesitaría un tamaño de muestra de 86 en cada grupo para lograr un efecto significativo (Aghotor et al., 2010).

En segundo lugar, un estudio realizado por Acuña et al. (2022) mostró la superioridad de EMC frente al tratamiento habitual en lo que respecta a los síntomas positivos de la esquizofrenia. El objetivo del estudio realizado por Acuña et al. (2022) fue evaluar la eficacia de EMC en una muestra chilena de personas con esquizofrenia. Al igual que en el estudio de Aghotor et al. (2010), se dividió a los pacientes en dos grupos de manera aleatoria. El estudio fue un ensayo clínico aleatorizado en el que se incluyó una muestra de 46 participantes, todos ellos pacientes ambulatorios del Hospital Del Salvador de Valparaíso, Chile. 25 pacientes formaron parte del grupo EMC (completaron al menos 7 de las 10 sesiones previstas), y 21 pacientes formaron parte del grupo control, los cuales recibían controles regulares con enfermeros y psiquiatras (Acuña et al., 2022).

Se realizó una evaluación al inicio y al final del estudio, tanto a los sujetos del grupo EMC como a los del grupo control, mediante los siguientes cuestionarios. En primer lugar la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS), desarrollada por Kay et al. (1987) y adaptada al español por Peralta et al. (1994). En segundo lugar el Cuestionario de Sesgos Cognitivos en Psicosis (CBQ) y la Escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS), ambos instrumentos desarrollados por Beck.

Para el análisis de los resultados y la comparación de ambos grupos (EMC y control), se realizaron dos Análisis Estadísticos. En primer lugar se realizó una comparación de los puntajes medios en los instrumentos de evaluación al inicio y al final de los tratamientos utilizados. El objetivo de esto era determinar si, en promedio, se produjo una mejoría estadísticamente significativa. Se usó T-Student para la comparación de medias en muestras pareadas. En segundo lugar, se realizó la evaluación de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos. Se usó T-Student para la comparación de medias en muestras independientes. Por último, se realizó una asociación lineal de Pearson, para analizar la correlación entre los puntajes iniciales en los instrumentos de evaluación y el cambio tras la intervención (tanto al grupo EMC como al control). Se comprobó la normalidad de datos mediante Jarque-Bera (Acuña et al., 2022).

Por un lado, el grupo EMC mostró cambios favorables (estadísticamente significativos) en puntaje total tras la intervención. Por su parte, el grupo control mostró mejoras estadísticamente significativas pre-post en el puntaje total. Los resultados arrojados por el estudio fueron, a grandes rasgos, que el grupo de EMC mostró mejoras estadísticamente significativas en la mejoría de síntomas positivos, en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se encontró superioridad en la mejoría de sesgos cognitivos ni insight cognitivo en comparación con el grupo control (Acuña et al., 2022).

En tercer lugar, y siguiendo con EMC, un estudio realizado por Haga et al. (2022) tuvo como objetivo investigar la eficacia de EMC en la etapa de recuperación temprana de pacientes con esquizofrenia. Este estudio fue realizado con pacientes hospitalizados en la sala de emergencias del Hospital Mental Tikumaso entre octubre del año 2018 y octubre del 2020. El estudio piloto realizado por Haga et al. (2022) fue un ensayo controlado aleatorizado no cegado, para el cual se reclutaron a 24 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de entre 20 y 65 años. Como en el resto de estudios revisados en el presente trabajo, la forma de proceder fue dividir aleatoriamente a los pacientes en dos grupos:

grupo de terapia ocupacional (OT) + EMC, y grupo de solo OT (grupo control) (Haga et al., 2022).

Así mismo, se utilizó la versión japonesa del MCT (Ishigaki., 2012) la cual consta de ocho módulos que cubren las conclusiones precipitadas, el sesgo de confirmación, la teoría de la mente, la autoestima, los errores en la memoria verbal y la atribución causal. Cada sesión tenía una duración de 45 a 60 minutos, y se realizaban dos sesiones de MCT, con dos temas, semanalmente. Todas las sesiones de MCT fueron llevadas a cabo por el mismo terapeuta ocupacional, el cual dirigió el programa de acuerdo a los métodos estipulados en el Manual MCT (Moritz et al., 2010).

Se hizo uso del BACS, la versión japonesa del Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) (Keefe, 2004; Kaneda et al., 2007), para la evaluación de la función cognitiva. Así mismo, los síntomas fueron evaluados mediante la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) (Kay et al., 1987). Para la evaluación de las percepciones cognitivas se empleo la Escala de percepción cognitiva de Beck (BCIS), creada por Beck et al. (2004), a través de la cual se mide el sesgo cognitivo. La motivación intrínseca fue evaluada utilizando la versión japonesa del Inventario de Motivación Intrínseca (IMI) (Choi et al., 2009) Por último, y respecto a la satisfacción con el tratamiento, esta fue evaluada mediante el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ) (Tachimori et al., 1999)

Los datos se analizaron mediante el análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas de dos vías. Mediante este análisis estadístico, se realizó tanto una comparación de los cambios en la función cognitiva, los síntomas psiquiátricos, la percepción cognitiva y la motivación intrínseca al inicio y al final de la intervención, como una comparación de los resultados entre los dos grupos. Así mismo, se realizó una comparación del reingreso de pacientes durante el año posterior al alta entre ambos grupos (Haga et al., 2022).

Finalmente, y debido a la retirada de algunos de los pacientes del estudio, el análisis incluyó a ocho sujetos en cada grupo. Todos los puntajes BACS mostraron una tendencia hacia el aumento en la evaluación posterior a la intervención. El análisis de varianza bidireccional de medidas repetidas mostró la existencia de diferencias significativas en cuanto a la función cognitiva en varios dominios dentro de los sujetos. Aun así, no se observaron diferencias significativas entre los propios sujetos al comparar ambos grupos. Más concretamente, y respecto a la fluidez verbal, está mostró una diferencia significativa en el factor intra sujetos, sin embargo, el factor entre sujetos y las interacciones no

mostraron diferencias significativas. Por su parte, la función ejecutiva mostró también diferencias significativas en el factor intra-sujetos, sin mostrar ninguna diferencia significativa en el factor entre sujetos y en el factor interacciones. Respecto a la memoria verbal, memoria de trabajo, velocidad motora y atención para el factor intra-sujetos, entre sujetos e interacciones, ninguna mostró diferencias significativas (Haga et al., 2022).

En lo que respecta al PANSS, se pudo observar una disminución del puntaje en la evaluación posterior a la intervención. En el caso de los síntomas positivos, estos fueron significativamente diferentes en el factor intra-sujetos, pero no se observó lo mismo para el factor entre sujetos y para el factor interacciones. Por tanto, los síntomas psiquiátricos mostraron una mejoría significativa dentro del sujeto. Los síntomas negativos siguieron en la misma línea que los positivos, observándose diferencias significativas en el factor intra-sujetos, pero no en el factor entre sujetos ni interacciones. Además, se encontró una interacción con la psicopatología general ($p=0,03$), observándose una diferencia significativa, de nuevo, en el factor intra-sujetos, y, en este caso, también en el factor interacciones. No se encontró diferencia significativa en lo que respecta al factor entre sujetos. Respecto a la variable de percepción cognitiva y autorreflexión, estas fueron significativamente diferentes entre los sujetos ($p=0,03$). No se encontraron diferencias significativas en la motivación intrínseca. Respecto al IMI, no se encontraron diferencias significativas en el factor dentro de los sujetos, entre sujetos ni interacciones en las variables Interés/disfrute, Elección percibida, Valor/utilidad e IMI total. Así mismo, la comparación realizada entre grupos del CSQ como evaluación posterior a la intervención no presentó diferencias significativas (Haga et al., 2022).

Por último, y respecto al reintegro evaluado durante el año posterior al alta, se demostró que este fue significativamente menor ($p=0,046$) en el grupo OT + EMC en comparación con el grupo de OT solo (grupo control), siendo solo el 25% de los sujetos (2) del grupo OT + EMC los que volvieron a ingresar, frente al 75% del grupo control (6 sujetos) (Haga et al., 2022).

Conclusiones

La estrecha relación entre los déficits metacognitivos y los síntomas de la esquizofrenia, así como la necesidad de un tratamiento orientado a abordar dichos déficits que permitan reducir la sintomatología psicótica y negativa han sido los precursores del presente trabajo de investigación. Dicho trabajo tiene como objetivo principal analizar la eficacia clínica de las terapias en metacognición dirigidas a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

En lo que respecta a este objetivo, podemos concluir que, a pesar de la singularidad del tema, los enfoques en metacognición muestran mejoras en los síntomas de la esquizofrenia, mostrándose una reducción de estos. Si bien estas mejoras no son estadísticamente significativas en todos los estudios, apuntan a una posible viabilidad y eficacia de estos enfoques en el transcurso del tiempo con mayor investigación y avance en el tratamiento de la esquizofrenia.

Más concretamente, y en lo que respecta a MERIT, los estudios considerados concluyen esta psicoterapia como beneficiosa para los pacientes (de Jong et al., 2018), así como capaz de generar mejoras significativas en los pacientes que la reciben (Lysaker et al., 2015). La conciencia de enfermedad también muestra mejoras estadísticamente significativas gracias al uso de MERIT (Vohs et al., 2018), pudiendo ser un tratamiento beneficioso para aquellos pacientes que desconozcan su enfermedad. Por su parte, los estudios dirigidos a analizar la eficacia de EMC concluyen y confirman la viabilidad de dicha psicoterapia, presentando eficacia en la mejora de síntomas positivos y en la disminución del JTC (Aghotor et al., 2010).

De acuerdo a los objetivos específicos, el presente trabajo realiza una extensa revisión y profundización en el estudio de la esquizofrenia, así como de la metacognición y de la relación entre ambas variables. Dicho estudio nos aporta las bases necesarias para una mayor y correcta comprensión de las psicoterapias orientadas metacognitivamente y la eficacia que estas han mostrado en múltiples investigaciones dirigidas a evaluar y analizar su eficacia clínica en el tratamiento de la esquizofrenia. Así mismo, es importante recalcar que la revisión y profundización de dichos conceptos nos llevan a confirmar la relación existente entre ambas variables (esquizofrenia y metacognición), respaldando así la importancia y necesidad de terapias que aborden los déficits metacognitivos.

Considerando todo lo expuesto, y atendiendo a los resultados aportados por los múltiples estudios analizados, sería pertinente considerar las líneas de trabajo en metacognición como posibles enfoques para el tratamiento de la esquizofrenia, como parte de un abordaje multidisciplinar, sin olvidarnos del tratamiento farmacológico. No se busca que las terapias en metacognición sean el pilar fundamental del tratamiento de la esquizofrenia, pero si se explora que estas puedan ser muy útiles y beneficiosas para los pacientes. Así pues, se debe alentar a los profesionales de la salud mental a seguir investigando y explorando la metacognición como recurso terapéutico para las personas con esquizofrenia.

Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones que han de ser consideradas. Encontramos como principal limitación el tamaño de la muestra de la mayoría de los estudios considerados para la revisión, el cual podría ampliarse con una n mayor, además de extender el estudio a otros contextos geográficos. Se debe tener presente que, incluso algunas de las investigaciones aportadas son estudios de caso único, por lo que es una importante limitación a tener en cuenta al considerar los resultados obtenidos.

En segundo lugar, otra de las mayores limitaciones es la poca investigación previa realizada sobre el tema en cuestión, pues como se ha podido ver, los enfoques en metacognición y la relación de estos con la esquizofrenia son temas muy actuales que precisan de un mayor estudio e investigación que nos proporcionen datos a las preguntas planteadas acerca de dicha asociación. El presente trabajo es un primer acercamiento a este tema, sin embargo, aún quedan muchas cuestiones que debemos plantearnos e investigar para poder avanzar en lo que acontece, no sólo a los enfoques metacognitivos, sino también al tratamiento de la esquizofrenia contemplado este como un abordaje multidisciplinar.

Referencias bibliográficas

- Acuña, V., Otto, A., Cavieres, A., & Villalobos, H. (2022). Eficacia del entrenamiento metacognitivo en una muestra chilena de personas con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.006>
- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., & Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 207-211. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.004>
- Antonijevic, N. y Chadwick, C. (1981/1982). Estrategias Cognitivas y Metacognición. *Revista de Tecnología Educativa*, 7(4), 307-321.
- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Van Haren Publishing.
- Arnon-Ribenfeld, N., Bloom, R., Atzil-Slonim, D., Peri, T., de Jong, S., & Hasson-Ohayon, I. (2018). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) Among People With Schizophrenia: Lessons From Two Case Studies. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 175-185. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180037>
- Aust, J., & Bradshaw, T. (2016). Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(1), 69-83. <https://doi.org/10.1111/jpm.12357>
- Ayuso-Mateos, J., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J., & Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.003>
- Bacon, E., Danion, J. M., Kauffmann-Muller, F., & Bruant, A. (2001). Consciousness in Schizophrenia: A Metacognitive Approach to Semantic Memory. *Consciousness and Cognition*, 10(4), 473-484. <https://doi.org/10.1006/ccog.2001.0519>
- Bargenquast, R., & Schweitzer, R. D. (2013). Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: A pilot study of Metacognitive Narrative Psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(3), 338-356. <https://doi.org/10.1111/papt.12019>
- Barbato, A. (1998b). Psychiatry in Transition: Outcomes of Mental Health Policy Shift in Italy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(5), 673-679. <https://doi.org/10.3109/00048679809113122>

- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. *International Universities Press*.
- Belloch, A., Sandín, B., & Francisco, R. (2008). *Manual de Psicopatología, Vol. I. Edición revisada y actualizada*. McGraw-Hill Education.
- Bion, W. R., (1954) "Notes on the Theory of Schizophrenia", *International Journal of Psycho-Analysis*, XXXV.
- Bramon, E. (2004). Meta-analysis of the P300 and P50 waveforms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70(2-3), 315-329. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.01.004>
- Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J., Netillard, C., Cheraitia, E., Marin, K., Govyadovskaya, S., Tio, G., Bonin, B., Chauvet-Gelinier, J. C., Leclerc, S., Hodé, Y., Vidailhet, P., Berna, F., Bertschy, A. Z., & Vandell, P. (2014). Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.005>
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 196(2), 116-121. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067512>
- Buck, K. D., Warman, D. M., Huddy, V., & Lysaker, P. H. (2012). The Relationship of Metacognition with Jumping to Conclusions among Persons with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychopathology*, 45(5), 271-275. <https://doi.org/10.1159/000330892>
- Birchwood, M. J., Chadwick, P., & Trower, P. (1999). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia: 93* (1.^a ed.). Wiley.
- Bob, P., Pec, O., Mishara, A. L., Touskova, T., & Lysaker, P. H. (2016). Conscious brain, metacognition and schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, 105, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2016.05.003>
- Carlsson, A. (1978). Antipsychotic Drugs, Neurotransmitters, and Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 135(2), 164-173. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.2.164>
- Chadwick, P.; Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Choi, J., Mogami, T., & Medalia, A. (2009). Intrinsic Motivation Inventory: An Adapted Measure for Schizophrenia Research. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 966-976. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp030>

- Creese, I., Burt, D. R., & Snyder, S. H. (1976). Dopamine Receptor Binding Predicts Clinical and Pharmacological Potencies of Antischizophrenic Drugs. *Science*, *192*(4238), 481-483. <https://doi.org/10.1126/science.3854>
- COLBERT, S. M., & PETERS, E. R. (2002). NEED FOR CLOSURE AND JUMPING-TO-CONCLUSIONS IN DELUSION-PRONE INDIVIDUALS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(1), 27-31. <https://doi.org/10.1097/00005053-200201000-00007>
- Davis, L. W., Eicher, A. C., & Lysaker, P. H. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *129*(1), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.02.026>
- Deckler, E., Hodgins, G. E., Pinkham, A. E., Penn, D. L., & Harvey, P. D. (2018). Social Cognition and Neurocognition in Schizophrenia and Healthy Controls: Intercorrelations of Performance and Effects of Manipulations Aimed at Increasing Task Difficulty. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00356>
- Dickerson, F. B., Brown, C. H., Daumit, G. L., LiJuan, F., Goldberg, R. W., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2005). Health Status of Individuals With Serious Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(3), 584-589. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj048>
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Treatment Manual*. Routledge.
- de Jong, S., van Donkersgoed, R. J. M., Timmerman, M. E., aan het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., van Der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P. H., & Pijnenborg, G. H. M. (2018). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, *49*(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/s0033291718000855>
- De Psicología, D. V. R. U. I. (2021, 27 enero). *Validación del Cuestionario de Sesgos Cognitivos para la Psicosis (CBQp): Relación con sintomatología, insight y neurocognición*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/670511>
- Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2006). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *194*(1), 3-9. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000195316.86036.8a>
- Dratcu L. (2010). La búsqueda del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia: desde los neurolépticos convencionales a los antipsicóticos atípicos y más allá [The quest for the pharmacological treatment of schizophrenia: from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics and beyond]. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina), *21*(93), 385–393.

- Faibish, G. M., & Pokorny, A. D. (1972). Prediction of long-term outcome in schizophrenia. *Diseases of the nervous system*, 33(5), 304–309.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.906>
- Fletcher, P. C., & Frith, C. D. (2008). Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 48-58. <https://doi.org/10.1038/nrn2536>
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002b). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331-347. <https://doi.org/10.1348/014466502760387461>
- Fridberg, D. J., Brenner, A., & Lysaker, P. H. (2010). Verbal memory intrusions in schizophrenia: Associations with self-reflectivity, symptomatology, and neurocognition. *Psychiatry Research*, 179(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.026>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. *Karnac Book*. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Garcia, M., & Arango, C. (2010). Neuroimagen y Neurofisiología de la Esquizofrenia. *Tratado de Psiquiatría*, 1029-1044.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-195. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003312>
- Garety, P. A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D. G., Kuipers, E., & Dudley, R. (2005). Reasoning, Emotions, and Delusional Conviction in Psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 373-384. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.3.373>
- Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry*, 203(5), 327-333. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126953>
- Glennon, J., Wadman, W., McCreary, A., & Werkman, T. (2006). Dopamine Receptor Pharmacology: Interactions with Serotonin Receptors and Significance for the Aetiology and Treatment of Schizophrenia. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 5(1), 3-23. <https://doi.org/10.2174/187152706784111614>

- Godoy, J.F., Godoy-Izquierdo, D. y Vázquez, M.L. (2014). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V.E. Caballo, I. Salazar, J.A. Carrobles. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 395-426). Madrid, España: Pirámide.
- Gorczynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004412.pub2>
- Gumley, A., White, R., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., Beedie, S., McTaggart, J., Clarke, C., MacLeod, R., Lidstone, E., Riveros, B. S., Young, R., & McLeod, H. (2017). A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*, 183, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.026>
- Escamilla-Orozco, R. I., Becerra-Palars, C., Armendáriz-Vázquez, Y., Corlay-Noriega, I. S., Herrera-Estrella, M. A., Llamas-Núñez, R. E., Meneses-Luna, S., Quijada-Gaytán, J. M., Reyes-Madriral, F., Rosado-Franco, A., Rosel-Vales, M., & Saucedo-Uribe, E. (2021b). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta de México*, 157(94). <https://doi.org/10.24875/gmm.m21000501>
- Haga, S., Kobayashi, M., Takehara, A., Kawano, K., & Endo, K. (2022). Efficacy of Metacognitive Training for Patients With Schizophrenia in Psychiatric Emergency Wards: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.861102>
- Hamm, J. A., Renard, S. B., Fogley, R. L., Leonhardt, B. L., Dimaggio, G., Buck, K. D., & Lysaker, P. H. (2012). Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and Relationship to Concurrent and Prospective Symptom Assessments. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1303-1312. <https://doi.org/10.1002/jclp.21906>
- Hamm, J. A., & Firmin, R. L. (2016). Disorganization and Individual Psychotherapy for Schizophrenia: A Case Report of Metacognitive Reflection and Insight Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 227-234. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9326-7>
- Hasson-Ohayon, I., Arnon-Ribenfeld, N., Hamm, J. A., & Lysaker, P. H. (2017). Agency before action: The application of behavioral activation in psychotherapy with persons with psychosis. *Psychotherapy*, 54(3), 245-251. <https://doi.org/10.1037/pst0000114>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hillis, J. D., Leonhardt, B. L., Vohs, J. L., Buck, K. D., Salvatore, G., Popolo, R., Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive Reflective and Insight Therapy for People in Early

- Phase of a Schizophrenia Spectrum Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 125-135. <https://doi.org/10.1002/jclp.22148>
- Huq, S. F., Garety, P. A., & Hemsley, D. R. (1988). Probabilistic Judgements in Deluded and Non-Deluded Subjects. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, 40(4), 801-812. <https://doi.org/10.1080/14640748808402300>
- Ishigaki, T. (2012). Desarrollando la versión japonesa del entrenamiento metacognitivo. *Seishin Igaku* 54, 939–947
- Inchausti, F. (2018). *El trastorno de personalidad por evitación: una propuesta de tratamiento especializado en la sanidad pública española*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6847248>
- Jerónimo, S. R., Diego C., D. L. V. S., & Patricia, S. P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clinica y Salud*, 21(3), 235-254. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a3>
- KANEDA, Y., SUMIYOSHI, T., KEEFE, R., ISHIMOTO, Y., NUMATA, S., & OHMORI, T. (2007b). Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: Validation of the Japanese version. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6), 602-609. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01725.x>
- Kagan y Lang (1978). *Psychology and Education. An Introduction*. New York: Harcourt, Brace y Jovanovich, Inc., Capítulo 4, 128-150.
- Kapur, S., & Remington, G. (1996). Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 153(4), 466–476. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.4.466>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Keefe, R. (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 283-297. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.09.011>
- Kumar, D., Zia Ul Haq, M., Dubey, I., Dotivala, K. N., Veqar Siddiqui, S., Prakash, R., Abhishek, P., & Nizamie, S. H. (2010). Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(2), 149-158. <https://doi.org/10.1080/13642537.2010.488875>

- Kurtz, B. E., & Borkowski, J. G. (1987). Development of strategic skills in impulsive and reflective children: A longitudinal study of metacognition. *Journal of Experimental Child Psychology*, 43(1), 129-148. [https://doi.org/10.1016/0022-0965\(87\)90055-5](https://doi.org/10.1016/0022-0965(87)90055-5)
- Langdon, R., Ward, P. B., & Coltheart, M. (2008). Reasoning Anomalies Associated With Delusions in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 321-330. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn069>
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 425-448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Goldberg, R., Green-Paden, L. D., Tenhula, W. N., Boerescu, D., Tek, C., Sandson, N., & Steinwachs, D. M. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 193-217. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007071>
- Leonhardt, B. L., Ratliff, K., & Vohs, J. L. (2018). Recovery in First-Episode Psychosis: A Case Study of Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT). *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 128-134. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180032>
- Lewis, D. A., & Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a Disorder of Neurodevelopment. *Annual Review of Neuroscience*, 25(1), 409-432. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.25.112701.142754>
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Vohs, J. L., Schnakenberg Martin, A. M., Buck, K. D., & Hasson Ohayon, I. (2019). Metacognition and recovery in schizophrenia: From research to the development of metacognitive reflection and insight therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(1), 204380871881499. <https://doi.org/10.1177/2043808718814992>
- Lysaker, P. H., McCormick, B. P., Snethen, G., Buck, K. D., Hamm, J. A., Grant, M., Nicolò, G., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition and social function in schizophrenia: Associations of mastery with functional skills competence. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 214-218. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.06.011>
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolo, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x>
- Lysaker, P. H., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K. D., Semerari, A., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: The relationship of mastery to coping, insight,

- self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 412-424. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2010.02003.x>
- Lysaker, P. H., & Klion, R. E. (2017). Recovery, Meaning-Making, and Severe Mental Illness. *Nueva York: Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9781315447001>
- Lysaker, P. H., Gagen, E., Moritz, S., & Schweitzer, R. (2018). Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 11*, 341-351. <https://doi.org/10.2147/prbm.s146446>
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Carcione, A., McLeod, H. J., & Dimaggio, G. (2015). Metacognition in First Episode Psychosis: Item Level Analysis of Associations with Symptoms and Engagement. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(4), 329-339. <https://doi.org/10.1002/cpp.1959>
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127–159). Tavistock/Routledge.
- McGlashan, T. H. (1984). The Chestnut Lodge Follow-up Study. *Archives of General Psychiatry*, 41(6), 586. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790170060007>
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzler, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060906>
- Metacognitive Training (MCT) for Psychosis (Spanish) - Clinical Neuropsychology Unit*. (2022, 20 agosto). <https://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-spanish/>
- Moritz, S., Menon, M., Balzan, R., & Woodward, T. S. (2022). Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01394-9>
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>

- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., Aghotor, J., Köther, U., Woodward, T. S., Treszl, A., Andreou, C., Pfueller, U., & Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *151*(1-3), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.007>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(6), 619-625. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3282f0b8ed>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Whitman, J. C., & Cuttler, C. (2005). Confidence in Errors as a Possible Basis for Delusions in Schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *193*(1), 9-16. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000149213.10692.00>
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., & Woodward, T. S. (2011). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1823-1832. <https://doi.org/10.1017/s0033291710002618>
- Novella, Enric J., & Huertas, Rafael. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, *21*(3), 205-219. Recuperado en 04 de abril de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&tlng=es.
- O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- O.M.S. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. OMS: Ginebra, 2009.
- Okpokoro, U., Adams, C. E., & Sampson, S. (2014). Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009802.pub2>
- Onstad, S., Skre, I., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). Twin concordance for DSM-III-R schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *83*(5), 395-401. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05563.x>
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 296-321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>

- Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2013). Metacognition-Oriented Social Skills Training for Individuals with Long-Term Schizophrenia: Methodology and Clinical Illustration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 465-473. <https://doi.org/10.1002/cpp.1850>
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86-97. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01121-6)
- Pankowski, D., Kowalski, J., & Gawęda, U. (2016). The effectiveness of metacognitive training for patients with schizophrenia: a narrative systematic review of studies published between 2009 and 2015. *Psychiatria Polska*, 50(4), 787-803. <https://doi.org/10.12740/pp/59113>
- Peralta, V., Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(4), 171-7.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000088.pub2>
- Reichenberg, A., Feo, C., Prestia, D., Bowie, C. R., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2014). The course and correlates of everyday functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1), e47-e52. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.03.001>
- Rybakowski, J. (2021). Etiopathogenesis of schizophrenia – the state of the art for 2021. *Psychiatria Polska*, 55(2), 261-274. <https://doi.org/10.12740/pp/132953>
- Salvatore, G., Buonocore, L., Ottavi, P., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive Interpersonal Therapy for Treating Persecutory Delusions in Schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 164-174. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180039>
- Salvatore, G., Ottavi, P., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2016). Metacognitive Interpersonal Therapy for Treating Auditory Verbal Hallucinations in First-onset Schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 235-243. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9336-5>
- Salvatore, G., Procacci, M., Popolo, R., Nicolò, G., Carcione, A., Semerari, A., & Dimaggio, G. (2009). Adapted Metacognitive Interpersonal Therapy for Improving Adherence to Intersubjective Contexts in a Person With Schizophrenia. *Clinical Case Studies*, 8(6), 473-488. <https://doi.org/10.1177/1534650109354916>
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1123>

- Stahl, S. M., & Buckley, P. F. (2007). Negative symptoms of schizophrenia: a problem that will not go away. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(1), 4-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00947.x>
- Stein, L., & Wise, C. D. (1971). Possible Etiology of Schizophrenia: Progressive Damage to the Noradrenergic Reward System by 6-Hydroxydopamine. *Science*, *171*(3975), 1032-1036. <https://doi.org/10.1126/science.171.3975.1032>
- Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a Complex Trait. *Archives of General Psychiatry*, *60*(12), 1187. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.12.1187>
- Tas, C., Brown, E. C., Esen-Danaci, A., Lysaker, P. H., & Brüne, M. (2012). Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(8), 1086-1092. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.04.02>
- Tachimori, H., & Ito, H. (1999). Reliability and validity of the Japanese version of Client Satisfaction Questionnaire. *Seishin Igaku (Clinical Psychiatry)*, *41*(7), 711-717.
- Trauelson, A. M., Gumley, A., Jansen, J. E., Pedersen, M. B., Nielsen, H. G. L., Trier, C. H., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2016). Metacognition in first-episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Research*, *238*, 14-23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.003>
- Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *163*(3), 365-373. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.365>
- van Donkersgoed, R. J. M., de Jong, S., & Pijnenborg, G. H. M. (2016). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a Patient with Persistent Negative Symptoms. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *46*(4), 245-253. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9333-8>
- van Kammen, D. P., Mann, L. S., Sternberg, D. E., Scheinin, M., Ninan, P. T., Marder, S. R., van Kammen, W. B., Rieder, R. O., & Linnoila, M. (1983). Dopamine- β -Hydroxylase Activity and Homovanillic Acid in Spinal Fluid of Schizophrenics with Brain Atrophy. *Science*, *220*(4600), 974-977. <https://doi.org/10.1126/science.6133351>
- Vergara R., S. (2018). Metacognición en esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *56*(4), 269-278. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272018000400269>
- Vitzthum, F. B., Veckenstedt, R., & 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. <https://doi.org/10.1017/s1352465813000246>
- Vohs, J., Lysaker, P., Francis, M., Hamm, J., Buck, K., Olesek, K., Outcalt, J., Dimaggio, G., Leonhardt, B., Liffick, E., Mehdiyoun, N., & Breier, A. (2014). Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophrenia Research*, 153(1-3), 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.01.012>
- Vohs, J. L., Leonhardt, B. L., James, A. V., Francis, M. M., Breier, A., Mehdiyoun, N., Visco, A. C., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive Reflection and Insight Therapy for Early Psychosis: A preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophrenia Research*, 195, 428-433. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.041>
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855>
- World Health Organization. (2012, 16 junio). *CIE 10 : Trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.86.2.103>

Anexos

Anexo 1. *Criterios Diagnósticos DSM-V para la esquizofrenia. DSM-V (2013).*

Criterios Diagnósticos DSM-V: Esquizofrenia

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
-

Criterios Diagnósticos DSM-V: Esquizofrenia

- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).
- G. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
6. Delirios.
 7. Alucinaciones.
 8. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 9. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 10. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- H. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- I. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- J. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han
-

Criterios Diagnósticos DSM-V: Esquizofrenia

producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

- K. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
 - L. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).
-

Anexo 2. *Especificadores diagnóstico esquizofrenia. DSM-V (2013).*

Especificadores diagnóstico esquizofrenia

Especificar si: Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial Episodios múltiples, actualmente en remisión total
- Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
- No especificado

Especificar si:

- Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 65–66).
 - Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente
-

Especificadores diagnóstico esquizofrenia

Especificar la gravedad actual:

- La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-V.) Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad

Anexo 3. *Subtipos de esquizofrenia según DSM-IV (1994).*

Subtipos	Descripción
Paranoide	<p>Un tipo de esquizofrenia en la que se cumplen los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes b. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada
Desorganizado	<p>Un tipo de esquizofrenia en la que se cumplen los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Predominan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lenguaje desorganizado 2. Comportamiento desorganizado 3. Afectividad aplanada o inapropiada B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico

Subtipos	Descripción
Catatónico	<p>Al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor 2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos) 3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo 4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas 5. Ecolalia o ecopraxia
Indiferenciado	Están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico
Residual	<ol style="list-style-type: none"> A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas del Criterio A presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Anexo 4. Estructura de la escala abreviada de evaluación de la metacognición (MAS-A; Lysaker et al., 2005).

Nivel	Autorreflexividad (S)	Comprensión de la mente del Otro (O)	Descentramiento (D)	Dominio (M)
0	Ausencia total de conciencia sobre la propia actividad mental	Ausencia total de conciencia de la actividad mental de otros	Considerar que uno es el centro de todo lo que ocurre	Ausencia de conciencia de los problemas
1	Ligera conciencia sobre la propia actividad mental	Ligera conciencia de la actividad mental de otros	Reconocer que los otros tienen vidas independientes	Conciencia de los problemas como irresolubles
2	Conciencia de que los pensamientos son propios	Conciencia de que los otros tienen actividad mental propia	Conciencia de que existen formas diferentes de entender un mismo suceso	Conciencia de los problemas como resolubles pero con ausencia de respuesta
3	Distinción de diferentes operaciones cognitivas propias (pensamientos, fantasías, recuerdos...)	Distinción de diferentes operaciones cognitivas en los otros (pensamientos, fantasías, recuerdos...)	Conciencia de que los hechos son el resultado de factores múltiples y complejos	Respuestas pasivas
4	Distinción de diferentes estados emocionales	Reconocimiento de diferentes estados emocionales en los otros	-	Respuestas de búsqueda de ayuda

Nivel	Autorreflexividad (S)	Comprensión de la mente del Otro (O)	Descentramiento (D)	Dominio (M)
5	Reconocimiento de que los propios pensamientos son falibles	Suposiciones plausibles sobre el estado mental de los otros	-	Respuestas con acciones específicas
6	Reconocimiento de que el deseo no es la realidad	Descripciones completas del pensamiento de los otros a lo largo del tiempo	-	Respuestas con cambios
7	Integración de los propios pensamientos y emociones en una narración	Descripciones completas del pensamiento de los otros a lo largo de sus vidas	-	Respuestas basadas en los propios conocimientos
8	Integración de varias narraciones reconociendo patrones a lo largo del tiempo	-	-	Respuestas basadas en el conocimiento de los otros
9	Reconocimiento de pensamientos y emociones conectadas a través de su propia vida	-	-	Respuestas basadas en una comprensión amplia de la vida

