



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Máster

**Aplicación individual de un Programa
de Entrenamiento Metacognitivo en
un caso de Esquizofrenia Paranoide**

Alumna: Raquel Paz Risco

Tutor: Prof. Dr. José Antonio Muela Martínez

Fecha: Junio de 2019

ÍNDICE

Resumen.....	3
1. Marco teórico del caso.....	4
1.1.Definición clínica de la esquizofrenia.....	4
1.2.Historia.....	4
1.3.Sistema diagnóstico en la actualidad.....	6
1.4Curso evolutivo y etiología.....	8
1.5.Tratamientos para la esquizofrenia.....	10
1.6.Teoría explicativa de los delirios: sesgo atribucional.....	13
1.7.Terapia metacognitiva en psicosis.....	13
2. Descripción de la demanda del cliente	14
3. Antecedentes históricos.....	14
4. Hipótesis surgidas en la entrevista.....	15
5. Técnicas y procedimientos de evaluación.....	15
6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.....	21
7. Intervención.....	25
7.1.Objetivos y secuenciación.....	25
7.2.Programa de intervención.....	25
8. Resultados de la intervención.....	31
9. Conclusiones.....	35
10. Referencias.....	36

Resumen

El trastorno de la esquizofrenia es uno de los principales trastornos en salud mental, y se caracteriza por la presencia de síntomas positivos, negativos o de desorganización. En nuestro estudio, se presenta el caso único de una paciente diagnosticada de esquizofrenia paranoide y que actualmente se encuentra en fase estable. Se llevó a cabo una entrevista inicial y posteriormente una evaluación dónde se le administraron a la paciente una serie de cuestionarios y la escala BPRS para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia. Tras la evaluación, los objetivos fundamentales del presente estudio fueron reducir la sintomatología psicótica positiva y negativa, conseguir que las interpretaciones que realizaba de los acontecimientos fueran más apropiadas, aumentar la conciencia de enfermedad y mejorar el estado de ánimo. Para ello se realizó una intervención que consistió en la aplicación del programa de “Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia” (EMC; Moritz & Woodward, 2007), el cual fue adaptado a las necesidades de la paciente. Los resultados obtenidos tras la post-evaluación revelan que se han cumplido todos los objetivos propuestos, mostrando un descenso en la sintomatología psicótica, aumentando la conciencia de enfermedad, la empatía, la autoestima y la resistencia a los estigmas. Además, las atribuciones y las creencias irracionales se vuelven más adecuadas y adaptadas a la realidad, y disminuyen los síntomas depresivos.

Palabras clave: Esquizofrenia, Delirios, Alucinaciones, Síntomas Positivos, Síntomas Negativos, Entrenamiento Metacognitivo, Atribuciones.

Abstract

The disorder of schizophrenia is one of the main mental health disorders, and is characterized by the presence of positive symptoms, negative or disorganization. In our study, we present the unique case of a patient diagnosed with paranoid schizophrenia who is currently in a stable phase. An initial interview was conducted and then an evaluation where the patient was administered a series of questionnaires and the BPRS scale to confirm the diagnosis of schizophrenia. After the evaluation, the main objectives of the present study were to reduce the positive and negative psychotic symptomatology, to make the interpretations that it made of the events were more appropriate, to increase the awareness of illness and to improve the mood. For this, an intervention was carried out that consisted in the application of the program "Metacognitive Training for patients with schizophrenia" (EMC, Moritz & Woodward, 2007), which was adapted to the needs of the patient. The results obtained after

the post-evaluation reveal that all the proposed objectives have been met, showing a decrease in the psychotic symptomatology, increasing the awareness of illness, empathy, self-esteem and resistance to stigmas. In addition, irrational beliefs and attributions become more appropriate and adapted to reality, and depressive symptoms decrease.

Keywords: Schizophrenia, Delusions, Hallucinations, Positive Symptoms, Negative Symptoms, Metacognitive Training, Attributions.

1. Marco teórico del caso

1.1. Definición clínica de la esquizofrenia.

La esquizofrenia es considerada como un trastorno mental grave que afecta a casi el 1% de la población a nivel mundial (APA, 2014). Las personas que sufren esta enfermedad tienen disfunciones a nivel cognitivo, conductual y emocional, además de deterioro social y funcional. De manera clínica, en este trastorno están presentes los síntomas positivos, negativos y de desorganización. Los síntomas positivos pueden considerarse como experiencias anormales nuevas o añadidas al sujeto debido a la enfermedad, y estas pueden ser alucinaciones y delirios (Bernardo, 2003). Por otra parte, los síntomas negativos son considerados como la pérdida de funciones psicológicas que el individuo poseía antes del trastorno, entre los que se encuentra la anhedonia, la abulia, la apatía y el retraimiento social. Por último, también se incluye en el trastorno de la esquizofrenia el síndrome de desorganización, que corresponde a deterioro cognitivo y destacan la fragmentación de ideas, el afecto inapropiado y el pensamiento desorganizado (Vallina & Lemos, 2001). Hay una gran variabilidad en el curso de cada individuo a lo largo del desarrollo de la enfermedad. La esquizofrenia no solo afecta al sujeto que la padece sino también a todo su núcleo familiar.

1.2. Historia

La esquizofrenia ha sido conocida durante miles de años como “locura”. Para saber qué es esta enfermedad es importante saber cómo ha ido evolucionando con el paso de los años. Así podremos comprender prácticas de intervención como el exorcismo para tratar una enfermedad mental o cómo se ha conseguido mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Es importante tener en cuenta como las diferentes civilizaciones han abordado la situación, hasta llegar a la sociedad actual (Coto, Gómez, & Belloch, 2008). En la antigua Grecia, a las personas que sufrían enfermedades mentales se las consideraba como poseídas por el demonio. Uno de los filósofos de la época, que hizo una mayor aportación de los

trastornos mentales fue Hipócrates. Este los equiparó a los trastornos físicos. De este modo, se empezaron a considerar los problemas mentales como enfermedades. En la edad media, convivían tanto musulmanes como cristianos en España. Uno de los aspectos a destacar de los musulmanes fue el trato que tuvieron con los enfermos mentales, ya que en el Corán se consideraba a las personas con trastornos mentales como elegidos por una fuerza divina para decir siempre la verdad. Por ello se les admiraba y se les trataba con mucho respeto y gratitud. De este modo, se crearon los primeros hospitales y centros especializados en el cuidado de estas personas en países como Egipto, Siria o Irak. Por otra parte, los cristianos también concebían la idea de que eran elegidos de manera divina. Debido a este influjo, mientras que en el resto de Europa se entendía la enfermedad mental como posesión demoniaca y se realizaba la conocida “quema de brujas”, en España se entendía al revés y la mayoría de las mujeres acusadas de brujas eran declaradas “locas” y no se las perseguía si no eran peligrosas. La Inquisición Española apenas ajustició brujas, si no que se empleó más a fondo con los herejes, aunque sin llegar al nivel de Francia o Alemania. Por todo esto, el padre Jofré, en 1409, fundó en Valencia el primer hospital mental de toda Europa dedicado al tratamiento y cuidado de las personas con algún tipo de trastorno mental. En esta institución se recetaban dietas, paseos, cariño y comprensión como cura para la locura. Sin embargo, Pinel en el siglo XIX, llamó a todo esto tratamiento humanitario, atribuyéndose el mérito cuando les quitó las cadenas a los enfermos mentales. Poco a poco, se fueron creando más instituciones, pero en algunas de ellas el trato no era el correcto y cumplían más la labor de una cárcel que de un hospital o centro de cuidado destinado a este fin. En el siglo XVII hubo grandes progresos respecto a conocimientos del cuerpo humano, tanto fisiológicos como anatómicos. No obstante, la psicopatología pasó a un segundo plano. En concreto la esquizofrenia seguía considerándose una causa demoniaca. Incluso algunos prestigiosos médicos trataban a los enfermos a golpes por creerlos poseídos. Todo esto era debido a la visión religiosa que se tenía en la época. A mediados del siglo XIX, se produce un estudio más a fondo en el ámbito de la psicopatología, ya que no solo se analizaban los signos y síntomas de las distintas enfermedades mentales, sino que además se estudiaba la etiología, patogenia y evolución. En el siglo XX se produce un auge en la psicología en general, y en nuestro caso, en la esquizofrenia. Kraepelin (1856-1926) fue el primero que dio una definición al trastorno. Realizó una diferenciación entre las psicosis orgánicas y la psicosis funcional. Dentro de la funcional estaría la demencia precoz, la cual aparece a una edad mucho más temprana que si se tratara de una psicosis orgánica. Tiene una sintomatología delirante y afectiva, con curso crónico y deteriorante para quien lo padece. Más tarde, apareció otra de las figuras más

importantes en la historia de la esquizofrenia, Bleuler (1857-1939). Este autor, comenzó a denominar esquizofrenia a lo que Kraepelin llamaba demencia precoz. Dividió la sintomatología en dos grupos. Por un lado, los síntomas fundamentales, entre los que se encontraban el pensamiento distorsionado, la abulia, el aplanamiento afectivo, el trastorno atencional y la indecisión conceptual. Por otra parte, estarían los síntomas accesorios como los delirios y las alucinaciones.

1.3.Sistema diagnóstico en la actualidad.

En el DSM-5 podemos encontrar la esquizofrenia en el apartado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Para crear mayor estabilidad diagnóstica, en el nuevo manual se ha optado por eliminar los subtipos de la esquizofrenia. Por ejemplo, la catatonía, que antes era considerada como un subtipo de la esquizofrenia, en el DSM-5 se contempla como un especificador de varios trastornos mentales (entre ellos la esquizofrenia) y trastornos del estado del ánimo.

Para poder diagnosticar de esquizofrenia hay que tener en cuenta estos cinco síntomas: las alucinaciones, los delirios, el comportamiento desorganizado, el comportamiento motor alterado y los síntomas negativos. También se debe señalar la severidad y duración de los síntomas. Además la esquizofrenia se considera un trastorno dimensional, en el que se encuentran la parte cognitiva y la afectiva.

Fijándonos en los criterios, observamos dos cambios en el criterio A en el DSM-5 respecto al DSM-IV-TR. El primero de estos cambios es la existencia de al menos dos síntomas del criterio A, en vez de uno, debido a la baja fiabilidad y especificidad para distinguir entre los delirios que se consideran fiables de los que no lo son. Y el segundo de estos cambios, es que se añade un nuevo requisito al criterio A. Este consiste en que el individuo debe tener al menos uno de estos tres síntomas: alucinaciones, delirios o lenguaje desorganizado. A continuación se muestran los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-5 (APA, 2014):

- A. Dos (o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno 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 periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trata con éxito que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos 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 la fase activa, o 2) si se han producido los 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 periodos activo y residual de la enfermedad.
- 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 solo 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).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad solo 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 periodo en el que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno solo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas especificados 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 periodos 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).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante la 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).

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

1.4. Curso evolutivo y etiología.

El trastorno de la esquizofrenia puede comenzar en la etapa de la adolescencia, en la adulta e incluso en la infancia. Afecta por igual a hombres y mujeres, aunque es más probable que la de inicio temprano afecte más a hombres y la de efecto tardío a mujeres. En el curso de la esquizofrenia destacan las siguientes etapas (Ruiz-Iriondo et al., 2013):

- Fase premórbida, en la que los pacientes comienzan a presentar síntomas positivos o negativos leves, síntomas afectivos poco específicos, declive en el funcionamiento social y trastornos del pensamiento.
- Fase aguda, en la que los pacientes sufren un episodio psicótico con dominancia de síntomas positivos muy graves, como delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado y alteraciones conductuales. Se necesita ayuda externa, en muchos casos, con ingreso hospitalario.
- Fase de estabilización, en la que disminuyen los síntomas psicóticos. Suele abarcar entre los seis y doce meses posteriores a la fase aguda.
- Fase estable o de mantenimiento, en la que el paciente no manifiesta tantos síntomas y los que presenta son de menor gravedad. Es una fase importante para la rehabilitación y para llegar a alcanzar la máxima funcionalidad posible.
- Fase subcrónica, en la que hay presencia de episodios psicóticos recurrentes, síntomas negativos residuales y labilidad emocional.
- Fase crónica, en la que destacan los síntomas negativos y la labilidad emocional.

Respecto a la etiología, actualmente se trabaja con un modelo compuesto tanto por factores genéticos como ambientales. El factor genético más importante a nivel individual es ser familiar directo de primer grado de una persona con esquizofrenia (Gejman & Sanders, 2012). En cuanto a los factores ambientales, suelen darse sobre todo en la etapa prenatal y perinatal y pueden ser, la mala alimentación o estrés de la madre durante el embarazo, nacer en un ambiente sin recursos, contraer virus, nacer en los meses de primavera o invierno, traumatismos craneoencefálicos, epilepsias, fiebres altas, enfermedades autoinmunes y consumo de sustancias psicoactivas. Aun no se ha observado claramente cómo interactúan ambos factores para dar lugar a la enfermedad. También se ha estudiado que la esquizofrenia puede deberse a una alteración del neurodesarrollo por dos motivos. Uno de ellos sería que existe una lesión prenatal que se activa cuando las estructuras dañadas se conectan en la fase de la poda sináptica que ocurre en la adolescencia y el otro, que es debido a una alteración concreta que ocurre durante el proceso madurativo de la adolescencia (Obiols & Vicens-Vilanova, 2003).

Todo esto estaría englobado en la teoría del modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin & Spring, 1977), que explica la causa de la esquizofrenia unificando las corrientes genéticas (herencia), biológicas (hipofrontalidad, anormalidades cerebrales), sociales (pérdida de un progenitor, desajuste escolar) y de rasgos de la personalidad (aislamiento, timidez, dificultad

para expresar emociones). Según esta teoría, cada persona tiene una predisposición determinada a padecer el trastorno de esquizofrenia, y se dará en función de cómo interactúe el ambiente y los sucesos que tengan lugar en su vida. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad menor cantidad de estrés será necesario para que aparezca el trastorno, ya que los acontecimientos estresantes son un factor precipitante. Otros factores desencadenantes de la esquizofrenia serían la alta emoción expresada de la familia, un ambiente social muy exigente, acontecimientos vitales estresantes como separaciones de los progenitores, pobreza, fallecimiento de alguien cercano, consumo de tóxicos o mala higiene del sueño. Por todo esto, es importante aumentar los factores mediadores o protectores como la capacidad de afrontamiento, la autoeficacia, aumentar la conciencia de enfermedad, mejorar la comunicación familiar, el manejo de atribuciones adecuadas, etc.

1.5.Tratamientos para la esquizofrenia.

Dependiendo de la fase en la que se encuentre la enfermedad se plantean diferentes intervenciones psicoterapéuticas. En la fase premórbida el objetivo principal es evitar el episodio agudo mediante psicoeducación. En la fase aguda los objetivos son una buena adherencia al tratamiento farmacológico, la adaptación a la enfermedad y la intervención sobre la psicopatología general. En la fase subcrónica, se intenta estabilizar al paciente y hacer que recupere la mayor funcionalidad posible mediante entrenamiento en habilidades sociales, por ejemplo. En la fase crónica, el objetivo es mejorar la calidad de vida y hacer al paciente lo más independiente posible.

A día de hoy, el tratamiento para la esquizofrenia sigue siendo mayoritariamente farmacológico, pero cada vez hay más estudios que apoyan la psicoterapia como un tratamiento complementario para la intervención en el trastorno de la esquizofrenia.

Muchos estudios consideran la terapia cognitivo-conductual (TCC) como una intervención terapéutica imprescindible para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Esta terapia tiene como objetivo reducir el malestar que producen los síntomas psicóticos y hacer comprender al paciente que es la psicosis mediante las técnicas de las que disponga el profesional que la lleve a cabo. Todo con el objetivo de conseguir modificaciones a nivel cognitivo, conductual y emocional.

Algunos de los tratamientos psicológicos que se utilizan en la actualidad para tratar los problemas de los enfermos psicóticos son:

- *Psicoeducación*, cuyo objetivo principal es trabajar con los pacientes la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. Además intenta conseguir el mayor grado de autonomía posible y prevenir las recaídas. Se pretende alcanzar cambios tanto a nivel cognitivo como emocional.
- *Entrenamiento en habilidades sociales*, que lo que pretende es que el paciente desarrolle habilidades a través del aprendizaje de técnicas conductuales. Así se aumentan las capacidades de afrontamiento y se reducen los niveles de estrés que pueden surgir en las interacciones sociales, mejorando la calidad de estas.
- *Terapia para trabajar la conciencia de enfermedad*, que es primordial ya que muchos pacientes con esquizofrenia no la poseen. Hay que evaluar la razón de porqué el paciente no ha desarrollado una adecuada conciencia de la enfermedad. Esto puede ser debido a déficits neurológicos o por un mecanismo de defensa hacia la enfermedad que ha creado la persona. Tener una buena conciencia de enfermedad es primordial para que el proceso de tratamiento y la relación con su entorno se desarrollen de manera idónea.
- *Trabajar la adherencia al tratamiento*, ya que cumplir el tratamiento farmacológico es indicador de buen pronóstico a largo plazo, surgiendo una mejora en la calidad de vida. Incumplir el tratamiento puede aumentar las recaídas, aumentar la tasa de suicidios, incrementar las conductas agresivas, intensificar la incapacidad laboral, disminuir la autonomía, dar lugar a conflictos familiares, etc.
- *Resolución de problemas*, en la que se trabaja con el paciente como afrontar situaciones cotidianas para las que no se encuentra seguro o preparado. Es muy importante dotarles de pautas y herramientas para que sepa que pasos seguir en las áreas que le generen preocupación. Esto mejorará la sensación de bienestar de la persona.
- *Terapia familiar*, la cual es considerada como un gran recurso terapéutico tras muchas investigaciones que demuestran la influencia del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia, como la emoción expresada. Además es muy importante dotar a las familias de conocimiento sobre la enfermedad, ayudarles con el manejo del paciente y reducir los sentimientos de culpa. Para alcanzar la eficacia terapéutica, en esta clase de terapias, hay que realizar una aproximación positiva y reconocimiento de la sobrecarga que lleva la familia, proporcionar estabilidad y estructura, centrarse en el “aquí y ahora”, utilizar

conceptos familiares, aplicar reestructuración cognitiva, aproximación conductual y mejora de la comunicación (Lam, 1991).

Otro aspecto relacionado con el tratamiento psicológico es la cognición social, que consiste en un conjunto de operaciones mentales presentes en las interacciones sociales, como pueden ser los implicados en la percepción, interpretación de las conductas de los demás y en la creación de respuestas según sus intenciones. Esto permite a las personas entender y actuar en las relaciones sociales. Centrarnos en la cognición social puede hacernos entender los problemas conductuales y de deterioro social que tienen las personas con esquizofrenia (Brüne, 2005). Los componentes de la cognición social son:

- *Procesamiento emocional*: en varios estudios se ha encontrado que los pacientes esquizofrénicos tenían más dificultades para identificar emociones negativas o expresiones faciales neutras. Además también mostraban menos facilidad a la hora de expresar emociones faciales (Ekman, 1976).
- *Teoría de la mente*: algunos autores dicen que los pacientes con esquizofrenia tienen deteriorada la capacidad para inferir los estados mentales de los demás. Sin embargo, estos datos no son concluyentes. Se considera que los pacientes con sintomatología negativa no desarrollarían una teoría de la mente adecuada mientras que en los que presentan sintomatología positiva si habría evidencia de la existencia de teoría de la mente (Greig et al., 2004).
- *Percepción social*: se trata de la capacidad para valorar el contexto social. Esta capacidad se encontraría dañada en las personas con esquizofrenia, además de invertir más tiempo en cosas que no son relevantes y, en tener mayor dificultad en detectar la información abstracta y la que no les resulta familiar (Mah et al., 2004).
- *Estilo atribucional*: se refiere a las razones que cada uno atribuye a la causa de un acontecimiento. Las personas con esquizofrenia paranoide suelen realizar atribuciones externas a otras personas cuando se trata de situaciones negativas. Este estilo de atribución se genera debido a la tendencia en centrarse en los aspectos amenazantes de los demás (Feningstein, 1997).

1.6. Teoría explicativa de los delirios: sesgo atribucional.

Los estudios muestran que las personas con ideas delirantes presentan sesgos atribucionales disfuncionales que ayudan a la creación de los delirios (Bell et al., 2006). El más común es el “salto a conclusiones”, que consiste en tomar decisiones sin contar con suficiente información. Este error cognitivo es estable en el tiempo en personas con esquizofrenia y aumenta la ideación delirante. Por otra parte, también se ha observado la existencia de un sesgo contra la “evidencia disconformatoria”, que consiste en la tendencia a no tener en cuenta las evidencias que no dan crédito a sus creencias iniciales, lo cual también ayuda a formar y mantener los delirios.

Tras muchos estudios sobre estos sesgos, se ha tomado como referencia principal el modelo de indefensión aprendida de Seligman (1982), el cual se relaciona con estilos atribucionales depresivos, en los cuales los sujetos atribuyen los eventos negativos a causas internas. La tendencia a atribuir a los acontecimientos causas internas, estables en el tiempo y con un efecto global se considera un estilo pesimista, mientras que atribuir los acontecimientos a causas externas, inestables y específicas de una situación corresponde a un estilo optimista. Por otra parte, al comparar las atribuciones realizadas por sujetos normales y sujetos con ideación delirante se ha encontrado que estos últimos realizan mayores atribuciones externas de los eventos negativos y rechazan la culpabilidad (Prieto, 2001).

Lo principal de todo esto es entender la importancia de realizar atribuciones adecuadas y funcionales para evitar la formación y mantenimiento de los delirios, para el correcto funcionamiento a nivel emocional de la persona, su correcta adecuación a la realidad y el funcionamiento idóneo respecto a las relaciones interpersonales con los demás.

1.7. Terapia metacognitiva en psicosis.

A la cognición sobre la cognición, y al conocimiento sobre el conocimiento, se le conoce con el nombre de metacognición (Flavell, 1976). La metacognición implica diferentes procesos que permiten detectar estados mentales en uno mismo y en los demás, y razonar sobre ellos para inferir emociones, pensamientos o conductas (Dimaggio & Lysaker, 2015). Los pacientes con esquizofrenia tienen problemas en estas habilidades y también a la hora de entender que un acontecimiento puede tener muchas causas diferentes. Se ha observado que existe una correlación entre el déficit metacognitivo y los síntomas negativos (Bob et al., 2016), y que estos sesgos cognitivos llevan a la formación de delirios y a la disminución de la

conciencia de enfermedad. Por todo esto, es importante desarrollar terapias metacognitivas para tratar la psicosis, puesto que las habilidades metacognitivas tienen que encontrarse en la base del trastorno y en su evolución para mejorar el autoconocimiento y autocontrol.

Recientemente se han creado programas que ofrecen a los pacientes con esquizofrenia herramientas para reconocer y controlar los elementos metacognitivos de los sesgos cognitivos implicados en la formación de delirios. Uno de estos programas es el de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC), que explicaremos en la parte de intervención, al tratarse del tratamiento propuesto para nuestro cliente.

2. Descripción de la demanda del cliente.

La cliente es una mujer soltera de 57 años. Sus estudios son el graduado escolar. Fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide a los 27 años. Nos hemos puesto en contacto con ella a través de la Asociación Provincial de Allegados y Personas con Enfermedad Mental de Jaén (APAEM- Jaén). Ella se mostró interesada en participar en el estudio ya que aunque no reconocía tener esquizofrenia sino depresión, sí que relataba tener la sensación de que algo no funcionaba correctamente en su cabeza, como si hubiera perdido un “chips”. Por lo que los objetivos a perseguir fueron reducir la sintomatología psicótica positiva y negativa, conseguir que las interpretaciones que realizaba de los acontecimientos fueran más apropiadas, aumentar la conciencia de enfermedad y mejorar el estado de ánimo.

3. Antecedentes históricos.

La cliente fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide hace 30 años. Ella cree que todo empezó porque su cuñado le echó una maldición. Ha tenido tres ingresos hospitalarios a lo largo de su vida tras sufrir varios episodios agudos. En el pasado, ha sufrido tanto delirios como alucinaciones, pero actualmente parece que solo hay presencia de delirios. En su infancia, cuenta que vivió acontecimientos estresantes ya que su padre era muy exigente y no trataba a sus hijas con respeto y cariño. Tiene tres hermanas que están pendientes de ella y le ayudan sobre todo con los temas económicos. No obstante, vive sola y realiza las tareas de casa con la ayuda de una auxiliar que la visita dos días a la semana. El año pasado sufrió algunas crisis, pero ahora lleva unos meses bastante estables. Tiene buena adherencia a la medicación, y actualmente está tomando clozapina (125 mg por la noche) y un antipsicótico inyectable de larga duración (cada tres meses). Recibe psicoterapia y es una persona que no le importa participar en todas las actividades que se proponen desde las asociaciones de las que forma parte.

4. Hipótesis surgidas en la entrevista.

Tras obtener el consentimiento informado por parte de la cliente y mantener una entrevista inicial con ella, se formularon una serie de hipótesis que más tarde serían corroboradas en la fase de evaluación. Estas hipótesis fueron:

- 1) La cliente presentará tanto síntomas positivos como negativos, que se observarán con altas puntuaciones en las escalas que midan la sintomatología de la esquizofrenia.
- 2) Según lo que refiere la cliente habrá una alta presencia de delirios y una baja o nula presencia de alucinaciones. Además, dichos delirios provocarán malestar e influirán de manera negativa en la vida de la paciente.
- 3) Si administramos a la cliente una escala que mida niveles de conciencia de la enfermedad, los resultados mostrarán una baja o nula presencia de ésta.
- 4) En un cuestionario que mida las atribuciones realizadas por la cliente, se observará que estas atribuciones no son adecuadas y cumplen un patrón disfuncional.
- 5) En un test que mida creencias irracionales, la cliente obtendrá unas puntuaciones elevadas.
- 6) En una escala que mida los niveles de empatía, la cliente obtendrá una puntuación baja.
- 7) La cliente obtendrá resultados de baja autoestima si le administramos una escala elaborada para su evaluación.
- 8) Tras pasarle una escala que mida el autoestigma observaremos alta presencia de estigma percibido.
- 9) Al administrarle a la cliente algún método de evaluación que identifique trastornos del estado de ánimo, posiblemente encontremos un nivel significativo de sintomatología depresiva.

5. Técnicas y procedimiento de evaluación.

La evaluación se llevó a cabo en tres sesiones de una hora de duración, ya que transcurrido este tiempo la paciente empezaba a disminuir su atención y contestaba al azar. Todas las escalas, cuestionarios y test fueron aplicados con la ayuda del evaluador y en presencia de éste en la asociación APAEM-Jaén. Al inicio de cada uno de ellos se le explicaba en qué consistía cada escala, así como las instrucciones correspondientes, y se le pedía que fuera totalmente sincera. La cliente se mostró siempre participativa y en ningún momento se negó a contestar.

En primer lugar, se aplicó a la cliente la escala BPRS para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia:

- *ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA (BPRS, Overall & Gorham, 1988).*

Esta escala mide la gravedad y los síntomas, tanto positivos como negativos, del trastorno esquizofrénico. Debe ser administrada por un clínico mediante una entrevista semiestructurada. La versión más utilizada en la actualidad consta de 18 ítems y se utiliza una escala Likert de 5 valores que oscilan entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (grave). Cada ítem cuenta con una definición y una serie de criterios para su evaluación y puntuación. La escala BPRS proporciona una puntuación global y puntuaciones respecto a los síntomas negativos y positivos. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de los 18 ítems, por lo que oscila entre 0 y 72. Los puntos de corte son: 0-9 (ausencia de trastorno), 10-20 (trastorno leve o “caso probable”) y 21 o más (trastorno grave o “caso cierto”). Por otra parte, para obtener la puntuación de los síntomas negativos se suman los ítems 3 (retramiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 16. La puntuación de los síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 0 y 16. El instrumento muestra una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach (α) de 0,79. Los coeficientes correspondientes a la confiabilidad interevaluador y prueba-reprueba fueron de 0,94 y 0,82, respectivamente (Sánchez, Ibáñez & Pinzón, 2005).

Y a continuación, se procedió a administrarle las escalas y cuestionarios correspondientes para confirmar nuestras hipótesis expuestas anteriormente. Estos fueron:

- *ESCALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS, Kay, Fiszbein & Opler, 1987).*

La PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una perspectiva doble: dimensional (evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico) y categorial (clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto). Debe ser

administrada por un profesional clínico mediante una entrevista semiestructurada. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. Proporciona cuatro puntuaciones dimensionales: síndrome positivo, síndrome negativo, escala compuesta y psicopatología general. La puntuación en las escalas positiva, negativa, y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre -42 y + 42. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. Como hemos dicho anteriormente, la PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Para ello, se encuentran el sistema restrictivo y el inclusivo. La escala positiva muestra una consistencia interna moderada de α de Cronbach de 0,62. La escala negativa muestra una consistencia interna muy alta de α de Cronbach de 0,92. Por último, la escala de psicopatología general muestra una consistencia interna modesta de α de Cronbach de 0,55 (Peralta & Cuesta, 1994).

- *ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS (PSYRATS, Haddock, McCarron, Tarrier & Faragher, 1999).*

Se trata de una escala para medir la gravedad de un número de dimensiones distintas a las alucinaciones verbales y a los delirios. Está compuesta por dos subescalas, una que evalúa las alucinaciones auditivas (11 ítems) y otra que evalúa los delirios (6 ítems). Los ítems de la subescala de alucinaciones se agrupan en tres factores: emocional (ítems de estrés y contenidos negativos de las alucinaciones), características físicas de las alucinaciones (ítems sobre duración, volumen y localización de las voces) y cognitivo (ítems sobre las creencias del origen y el control de las voces). Proporciona una puntuación global que puede oscilar entre 0 y 44. Los ítems de la subescala de delirios miden la cantidad y duración de la preocupación, la convicción sobre los delirios, la cantidad e intensidad de angustia que estos producen y el trastorno que causan los delirios en la vida diaria. La puntuación global puede oscilar entre 0 y 24. Se trata de una escala heteroaplicada, utilizando una escala Likert

de 5 puntos, que va desde 0 (ausencia) y 4 (grado extremo). No existen puntos de corte, así que a mayor puntuación mayor gravedad. El valor alfa de Cronbach de la escala de alucinaciones auditivas es de 0,96 y para la escala delirios 0,89, lo que muestra una consistencia interna excelente (González et al., 2003).

- *ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL INVENTARIO DE IDEAS DELIRANTES DE PETERS-21 (PDI-21, Peters, Joseph, Day & Garety, 2004).*

Valora los síntomas delirantes en población general. La adaptación española del PDI-21 (López- Ilundain, Pérez-Nievas, Otero & Mata, 2006) es de administración heteroaplicado y consta de 21 ítems con un formato de respuesta dicotómico (Sí/No). La puntuación global se obtiene sumando los ítems con respuesta positiva, por lo que la puntuación total puede llegar a un máximo de 21 puntos. A mayor puntuación, mayor sintomatología delirante. Además, cada uno de los ítems consta de tres subescalas, que miden el nivel de estrés, preocupación y convicción de cada uno de ellos. El sistema de puntuación de las tres subescalas es tipo Likert de 5 puntos y la puntuación se obtiene realizando la suma de los valores obtenidos en cada ítem. Los estudios muestran una consistencia interna de alfa de Cronbach para la puntuación total de 0,75 (López- Ilundain et al., 2006).

- *ESCALA DE EVALUACIÓN DEL INSIGHT (SUMD, Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott, & Gorman, 1993).*

Esta escala fue diseñada para evaluar la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos de forma multidimensional. Consta de 9 ítems que se dividen en dos partes. La primera (3 ítems) consiste en una evaluación global, y se centra en la conciencia de poseer un trastorno mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental. La puntuación de la parte global sería de 15 puntos como máximo, que indicaría que no hay nada de conciencia, por lo que a mayor puntuación más falta de insight. La segunda parte (6 ítems) evalúa el nivel de conciencia y la atribución de seis síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad). Para evaluar la atribución de un síntoma es necesario que exista conciencia de ello, por lo que solo se evalúa la atribución en los síntomas puntuados con 3 o menos en el apartado de conciencia. Las puntuaciones se obtienen mediante una escala tipo Likert de 6 puntos, donde 0 es ítem irrelevante y 5 no hay conciencia. La fiabilidad de esta escala se calculó a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI) y los resultados siempre fueron superiores a 0,70 (Ruiz et al., 2008).

- *INTERNAL, PERSONAL AND SITUATIONAL ATTRIBUTIONS QUESTIONNAIRE (IPSAQ, Kinderman y Bentall, 1996).*

Es un cuestionario que evalúa el estilo atribucional y está basado en el Attributional Style Questionnaire (ASQ; Peterson et al., 1982). Ambos cuestionarios evalúan la dimensión interna (atribuir la causa de un evento a uno mismo) y la externa (atribuir la causa del evento a elementos externos), pero el IPSAQ permite concretar si la causa externa es debida a otras personas o a la situación y circunstancias, consiguiendo así solucionar los problemas de fiabilidad que presentaba el ASQ es la subescala de la dimensión externa (Reivich, 1995). El cuestionario está formado por 32 ítems, dónde se describen 16 situaciones positivas y 16 negativas. El sujeto debe indicar cuál podría ser la causa del evento y valorar si dicha causa está relacionada consigo mismo (atribución interna), con otra /s persona/s (atribución externa personalizante) o con las circunstancias o el azar (atribución externa situacional). Los estudios muestran una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,57 en atribuciones positivas y de 0,75 para atribuciones negativas (Valverde et al., 2006).

- *TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES REDUCIDO (TCI- R, Calvete y Cardeñoso, 2001).*

El TCI- R constituye la versión española abreviada del *Irrational Beliefs Test (IBT, Jones, 1968)*. Se evalúan siete tipos de creencias irracionales (necesidad de aceptación por parte de los demás, altas autoexpectativas, culpabilización, irresponsabilidad emocional, dependencia, indefensión y perfeccionismo). Las puntuaciones se obtienen con una escala Likert de 6 puntos, dónde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo. A mayor puntuación, mayor nivel de creencias irracionales. Los estudios muestran un coeficiente de fiabilidad de 0,74 para la escala global (Muñoz, 2005).

- *ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL (IRI, Davis, 1980,1983).*

Se trata de una escala de 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas que miden diversas dimensiones del concepto global de empatía: toma de perspectiva (capacidad para comprender el punto de vista de los demás), fantasía (capacidad imaginativa para identificarse con personajes ficticios), preocupación empática (sentimientos de compasión y cariño hacia otros) y malestar personal (sentimiento de malestar y ansiedad que experimenta el sujeto al observar las experiencias negativas de los demás). Constan de siete ítems cada una de ellas. Esta escala evalúa la empatía desde una perspectiva multidimensional, incluyendo tanto factores cognitivos (toma de

perspectiva y fantasía) como emocionales (preocupación empática y malestar personal). Las puntuaciones se obtienen con una escala Likert de 5 valores y cada subescala puede obtener un máximo de 35 puntos. Los estudios muestran un coeficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach de 0,56 para la subescala de toma de perspectiva, de 0,70 para la subescala de fantasía, de 0,65 para la subescala de preocupación empática y de 0,64 para la subescala de malestar personal (Escrivá, Navarro & García, 2004).

- *ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR, Rosenberg, 1989).*

Fue creada originalmente por Rosenberg (Rosenberg, 1965) para evaluar la autoestima en adolescentes. Actualmente, la escala consta de diez ítems que miden la autoestima global, centrándose en los sentimientos de aceptación y respeto a uno mismo. Cinco de los ítems están expuestos en positivo y los otros cinco en negativo. Las puntuaciones son obtenidas mediante una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 1 significa muy de acuerdo y 4 totalmente en desacuerdo. Para la corrección se invierten las puntuaciones de los ítems enunciados en negativo y se suman todas las puntuaciones. Esta debe oscilar entre 10 y 40. Los estudios muestran una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,87 (Vázquez-Morejón, R., Jiménez, R. & Vázquez, A.J., 2004).

- *ESCALA DE AUTOESTIGMA DE LA ENFERMEDAD (ISMI, Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003).*

Es uno de los instrumentos más utilizados para valorar el estigma en diferentes trastornos mentales. La escala ISMI está compuesta por 29 ítems y cinco subescalas: Alienación, Asunción del estereotipo o autoestigma, Discriminación percibida o experiencia de discriminación, Aislamiento social y Resistencia al estigma. La puntuación se obtiene mediante una escala Likert de 4 puntos, donde 1 es muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo. Las cuatro primeras subescalas indican mayor estigma percibido cuanto mayor es la puntuación, mientras que la subescala de resistencia al estigma ha de ser puntuada de forma inversa. Se considera 2.5 como el punto de corte de las subescalas. Los estudios han mostrado una consistencia interna de alfa de Cronbach igual a 0.90 (Ritsher et al., 2003; Bengochea et al., 2018).

- *INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK- II (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 1996).*

Se trata de un instrumento de evaluación de la sintomatología depresiva en población general. La adaptación española (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003) consta

de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta cada uno. Las opciones de respuesta están ordenadas de menor a mayor gravedad, y la persona debe elegir la que mejor identifique su estado de ánimo en las dos últimas semanas, incluyendo el día en que es administrado el instrumento. La puntuación es obtenida mediante una escala tipo Likert de 4 puntos. La corrección se realiza sumando las puntuaciones de todos los ítems. Según el resultado obtenido puede clasificarse en sintomatología: depresiva mínima (0-13), depresiva leve (14-19), depresiva moderada (20-28) y depresiva grave (29-63). El punto de corte sería de 23. Los estudios muestran una buena consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,87 (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003).

6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.

Tras analizar los datos obtenidos en las diferentes pruebas de evaluación administradas a la cliente, podemos decir que todas nuestras hipótesis se cumplieron. Los resultados mostraron que en todas las escalas se superó el punto de corte, y si este no existía, los resultados indicaban una alta o baja puntuación, según correspondiera.

En la escala BPRS la cliente obtuvo una puntuación global de 29, lo que indica un trastorno grave o “caso cierto” de esquizofrenia. La escala PANSS mostró la presencia del síndrome positivo con 34 puntos (percentil 75), del síndrome negativo con 29 puntos (percentil 75), de psicopatología general con 55 puntos (percentil 50) y de índice compuesto con 5 puntos (percentil 50). También nos indicó la presencia de un sistema restrictivo mixto y de un sistema inclusivo positivo. En la escala PSYRATS se pudo observar la presencia de delirios con 17 puntos sobre 24, mientras que las alucinaciones tienen una puntuación de 0 puntos. Por otra parte, el PDI-21 volvió a mostrar la presencia de síntomas delirantes con una puntuación de 13, y además nos indicó un nivel muy elevado de estrés (33) y preocupación (45) que le producen los delirios y en la convicción (62) que tiene respecto a ellos. En la escala SUMD se obtuvo una puntuación de 13, lo que significa que no había conciencia de poseer la enfermedad. En la parte específica se observa que solo había conciencia intermedia de poseer anhedonia, pero esta no se atribuía al trastorno de la esquizofrenia. En el cuestionario IPSAQ, la cliente realizó atribuciones disfuncionales y que no eran acordes a la realidad (9 atribuciones adecuadas y 23 inadecuadas). Esto puede observarse cuando se le presentó por ejemplo la situación de porqué una amigo/a va a visitarla a su casa sin avisar, a lo cual ella respondió que podía deberse a que quería robarle o hacerle daño aprovechando que estaban solos en un lugar dónde nadie podría ayudarla, ya que si no habrían quedado con tiempo y su amigo/a no hubiera aparecido en su casa de manera inesperada. Otra de las

situaciones que se le presentó es porque creía que un amigo/a podría faltar a su cumpleaños, a lo cual respondió que ella no era importante para su amigo/a y que no quería estar con ella. Respecto al test TCI-R, las puntuaciones en todas las subescalas pasaron el punto de corte, por lo que se mostró claramente la presencia de creencias irracionales en nuestra cliente. En la escala IRI los resultados mostraron una falta de empatía significativa, ya sea desde un punto de vista cognitivo (toma de perspectiva con una puntuación de 14 y fantasía con una puntuación de 16) como emocional (preocupación empática con una puntuación de 15 y malestar personal con una puntuación de 12). La escala EAR nos muestra un nivel de autoestima muy bajo, con una puntuación de 15 puntos. Por otro lado, la escala ISMI nos indicó que se superó el punto de corte en todas sus subescalas, por lo que había alta presencia de estigma percibido y además la resistencia de la cliente al estigma era baja. Por último, en el inventario BDI-II se obtuvo una puntuación total de 24, lo que indica una sintomatología depresiva moderada. A continuación se muestra una tabla con los instrumentos utilizados y sus respectivas puntuaciones (Tabla 1):

Tabla 1. Instrumentos y puntuaciones pre-tratamiento.

INSTRUMENTOS	PUNTUACIONES	VALOR CUALITATIVO
BPRS	29	Trastorno grave
PANSS		
Positivo	34	Alto
Negativo	29	Alto
Psicopatología	55	Alto
PSYRATS		
Alucinaciones	0	Nulas
Delirios	17	Alto
PDI-21	13	Alto
Estrés	33	Alto
Preocupación	45	Alto
Convicción	62	Alto
SUMD	13	Sin conciencia de enfermedad
IPSAQ		
Atribuciones adecuadas	9	Bajas

Atribuciones inadecuadas	23	Altas
TCI-R	32	Alta
Necesidad de aprobación		
Altas autoexpectativas	21	Alta
Tendencia a culpabilizar	23	Alta
Irresponsabilidad emocional	28	Alta
Dependencia	22	Alta
Indefensión	25	Alta
Perfeccionismo	17	Alta
IRI	14	Baja
Toma de perspectiva		
Fantasía	16	Baja
Preocupación empática	15	Baja
Malestar personal	12	Bajo
EAR	15	Baja
ISMI	20	Alta
Alienación		
Asunción del estereotipo	18	Alta
Discriminación percibida	16	Alta
Aislamiento social	19	Alto
Resistencia al estigma	10	Bajo
BDI-II	24	Depresión moderada

La propuesta de intervención se llevó a cabo siguiendo la demanda del cliente y los resultados obtenidos en la evaluación realizada previamente. Para ello, utilizamos el “Programa de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC)” desarrollado por Moritz y Woodward (2007), en su última revisión realizada en 2017. Este programa se encuentra entre las terapias no farmacológicas más efectivas en la reducción de delirios y está basado en un enfoque que mezcla conceptos tradicionales de la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación, la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en cognición social y la teoría de la mente. Pretende reducir de manera significativa la confianza en las interpretaciones subjetivas mejorando el insight (nivel de conciencia) y creando dudas de sus propias creencias, sin utilizar la confrontación directa (Moritz et al., 2014; Moritz &

Woodward, 2007; Sedlacek, P. et al., 2014). El entrenamiento pretende modificar los procesos cognitivos y metacognitivos implicados en la creación y mantenimiento de los delirios. Durante el entrenamiento, los pacientes aprenden formas más eficaces de procesar la información por lo que se altera la infraestructura cognitiva de la ideación delirante, promoviendo la prevención de las recaídas psicóticas (Aghotor et al., 2010).

El programa de entrenamiento consta de 8 módulos, traducidos a 29 idiomas, los cuáles se enfocan de manera específica en los siguientes temas: distorsiones en el estilo atribucional (módulo 1), salto a conclusiones (módulos 2 y 7), sesgo hacia las evidencias disconfirmatorias de creencias iniciales (módulo 3), incapacidad para tomar perspectiva o empatizar con otros (módulos 4 y 6), exceso de confianza en los errores de memoria (módulo 5) y patrones cognitivos depresivos (módulo 8). Además cuenta con dos módulos adicionales: autoestima y estigma. Estos módulos también pueden sustituir a alguno de los módulos centrales. En su última versión, estos módulos son trabajados grupalmente en sesiones semanales durante dos meses (Sedlacek, P. et al., 2014). El programa se ha diseñado para que sea entretenido e interactivo, y conseguir captar la atención de los participantes y crear en ellos un impacto y efecto que se prolongue en el tiempo. Los profesionales que impartan este programa deben ser preferiblemente psicólogos, psiquiatras, o enfermeros y terapeutas ocupacionales especializados en salud mental.

El programa de entrenamiento metacognitivo ha sido aplicado en diferentes contextos culturales y los estudios llevados a cabo indican que existe un efecto significativo en la disminución de los delirios, en el aumento del insight cognitivo y en la calidad de vida de los pacientes (Moritz et al., 2011; Moritz et al., 2014; Moritz et al., 2016). Por otra parte, el EMC es un ayudante de la terapia farmacológica, ya que puede aumentar la adherencia terapéutica al incrementar la conciencia de poseer la propia enfermedad (Moritz et al., 2010). Según el consenso clínico español, la adherencia y el insight clínico suele encontrarse en niveles bajos en el 43% de los pacientes (Giner, García, & Granada, 2010).

Todo el material necesario para implementar el programa, como las diapositivas, videos o tareas para casa, pueden descargarse de la página web de sus autores de manera gratuita a través del siguiente enlace: <http://www.uke.de/mkt>

7. Intervención.

7.1.Objetivos y secuenciación.

Los objetivos de la intervención fueron:

- 1) Disminuir la presencia de sintomatología psicótica positiva y negativa.
- 2) Aumentar la conciencia de poseer la enfermedad.
- 3) Modificar sus atribuciones disfuncionales y sus creencias irracionales para hacerlas más adaptativas y adecuadas.
- 4) Incrementar la empatía, la autoestima y la resistencia al estigma.
- 5) Reducir la sintomatología depresiva.
- 6) Prevenir las recaídas psicóticas.

Cada sesión sigue siempre una misma secuenciación y estructura de contenidos, que sería (Sedlacek et al., 2014):

- 1) Introducir cómo los sesgos errores y sesgos cognitivos afectan a nuestra vida diaria. A esta fase la denominaríamos “fase de normalización”. En la primera sesión debe haber una pequeña introducción del programa. En las demás sesiones es recomendable realizar una breve discusión sobre el módulo anterior y revisar las tareas para casa que se entregan al final de cada sesión.
- 2) Indicar la relación que existe entre los sesgos y la manera extrema de posicionarse ante los problemas que tienen las personas con una enfermedad mental en general, y con psicosis en particular.
- 3) Realizar actividades sobre la poca funcionalidad en la relación sesgo-problema para desarrollar experiencias de corrección. En las diapositivas finales de cada módulo se explica la importancia de las actividades propuestas anteriormente, tanto en la vida diaria como durante la psicosis.
- 4) Resumir las metas de aprendizaje de cada módulo.
- 5) Mostrar ejemplos de casos dónde se observa la correlación entre la psicosis y los sesgos cognitivos. En alguno de los módulos se presentan videos para complementar la explicación. Al finalizar cada sesión se entrega al cliente un impreso con la información respectiva a cada módulo y tareas para casa.

7.2. Programa de intervención.

En nuestro caso, adaptamos el Programa de Entrenamiento Metacognitivo para personas con esquizofrenia (EMC) a las necesidades de nuestro cliente y lo aplicamos de

manera individual. También sustituimos el módulo de “memoria” por los dos módulos adicionales (autoestima y estigma) al verlo más idóneo para cumplir las necesidades de nuestra cliente. Los nueve módulos que aplicamos a la paciente fueron impartidos en sesiones semanales contiguas de una hora de duración cada una (9 sesiones). El material utilizado para llevar a cabo el programa fue un ordenador portátil para mostrar las diapositivas en formato PDF y los vídeos de cada módulo, además de los impresos con la información correspondiente a cada sesión y las tareas para casa. A continuación se muestra la información detallada de cada sesión o módulo que fueron impartidos a nuestra cliente:

Módulo 1: Estilo Atribucional.

Descripción de la sesión: El módulo se dividió en dos partes. En la primera parte se introdujo al cliente estilos atribucionales excesivos y sus consecuencias más probables a nivel social. Tras esto se animó al paciente a plantear interpretaciones más objetivas para cada acontecimiento propuesto. En la segunda parte del módulo se le presentaron algunos sucesos tanto positivos como negativos y la cliente debía encontrar una explicación razonada para cada uno de ellos. Debían valorarse tanto factores relativos a él mismo, hacia otras personas o hacia la situación, circunstancias o azar.

Base teórica: Tras la realización de varios estudios se observó que las personas con esquizofrenia e ideas paranoides suelen culpar a los demás de sus propios fallos (Bentall, 1994; Bentall, et al., 2001). Al mismo tiempo que se atribuyen el éxito a ellos mismos antes que a los demás (Garety & Freeman, 1999). A este tipo de respuesta se la denomina “sesgo de autoservicio” ya que los pacientes internalizan el éxito y externalizan la culpa inadecuadamente. En otros casos, los pacientes paranoides personalizan la culpa. También hay estudios que muestran que las personas con delirios agudos atribuyen las causas de los eventos tanto positivos como negativos a ellos mismos menos que el grupo control (Moritz et al., 2007).

Objetivo de la sesión: Incentivar al cliente a exponer variadas explicaciones para distintos acontecimientos teniendo en cuenta tres posibles causas, solas o combinadas: uno mismo, otras personas o la situación. No se trata de llevar al cliente a una única respuesta sino a abarcar diferentes opciones para así combatir los patrones atribucionales que sean disfuncionales. Hay que destacar los inconvenientes del estilo atribucional depresivo, como atribuir el fracaso a uno mismo y el éxito a las coincidencias o al azar, que lo único que consigue es disminuir la autoestima. Y también las desventajas del sesgo de autoservicio que

atribuye el fracaso a los demás y el triunfo a uno mismo, pudiendo producir problemas sociales a nivel interpersonal. Por lo tanto, el objetivo principal de este módulo fue indicar que muchos factores pueden ser la causa de un único suceso, aunque en un principio parezca que solo hay una explicación válida.

Módulo 2: Saltar a Conclusiones I (Evidencia disconformatoria).

Descripción de la sesión: Al comenzar el módulo se le explicó a la cliente con ejemplos las posibles consecuencias que tiene quedarse con las primeras impresiones. Se discutió sobre los argumentos a favor y en contra de algún mito o creencia propuestos a la paciente. Después se le aclaró que los mitos o creencias falsas sobre el caso descrito se deben a un salto a conclusiones de manera precipitada y sin detenerse a estudiar bien la situación. De igual forma ocurre con los delirios. A continuación, se realizó una fase de tareas dónde se mostró a la cliente trazos de objetos comunes (silla mecedora), que van añadiendo partes poco a poco hasta formarse el objeto completo. La cliente debía esperar a tener suficiente información para decir de qué objeto se trataba, tras comprender que una decisión precipitada podía conducir a un error.

Base teórica: Se han realizado estudios con los objetos mostrados en la fase de tareas a personas con esquizofrenia (Moritz & Woodward, 2006) y se ha observado que éstas muestran menos habilidad para cambiar las interpretaciones que han realizado de manera incorrecta. A esto se le ha denominado “sesgo contra la evidencia disconformatoria”. Es más, aun teniendo pruebas en contra de la interpretación inicial se aferran más a la opción surgida de la primera impresión que un grupo control sano. Además, es muy común que tomen decisiones precipitadas y sin tener la información completa de la situación (Moritz & Woodward, 2004).

Objetivo de la sesión: Trabajar con la cliente cómo evitar las primeras impresiones, explicándole los errores que pueden producir de cara al futuro, o lo perjudicial que sería que solo se mostrara una media verdad. Ya que las situaciones van cambiando, tener la máxima información posible puede hacer que las veamos de manera diferente y acordes a la realidad. Es muy importante hacerle ver que hay que tener siempre en cuenta los distintos puntos de vista y no rechazarlos de forma precipitada.

Módulo 3: Cambiar Creencias.

Descripción de la sesión: El ejercicio principal que se propuso en este módulo fue mostrarle a la cliente una serie de tres imágenes presentadas en orden inverso a cómo sucedieron. Debajo de cada imagen se le daban a la paciente cuatro opciones de respuesta sobre lo que estaba sucediendo en la fotografía. En algunos de los casos, la respuesta correcta

al final de la secuencia es prácticamente imposible de averiguar cuando se muestra la primera imagen y dos de las opciones parecen correctas al inicio pero al final son falsas. Las imágenes de las secuencias están sacadas del subtest de ordenamiento de figuras del WAIS.

Base teórica: En estudios que se han usado estas secuencias de imágenes, se ha observado que las personas con esquizofrenia muestran un sesgo contra la evidencia disconformatoria, es decir, no tienen suficiente capacidad para reconocer las tasas de interpretaciones incorrectas (Sanford et al., 2014).

Objetivo de la sesión: Conjuntamente con el módulo 2, se le explicó a la cliente la importancia de no sucumbir a las primeras impresiones y mantener la mente abierta para intentar evitar las decisiones incorrectas.

Módulo 4: Empatizar I (Percepción de emociones).

Descripción de la sesión: En primer lugar, se le pidió a nuestra cliente que identificara las emociones básicas y que las designara a expresiones faciales humanas. A continuación, se le explicó que la expresión facial aunque se trate de una pista importante para saber cómo se encuentra el estado interno de las personas no siempre constituye una evidencia definitiva. Para ello utilizamos las imágenes de cuatro personas y la paciente debía indicar cuál era el actor, el psiquiatra, el atleta o el asesino. Normalmente, la gente suele equivocarse al hacer las asociaciones fijándose en las expresiones faciales de los individuos de las fotografías. En segundo lugar, se le pidió que identificara las emociones que estaban sintiendo las personas que aparecían en una serie de imágenes presentadas a la paciente en las que solo se observaba la expresión facial.

Base teórica: Varios estudios han afirmado que los pacientes con esquizofrenia muestran déficits en la teoría de la mente (Bora & Pantelis, 2013; Sprong et al., 2007). Estas personas tienen problemas a la hora de identificar las expresiones faciales y de predecir las acciones que van realizar los demás. También se ha observado que las personas con esquizofrenia, especialmente con trastorno formal del pensamiento suelen tener dificultades en tareas que impliquen comprensión situacional, en gran medida debido a las distracciones que les provocan estímulos irrelevantes presentes en el contexto (Sarfati et al., 1997).

Objetivo de la sesión: Hacer que la cliente entendiera que aunque las expresiones faciales son muy importantes para comprender los sentimientos de los demás, también pueden conducirnos a errores. Hay que tener en cuenta otros factores como el contexto en que nos encontramos, la historia personal de cada uno, etc. Nuestra paciente aprendió que no podemos quedarnos con detalles aislados sino con la máxima información global posible.

Módulo 5: Empatizar II (Cognición social).

Descripción de la sesión: Se comenzó la sesión poniendo en común con nuestra cliente las claves que son necesarias para emitir un veredicto correcto sobre alguien, como puede ser su lenguaje, los gestos que realiza, su apariencia física, etc. Después se le presentó una secuencia de imágenes dónde la cliente tenía que ponerse en la piel de uno de los protagonistas que aparecían y decir que estaba pensando o sintiendo respecto a otra persona o sobre el acontecimiento que estaba teniendo lugar.

Base teórica: Tras varios estudios se ha comprobado que las personas con esquizofrenia tienen dificultades a la hora de empatizar con los demás (Fritz, 2004). Esto suele ser debido a que tienen una percepción distorsionada de las acciones que realizan las demás personas, lo que en muchas ocasiones les llevan a tener problemas interpersonales. Además, se ha observado que a estos pacientes les causa malestar la ambigüedad y tienen una alta necesidad por dejar todos los asuntos zanjados (Colbert & Peters, 2002).

Objetivo de la sesión: Enseñar a nuestra cliente la diferencia de información y datos disponibles siendo ella espectador a si fuera uno de los protagonistas de la secuencia. Además, en algunas de las escenas que se le mostraron, no se llegaba a una solución final definitiva, lo que para personas que tienen alta necesidad de zanjar las cosas suele ser insatisfactorio. Con esto lo que pretendíamos es hacerle ver que en las escenas como en la vida real no siempre se llega a una explicación única y verdadera.

Módulo 6: Saltar a Conclusiones II (Aceptación liberal).

Descripción de la sesión: En primer lugar, se le mostró a la paciente una serie de cuadros de los que tenía que averiguar el título entre cuatro opciones posibles. Para algunos cuadros la respuesta era obvia pero para otros había que estudiar el cuadro a fondo, fijándose en todos los detalles. No se podía dar una respuesta al azar, sino meditar bien la elección.

Base teórica: En los estudios que se han realizado se ha podido ver como los pacientes con esquizofrenia tienden a un sesgo de aceptación liberal de las cosas que se le plantean (Moritz & Woodward, 2004; Woodward et al., 2006), es decir, admiten con mayor facilidad opciones que son absurdas o poco probables de ser acertadas. Esto indica que los esquizofrénicos son menos estrictos para tomar decisiones que el grupo control. Además no estudian toda la información que tienen a su alrededor.

Objetivo de la sesión: Aprender que es imprescindible dedicar el tiempo suficiente para solucionar problemas de tipo complejo, que con una exploración poco profunda no llegaríamos a descifrar.

Módulo 7: Estado de Ánimo.

Descripción de la sesión: Comenzamos la sesión hablando con nuestra cliente sobre los síntomas de la depresión y sus opciones terapéuticas. Se le explicó como los esquemas cognitivos que se encuentran distorsionados pueden reemplazarse por otros más útiles y realistas. También se trabajaron estrategias de afrontamiento poco funcionales que suelen adquirir las personas con problemas mentales. Por ejemplo, las personas con esquizofrenia suelen valorar las cosas que suceden a su alrededor como muy negativas, provocándoles incluso miedo (Morrison, 2001). Se le explicó a la paciente, que debe observar sus propios pensamientos negativos desde fuera y sin intentar cambiarlos. Para ello se le proporcionó algunas técnicas para modificar los esquemas negativos y mejorar el estado de ánimo.

Base teórica: Las estadísticas muestran un porcentaje muy elevado de depresión y suicidio en la población con esquizofrenia (Buckley et al., 2009). En muchas ocasiones, se ha puesto de manifiesto que los delirios de persecución son una estrategia de afrontamiento disfuncional para tener un propósito en la vida y así mejorar el estado de ánimo (Moritz, Werner & Von Collani, 2006). El propósito de este módulo es crear una concepción realista sobre uno mismo.

Objetivo de la sesión: Mostrarle a la cliente los estilos de pensamiento disfuncionales que están creando y manteniendo los síntomas depresivos, y darle herramientas para cambiar los patrones cognitivos rígidos.

Módulo 8: Autoestima.

Descripción de la sesión: Se le comunicó a nuestra cliente que nadie tiene más o menos autoestima que los demás, ya que se trata de una dimensión subjetiva. Se le transmitió la diferencia entre autoestima baja, exagerada y sana. La motivamos para que se centrara en sus fortalezas y dejará de fijarse tanto en sus debilidades. Al final de la sesión pusimos en común estrategias para aumentar la autoestima.

Base teórica: Las personas con esquizofrenia paranoide tienen una autoestima baja que suele estar relacionada etiológicamente con la paranoia (Freeman et al., 1998). Por lo tanto, la disminución de los delirios y el aumento de la conciencia de enfermedad mejorarían la autoestima y por consiguiente el estado de ánimo (Belvederi Murri et al., 2015).

Objetivo de la sesión: Indicarle a la paciente cómo evitar centrarse en sus puntos débiles y en los aspectos más negativos de su vida para así no provocar una baja autoestima. Hay que apreciar los aspectos positivos y que van bien de su vida diaria para así ayudar a aumentar la autoestima de la cliente.

Módulo 9: Estigma.

Descripción de la sesión: Se le presentó a nuestra paciente imágenes de pintores famosos que padecieron trastornos mentales. A continuación, se mostraron sus cuadros y en lo que estaban valorados para hacerle ver que las personas con enfermedades mentales también son capaces de crear cosas importantes y de gran valor. También se les mostraron los altos porcentajes de personas que sufren trastornos mentales, para que comprendiera que esto ocurre con más frecuencia de lo que se cree. Para finalizar se le dieron estrategias para enfrentarse a los prejuicios y resistir el estigma. Además, se le propusieron métodos adecuados para comunicar su enfermedad a los demás.

Base teórica: La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos que más prejuicios genera y crea mayor estigma (Gerlinger et al., 2013). Como resultado de esto aparecen inseguridades, tristeza, desconfianza y aislamiento social, que suele derivar en una bajada de autoestima (Świtaj et al., 2015).

Objetivo de la sesión: Hacer consciente a la cliente de en qué consiste el estigma y como puede influir en el estado de ánimo y en la autoestima. Se pone especial interés en hacerle ver que la enfermedad mental no indica el valor de una persona.

8. Resultados de la intervención.

Cuando se finalizó el programa de intervención se realizó una post-evaluación durante dos sesiones, en la que se le administró de nuevo a la cliente los mismos cuestionarios y escalas que en la pre-evaluación, para comprobar si los objetivos se habían cumplido. Los resultados mostraron que en ninguna escala se ha superado el punto de corte, y en las que este no existía, las puntuaciones han bajado o subido respecto a la pre-evaluación, mejorando en todos los casos. En la escala PANSS se pasó de 34 puntos en la subescala de síndrome positivo a 22 puntos (percentil 25), de 29 puntos en la subescala de síndrome negativo a 18 puntos (percentil 5) y en la subescala de psicopatología general de 55 puntos a 41 puntos (percentil 25). En la escala PSYRATS se observó la disminución en la presencia de intensidad y frecuencia de los delirios de 17 puntos a 10, y por debajo del punto de corte que se sitúa en 12 puntos. Respecto al inventario PDI-21, la puntuación total pasó de 13 a 9 puntos, y en las subescalas se ha observado una disminución en los síntomas que producen los delirios en el cliente: estrés (23), preocupación (30) e inquietud (43). En la escala SUMD se obtuvo una puntuación de 8 respecto a los 13 de la pre-evaluación, por lo que la conciencia de enfermedad ha aumentado. Por otro lado, en el cuestionario IPSAQ se pudo observar como la paciente realizaba atribuciones mucho más adecuadas y funcionales (20 atribuciones

adecuadas y 12 inadecuadas). Por ejemplo en la situación de porqué una amigo/a va a visitarla a su casa sin avisar, en esta ocasión respondió que podía deberse a que le gustaba su compañía y quería pasar tiempo con ella. En cuanto a la situación de porqué creía que un amigo/a podría faltar a su cumpleaños, tras la intervención su respuesta fue que podía deberse a que se le había olvidado o a que había temido un contratiempo. En el test TCI-R, todas las subescalas se encuentran por debajo del punto de corte, por lo que las creencias irracionales han disminuido considerablemente: necesidad de aprobación (19 puntos), altas autoexpectativas (14 puntos), tendencia a culpabilizar (16 puntos), irresponsabilidad emocional (16 puntos), dependencia (16 puntos), indefensión (20 puntos) y perfeccionismo (13 puntos). En la escala IRI los resultados han mostrado un aumento en la empatía respecto a la pre-evaluación, ya sea desde un punto de vista cognitivo (toma de perspectiva con una puntuación de 27 y fantasía con una puntuación de 30) como emocional (preocupación empática con una puntuación de 28 y malestar personal con una puntuación de 23). La escala EAR nos mostró que el nivel de autoestima ha aumentado, el cliente ha pasado de 15 puntos a 32 puntos, colocándose por encima del punto de corte. Por otro lado, la escala ISMI nos indicó que no se supera el punto de corte en ninguna de sus subescalas, por lo que la presencia de estigma percibido ha disminuido y ha aumentado la resistencia del cliente al estigma. Por último, en el inventario BDI-II se ha obtenido una puntuación total de 13, por lo que el cliente ha pasado de una sintomatología depresiva moderada a una sintomatología depresiva mínima. A continuación se muestra unos gráficos dónde se puede observar la evolución de nuestro sujeto comparando la pre-evaluación y la post-evaluación (Figuras 1, 2, 3,4, 5, 6 y 7):

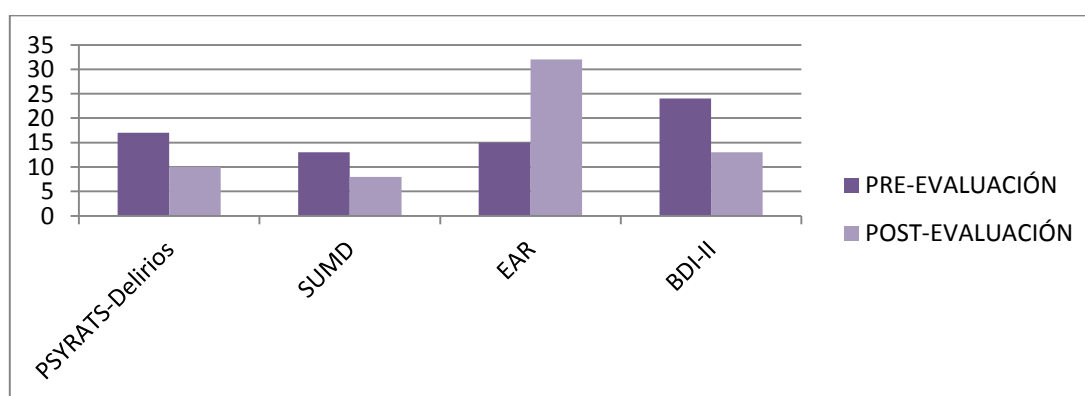


Figura1. Gráfico que compara la pre-evaluación y la post-evaluación de la escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS), escala de la evaluación del insight (SUMD), escala de autoestima de Rosenberg (EAR) e inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II).

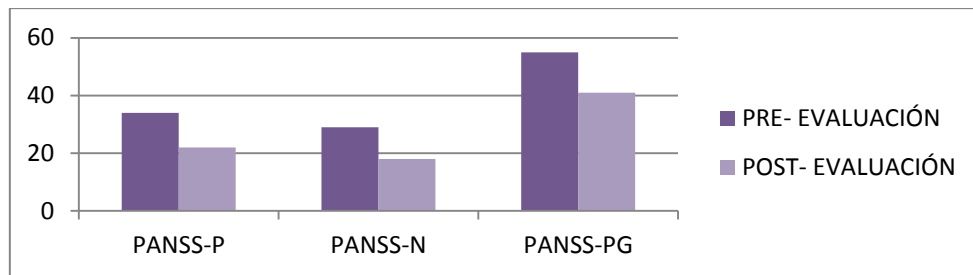


Figura 2. Gráfico que compara la pre-evaluación y la post-evaluación de la escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS).

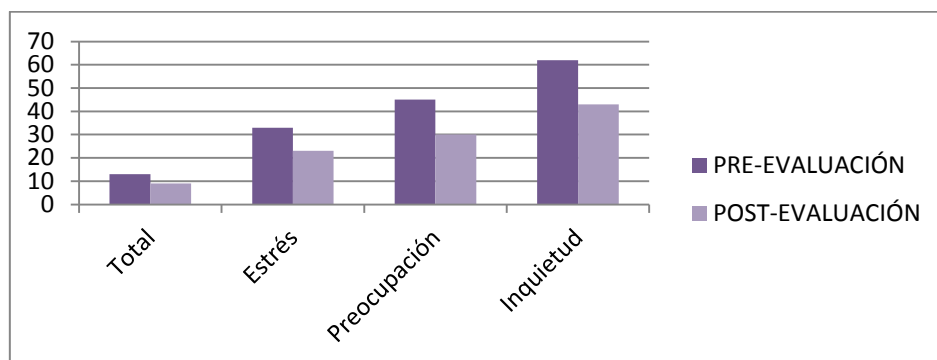


Figura 3. Gráfico que compara la pre-evaluación y la post-evaluación del inventario de ideas delirantes de Peters-21 (PDI-21).

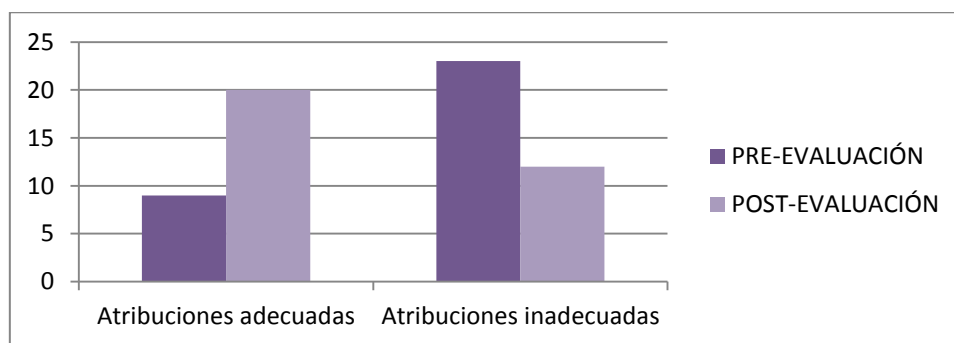


Figura 4. Gráfico que compara la pre-evaluación y la post-evaluación del Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ).

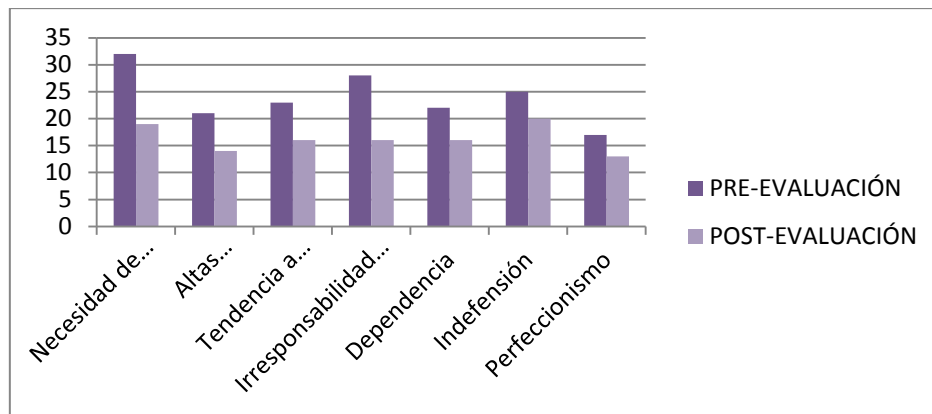


Figura 5. Gráfico que compara la pre-evaluación y la post-evaluación del test de creencias irracionales reducido (TCI-R).

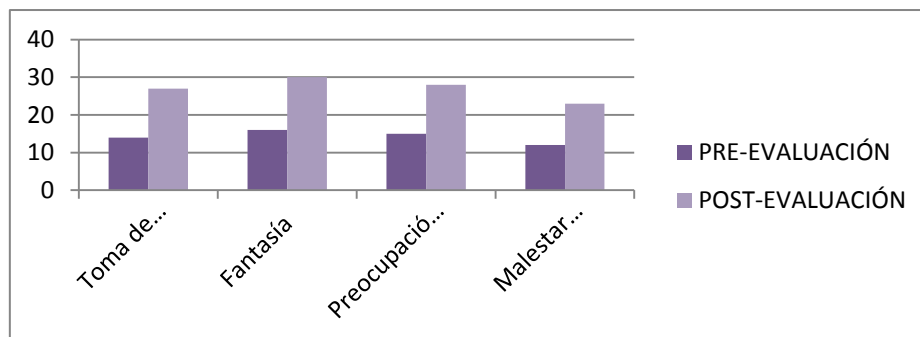


Figura 6. Gráfico que compara la pre-evaluación y la post-evaluación de la escala del índice de reactividad interpersonal de empatía (IRI).

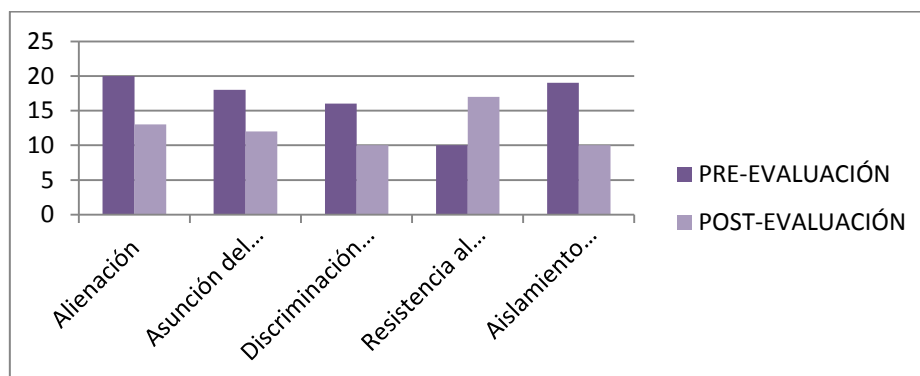


Figura 7. Gráfico que compara la pre-evaluación y la post-evaluación de la escala de autoestigma de la enfermedad (ISMI).

9. Conclusiones

Si tenemos en cuenta los resultados que hemos obtenido, podemos afirmar que se han cumplido todas nuestras hipótesis de evaluación y nuestros objetivos de cara a la intervención. Por un lado, en la parte de evaluación, se cumplía la hipótesis de que había tanto sintomatología positiva como negativa del trastorno de la esquizofrenia. Además, el cliente presentaba altas puntuaciones en las escalas que medían la frecuencia e intensidad de los delirios y puntuaciones nulas en alucinaciones. Se observó que los delirios producían estrés, inquietud y preocupación al sujeto. Respecto a la conciencia de enfermedad, se confirmó la hipótesis de que el cliente poseía un bajo o nulo insight. También se cumplieron las hipótesis de que la paciente realizaba atribuciones que presentaban un patrón disfuncional y de que había presencia de creencias irracionales. En cuanto a la empatía, se pudo comprobar que nuestra cliente obtenía puntuaciones bajas, al igual que las puntuaciones resultantes tras medir la autoestima. Tras la evaluación también se pudo corroborar que la paciente puntuaba alto en autoestigma a causa de los prejuicios, y que su resistencia a estos era insuficiente. Por último, pudimos afirmar la hipótesis de que el cliente mostraba niveles significativos de sintomatología depresiva, obteniendo puntuaciones correspondientes a un nivel de sintomatología depresiva moderada.

En cuanto a los objetivos que se pretendían alcanzar tras administrarle al cliente el programa de “Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia”, podemos decir que se cumplieron. Como se ha indicado en los resultados extraídos de la post-evaluación, la presencia de síntomas positivos y negativos relacionados con la esquizofrenia han disminuido considerablemente tras la intervención. Por otra parte, la conciencia de la enfermedad ha aumentado a niveles intermedios, lo que de ahora en adelante repercutirá en una mejora del tratamiento tanto a nivel psicoterapéutico como farmacológico y a una mejora en su calidad de vida. Los patrones atribucionales se han modificado, realizando atribuciones mucho más realistas y coherentes, al igual que con las creencias irracionales. Tras el entrenamiento metacognitivo también ha aumentado la empatía, la autoestima y la resistencia al estigma del sujeto. En cuanto a la sintomatología depresiva, se ha conseguido pasar los síntomas de moderado a mínimos. Por tanto, como muestran los resultados, podemos afirmar que el programa ha resultado efectivo.

A pesar de la poca duración del programa todos los objetivos se han cumplido. Esto puede ser debido a que al aumentar el insight, la paciente ha tomado mayor conciencia de sus

problemas y esto ha permitido que los afronte con mayor eficacia y realismo. Hay que destacar la implicación de nuestra cliente en el estudio, que se ha mostrado siempre dispuesta a participar en todas las actividades propuestas y ha colaborado en la realización de las tareas para casa. También el gran éxito en los resultados puede ser debido a que la post-evaluación se ha realizado inmediatamente después de la intervención, por lo que habrá que observar si estos resultados se mantienen a corto y largo plazo. Para comprobar si se cumple nuestro objetivo de prevenir las recaídas psicóticas y todos los demás se siguen manteniendo, realizaremos un seguimiento de todos los aspectos abordados durante la intervención.

10. Referencias

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.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-873.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(5), 219–226.

Belvederi Murri, M., Respingo, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D.A., Ghio, L., & Amore, M., (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 162, 234- 247.

- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., de Tojeiro-Roce, J. G., García-Polavieja, B., & Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 244-254.
- Bentall, R. P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. In A.S. David & J. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 337-360). Erlbaum: London.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 21(8), 1143-1192.
- Bernardo, M. (2003). Reconceptualización de la esquizofrenia, 31(1), 1-2.
- Bob, P., Pec, O., Mishara, A. L., Touskova, T., & Lysaker, P. H. (2016). Conscious brain, metacognition and schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, 105, 1- 8.
- Bora, E., & Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 144(1-3), 31-36.
- Brüne, M. (2005). “Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42.
- Buckley, P.F., Miller, B.J., Lehrer, D.S., & Castle, D.J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 383-402.
- Calvete, E., & Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13(1).
- 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.
- Coto, E., Gómez-Fontanil, Y. y Belloch, A. (2008) Historia de la Psicopatología.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-126.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124.
- Ekman, P. (1976). Pictures of facial affect. *Consulting Psychologists Press*.
- Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F., & García, P. S. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Fenigstein, A. (1997). Paranoid thought and schematic processing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(1), 77-94.
- Flavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In *The nature of intelligence* (pp. 231-235).
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical psychology review*, 27(4), 425-457.
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological medicine*, 34(3), 385-389.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British journal of clinical psychology*, 38(2), 113-154.
- Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La Etiología de la Esquizofrenia. *Medicina (Argentina)*, 72(3), 227-234.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- Giner, J., García, I., & Granada, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 1-45.
- González, J. C., Sanjuán, J., Cañete, C., Echanove, M. J., & Leal, C. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: la escala PSYRATS. *Actas Españolas Psiquiatría*, 31, 10-17.

- Greig, T. C., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2004). Theory of mind performance in schizophrenia: diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(1), 12-18.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological medicine*, 29(4), 879-889.
- Jones, R. G. (1968): *A factor measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates*. Doctoral Dissertation, Texas Techological College.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual differences*, 20(2), 261-264.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- López-Illundain, J. M., Pérez-Nievas, F., Otero, M., & Mata, I. (2006). El Inventario de experiencias delirantes de Peters (PDI) en población general española: fiabilidad interna, estructura factorial y asociación con variables demográficas (dimensionalidad de la ideación delirante). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(2).
- Mah, L., Arnold, M. C., & Grafman, J. (2004). Impairment of social perception associated with lesions of the prefrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1247-1255.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2004). Plausibility judgment in schizophrenic patients: evidence for a liberal acceptance bias. *German Journal of Psychiatry*, 7(4), 66-74.
- Moritz, S., Werner, R., & Collani, G. V. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive neuropsychiatry*, 11(4), 402-415.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry research*, 142(2-3), 157-165.

- 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.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D. F., & Andresen, B. (2007). Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 371-383.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 561–569.
- 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.
- 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.
- Moritz, S., Woodward, T. S., & Balzan, R. (2016). Is metacognitive training for psychosis effective? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(2), 105–107.
- Muñoz Eguileta, A. (2005). Resultados iniciales en el desarrollo de una escala de creencias irracionales sobre la separación matrimonial. *Apuntes de Psicología*, 23 (3), 237-246.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Obiols, J. E., & Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 235–250.
- Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1994; 53: 31-40.

Peters, E., Joseph, S., Day, S., & Garety, P. (2004). Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia bulletin*, 30(4), 1005-1022.

Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 6(3), 287-299.

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

Reivich, K. (1995). The measurement of explanatory style. En G. M. Buchanan y M.E.P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 71-98). Hillsdale, NJ: Erlbaimi.

Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. and Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.

Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S., & García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2).

Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52–9.

Sánchez, R., Ibáñez, M.A., & Pinzón, A. (2005). Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia: Trabajo realizado en la Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Clara de Bogotá y en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. *Biomédica*, 25(1), 120-128.

Sanford, N., Veckenstedt, R., Moritz, S., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Impaired integration of disambiguating evidence in delusional schizophrenia patients. *Psychological medicine*, 44(13), 2729-2738.

Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239, 288.

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3).

Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M. C., Besche, C., & Widlöcher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: a non-verbal exploration with comic strips. *Schizophrenia research*, 25(3), 199-209.

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

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 5-13.

Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., & Wciórka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: The mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive psychiatry*, 59, 73-79.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.

Vallina Fernández, Ó. & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345–364.

Valverde, C. V., Gálvez, C. D. A., Nieto-Moreno, M., Ots, C. V., & de Diego, F. F. (2006). Atribuciones causales explícitas e implícitas en el delirio: estudio de su especificidad en delirios paranoides y no paranoides. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 21-36.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.

Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C., & Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28(4), 605-617.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology*, 86, 103-126.