ASOCIACIÓN DE LAS ALTERACIONES EN LA METACOGNICIÓN CON LA PRESENTACIÓN DE LAS IDEAS DELIRANTES EN DIFERENTES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

JAIRO ALEJANDRO RAMIREZ ORTIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

BOGOTA D.C

2020

Asociación de las Alteraciones en la Metacognición con la Presentación de las Ideas Delirantes.

ASOCIACIÓN DE LAS ALTERACIONES EN LA METACOGNICIÓN CON LA PRESENTACIÓN DE LAS IDEAS DELIRANTES EN DIFERENTES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

JAIRO ALEJANDRO RAMIREZ ORTIZ

Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Especialista en Psiquiatría

Director: Doctor Hernando Santamaría-García MD, MSc, PhD.

Jurados: Dr. Marcelo Andrés Hernández Yasno

Dr. Miguel Cote Menéndez

Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina,

Departamento de Psiquiatría

Bogotá D.C., Colombia

2020

Asociación de las Alteraciones en la Metacognición con la Presentación de las Ideas Delirantes.

CONTENIDO

Pág.

Resumen 6

Summary 7

Justificación 9

Objetivos 11

Marco Conceptual 13

Hipótesis 36

Metodología 37

Consideraciones Éticas 43

Anexos 47

Bibliografía 66

Asociación de las Alteraciones en la Metacognición con la Presentación de las Ideas Delirantes.

RESUMEN

Uno de los síntomas cardinales en los trastornos psicóticos es la presencia de la ideación delirante, la cual se caracteriza principalmente por dos grandes aspectos, la resistencia al cambio pese encontrarse a la luz de las pruebas en contra, es decir una falta de garantía; y el otro rasgo, aún más característico, es la convicción o la evidencia para sí mismo de quien presenta delirios. El último aspecto expuesto cobra importancia desde la perspectiva actual de los estudio de las alteraciones en los procesos cognitivos de los pacientes con trastornos psiquiátricos, de interés particular los estudios sobre la metacognición dado que esta función se encuentra implicada en la comprensión de los propios estados mentales y de los otros individuos, como la capacidad de ver el mundo visto desde múltiples perspectivas y así mismo la capacidad de utilizar el conocimiento para abordar las cuestiones sociales y dilemas psicológicos. Aunque, hasta el día de hoy son pocos los estudios, se ha establecido que la metacognición se encuentra alterada principalmente en pacientes con esquizofrenia tanto que se ha postulado estos hallazgos como posibles "síntomas nucleares" dentro de la psicopatología. Sin embargo, es de resaltar que dicha relación se ha explorado a manera de consecuencia o producto de la patología en sí, y no se ha explorado la asociación directa con el síntoma ni a discriminarse por los tipos de ideación delirante. Es por esto que se tiene por objetivos describir los posibles determinantes en la asociación entre la metacognición y los subprocesos implicados (Teoría de la Mente y Funciones ejecutivas) con la ideación delirante presente en diferentes diagnósticos clínicos; adicional se analizará los contenidos y las particularidades semiológicas de los delirios con relación a los subdominios metacognitivos, explorándose en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia; manía con síntomas psicóticos y controles sanos, enfocando las alteraciones a la particularidad de dominios sintomáticos y trascender el estudio desde una perspectiva transdiagnóstica, para dilucidar posibles escenarios de abordaje clínico y siendo una pauta para el desarrollo de estrategias terapéuticas coadyuvantes como lo es el entrenamiento en habilidades Metacognitivas en pacientes con trastornos de la esfera mental.

Palabras clave. Metacognición, Esquizofrenia, Deluciones, Psicoterapia, Terapia Cognitivo-Conductual.

Summary.

One of the cardinal symptoms in psychotic disorders is the presence of delusional ideation, which is characterized mainly by two major aspects: resistance to change despite being in the light of evidence to the contrary, that is, a lack of guarantee; and the other trait, even more characteristic, is the conviction or self-evidence of the person presenting delusions. The last aspect mentioned is important from the current perspective of the study of alterations in the cognitive processes of patients with psychiatric disorders, of particular interest studies on metacognition since this function is involved in the understanding of the mental states themselves and of other individuals, such as the ability to see the world seen from multiple perspectives and also the ability to use knowledge to address social issues and psychological dilemmas. Although to date there are few studies, it has been established that metacognition is altered mainly in patients with schizophrenia, so much so that these findings have been postulated as possible "core symptoms" within psychopathology. However, it is noteworthy that this relationship has been explored as a consequence or product of the pathology itself, and the direct association with the symptom has not been explored, nor has it been discriminated by the types of delusional ideation. This is why it is intended to describe the possible determinants in the association between metacognition and the sub-processes involved (Theory of Mind and Executive Functions) with the delusional ideation present in different clinical diagnoses; In addition, the contents and semiological characteristics of delusions will be analyzed in relation to the metacognitive subdomains, exploring it in patients with a diagnosis of Schizophrenia; mania with psychotic symptoms and healthy controls, focusing the alterations to the particularity of symptomatic domains and transcending the study from a transdiagnostic perspective, to elucidate possible scenarios of clinical approach and being a guideline for the development of adjuvant therapeutic strategies such as training in Metacognitive skills in patients with disorders of the mental sphere.

Key words. Metacognition, Schizophrenia, Delusions, Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Metacognitive training. (MeSH)

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos psicóticos son un conjunto de alteraciones en la esfera mental con impacto devastador y directo en diferentes ámbitos personal, familiar y social del individuo. Se calcula que cerca del 2 al 3% de la población se ve afectada (Fonseca-Pedrero, 2011), y por lo general el inicio se confina a la adolescencia tardía y/o adultez temprana, siendo la etapa de la vida que se relaciona con mayor productividad laboral. Como manifestaciones centrales de los trastornos psicóticos, junto a las alucinaciones se encuentran los delirios, que son las alteraciones en el contenido del pensamiento, enmarcados dentro de dos grandes dimensiones una epistemológica irracional, la que explicaría la falta de garantía epistemológica y resistencia al cambio; y la otra dimensión es la fenomenología cognitiva, como rasgo más característico, dado que explica la convicción o la evidencia propia para el paciente con trastorno psicótico (Brüne et al, 2011), La naturaleza de las ideas delirantes es variada, con características semiológicas que orientan el diagnóstico a diferentes trastornos en muchas ocasiones, por ejemplo una aproximación diagnóstica del trastorno bipolar episodio maniaco desde la presencia de ideas delirantes megalomaníacas y la esquizofrenia con ideas delirantes caracterizadas como extrañas o de primer orden de Kurt Schneider.

La esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico por excelencia del espectro psicótico, comprendiendo una gran variedad de síntomas en las áreas cognitivas, conductuales y emocionales, que conlleva a un deterioro en el funcionamiento laboral y social (American Psychiatric Association, 2013). Dichas alteraciones no permiten a las personas con diagnóstico de esquizofrenia construir los tipos de representaciones integradas de sí mismos y otras necesarias para adaptarse a las demandas cambiantes del entorno social (Lysaker, 2013). Por otra parte, los déficits cognitivos de esta índole también están presentes en pacientes con sintomatología afectiva como los diagnosticados con depresión mayor, los cuales tenían dificultades significativas para formar representaciones integradas complejas de sí mismos (Ladegaard et al. 2014).

La Metacognición es una de las funciones cognitivas que estaría alterada en pacientes con trastornos psicóticos (Lysaker, 2013), y este término hace alusión a un conjunto de habilidades necesarias para identificar los propios estados mentales y atribuirlos a otros, incluye el desciframiento de expresión de emociones, el razonamiento sobre estados mentales y el uso de información para decidir sobre problemas y resolver conflictos interpersonales, y dominar el sufrimiento subjetivo (Brune et al, 2011). Es por esto, que las alteraciones metacognitivas se han planteado como factores centrales en los pacientes con trastornos psicóticos, en especial ante la presencia de las ideas delirantes, contribuyendo como marco conceptual para las explicaciones de las propiedades epistémicas y fenomenológicas definitorias (Vohs et al, 2014).

Una constante en los estudios realizados, es presentar las alteraciones metacognitivas como consecuencia de varios constructos en los diferentes trastornos, sin embargo no se ha explorado a cabalidad la asociación con etapas iniciales del delirio independiente del diagnóstico, ya sea que las alteraciones metacognitivas precedan al deterioro propio de la enfermedad, es por esto que el principal objetivo del estudio es caracterizar si en la variedad semiológica de los delirios y la diversidad del diagnóstico se ven implicadas las deficiencias en la metacognición. Teniendo en cuenta que la aproximación a la idea sobre las alteraciones metacognitivas fundamentales para los delirios allana nuevas perspectivas terapéuticas, como estrategias centradas en ayudar a reducir la convicción delirante. Las estrategias de remediación metacognitivas podrían complementar provechosamente los tratamientos de remediación cognitiva existentes.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Determinar la asociación de las alteraciones metacognitivas con la presentación de los diferentes tipos de ideas delirantes en pacientes con Esquizofrenia y Manía con psicosis.

3.2 Objetivos específicos:

▪ Evaluar el desempeño de pacientes con Esquizofrenia y Manía con psicosis en pruebas de metacognición en comparación con un grupo control.

▪ Analizar las alteraciones metacognitivas respecto a cada uno de los distintos tipos de ideas delirantes.

▪ Asociar los resultados en las pruebas metacognitivas con la severidad de los diferentes trastornos evaluados a través de las escalas PANSS y Young.

▪ Comparar los resultados en las pruebas metacognitivas con los resultados en otras aéreas de las funciones ejecutivas.

MARCO CONCEPTUAL

1. Metacognición.

1.1 Definición

La metacognición es un constructo psicológico de múltiples componentes, a la que se le atribuye como características la capacidad de identificar y describir los estados mentales propios y los de los demás. Desde los inicios de las descripciones a mediados de los setenta, el psicólogo y teórico cognitivo John Hurley Flavell, quien es considerado el padre de la metacognición, hace alusión de ésta en los siguientes términos: el conocimiento o la "conciencia" que se tiene acerca de los propios procesos y productos cognoscitivos, es la *cognición sobre la cognición,* o el *conocimiento sobre el conocimiento;* como cualquier elemento relacionado, por ejemplo, las propiedades relacionadas al aprendizaje de la información. (Flavell, 1976)

Partiendo que el término "cognición" comprende el conocimiento en términos de acción y efecto de conocer, haciendo referencia tanto un proceso como también a un producto. Flavell, utilizaría el prefijo "meta" para describir que, desde el origen hasta el resultado, el conocimiento se refleja sobre sí mismo, como la imagen en un espejo (Flavell,1979). Pero más allá de una naturaleza representacional del pensamiento, es una construcción y no únicamente el reflejo de la realidad.

Otros autores habrían de referirse a la metacognición como un conjunto de creencias sobre el propio estado mental que regularía los procesos de atención por lo que sería un factor importante que contribuiría al mantenimiento de procesos disfuncionales, como lo es la rumiación. (Wells, 2000). Con el paso del tiempo aparecerían nuevos términos incluyentes o integradores desde la definición, no obstante, comenzarían a ser tomados de manera indistinta. Es por esto, que los términos "Metacognición", "Lectura del pensamiento", "Teoría de la Mente" y "Mentalización" aluden a la capacidad general de las personas para pensar acerca del pensamiento, tanto del propio como del pensamiento de otros (Brune, 2005; Semerari et al., 2003). La

metacognición al abarcar la comprensión de los estados mentales se superpone parcialmente al concepto de mentalización que introdujeron Bateman y Fonagy (2004), sin embargo, dentro de las diferencias entre estos dos modelos, la mentalización se ve como una función lineal (Fonagy et al. 1998, 2004), mientras que Semerari y sus colegas (2003, 2017) consideraron la metacognición como una función de múltiples componentes, abarcando tanto procesos mentales simples encargados, de identificar los propios deseos, pensamientos o emociones, como también los procesos complejos integradores de la información intersubjetiva para crear representaciones amplias acerca uno mismo, los demás y el mundo (Semerari et al., 2003). Además, se relaciona la metacognición con el procesamiento de la información desde el monitoreo, interpretación, evaluación hasta la regulación de los contenidos y la misma organización (Semerari et al., 2007). Integrando lo anterior podría hablarse del conjunto de habilidades que permiten a las personas identificar estados mentales, razonar sobre ellos, atribuirlos a sí mismos y a otros, para poder regular el propio estado mental y la relación interpersonal (Semerari et al. 2012).

Para Paul Lysaker, la metacognición trasciende a un conjunto de fenómenos, y representa la capacidad necesaria para formar, revisar y reformular ideas provenientes de lo que se cree, se siente, se sueña, se teme o se pretende tanto por uno mismo como por otros. Todos estos fenómenos describen una amplia y diversa gama de actos o procesos cognitivos internos que podrían estar determinados socialmente y así contener propiedades reflexivas (Lysaker et al.,2005). Por lo tanto, designar o atribuir estados mentales a otros, incluye el desciframiento de expresiones o de emociones, y el uso de la información proveniente del razonamiento es puesta al servicio para decidir, resolver problemas y conflictos interpersonales, como también para tener control sobre el sufrimiento subjetivo (Carcione et al., 2011; Brüne et al., 2011).

La metacognición es un término amplio en sí mismo y puede incluir actividades que involucren el conocimiento de aspectos singulares de gran especificidad (por ejemplo, reconocer que se ha cometido una equivocación, como detectar que no se está asimilando un material mientras se lee), o aspectos discretos relacionados con uno mismo (por ejemplo, reconocer una creencia que se tiene sobre sí mismo). (Brüne, Dimaggio & Lysaker, 2011). Por ende, la metacognición es un proceso que involucra

la identificación de pensamientos y sentimientos; la integración en amplias representaciones de intenciones, emociones, conexiones entre eventos y pensamientos. Transitando en un rango que va desde lo discreto hasta lo sintético; en otras palabras, la metacognición comprende de lo simple a lo complejo (Dimaggio & Lysaker, 2015).

Los procesos metacognitivos permiten identificar cualidades discretas de sí mismo y de los otros, para luego integrarlas en una visión amplia. Las actividades sintéticas, se traducen en la formación de representaciones mentales extensas e integradas de sí mismo y de otros, situándolas dentro de un mundo vasto, y usándolas para responder a problemas psicológicos o conflictos interpersonales. Además, éstas permiten la inferencia de posibles relaciones causales entre eventos, emociones, pensamientos o conductas y la toma de una posición crítica frente a las propias creencias, entender que las ideas son subjetivas y que las apreciaciones respecto una idea pueden diferir según las personas (Dimaggio & Lysaker, 2015). Todo lo anterior agrupa las habilidades de desarrollar estrategias adaptativas de afrontamiento basadas en la lectura del sufrimiento propio y ajeno. Comparado con otras funciones neurocognitivas, confinadas a procesos más elementales, en los cuales se recoge y se procesa información, las actividades metacognitivas sintéticas permiten construir ideas complejas a las personas sobre quiénes son y quiénes son los otros, facilita intercambios sociales complejos y permita la respuesta efectiva a los mismos. (Lysaker et al.,2011).

1.2 Modelo Metacognitivo Multifunción (MMMF)

Los aportes sobre el tema confluyen en una hipótesis planteada por Semerari y Lysaker, la cual es articulada, unitaria y modular en la que se evalúan habilidades relacionadas, pero semiindependientes; de cuatro dominios o cuatro subescalas, y presentan propias subfunciones que expresan niveles progresivamente complejos de la capacidad evaluada, organizadas por jerarquía. Los dominios se han estudiado fundamentalmente por medio de la Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A), los cuales son: (1) la Autorreflexividad o capacidad para pensar sobre los propios estados mentales; (2) la Diferenciación o capacidad para pensar sobre los

estados mentales ajenos o externos; (3) el Descentramiento o capacidad para comprender que no se es el centro del mundo y que existen diferentes formas entender o interpretar la realidad; y (4) el Dominio o capacidad para integrar la información intersubjetiva en definiciones amplias de los problemas que permitan responder o afrontar de manera adaptativa (Lysaker et al.,2011).

Es importante aclarar que una definición simple de la mentalización se centra en el pensar sobre pensar (Fonagy 1991), y se ha trabajado inicialmente desde una construcción multidimensional, siendo cuatro dimensiones de intersección: *automático* / *controlado* (es decir implícito/explícito); *interna* / *externamente*; *uno mismo* / *otros*; proceso *cognitivo* / *afectivo* (Bateman et al. Alabama. 2013). Por lo tanto, los principales aspectos de la metacognición que el Modelo Metacognitivo Multifunción trata se superponen parcialmente con la definición de mentalización dada por Bateman y Fonagy (2004). Puesto que la mentalización se centra en procesos cognitivos explícitos y en la dimensión *uno mismo/ otro*, pero difieren porque, en su nivel de especificación, define procesos funcionales específicos que operan en estados mentales (Semerari et al. 2003, 2007). Las diferentes funciones de la metacognición (Monitoreo, Integración, Diferenciación y Descentración) como se define en el modelo establece un conjunto de funciones, que son necesarios para identificar estados mentales y atribuyéndolos a uno mismo y a otros sobre la base de expresiones faciales, estados somáticos, comportamientos; reflexionar y razonar sobre los estados mentales; usar información sobre estados mentales para tomar decisiones, resolver problemas psicológicos e interpersonales conflictos y hacer frente al sufrimiento subjetivo (Carcione et al. 2010).

1.3 Terminología relacionada.

Como se ha mencionado hasta el momento, son varios los términos que parecieran ser incluyentes o encontrarse intrincados, el primero es la teoría de la mente, si bien es un término que alude a la capacidad cognitiva de comprender y predecir los estados mentales propios o de los demás en términos de pretensiones, intenciones,

creencias o pensamientos (Brune, 2005). De manera sencilla, puede plantearse que dicho concepto abarca tres aspectos: la percepción de las expresiones emocionales, la capacidad para atribuir deseos e intenciones a otros, y la capacidad de ponerse en el lugar de los demás. Por ende, es la capacidad de atribuir estados mentales, como creencias, deseos e intenciones, tanto para uno mismo como para otros, entendiendo que otros tienen creencias, deseos, intenciones y perspectivas que son diferentes de las propias (Baron-Cohen et al., 1985). Con respecto a otro término como lo es la Mentalización o mentalizar cabe mencionar que es la percepción implícita o explícita; o mejor aún es la interpretación de las acciones de uno u otros como intencionales, es decir, que están mediadas por estados o procesos mentales (Fonagy 2002). Retomando lo que se ha escrito hasta el momento la metacognición es un término más amplio que puede usarse, entre otras, para definir las habilidades para comprender y reflexionar sobre el estado mental propio y de los demás estados mentales, como trascender el conocimiento a la práctica diaria.

Desde la investigación se ha podido establecer las relaciones que existen entre dichos términos con la expresión clínica. En un estudio comparativo, tanto pacientes con esquizofrenia como pacientes con trastorno bipolar mostraron profundos déficits en algunos dominios de cognición social en comparación con los controles, no obstante el deterioro neurocognitivo fue menor en pacientes bipolares comparado con pacientes diagnosticados con esquizofrenia, en especial los déficits en la teoría de la mente (ToM), que es una construcción como se ha mencionado antes, relacionada con la metacognición, puesto que refleja la capacidad de hacer atribuciones sobre los estados mentales de los demás. Esta construcción en cambio no difería entre pacientes bipolares y controles sanos en el mismo estudio (Caletti et al., 2013). En otros estudios se ha encontrado que pacientes con trastorno bipolar tipo I tenían déficits más leves en ToM que pacientes con esquizofrenia (Kerr et al., 2003; Lahera et al., 2008; Van Rheenen y Rossell, 2013). Estos hallazgos fueron respaldados aún más en pacientes con trastorno bipolar tipo I con características psicóticas (Thaler et al., 2013). En otros estudios se ha encaminado en sí las personas con esquizofrenia experimentan déficits más graves en la metacognición que las personas con otra forma de trastorno mental grave, a saber, el caso de pacientes con trastorno bipolar tipo I (Tas et al., 2014).

1.4 Implicaciones en el ejercicio clínico.

Actualmente, la metacognición se considera crucial en varias áreas de la psicopatología (Dimaggio y Lysaker 2010, Gumley 2011), tanto que las altas capacidades metacognitivas se han asociado con una mayor capacidad de regulación emocional y una mejor capacidad para crear relaciones interpersonales estables, se ha encontrado una asociación entre deficiencias en habilidades metacognitivas y el mal funcionamiento social como baja calidad de vida (Bender et al. 2011). En el caso de trastornos mentales primarios, con un fuerte respaldo de las investigaciones se ha podido demostrar que muchas de las personas con esquizofrenia experimentan déficits metacognitivos, los cuales abarcan deterioro en la capacidad para monitorear su propio pensamiento y comportamiento (Koren et al., 2006), para mentalizar (Langdon et al., 2001), y para formar ideas complejas de las propias vidas (Berna et al., 2011; Morise et al. 2011; Raffard et al., 2010; Saavedra et al., 2009).

Los déficits son significativos por sí mismos, en la medida en que no son meramente el resultado de síntomas o del compromiso neurocognitivo (Brüne et al., 2011; Roncone et al., 2002); y los déficits podrían ser una fuente importante de disfunción para personas con enfermedad mental grave. Con la limitación para pensar sobre el pensamiento, puede ser difícil asociar los hechos cotidianos con el pasado o prever un futuro que pudiera ser afectado por la acción presente. Los déficits en la metacognición podrían conllevar a la pérdida del sentido de identidad personal, acompañado de desmoralización y una pérdida global del significado (Lysaker, 2002). A manera de ejemplo, las personas con esquizofrenia experimenten dificultades no solo debido a síntomas y a deterioros neurocognitivos, sino también debido a dificultades para interpretar y dar sentido a los desafíos que enfrentan. Los déficits metacognitivos representan barreras para el bienestar y una mejor comprensión de su naturaleza tiene gran relevancia para el tratamiento.

1.4.1 Relación de las alteraciones metacognitivas con las Funciones neurocognitivas.

Sobre el vínculo de metacognición con la Sintomatología y Función Neurocognitiva, los pacientes con mayor capacidad en el dominio de *Autorreflexividad* tenían mejor memoria verbal y visual, mayor velocidad de procesamiento y mayor nivel de inteligencia premórbida. Además, mayor puntaje en los dominios de *Comprensión de la mente de Otros* y en la *Maestría* (Dominio) se correlacionaron con una mayor memoria verbal. En consecuencia, los pacientes que tenían mayores déficits en *Autorreflexividad, Conocimiento de la mente de Otros* y *Maestría* tenían mayores niveles de Retraimiento Emocional (Lysaker, 2002). Los grandes errores en pruebas de memoria no verbal se han visto representados con menor grado de *Autorreflexividad*, una menor acuciosidad en la autoevaluación del desempeño propio (Fridberg et al., 2010). De igual manera los déficits en la memoria verbal y la función ejecutiva fueron vinculados con niveles más bajos de *autorreflexividad* y *comprensión de la mente de otros*, siendo esto importante para los grupos con esquizofrenia, pero no para los grupos con trastorno bipolar. Los menores niveles de Autorreflexividad se ha documentado en pacientes con esquizofrenia en comparación a pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar. Por las descripciones anteriores cabe la posibilidad que los pacientes con esquizofrenia puedan desarrollar déficits metacognitivos a través de caminos únicos. En particular, una interpretación de los hallazgos son que los déficits en la memoria verbal y la función ejecutiva desempeñan un papel en el desarrollo de impedimentos en el autocontrol reflexividad en la esquizofrenia (Tas et al., 2014).

En lo concerniente al aprendizaje, se tiene que las mayores capacidades metacognitiva las presentaban quienes tenían los mayores niveles de motivación intrínseca, y específicamente la *Maestría* fue el mejor predictor por separado sobre el potencial de aprendizaje. (Tas et al., 2012).

1.4.1 Vínculos de las alteraciones metacognitivas con diferentes Trastornos Psiquiátricos.

La metacognición deficiente se ha relacionado globalmente con la gravedad de los trastornos de personalidad (Semerari et al. 2014) y con un estilo de personalidad

descrito como frío, distante y no asertivo (Spitzer et al. 2005, Inslegers et al. 2012). En la misma línea, se ha informado que las personas con diferentes trastornos de personalidad tienen dificultades significativas usando el conocimiento metacognitivo para responder en la cotidianidad (Carcione et al., 2011). Ya para el caso de un primer episodio psicótico se ha estipulado que aquellos pacientes con altos niveles de sintomatología negativa tenían menores habilidades metacognitivas en la escala MAS-A mientras los que tenían altos niveles de sintomatología positiva y bajos niveles de sintomatología negativa, no tenían menor funcionamiento metacognitivo en comparación al grupo que tenía bajos niveles en sintomatología positiva y negativa (Nicolò et al.,2008). Además, los pacientes con primer episodio psicótico tenían menores puntajes en sus habilidades metacognitivas en comparación al grupo control no clínico, por ejemplo, niveles más bajos en *Comprensión de la mente de Otros* y *Descentración* (Vohs et al., 2014). La existencia de la correlación de menores puntajes en el subdominio de *Comprensión de la mente de Otros* y mayor sintomatología negativa, con peor adaptación social en la adolescencia temprana y menor búsqueda de ayuda profesional (Trauelsen et al., 2016).

El dominio de la *Autorreflexividad* se ha correlacionado de manera proporcional con la flexibilidad mental en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, como así mismo los subdominios de *Descentración, Comprensión de la mente de Otros* y *Maestría* se han correlacionado con la capacidad de inhibir respuestas (Lysaker et al., 2008). Los puntajes totales de la MAS-A se relacionaron con las evaluaciones concurrentes y prospectivas de los síntomas positivos y negativos usando la escala PANSS (Hamm et al., 2012). Teniéndose que el valor total de los síntomas negativos usando la escala PANSS refleja el grado las alteraciones en la metacognición de tal modo que la sintomatología negativa puede llegar a ser un factor de riesgo para la aparición en el curso del tiempo de déficits metacognitivos (Hamm et al., 2013).

En la esquizofrenia, además se ha descrito que el deterioro metacognitivo registrado está fuertemente asociado con la disminución de las habilidades sociales y con los déficits de funciones ejecutivas y neuropsicológicas (Lysaker et al. 2008, 2011). En fases tempranas como tardías de la enfermedad presentan mayores dificultades para formar una representación compleja del otro y en las relaciones personales comparado con pacientes controles sin abuso de sustancias psicoactivas; otra

diferencia significativa entre los grupos está en la capacidad de usar el conocimiento metacognitivo para responder a los problemas psicológicos y desafíos sociales (Vohs et al., 2014). Además, se ha identificado déficits en la capacidad de detección de pensamientos, intenciones y emociones; así como dificultades para entender la multiplicidad de las causas en diferentes eventos. Con respecto a la metacognición y el vínculo toma de conciencia; se ha podido concluir que menores puntajes en *Dominio* se reflejan en una mayor tendencia a sacar conclusiones de forma precipitada, siendo una dificultad para resolver los problemas como también una fuerte aceptación inicial de las impresiones (Buck et al., 2012). Otras descripciones radican en los sesgos cognitivos observados en pacientes con esquizofrenia, puesto se cree que se conoce que pueden conducir no sólo a la formación de ideas delirantes, sino también a una disminución de la introspección, la cual es clave en el curso y tratamiento de dichos pacientes (Lysaker et al., 2016).

La pérdida de la capacidad para usar el conocimiento metacognitivo probablemente sea una característica común a los trastornos psiquiátricos con síntomas psicóticos, como se registra al comparar pacientes con esquizofrenia y pacientes con abuso de sustancias psicoactivas, presentando síntomas psicóticos secundario al consumo, en principio no se encuentra diferencias significativas en alguno de los dominios (Vohs et al., 2014). No obstante, las dificultades en el dominio de la *autorreflexividad* son propias de la esquizofrenia, y otros subdominios de la metacognición tales como *comprensión de la mente de otros* y la *descentración* son altamente alterados por los síntomas psicóticos positivos de pacientes con esquizofrenia (Tas et al., 2014).

Con respecto a otros resultados, la duración del trastorno mental solo se ha asociado con el dominio *descentración* de la metacognición en los pacientes bipolares, teniéndose que a mayor duración de la enfermedad presenta una mejor descentración, pero no en los pacientes con esquizofrenia, lo anterior indica que los mayores déficits metacognitivos se presentan tanto en etapas tempranas como tardías de la esquizofrenia en comparación con otras poblaciones psiquiátricas (Vohs et al., 2014).

Con los estudios realizados se ha podido estipular, las siguientes relaciones de los subdominios metacognitivos con la introspección en diferentes áreas, por ejemplo, la

relación de la *Autorreflexividad* con el conocimiento acerca de la presencia de síntomas psicóticos y la asociación de *Conciencia de la mente de Otros* con el conocimiento de la necesidad del tratamiento, y de *Maestría* con el conocimiento de las consecuencias de la enfermedad (Lysaker, 2011). En definitiva, la información actual apoya la importancia de la psicoterapia e intervenciones psicosociales que apuntan a remediar las deficiencias metacognitivas en la esquizofrenia (Lysaker et al., 2011). Personas que puntúan bajo en la *Autorreflexividad* responden mejor a intervenciones de tipo individual (Lysaker et al., 2013). Contrariamente, las personas con puntuaciones bajas en el *Descentramiento* se benefician más de intervenciones grupales que les permitan mejorar su comprensión de los estados mentales ajenos (Wasmuth et al., 2015).

1.5 Modelos de evaluación.

La evaluación extensa de la metacognición representa en sí diferentes retos, uno de ellos, es abarcar las situaciones teóricas como si fueran reflejo de las actividades cotidianas. Cabe preguntarse ¿Hasta qué punto las personas se comportarían igual cuando piensan sobre personas en una historia, como personajes extraños comparado cuando interactúan en la vida real con otros que son en esencia amados u odiados en el contexto de situaciones o eventos personales? Se podría intuir que una persona pudiera tener problemas para desarrollar actos metacognitivos al enfrentar a una persona que es amada en una situación muy intensa o de gran valor emocional, pero podría perfectamente transitar con facilidad y desarrollar con destreza al oír una historia o mirar imágenes de una historia que se presenta en un lugar que no tiene importancia o significado personal. En contraste de someter al paciente en una evaluación con una situación hipotética, o una representación mental elaborada como paradigma, se tiene que la capacidad metacognitiva puede ser estimada sobre la propia historia de vida contada en primera persona con la ganancia inherente, de vincular al evaluado en asuntos que probablemente sean de gran importancia emocional y de preguntar sobre esos asuntos de una forma directa por un acto metacognitivo específico.

En consecuencia, como se ha descrito previamente el modelo teórico de dos factores conllevó al desarrollo de lo que se presenta como dos dimensiones principales, denominadas: dominio propio, definido como autorreflexión, y otro dominio, definido como distanciamiento crítico del propio estado mental y el de los demás. Con posterior desarrollo de cuatro factores compuesto por los siguientes subdominios: *monitoreo (autorreflexividad), integración (Dominio o Maestría), diferenciación (Comprensión de la mente de Otros)* y *descentrado*.

1.5.1 Metacognition Assessment Interview (MAI)

Una primera aproximación para la evaluación de la metacognición por medio de la Entrevista para la evaluación de la metacognición (Metacognition Assessment Interview, MAI por sus siglas del inglés). La MAI es una entrevista semiestructurada, con una duración estipulada de treinta a sesenta minutos de duración, cuya valoración se centra en episodios de carácter autobiográfico, con el objetivo que se genere la narración de la experiencia interpersonal de mayor impacto en los últimos seis meses (Semerari et al.,2012). La experiencia informada debe ser autobiográfica e involucrar al menos a otra persona, preferiblemente una cercana al evaluado. La entrevista en un primer momento consta de preguntas abiertas para permitir la narración libre; y de manera espontánea surjan las habilidades metacognitivas. Posteriormente, se hacen preguntas concretas con el ánimo de valorar específicamente cada habilidad metacognitiva, y así abarcar todos los dieciséis dominios (cuatro facetas para cada subfunción), tanto la comprensión del estado propio como el de los otros (Semerari et al., 2012).

1.5.2 Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII)

La Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana (EEPI, o IPII por sus siglas en inglés) es un modelo de entrevista semiestructurada desarrollada para lograr el objetivo de evaluar el entendimiento de la experiencia con la enfermedad mental. (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer & Wright, 2002). Igualmente, con una duración entre treinta y sesenta minutos, con la diferencia que originalmente fue desarrollada para evaluar narraciones de pacientes con enfermedad mental grave y actualmente usada como base para iniciar la evaluación, obteniendo una muestra

espontánea del pensamiento sobre los pensamientos del paciente, cuya información permite puntuar utilizando la Escala de metacognición. (Semerari et al., 2003)

1.5.3 Metacognition Assessment Scale (MAS-A)

La Escala de Evaluación Metacognitiva EEM o Metacognition Assessment Scale (MAS), es una escala de clasificación creada para detectar el cambio metacognitivo sobre la base de transcripciones de psicoterapia, originalmente diseñada para personas con trastornos de personalidad (Semerari et al., 2003). La EEM se enfoca en la capacidad metacognitiva más que en contenidos específicos, parte de la presunción que la metacognición es un conjunto de habilidades relacionadas pero semiindependientes, por lo que ciñéndose a una extensa síntesis de diversos modelos que han sido usados por diferentes autores y a partir del Modelo Metacognitivo Multifuncional, obtiene la característica dimensional y modular de la evaluación. Posterior aparecería la versión abreviada MAS-A, como escala diseñada para identificar sistemáticamente en qué medida las personas y/o pacientes tienen presentes las habilidades metacognitivas cada vez más complejas e integradas. Esta escala resulta de gran interés por el uso en pacientes con trastornos psiquiátricos graves y por el abordaje de distintas dimensiones de la metacognición y brinda una evaluación cualitativa y cuantitativa del concepto (Semerari et al., 2014).

La escala MAS-A contiene a su vez cuatro escalas o subescalas, representadas en los cuatro subdominios mencionados previamente, los cuales son: *"autorreflexividad"* (Self-reflectivity), o la comprensión de los propios estados mentales, y considera las subfunciones de Identificación y monitoreo, evaluada de forma jerárquica en nueve niveles, parte de la capacidad para pensar y formar ideas cada vez más plausibles e integradas de uno mismo; *"Comprensión de las mentes de los demás"* o *"Diferenciación"* (Mind of Others), esta subescala abarca el entendimiento de los estados mentales de otros individuos, contempla las mismas subfunciones, pero dirigidas a los estados mentales de los demás y consta de siete niveles al igual con una naturaleza organizacional jerárquica, de la capacidad para pensar y formar ideas cada vez más complejas y plausibles sobre los demás; La "Descentración" (Decentration), o la capacidad de ver el mundo como existente con otros que tienen motivos independientes, compuesta por tres niveles que miden la capacidad para

formar ideas integradas sobre uno mismo y los demás. Implica adoptar una perspectiva no egocentrista y así poder interpretar los acontecimientos sin ligarlos estrictamente a ellos mismos; y "dominio" (Mastery), que incluye nueve niveles sobre la capacidad para utilizar los estados mentales propios y ajenos para responder a problemas psicológicos y sociales, definido como la capacidad de trabajar a través de las representaciones y estados mentales, con el fin de implementar estrategias de acción efectivas para lograr tareas cognitivas o hacer frente a estados mentales problemáticos (Semerari et al., 2014). Altas puntuaciones indican una mayor capacidad para crear representaciones amplias sobre sí mismo, los demás como del mundo, así como para utilizar estas representaciones para responder adecuadamente a desafíos de tipo psicológico y social (Lysaker et al., 2005). La investigación apunta que calificaciones altas en la escala MAS–A correlacionan significativamente con variables clínicas como la gravedad de los síntomas o el nivel de funcionamiento en varios trastornos mentales, incluyendo la esquizofrenia (McLeod et al., 2014), los trastornos de personalidad (Semerari et al., 2014) o la depresión (Ladegaard, Lysaker, Larsen y Videbech, 2014).

1.5.4 The Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS).

La escala MSAS fue desarrollado a partir del MMFM (Semerari et al. 2003) y se deriva directamente de dos instrumentos basados en el mismo modelo, ya expuestos previamente la Escala de Evaluación de Metacognición (MAS), una calificación escala para evaluar la metacognición en psicoterapia transcripciones (Carcione et al. 2008, 2010; Semerari et al. 2003); y la entrevista de evaluación de metacognición (MAI), una entrevista clínica semiestructurada (Pellecchia et al. 2015, Semerari et al. 2012). Tanto ambos instrumentos MAS como MAI demostraron niveles aceptables de validez factorial, acuerdo entre evaluadores, validez interna y estabilidad test-retest (Carcione et al. 2008; Lysaker et al., 2011; Pellecchia et al., 2015; Semerari et al., 2012) y se mostraron puntajes en el MAS relacionados con las funciones ejecutivas y resultados asociados al tratamiento (Carcione et al. 2008; Lysaker et al. 2005, 2008).

Por consiguiente, la evaluación de las habilidades reflexivas es posible a través de análisis del discurso, entrevistas, autoinforme y tareas de laboratorio; cada uno de estos métodos con sus respectivas ventajas y dificultades. Los instrumentos de autoinforme son los más comunes para la evaluación (Paulhus y Vazire 2007), pero

tienen el límite que una persona está llamada a usar la presunta habilidad comprometida. Por otra parte, el análisis del discurso y las entrevistas tienen mayor validez, pero son más caros y exigen más en términos de tiempo, entrenamiento, y recursos. Frente a lo anterior aparece el desarrollo y la investigación de un instrumento de autoinforme basado en MMFM, la *Escala de autoevaluación de metacognició*n (MSAS), como una herramienta de evaluación preliminar y rápida para la evaluación de metacognición. La escala MSAS evalúa cómo las personas pueden Identificar sus propios estados mentales y de afrontamiento, con la inherente angustia y los diferentes problemas interpersonales. Compartiendo bases teóricas con la mentalización y teorías del apego (Allen et al. 2008, Fonagy 1991, Fonagy y Target 1997), teoría de la mente (Baron- Cohen et al. 1985, Premack y Woodruff 1978), metaconocimiento (Wellman 1990; Wells 2000; Wells y Mattews 1994, 1996) y meta-representación (Frith 1992, Frith 2006, Frith y Happé 1999, Sperber 2000). Tanto la escala MSAS, como la MAS, se dividen en tres secciones principales con elementos agrupados que se refieren a la reflexión sobre los propios estados mentales, es decir, el dominio del Ser (Comprender la propia Mente); la reflexión sobre los estados mentales de los demás, es decir, el Otro dominio (Comprensión de la mente de los demás y Descentración) y el afrontamiento psicológico sufrimiento y problemas interpersonales (Maestría) (Carcione et al. 2010; Dimaggio et al. 2009).

Entonces el primer dominio, *Comprender la propia mente* está compuesta de las siguientes subfunciones: a) El monitoreo como la capacidad de identificar y definir los componentes que conforman un estado interno en términos de pensamientos, imágenes, y emociones (identificación) y las variables relacionadas a ellos (Variable Relativa). b) La *diferenciación,* es la capacidad de diferenciar entre varias clases de representación (por ejemplo, sueños, fantasías, creencias) y entre representaciones y la realidad, reconociendo la subjetividad. c) La *integración* hace referencia a la capacidad de reflexionar sobre diferentes estados mentales y dar una completo y coherente descripción de sus componentes a través del tiempo.

El segundo dominio, *Comprender la mente de otros,* está compuesto de las subfunciones o subdominios: a) *Monitoreo*, como la habilidad de reconocer y de definir las emociones que subyacen a los demás comportamientos, expresiones, acciones y hacer plausibles inferencias sobre sus pensamientos. b) *Descentración*, alude a la

capacidad de cada uno de los evaluados para definir los estados mentales de los demás mediante formación de hipótesis independientes de la propia perspectiva, funcionamiento mental o implicación en la relación, partiendo que reconoce la inherente subjetividad. El último dominio, la *maestría*, abarca el uso de información psicológica para hacer frente a problemas de niveles crecientes de complejidad; se relaciona con la regulación y el control.

Siguiendo las indicaciones de MMFM y consistente con los resultados sobre los instrumentos MAI y MAS, surge la escala MSAS de cuatro factores teniendo como primer factor el que abarca el Monitoreo y la integración; el segundo factor, comprendiendo la diferenciación y la descentración, estos factores son semiindependiente en la medida que resultan ser requisitos entre ellos, es decir se requiere una buena capacidad de monitoreo para integrar los estados mentales del otro, de igual manera no es posible tener una perspectiva descentrada sobre los estados mentales de los demás si no se es capaz de reconocer la propia perspectiva de un punto de vista sobre cada evento, lo cual es subjetivo y es una representación mas que la realidad (Diferenciación). El tercer factor trata la comprensión de la dimensión de las mentes de los demás y el cuarto factor, es sobre la regulación y habilidades de control (Maestría). Estos dos últimos factores no son dimensiones análogas (Dimaggio et al. 2009, Semerari et al., 2003); de hecho, es posible que una persona comprenda los estados emocionales de una persona, pero rígidamente atribuirlos de forma errada a la relación que tiene con él, cuando no siempre es así.

La escala MSAS es entonces una medida de autoinforme de dieciocho elementos desarrollado específicamente para la evaluación de las subfunciones del MMFM, y se obtiene un puntaje de cinco puntos, apoyándose de la escala Likert (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = a veces, 4= con frecuencia, 5 = casi siempre), lo que arroja un puntaje total en un rango de 18 a 90. Las puntuaciones altas en el MSAS indican mejor autoevaluación de habilidades metacognitivas que baja puntuaciones. El MSAS está diseñado para medir cinco habilidades de la metacognición: 1) monitoreo; 2) diferenciación; 3) integración; 4) descentración y 5) dominio.

Las cinco habilidades se evalúan de la siguiente manera: A) El *monitoreo* se evalúa con seis ítems divididos en dos grupos, dependiendo de si se relacionan con

monitoreo de sí mismo: La capacidad de reconocer las propias representaciones, como los pensamientos y creencias; la capacidad de reconocer y verbalizar las propias emociones; la capacidad de establecer relaciones entre los componentes separados de un estado mental; la capacidad de reconocer las representaciones de otros tales como pensamientos y creencias; la capacidad de reconocer y verbalizar emociones de otros; la capacidad de formar ideas sobre lo social o los factores psicológicos generan estados mentales de los demás. B) *Integración* evalúa: la capacidad de describir los aspectos cognitivos y emocionales de una persona con el estado mental, el temporal y social; la capacidad de fusionar múltiples escenarios mentales potencialmente inverosímiles o incoherentes en una narración fluida. C) La *diferenciación* se evalúa con dos ítems, la conciencia de que las representaciones son subjetivas y no un reflejo perfecto de la realidad y la capacidad de percibir que los pensamientos no influyen en la realidad. Lo anterior ampliado, la capacidad de diferenciar significa que se es consciente que la memoria podría ser falsa, y no es un presagio para el futuro; que un objetivo no se realizará simplemente porque se haya expresado y las propias predicciones sobre el futuro son solo uno de los muchos escenarios posibles que pueden pasar. D) La *descentración,* tiene los siguientes ítems: la capacidad de inferir relaciones entre los componentes separados de los estados mentales de los demás y entre el propio estado mental y comportamiento; la capacidad de reconocer, definir y verbalizar los estados internos cognitivos de otros. E) El dominio es evaluado en términos de las estrategias que utilizan los individuos para explotar el conocimiento de sí mismos y de los demás para resolver problemas psicológicos e interpersonales. (Carcione et al., 2017)

Las estrategias se dividen en categorías según a la complejidad de las operaciones metacognitivas involucradas. En orden ascendente de complejidad, son: lidiar con un problema cambiando voluntariamente el propio comportamiento; tratar con el problema a través de la regulación y gestión de los estados mentales propios, por ejemplo, distraerse de las ideas y emociones que causan sufrimiento; usar el propio conocimiento del funcionamiento mental de otras personas para gestionar la dimensión interpersonal de un problema; aceptación de los límites de la capacidad propia para cambiar los estados internos y los eventos de influencia (Carcione et al.,2017).

1.6 Entrenamiento metacognitivo

Un campo prometedor en los últimos años es una de las variedades de la terapia cognitiva, canalizada en lo que se conoce como entrenamiento metacognitivo, constituidos por los modelos de psicoterapias individuales, propuestos por Salvatore en Roma y Lysaker en Indiana, buscando reconstruir la capacidad de pensar sobre sí mismo y los demás, por medio de intervenciones que promuevan la expresión de narrativas, con el ánimo de estimular procesos metacognitivos a partir de un contexto interpersonal como es la relación terapéutica no jerárquica. Con este contexto se solidifica lo que se conoce como Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT).

1.6.1 Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT).

La terapia MERIT contiene ocho elementos, los cuales son: 1) Agenda, consiste en atender los planes, propósitos como esperanzas del paciente; 2) y 3) Diálogo y Foco Narrativo, que tienen como objetivo fomentar el sentido de ellos mismos y otros en el curso de la vida; 4) Identificar un problema psicológico; 5) Reflejar sobre el proceso interpersonal, que es prestar atención al sentido de los pacientes sobre cómo se están relacionando con el terapeuta. 6) Percepción de cambio, el terapeuta atiende al sentido del paciente sobre qué están experimentando ambos según lo que ocurre en la sesión, con relación a cambios o progresos. 7) y 8) se refieren a la Estimulación óptima de reflexionar sobre sí mismo y otros, y la Estimulación óptima de la Maestría metacognitiva.

En el marco de la investigación se ha descrito logros como mayores puntajes en el subdominio de la *Autorreflexividad* tras 12 sesiones de la terapia MERIT, en el caso de pacientes con esquizofrenia y severos síntomas de desorganización, como de aumentos significativos en la *Autorreflexividad* y a su vez disminución de síntomas negativos, tras 40 semanas de terapia, en el caso de un paciente con síntomas negativos persistentes y severos que cursa un primer episodio psicótico (Vohs et al., 2014). Otros estudios de apuntan aumentos significativos en el insight o introspección al cabo de seis meses de terapia de veinte pacientes con primer episodio psicótico y pobre insight en tratamiento ambulatorio, siendo aleatorizados y recibiendo la terapia

MERIT-EP (variante de MERIT para primer episodio psicótico) en comparación al grupo control. Al igual, se ha demostrado aumentos rápidos en *Autorreflexividad y Maestría* de sujetos que reciben terapia MERIT durante12 sesiones (De Jong et al., 2013).

1.6.2 El entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC).

El entrenamiento Metacognitivo para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (EMC) es una variante de la terapia cognitivo conductual recientemente desarrollado para tratar los síntomas positivos, específicamente los delirios. Fue desarrollado en la Universidad de Hamburgo en Alemania por Steffen Moritz y Todd Woodward (2007), como un híbrido entre la terapia cognitivo conductual y la psicoeducación. Busca disminuir los sesgos cognitivos, en las atribuciones y los déficits en la comprensión de la mente de otros, que están en la base de la infraestructura cognitiva que favorece a la formación de ideas delirantes. (Freeman, 2007; Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward, 2010). La finalidad es que los pacientes identifiquen y afronten los errores cognitivos mediante el aprendizaje de estrategias más funcionales de procesamiento de la información y, como consecuencia, el EMC pretende modificar los esquemas o las estructuras cognitivas de la ideación delirante mediante el desarrollo de habilidades metacognitivas de observación de las propias creencias y pensamientos, promoviendo herramientas de prevención para las recaídas psicóticas (Aghotor, Pfueller, Moritz, Weisbrod, & Roesch-Ely, 2010).

Los sesgos cognitivos están presentes en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia más que en el resto de la población, y se relacionan con las características semiológicas de las ideas delirantes. Por citar algunos: el sesgo de razonamiento probabilístico; el sesgo de salto a conclusiones; un sesgo contra la evidencia no confirmatoria; el exceso de confianza en el razonamiento erróneo y especialmente en los errores de memoria; un estilo atributivo externo y global; y fallos a la hora de leer en las demás personas intenciones y estados mentales, es decir, un error en la teoría de la mente (Gaweda, et al., 2015; Tarrier & Wykes, 2004). La mayoría de los estudios desarrollados sobre sesgos cognitivos en la esquizofrenia describen que entre el cuarenta y el setenta por ciento de los pacientes reúnen o

agrupan muy poca información antes de llegar a conclusiones importantes (Lincoln et al., 2010). Lo anterior se ha estipulado también para pacientes en riesgo de psicosis o potencialmente desarrollaran psicosis, como en pacientes en remisión de síntomas y/o subclínicos (Moritz & Woodward, 2005). El salto a conclusiones, otro sesgo muy importante, se ha visto que se agrava en situaciones de estrés y en contextos emocionales de gran intensidad, con una particularidad que seleccionan tanto muy pocas pistas para llegar a una conclusión como que seleccionan las menos adecuadas (Lincoln et al., 2010; Moritz et al., 2009; Moritz et al., 2010; Moritz & Woodward, 2005). La distorsión cognitiva de la atribución externa aumenta en los pacientes la sensación de no control sobre las situaciones y favorece a que se mantenga una baja autoestima, explicando altos valores de comorbilidad con trastornos afectivos mayores (Langdon, & Coltheart, 2005). El sesgo contra la evidencia no confirmatoria de presunciones o primeras impresiones también se ha descrito clásicamente, por ejemplo, paciente se presentan una tendencia a integrar en la idea delirante la evidencia que desacredita o desaprueba a la misma idea. Otra gran dificultad en este sentido es la dificultad para abandonar las primeras interpretaciones de situaciones o escenarios sobre las que se presentó información que las desvirtuaba (Moritz et al., 2007). Con un mayor conocimiento de los mecanismos cognitivos que subyacen tras los síntomas psicóticos positivos y de aquellos factores que funcionan como mantenedores, reforzadores o desencadenantes, ha permitido el desarrollo de terapias cognitivistas para dicho diagnóstico (Bell, Halligan, & Ellis, 2006; Garety & Freeman, 1999; Lam et al., 2015).

El entrenamiento está conformado de 8 módulos, enfocados específicamente en los temas agrupados de la siguiente manera conforme al tipo de sesgo: distorsiones en el estilo atribucional (módulo 1), salto a conclusiones (módulos 2 y 7), sesgo hacia las evidencias no confirmatorias de primeras impresiones o primeras creencias (módulo 3), incapacidad para tomar perspectiva o empatizar con los otros (módulos 4 y 6), exceso de confianza en los errores de memoria (módulo 5) y patrones cognitivos de tinte depresivo (módulo 8) (Moritz, 2010).

Los resultados en la aplicación del entrenamiento en culturas diferentes (India, China, Alemania y Polonia), es alentador puesto que existe un efecto significativo en la reducción de ideas delirantes, así como un incremento de la introspección y de la

calidad de vida (Moritz et al., 2014; Moritz, Woodward, & Balzan, 2016). Un estudio desarrollado en la India, en el que se evaluó a pacientes con Esquizofrenia con EMC y tratamiento antipsicótico habitual, se informó de la reducción significativa en la escala de síntomas positivos y en la escala de delirios de la PANSS, en los que había recibido EMC (Kumar et al., 2010). En un estudio realizado en China, se evidenció que el EMC impacta positivamente la introspección y en la disminución de síntomas positivos (Lam et al., 2015). En Alemania se condujo un estudio con la mayor población en el momento estudiada, ciento cincuenta pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se les aplicó el Entrenamiento Metacognitivo, resultando que los pacientes del grupo que se aplicó EMC obtuvieron una reducción significativa en la escala de síntomas positivos de la PANSS, así como en la escala PSYRATS de delirios, y una reducción en la prueba probabilística, que se usa para medir el sesgo cognitivo de salto a conclusiones (Moritz et al., 2013). Para el caso de otro estudio paradigmático en Polonia, pacientes diagnosticados con esquizofrenia recibieron el EMC y a tratamiento antipsicótico conforme a guías de practica clínica, mostrando que el EMC tiene un efecto positivo en pacientes con baja funcionalidad pues incrementa el insight y modifica sesgos cognitivos (Krezolek et al.,2015).

1.7 Esquizofrenia y Delirios.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y de gran severidad que clásicamente se asocia a un bajo nivel de calidad de vida (Eack & Newhill, 2007), y dentro de los trastornos psicóticos, es el más característico, con la clínica denominada o reconceptualizada por Nancy Andreasen en la década de los ochenta de síntomas psicóticos positivos como las alucinaciones, los delirios y el pensamiento desorganizado; y por síntomas negativos, como aplanamiento emocional, anhedonia, abulia y alogia (American Psychiatric Association, 2014). No obstante, se caracteriza además por todo un espectro de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Esta enfermedad se asocia con un deterioro funcional y social significativo. La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a cerca del 1% de la población mundial (American Psychiatric Association, 2014) y en Colombia, no es ajena esta cifra, pues se estima una prevalencia de la esquizofrenia de 4,5 por 1000 habitantes, es decir del 1% de la población total (Ministerio de Protección Social & Fes Social, 2005), en consonancia con la mundial. Dada la expresión clínica en la

adultez temprana , cerca de la veintena se corresponde con la poda sináptica, por lo que se ha considerado que la esquizofrenia podría ser una alteración propiamente del neurodesarrollo, con dos vertientes teóricos: uno que afirma de la existencia de una lesión prenatal o perinatal que se activa una vez las estructuras afectadas por la lesión se conectan durante la poda sináptica, y otra que menciona una posible alteración específica durante el proceso de maduración durante la adolescencia (Obiols & Vicens-Vilanova, 2003).

Los delirios pueden ocurrir en una amplia gama de trastornos psiquiátricos y neurológicos. En particular, junto con alucinaciones, como manifestaciones centrales de los trastornos psicóticos, especialmente las ideas delirantes son uno de los síntomas característicos de la esquizofrenia, y según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014), se pueden definir como creencias fijas falsas en principio o convicciones que no son susceptibles de cambio a la luz de pruebas en su contra, con amplio contenido de diferentes temas, persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza. Las ideas delirantes tienen una naturaleza multidimensional y que cumplen con características específicas, en la que ninguna de las cuales resulta necesaria o suficiente, como el que sea una idea infundada, que se presente con gran convicción, que sea oponga al cambio, que genere preocupación y angustia, que interfiera con el funcionamiento social (Freeman, 2007). Sin embargo, se podría decir que los delirios comparten dos principales características centrales de su definición. Primeramente, son epistémicamente irracionales, son creencias con poca justificación sustentada en evidencia disponible para el paciente, y en otra instancia son resistentes a la revisión o a la reevaluación, incluso cuando la persona delirante está expuesta a evidencia convincente o prueba de su falsedad (resistencia al cambio). La segunda característica principal es la fenomenología cognitiva: Los delirios suelen ir acompañados de un fuerte sentido de convicción, experimentados como intuitivamente correctos, evidente por sí mismo u obviamente verdadero. (Garety y Hemsley, 1994).

Por lo anterior el estudio de los delirios desde la perspectiva de la psicología tiene dos grandes ramas, una de ellas señala que los delirios se producen por un razonamiento que podría decirse como normal a experiencias técnicamente anormales, como las alucinaciones u otras alteraciones de la sensopercepción, en

otras palabras, explicaciones desarrolladas mediante mecanismos o estructuras cognitivas normales sobre experiencias perceptuales alteradas o anómalas, con el argumento que los delirios están presentes en una buena cantidad de enfermedades médicas, en las que actuarían como una función adaptativa de respuesta a los problemas causados por un agente patógeno. (Maher, 2006). Y la otra rama, se enfoca en que los delirios son resultado de distorsiones cognitivas. La última goza de mayor aceptación (Peters & Garety, 2006). Como se ha mencionado anteriormente los sesgos cognitivos contribuyen a la formación del delirio (Bell et al., 2006). Entre los más comunes está el sesgo de “salto a conclusiones”, es decir, tomar decisiones o emitir juicios sin reunir o tomar la suficiente información que los respalde o argumente. (Garety & Freeman, 1999; Peters & Garety, 2006). Otros sesgos implicados son la externalización general y un sesgo de personalización (tendencia a culpar a otros por eventos adversos) (Kinderman & Bentall, 1997). Por último, la dificultad de los pacientes esquizofrénicos para atribuir pensamientos, emociones o intenciones a otros es de gran importancia para la formación de falsas creencias que pueden desencadenar delirios y que influye en el deterioro social y funcional de los pacientes. (Brune, 2005; S Moritz et al., 2011).

Asociación de las Alteraciones en la Metacognición con la Presentación de las Ideas Delirantes.

Hipótesis

Se busca realizar una asociación entre cada uno de los tipos semiológicos de ideas delirantes presentes en pacientes con Esquizofrenia y TAB episodio maníaco con cada una de las alteraciones en los subdominios metacognitivos evaluados.

Partiendo de la hipótesis que las alteraciones en las habilidades metacognitivas aportan el marco explicativo para la fenomenología cognitiva de las ideas delirantes, sustentando el grado de convencimiento, por lo que las diferentes alteraciones en los subdominios metacognitivos (Monitoreo, diferenciación, integración, descentración y dominio) perfilan la caracterización semiológica del tipo de ideación delirante, estando fuertemente relacionadas con las caracterizadas como extrañas o de primer orden, indicativas de esquizofrenia, y teniendo relevancia para la orientación de intervenciones psicoterapéuticas con el entrenamiento metacognitivo. Las alteraciones presentes en los trastornos psiquiátricos mostrarían una relación proporcional entre la severidad clínica con el desempeño en pruebas determinadas para la valoración de la metacognición como en las funciones ejecutivas.

Metodología

Tipo de Estudio

Estudio descriptivo, transversal de asociación siendo la selección por conveniencia de la muestra (no probabilística).

Población y Muestra.

La selección será a conveniencia de pacientes con trastornos mentales tipificados como Esquizofrenia y TAB episodio maníaco con síntomas psicóticos en los que la ideación delirante se encuentra activa, siendo seleccionados 30 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia; 30 pacientes con diagnóstico de TAB manía con síntomas psicóticos. Dichos pacientes serán seleccionados de los valorados en los servicios de consulta externa de la Cámara de Gesell de la Universidad Nacional, de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y se le realice seguimiento después de hospitalización, seleccionados en la Clínica Fray Bartolomé y Hospital Santa Clara. Además, se obtendrá un grupo control de 30 individuos sin enfermedad mental ni consumo de SPA. En ningún grupo participarán sujetos con antecedentes médicos que puedan producir deterioro cognitivo, incluyendo enfermedad renal, respiratoria, hepática, endocrina o hematológica y se excluirán también los sujetos con antecedentes de consumo crónico de alcohol o sustancias psicoactivas. Los dos grupos pertenecerán a la misma zona geográfica y estarán pareados por edad, género y nivel educativo. La participación será voluntaria, con previa autorización expresa por consentimiento informado, de acuerdo con la declaración de Helsinki y el comité de ética.

La ejecución del estudio se realizará por medio de entrevista semiestructurada Indiana IPII (duración de 30 -60 min) para permitir la narración espontánea de la enfermedad o de un evento de gran intensidad emocional ocurrido en los últimos seis meses, posterior con la escala MAS-A y MSAS, se procederá a la evaluación de cada uno de los subdominios metacognitivos (Monitoreo, diferenciación, integración, descentración y dominio). Posterior se le entrega la escala de auto reporte de Delirios

PDI – 21, para establecer el variedad o tipo semiológico de la idea delirante, y conforme al diagnóstico de acuerdo con la clasificación del DSM-V, se aplicará PANSS si presenta criterios para Esquizofrenia y la Escala Young si presenta criterios para Manía. Así mismo a cada uno de los pacientes se les aplicará dos escalas para evaluar funciones ejecutivas como es el INECO y el Hinting Task.

Plan de análisis de Datos.

Se utilizará la plataforma Matlab y el software IBM SPSS para los análisis estadísticos, Los datos estarán compuestos por variables cuantitativas y serán analizados utilizando estadística descriptiva (tests paramétricos y no paramétricos), se efectuarán con medidas de comparación de grupos con ANOVA (Análisis de la varianza) y con regresiones para determinar los factores implicados en los procesos metacognitivos en los pacientes con delirios. Se utilizará T student - X2 para comparar medias de variables demográficas, para comparar medias entre grupos de estudio se usará Análisis de Varianza ANOVA. Para evaluar la asociación entre variables, se usará Correlación de Pearson - Spearman. Se usará Modelo de Regresión, usando como variable dependiente (Delirios) y variable Independiente (Metacognición). En todo el procesamiento se utilizará un nivel de significancia menor a 0.05, ($p<0.05$), y para las correlaciones se tendrá en cuenta que el coeficiente de correlación sea mayor a 0.70.

Criterios de Inclusión.

Grupo Esquizofrenia: Pacientes diagnosticados con esquizofrenia de acuerdo con los criterios del DSM-5, ser mayor de edad (Por encima de los 18 años), con ideas delirantes presentes y presente estabilidad clínica definida por ningún cambio en la dosis de medicación en los últimos tres meses.

Grupo Afectivo: Pacientes con diagnósticos de Manía con psicosis acuerdo con los criterios del DSM-5, ser mayor de edad (Por encima de los 18 años), con ideas

delirantes presentes y presente estabilidad clínica definida por ningún cambio en la dosis de medicación en los últimos tres meses.

Grupo Control: Cualquier individuo sano mayor de edad (Más de 18 años) sin antecedente ni diagnóstico actual de trastornos neurológicos o psiquiátricos. Sin consumo de SPA en los últimos seis meses.

Criterios de Exclusión

▪ Grupo Esquizofrenia: Sospecha de retraso mental o de trastornos generalizados del desarrollo, tener discapacidad intelectual (CI<85) o del lenguaje. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, presencia de síndromes neurológicos (demencias, epilepsia, esclerosis múltiple, etc.), problemas sensoriales (ceguera, sordera, etc.) o dificultades de comprensión (p.ej., no hablar castellano) y no firmar o no tener capacidad para firmar el consentimiento informado. Antecedentes médicos que puedan producir deterioro cognitivo, incluyendo enfermedad renal, respiratoria, hepática, endocrina o hematológica. Consumo actual (menos de un mes) de alcohol o sustancias psicoactivas.

▪ Grupo TAB Manía con psicosis: Sospecha de retraso mental o de trastornos generalizados del desarrollo, tener discapacidad intelectual (CI<85) o del lenguaje. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, presencia de síndromes neurológicos (demencias, epilepsia, esclerosis múltiple, etc.), problemas sensoriales (ceguera, sordera, etc.) o dificultades de comprensión (p.ej., no hablar castellano) y no firmar o no tener capacidad para firmar el consentimiento informado. Antecedentes médicos que puedan producir deterioro cognitivo, incluyendo enfermedad renal, respiratoria, hepática, endocrina o hematológica. Consumo actual (menos de un mes) de alcohol o sustancias psicoactivas.

▪ Grupo Control: Sospecha de retraso mental o de trastornos generalizados del desarrollo, tener discapacidad intelectual (CI<85) o del lenguaje. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, presencia de síndromes neurológicos (demencias, epilepsia, esclerosis múltiple, etc.), problemas sensoriales (ceguera, sordera, etc.) o dificultades de comprensión (p.ej., no hablar castellano) y no firmar o no tener

capacidad para firmar el consentimiento informado. Antecedentes médicos que puedan producir deterioro cognitivo, incluyendo enfermedad renal, respiratoria, hepática, endocrina o hematológica. Consumo actual (menos de seis meses) de alcohol o sustancias psicoactivas.

Instrumentos.

PANSS
YOUNG
MAS-A y MSAS
IPII - The Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII)
PDI - Peters et al. Delusion Inventory-21(PDI-21)
Hinting Task o Test de las insinuaciones
INECO Frontal Screening Prueba de la Mentalización

Peters et al. Delusion Inventory-21(PDI-21) (Peters,Joseph, Day, y Garety, 2004)
El Inventario de Ideas Delirantes de Peters et al. -21(2004) diseñado para la valoración de los síntomas delirantes en la población general y consta de un total de 21 ítems en formato de respuesta de tipo dicotómico Sí/No. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas positivas encada uno de los ítems, por lo que la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 21 puntos. Una mayor puntuación es indicativa de mayor sintomatología delirante. Cada uno de los ítems consta asimismo de tres subescalas que miden el grado de convicción o de seguridad, de preocupación y estrés. En estas tres subescalas se puntúa confirme a la escala Likert (1-5). El PDI-21 es un instrumento de medida con adecuada calidad métrica referida a: consistencia interna, la fiabilidad test - retest y validez de criterio, discriminante y concurrente (Peters et al.,2004; Yeon Yung et al., 2008).

El Cuestionario Hinting Task creada por Corcoran, Mercer y Firth (1995) y adaptada al español por Gil, Fernández-Modamio, Bengochea, & Arrieta (2012) para su uso específico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con el objetivo de evaluar teoría de la mente, es decir la habilidad de representar los estados mentales de otras

personas, como sus pensamientos, creencias e intenciones, para explicar y predecir su conducta. Incluye diez historias breves, en las que aparecen dos personajes y al final uno de los personajes presenta una indirecta bastante clara. A continuación, se le pregunta al sujeto qué ha querido decir realmente el personaje de la historia con el comentario que ha hecho. Si el sujeto responde correctamente, se puntúa con un 2; si no responde correctamente, se añade información que deja aún más clara la indirecta. Si el sujeto responde correctamente en esta ocasión, se puntúa con un 1 y, si no, se considera que la respuesta incorrecta, lo cual equivale a una puntuación de 0. La puntuación total de la prueba va de 0 a 20.

El evaluador puede leer a los sujetos las veces que sea necesario la historia para asegurar que se produce una correcta comprensión de las mismas y con el objetivo de reducir las interferencias del posible deterioro en memoria o en comprensión verbal. Este instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas, dado que su coeficiente alfa de Cronbach es de 0,69 y su fiabilidad test-retest es de 0,70 (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea, & Arrieta, 2012)

INECO Frontal Screening (IFS): Versión traducida y validada para la población colombiana del IFS (Romero-Vanegas, Vargas-González, Arboleda, Lopera, & Pardo, 2014). Es una herramienta de screening específicamente diseñada para medir el funcionamiento ejecutivo, es hetero aplicada y consta de 8 subpruebas, las cuales evalúan la programación motora, el control inhibitorio, el seguimiento de instrucciones, el trabajo numérico, la memoria, la memoria de trabajo verbal, la memoria de trabajo espacial, la conceptualización y el control inhibitorio verbal (Torralva, Roca, Gleichgerrcht, Lopez, & Manes, 2009).

Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS): Los pacientes con esquizofrenia serán evaluados con la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) (Kay Sr Fau - Fiszbein, Fiszbein A Fau - Opler, & Opler), la cual se encuentra validada para la población colombiana (Quintero & Alzate, 2009). Esta consta de 30 ítems que evalúan la gravedad del síndrome esquizofrénico y lo categoriza en positivo, negativo y mixto. Se administra utilizando la técnica de entrevista estructurada. Cada ítem se puntúa según una escala de 7

grados de intensidad o gravedad, en los que el 1 equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Conforme a las normas establecidas por la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud), este estudio se cataloga como “investigación con riesgo mínimo”, puesto que durante la realización del estudio se administrarán entrevistas semiestructuradas, pruebas neuropsicológicas y escalas del tipo de auto reporte. En la estructura metodológica no presenta ningún daño o perjuicio, los 90 pacientes seleccionados, dado que no recibirán intervenciones terapéuticas que pongan en riesgo la integridad ni dejarán de recibir las mejores opciones de tratamiento durante el desarrollo del estudio. Todos los métodos de evaluación ya se han usados en otras investigaciones con pacientes de características clínicas similares sin reportarse hasta la fecha efectos adversos. Sea el caso de presentarse malestar o inconformidad por parte de los participantes, éstos podrán decidir si desean continuar o de retirarse del estudio.

El respeto de los derechos de los participantes será garantizado y será de pleno conocimiento de éstos, la naturaleza, beneficios y riesgos del programa. La participación de cada sujeto será de forma voluntaria, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En el consentimiento informado, se especifican los objetivos de la investigación y el protocolo de pruebas que se aplicarán, así como los riesgos del estudio.

Las bases de datos estarán bajo custodia del investigador principal, quien garantizará anonimato y seguridad de la información. La información personal que pueda identificar a los participantes será enmascarada para proteger la privacidad y confidencialidad. Publicándose los datos de manera global y genérica, de igual manera se garantizará que la información obtenida tendrá una finalidad académica única y exclusivamente.

Consentimiento Informado

INTRODUCCIÓN

Fecha: MM/DD/AAAA

Este documento de consentimiento es para uso en un estudio de investigación que involucrará a sujetos que quizá tengan o no la capacidad de dar consentimiento para su participación. En este documento de consentimiento, "usted" hace referencia al participante de la investigación. Si usted es un representante legal, recuerde que "usted" hace referencia al participante de investigación.

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación "ASOCIACIÓN DE LAS ALTERACIONES EN LA METACOGNICIÓN CON LA PRESENTACIÓN DE LAS IDEAS DELIRANTES EN DIFERENTES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS". Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

1. **¿Por qué se debe realizar este estudio?** Para conocer aspectos particulares de la relación que existe entre los procesos de interacción social, o la manera como nos relacionamos con otros, los procesos cognitivos y atencionales y la patología mental.
2. **¿Cuál es el objetivo de este estudio?** Determinar la asociación de las alteraciones metacognitivas con la presentación de los diferentes tipos de ideas delirantes en pacientes con Esquizofrenia y Trastorno afectivo Bipolar episodio maníaco con psicosis.
3. **¿En qué consiste el estudio?** Se explorará a través de instrumentos de medición neuropsiquiátrica la metacognición, las funciones ejecutivas y se aplicará una escala de medición ideas delirantes como pruebas de síntomas negativos y positivos en el caso de pacientes con esquizofrenia y una escala que evalúa los síntomas afectivos para el caso de los pacientes con trastorno bipolar.
4. **¿Cuáles son las molestias o los riesgos esperados?** Ninguno.
5. **¿Cuáles son los beneficios que puedo obtener por participar?** Ampliar la brecha del conocimiento en la interacción entre procesos mentales complejos que se presentan en contextos de interacción social.
6. **¿Existe confidencialidad en el manejo de mis datos?** Este proyecto se acoge a la ley

1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales. Se protegerá el nombre y la identificación de los sujetos que participen en el estudio. Solo tendrá acceso a la información de las entrevistas el grupo de investigadores. Por ningún motivo se publicarán nombres ni documentos de los participantes que participen en la investigación.

7. **¿Existe alguna obligación financiera?** Participar en este estudio no tiene ningún costo económico para usted.
8. **¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?** Una hora y media.
9. **¿Qué sucede si no deseo participar o me retiro del estudio?** Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto afecte de manera alguna el tratamiento médico que necesita.
10. **¿Qué sucede si esta investigación afecta directamente mi salud?** No aplica.
11. He comprendido las explicaciones que en un lenguaje claro y sencillo se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento.

12. **Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio.**

13. **Firmas**

Nombre: _____

Firma _____ **Documento de identidad**_____

Teléfono_____

Huella del pulgar (si no puede firmar)

14. **Representante legal Nombre**

_____ _____

Firma **Documento de identidad**

Teléfono _____

15. Testigo 1

Nombre_____

Firma _____ **Documento de identidad**_____

Teléfono _____

Relación con el paciente _____

16. Testigo 2

Nombre_____

Firma _____ **Documento de identidad**_____

Teléfono _____

Relación con el paciente _____

Investigador: Jairo Alejandro Ramírez Ortiz CC 1144052557 de Cali

Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador principal: Jairo Alejandro Ramírez Ortiz y Hernando Santamaría.

Cronograma de Actividades

- Solicitud a comité de ética Universidad Nacional (19 Noviembre – 12 Diciembre 2019)
- Respuesta de comité de ética (19 Noviembre – 12 Diciembre 2019)
- Solicitud a comité de ética de instituciones de salud autorización para la recolección de datos. (09 Enero 2020 – 31 Enero 2020)
-Respuesta de comité de ética (09 Enero 2020 – 31 Enero 2020)
- Contacto con pacientes para inicio de pruebas (1 Febrero 2020 - 30 Marzo 2020)
- Inicio de Pruebas con pacientes (15 Marzo 2020 – 15 Julio 2020)
- Reunión mensual con docente director para información de avances y retroalimentación. (09 Enero 2020 – 30 Septiembre 2020)
- Análisis de la información con sistema de análisis estadístico (15 Julio 2020 -30 Agosto 2020)
- Preparación del documento final de trabajo de grado. (30 de Agosto 2020 – 30 Octubre 2020)
- Terminación del documento final de trabajo de grado (30 de Agosto 2020 – 30 Octubre 2020)
- Sustentación de resultados. (Noviembre 2020)

Anexo: INECO Frontal Screening.

SERIES MOTORAS			**/3**		
"Mire atentamente lo que estoy haciendo". El examinador realiza tres veces la serie de Luria "puño, canto, palma". Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo." El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice. "Ahora, hágalo usted solo". Puntuación: 6 series consecutivas solo: 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0					
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS			**/3**		
"Golpee dos veces cuando yo golpeo una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1- 1-1**. "Golpee una vez cuando yo golpeo dos veces"**. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0					
CONTROL INHIBITORIO MOTOR			**/3**		
"Golpee una vez cuando yo golpeo una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1- 1. **"No golpee cuando yo golpeo dos veces".** Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0					
REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRÁS /6					
2-4			5-7		
6-2-9			4-1-5		
3-2-7-9			4-9-6-8		
1-5-2-8-6			6-1-8-4-3		
5-3-9-4-1-8			7-2-4-8-5-6		
MESES ATRÁS /2					
Diciembre	Noviembre	Octubre	Septiembre	Agosto	Julio
Junio	Mayo	Abril	Marzo	Febrero	Enero
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL /4					
1-2			3-4-2-1		
2-4-3			1-4-2-3-4		
Señale los cubos en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide qué mano prefiere utilizar.					
REFRANES /3					
Perro que ladra, no muerde			Los que hablan mucho, suelen hacer poco.		
A mal tiempo, buena cara			Tomar una actitud positiva frente a las adversidades		
En casa de herrero, azadón de palo			Carecer de algo cuando por tu profesión u oficio, no debiera faltarte		
Ejemplo: ½ punto. Explicación Correcta: 1 Punto.					
CONTROL INHIBITORIO VERBAL /6					
Iniciación					
Me pongo los zapatos y me ato los					
Peleaban como perro y					
Inhibición					
Juan compró dulces en la					
Ojo por ojo y diente por					
Lave la ropa con agua y					
Iniciación: Escuche cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consignar respuesta. Inhibición. Diferente: 2/ Rel. Semántica: 1/Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma. Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...lluvia.					
TOTAL IFS:					

Anexo: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS).

ESCALA POSITIVA

Pl. DELIRIOS.

Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas. Bases para la valoración: los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y en la conducta.
1. Ausente: No aplicable.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Presencia de uno o dos delirios vagos, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
4. Moderado: Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados e inestables, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
5. Moderadamente grave: Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
6. Grave: Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento,
las relaciones sociales y la conducta.
7. Extremo: Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos, y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente, esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden incluso poner en peligro la vida del o de la paciente o la de otras personas.

P2. DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL.

Proceso desorganizado de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento. Bases para la valoración: Los procesos cognitivo-verbales observados durante la entrevista.
1. Ausente: No aplicable.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Existen algunas dificultades para dirigir el pensamiento hacia un objetivo, y puede manifestarse, bajo situaciones de presión, una cierta debilitación de las asociaciones.
4. Moderado: Es capaz de concretar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero pasa a ser vago o incoherente al afrontar comunicaciones más complejas o en

situaciones de una mínima presión.
5. Moderadamente grave: Generalmente tiene dificultades para organizar los pensamientos, como se pone de manifiesto en frecuentes incoherencias, inconsistencias o debilitación de las asociaciones incluso en ausencia de presión.
6. Grave: El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce grandes incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento, fenómenos que aparecen casi constantemente.
7. Extremo: Los pensamientos están perturbados hasta el punto de que el/la paciente resulta incoherente. Existe una notable debilitación de las asociaciones, cosa que origina una total imposibilidad de comunicación, por ejemplo, la 'ensalada de palabras" o el mutismo.

P3. CONDUCTA ALUCINATORIA.

Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático. Bases para la valoración: Las explicaciones verbales y las manifestaciones físicas durante la entrevista. Así como las informaciones sobre la conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.
1. Ausente: No aplicable.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o bien una serie de percepciones difusas y anormales que no provocan distorsiones del pensamiento o de la conducta.
4. Moderado: Las alucinaciones se producen de manera frecuente pero no continua, y la capacidad de pensamiento y la conducta del o de la paciente se ven afectadas sólo en menor medida.
5. Moderadamente grave: Las alucinaciones son frecuentes, puede intervenir en ellas más de un sentido, y tienden a distorsionar el pensamiento y/o a perturbar la conducta.
El/la paciente puede plantear una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y, en ocasiones, también verbalmente.
6. Grave: Las alucinaciones se producen de manera casi continua y causan grandes perturbaciones del pensamiento y la conducta. El/la paciente reacciona ante estas alucinaciones como si fueran percepciones, y su funcionamiento se ve dificultado por frecuentes respuestas emocionales y verbales a dichas alucinaciones.
7. Extremo: El/la paciente está casi totalmente obsesionado con las alucinaciones, las cuales virtualmente dominan el pensamiento y la conducta. Se da a las alucinaciones una interpretación rígida y delirante y provocan respuestas verbales y de conducta, que incluyen la obediencia a órdenes presuntamente recibidas durante las alucinaciones.

P4. EXCITACIÓN.

Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de

ánimo. Bases para la valoración: La conducta manifestada durante la entrevista, así como las informaciones sobre su conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

1. Ausente: No aplicable.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

o v3. Leve: Tiende a sentirse ligeramente inquieto, en un excesivo estado de alerta, o moderadamente sobre-estimulado durante toda la entrevista, pero sin episodios claros de excitación ni una gran inestabilidad de ánimo. El habla puede ser ligeramente nerviosa.

4. Moderado: El nerviosismo o sobre-estimulación es claramente evidente a lo largo de la entrevista, y afectan al habla y la movilidad general,

o se producen esporádicamente accesos episódicos.

5. Moderadamente grave: Se observa un grado significativo de hiperactividad o frecuentes accesos de la actividad motriz. En cualquier momento, al/ a la paciente le resulta difícil permanecer sentado y sin moverse durante más de unos pocos minutos.

6. Grave: Un notable nerviosismo domina la entrevista, limita la atención y, hasta cierto punto, afecta las funciones personales, como la alimentación y el sueño.

Extremo: Un notable nerviosismo interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace virtualmente imposibles los contactos interpersonales. La aceleración del habla y la actividad motriz puede producir incoherencia y agotamiento físico.

P5. GRANDIOSIDAD.

Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidad extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral. Bases para la valoración: Los pensamientos expresados durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.

1. Ausente: No aplicable.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Es evidente una cierta expansividad y ostentación, pero sin delirios de grandeza bien definidos.

4. Moderado: Se siente clara e ilusoriamente superior a los demás. Pueden existir algunos delirios poco definidos sobre una condición social

o unas capacidades especiales, pero el/la paciente no se ve afectado/a.

5. Moderadamente grave: Se expresan delirios bien definidos sobre unas capacidades y un poder y condición social extraordinarios que influyen en la actitud, pero no en la conducta.

6. Grave: Se expresan delirios definidos sobre una superioridad extraordinaria que se refieren a más de un parámetro (riqueza, conocimientos, fama, etc.) e influyen en las interacciones, que pueden verse afectados.

7. Extremo: El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominados por múltiples delirios sobre capacidades, riqueza, conocimientos, fama, poder y/o talla moral extraordinarios, que pueden tomar un cariz extravagante.

P6. SUSPICACIA/PERJUICIO

Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretendan hacerle daño. Bases para la valoración: Los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia sobre la conducta.

1. Ausente: No aplicable.
2. Mínimo: Patología dudosa; pueda estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Presenta una actitud recelosa o incluso abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta se ven mínimamente afectados.
4. Moderado: La desconfianza as claramente evidente y se manifiesta en la entrevista y/o en la conducta, pero no hay pruebas de delirios persecutorios. Alternativamente, puede haber indicios de delirios persecutorios poco definidos, pero éstos no parecen afectar la actitud ni las relaciones interpersonales del o de la paciente.
5. Moderadamente grave: El/la paciente muestra una notable desconfianza, lo que perturba gravemente las relaciones interpersonales, o bien existen delirios persecutorios bien definidos que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la conducta.
6. Grave: Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones ínterpersonales.
7. Extremo: Una red de delirios persecutorios sistematizados domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del o de la paciente.

P7. HOSTILIDAD.

Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física. Bases para la valoración: La conducta interpersonal observada durante la entrevista y las informaciones aportadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.

1. Ausente: No aplicable.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Leve: Manifestaciones indirectas o reprimidas de ira, como sarcasmos, faltas de respeto, expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.
4. Moderado: Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.
5. Moderadamente grave: El/la paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.
6. Grave: La falta de cooperación y los insultos o amenazas se manifiestan notablemente durante la entrevista y tienen un serio impacto sobre las relaciones sociales. El/la paciente puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.
7. Extremo: La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de la

interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.

ESCALA NEGATIVA

N1. EMBOTAMIENTO AFECTIVO.

Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación. Bases para la evaluación: observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.
4. Moderado: Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
5. Severamente moderado: El afecto es generalmente “apático” con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.
6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extrem as no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.
7. Extremo: Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El/la paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de “madera’.

N2. RETRACCIÓN EMOCIONAL.

Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos. Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del o de la paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.
4. Moderada: El/la paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.
5. Severamente Moderada: El/la paciente s está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El/la paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.
6. Severa: Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el/la paciente necesita supervisión
7. Extrema: Paciente casi totalmente aislado/a, incomunicativo/a, y no presta atención a sus

necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. POBRE RELACIÓN.

Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal. Bases de valoración: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable: puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.
4. Moderada: El/la paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El/la paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.
5. Severamente Moderada: La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El/la paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.
6. Severa: El/la paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.
7. Extrema: Falta de implicación total con el entrevistador. El/la paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. RETRACCIÓN SOCIAL, APATÍA PASIVA.

Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas. Bases de valoración: informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable: Puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa. Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.
4. Moderada: Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.
5. Severamente Moderada: Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.
6. Severa: Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.

7. Extrema: Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO.

Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema. Bases de valoración: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente.
4. Moderada: Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
5. Severamente Moderada: Trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacuo o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas
7. Extrema: Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incomprensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ DE LA CONVERSACIÓN

Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal. Bases de evaluación: Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable. Puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los/as pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
4. Moderada: Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
5. Severamente Moderada: El/la paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.
6. Severa: Las respuestas del o de la paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases

cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: “no se, no tengo libertad para opinar”). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.
7. Extrema: La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO.

Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril. La base para la evaluación: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:
1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable. Puede estar en el extremo máximo de los límites normales.
3. Leve: Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El/la paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.
4. Moderada: La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.
5. Severa Moderadamente: El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
6. Severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.
7. Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del o de la paciente.

ESCALA PSICOPATOLOGÍA GENERAL
PG1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS.

Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado en la entrevista.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Preocupaciones acerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.
4. Moderado: Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.
5. Moderado severo: El/la paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones a cerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el/la paciente manifiesta uno o dos

claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.
6. Severo: El/la paciente manifiesta uno o más delirios somáticos, pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del o de la paciente sobre estos temas.
7. Extremo: Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somáticos, pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del o de la paciente.

PG2. ANSIEDAD.

Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico. Bases para la valoración: comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación
de las correspondientes manifestaciones físicas. o 1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.
4. Moderado: El/la paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.
5. Moderado severo: El/la paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.
6. Severo: Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.
7. Extremo: La vida del o de la paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual está casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. SENTIMIENTOS DE CULPA.

Remordimientos o autorreproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado. Bases para la valoración: comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el/la paciente no está claramente afectado.
4. Moderado: El/la paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.
5. Moderado severo: El/la expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante,

pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.
6. Severo: Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El/la paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.
7. Extremo: La vida del o de la paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los
demás a actos realizados por el/la propio/a paciente.

PG4. TENSIÓN MOTORA.

Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas
durante la entrevista.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura,
o un fino temblor de manos.
4. Moderado: Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.
5. Moderado severo: Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.
6. Severo: Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El/la paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.
7. Extremo: La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. MANIERISMOS Y POSTURAS.

Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante. Bases para la valoración: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.

4. Moderado: La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el/la paciente mantiene una postura artificial.
5. Moderado severo: Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
6. Severo: Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierisrnos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
7. Extremo: El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del o de la paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. DEPRESION.

Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El/la paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud
o conducta.
4. Moderado: Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y generalmente se puede animar a el/la paciente.
5. Moderado severo: Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. No se puede animar fácilmente al/ a la paciente.
6. Severo: Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así corno de la motricidad y de las funciones sociales
con posibles signos de autoabandono.
7. Extremo: Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, autoabandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. RETARDO MOTOR.

Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista así como

información del personal sanitario y de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El/la paciente puede ser poco productivo/a tanto en el habla como en los gestos.
4. Moderado: El/la paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.
5. Moderado severo: Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El/a paciente se encuentra habitualmente sentado/a o tumbado/a.
6. Severo: Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El/la paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.
7. Extremo: El/la paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. FALTA DE COLABORACIÓN.

Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia. Bases para la valoración: Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.
4. Moderado: Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El/la paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.
5. Moderado severo: El/la paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como “indeseable” o de tener “dificultades de trato”. La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.
6. Severo: El/la paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.
7. Extremo: La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El/la paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. INUSUALES CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO.

El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El contenido del pensamiento es peculiar o idiosicrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.
4. Moderado: Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.
5. Moderado severo: El/la paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).
6. Severo: El/la paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).
7. Extremo: El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

PG10. DESORIENTACIÓN.

Falta de conciencia de las relaciones del o de la paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento. Bases para la valoración: respuestas a preguntas sobre orientación.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas especificas. Por ejemplo, el/la paciente sabe dónde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de
la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en más de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.
4. Moderado: Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente sabe que está en un hospital, pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.
. 5. Moderado severo: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El/la paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero
desconoce el día, mes y estación.

6. Severo: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente no sabe dónde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.
7. Extremo: El/la paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. ATENCIÓN DEFICIENTE.

Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo. Bases para la valoración: manifestaciones durante el curso de la entrevista. o 1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.
4. Moderado: La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.
5. Moderado severo: La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.
6. Severo: El/la paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.
7. Extremo: La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

PG12. AUSENCIA DE JUICIO E INTROSPECCIÓN

Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El/la paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento,
o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.
4. Moderado: El/la paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas

más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El/la paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.
5. Moderado severo: Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el/la paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.
6. Severo: El/la paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega le presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.
7. Extremo: Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el/la paciente puede rehusar a cooperar con el/la médico/a, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. TRASTORNOS DE LA VOLICIÓN.

Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje. Bases para la valoración: contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
4. Moderado: El/la paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y corno consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.
5. Moderado severo: El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El/la paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla. o 6. Severo: Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.
7. Extremo: Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. CONTROL DEFICIENTE DE IMPULSOS.

Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias. Bases para la valoración: conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario

y familia.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: El/la paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.

4. Moderado: El/la paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.

5. Moderado severo: - El/la paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.

6. Severo: El/la paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.

7. Extremo: El/la paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. PREOCUPACIÓN.

Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así corno por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa. Bases para la valoración: conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.

4. Moderado: El/la paciente se muestra ocasionalmente ensimismado, como soñando despierto o abstraído por experiencias internas, lo que interfiere ligeramente en la comunicación.

5. Moderado severo: El/la paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por conductas que afectan significativamente a las funciones relacionases y comunicativas: mirada vacía, musitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.

6. Severo: Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el/la paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo.

7. Extremo: El/la paciente está casi siempre absorto/a en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El/la paciente puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

PG16. EVITACIÓN SOCIAL ACTIVA.

Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza. Bases para la valoración: Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.
1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El/la paciente parece molesto/a por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario/a, si bien participa en actividades sociales cuando se le requiere.
4. Moderado: El/la paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle,
o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.
5. Moderado severo: El/la paciente se mantiene alejado/a, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo en soledad sin realizar actividad productiva alguna.
6. Severo: El/la paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el/la paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.
7. Extremo: No se puede implicar al/ a la paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evitar todas las relaciones y permanece aislado/a de los demás.

Bibliografía

1. 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.

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

3. Andreasen, N.C. (1984). The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City, IA: University of Iowa.

4. Bacon, E. y Izaute, M. (2009). Metacognition in schizophrenia: Processes underlying patients' reflections on their own episodic memory. Biological Psychiatry, 66, 1031-1037.

5. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, Dickens SE (2006). The Development Of The Toronto Structured Interview For Alexithymia: Item Selection, Factor Structure, Reliability And Concurrent Validity. Psychotherapy And Psychosomatics 75, 1, 25–39.

6. Balzan, R., Delfabbro, P., Galletly, C., & Woodward,T. (2012). Metacognitive Training for Patients with Schizophrenia: Preliminary Evidence for a Targeted Single-Module Program. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.

7. Barbato, M., Liu, L., Penn, D.L., Keefe, R.S.E., Perkins, D.O., Woods, S.W., Addington, J., (2013). Social Cognition As A Mediator Between Neurocognition And Functional Outcome In Individuals At Clinical High Risk For Psychosis. Schizophrenia Research 150, 542–546.

8. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? Cognition, 21(1), 37–46.

9. Bateman, A.W. y Fonagy, P. (2006). Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide. Oxford, UK: Oxford University Press.

10. Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. Schizophrenia Research, 68(2–3), 319–329.

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

12. 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.

13. Bird G, Viding E (2014). The Self To Other Model Of Empathy: Providing A New Framework For Understanding Empathy Impairments In Psychopathy, Autism, And Alexithymia. Neuroscience And Biobehavioral Reviews 47, 520–532.

14. 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.

15. Bora, E., Yücel, M., Pantelis, C., (2009). Theory Of Mind Impairment: A Distinct Traitmarker For Schizophrenia Spectrum Disorders And Bipolar Disorder? Acta Psychiatrica Scandinavica 120, 253–264.

16. Braff, D.L., (1993). Information Processing And Attention Dysfunctions In Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 19, 233–259.

17. Brown, E.C., Brüne, M., (2012). The Role Of Prediction In Social Neuroscience. Frontiers In Human Neuroscience 6, 147.

18. Brüne, M. (2005). “Theory of mind” in schizophrenia: A review of the literature. Schizophrenia Bulletin, 31(1), 21–42.

19. Brüne, M., Abdel-Hamid, M., Lehmkämper, C., Sonntag, C., (2007). Mental State Attribution, Neurocognitive Functioning, And Psychopathology: What Predicts Poor Social Competence In Schizophrenia Best? Schizophrenia Research 92, 151–159.

20. Brüne M, Dimaggio G, Lysaker P. Metacognition and Social functioning in Schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. Curr Psychiatry Rev 2011; 7 (3): 239-247.

21. Buck K, Warman D, Huddy V, Lysaker P. The relationship of metacognition with jumping to conclusions among persons with Schizophrenia spectrum disorders. Psychopathology 2012; 45: 271-275.

22. Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J.K., Nicolò, G., Procacci, M. y Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with insight, neurocognition, symptom and function. Acta Psychiatrica Scandinavica, 112, 64–71

23. Carcione A, Dimaggio G, Fiore D, Nicolò G, Procacci M, Semerari A, Pedone R (2008). An Intensive Case Analysis Of Client Metacognition In A Good-Outcome Psychotherapy: Lisa’s Case. Psychotherapy Research 18, 6, 667–676.

24. Carcione A, Nicolò G, Pedone R, Popolo R, Conti L, Fiore D, Procacci M, Semerari A, Dimaggio G (2011). Metacognitive Mastery Dysfunctions In Personality Disorder Psychotherapy. Psychiatry Research 190, 1, 60–71.

25. Castro, A., Caballero, R., Medina, P., Celedon, T., & Bravo, N. (2013). Quality of life related to health in patients with mental disorders., 5(1), 5–14.

26. Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J., & Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders : Preliminary findings, 91, 112–116.

27. Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy: A Review of Empirical Literature. Insight in Psychotherapy., 143–165.

28. Corlett, P.R., Murray, G.K., Honey, G.D., Aitken, M.R.F., Shanks, D.R., Robbins, T.W., Bullmore, E.T., Dickinson, A., Fletcher, P.C., (2007). Disrupted Prediction-Error Signal In Psychosis: Evidence For An Associative Account Of Delusions. Brain 130, 2387–2400.

29. Crespo N. La Metacognición: Las diferentes vertientes de una teoría. Revista Signos 2004; 33 (48): 97-115.

30. Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. Apuntes de Psicología, 24(1–3), 267–292.

31. Davis L, Eicher A, Lysaker P. Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in Schizophrenia. Schizophr Res 2011; 129 (1): 85-90.

32. De Jong S, Van Donkersgoed R, Pijnenborg G, Lysaker P. Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a patient with severe symptoms of disorganization. J Clin Psychol 2016; 72 (2): 164-74.

33. De Jong S, Van Donkersgoed R, Aleman A, Van der Gaag M, Wunderink L, Lysaker P, et al. Practical implications of metacognitively oriented psychotherapy in psychosis: findings from a pilot study. J Nerv Ment Dis 2016; 204 (9): 713-4.

34. Dimaggio G, Procacci M, Nicolò G, Popolo R, Semerari A, Carcione A, Lysaker PH (2007). Poor Metacognition In Narcissistic And Avoidant Personality Disorders: Four Psychotherapy Patients Analysed Using The Metacognition Assessment Scale. Clinical Psychology And Psychotherapy 14, 5, 386–401.

35. Dimaggio G, Lysaker PH, Carcione A, Nicolò G, Semerari A (2008). Know Yourself And You Shall Know The Other...To A Certain Extent. Multiple Paths Of Influence Of Self-Reflection On Mindreading. Consciousness And Cognition 17, 3, 778–789

36. Dimaggio G, Carcione A, Conti ML, Nicolò G, Fiore D, Pedone R, Popolo R, Procacci M, Semerari A (2009). Impaired Decentration In Personality Disorder: An Analysis With The Metacognition Assessment Scale. Clinical Psychology & Psychotherapy 16, 5, 450–462.

37. 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.

38. Dinsmore, D.L., Alexander, P.A. y Loughlin, S.M. (2008). Focusing the conceptual lens on metacognition, self-regulation, and self-regulated learning. Educational Psychology Review, 20, 391–409.

39. Díaz-sotelo, Ó. D. (2014). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicologia, 14(2), 65–74.

40. Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 33(5), 1225–1237.

41. Engh, J.A., Friis, S., Birkenaes, A.B., Jónsdóttir, H., Ringen, P.A., Ruud, T., Sundet, K.S., Opjordsmoen, S., Andreassen, O.A., (2007). Measuring Cognitive Insight In Schizophrenia And Bipolar Disorder: A Comparative Study. Bmc Psychiatry 11, 7–71.

42. Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S.,Bonsack, C. (2014). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study.

43. 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.

44. Flavell, J.H., (1979). Metacognition And Cognitive Monitoring: A New Era Of Cognitive developmental Inquiry. American Psychologist 34, 906–911.

45. First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., (2002). Structured Clinical Interview for Dsm-Iv-Tr Axis I Disorders – Research Version, Patient Edition (Scid-I/P). Biometrics Research. New York State Psychiatric Institute, NY.

46. Fridberg D, Brenner A, Lysaker P. Intrusion errors in Schizophrenia: Association with self-monitoring, symptoms and executive function. Psychiatry Res 2010; 179 (1): 6-11.

47. Gaweda, L., Krezolek, M., Olbrys, J., Turska, A., & Kokoszka, A. (2015). Decreasing self-reported cognitive biases and increasing clinical insight through metacognitive training in patients with chronic schizophrenia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 48, 98–104.

48. Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. British Journal of Clinical Psychology, 38, 113–154.

49. Gardsjord,E. S., Romm, K. L., Friis, S., Barder, H. E., Evensen, J., Haahr, U., Røssberg, J. I. (2016). Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. Schizophrenia Research, 172(1–3), 23–8.

50. Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., Mintz, J., (2000). Neurocognitive Deficits And Functional Outcome In Schizophrenia: Are We Measuring The “Right Stuff”? Schizophrenia Bulletin 26, 119–136.

51. Gumley A, Schwannauer M, Macbeth A, Fisher R, Clark S, Rattrie L, et al. Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis:

Prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. Br J Psychiatry 2014; 205 (1): 60-7

52. Hamm H, Renard S, Fogley, R. Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and relationship to current and prospective symptom assessment. J Clin Psychol 2012; 68 (12): 1303-1312.

53. Hamm J, Hasson-Ohayon I, Kukla M, Lysaker P. Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. Psychol Res Behav Manag 2013; 6: 45-54.

54. Harder S, Folke S. Affect regulation and metacognition in psychotherapy of psychosis: an integrative approach. J Psychother Integr 2012; 22 (4): 330-43.

55. Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A., (1987). The Positive And Negative Syndrome Scale (Panss) For Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 13, 261–276.

56. Kerr, N., Dunbar, R.I.M., Bentall, R.P., (2003). Theory Of Mind Deficits In Bipolar Affective Disorder. Journal Of Affective Disorders 73, 253–259.

57. Kumar, D., Ul Haq, M. Z., Dubey, I., Dotivala, K. N., Siddiqui, S. V., Prakash, R., Nizamie, S. H. (2010). Effect of metacognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. European Journal of Psychotherapy and Counselling, 12(2), 149–158.

58. Ladegaard, N., Larsen, E.R., Videbech, P., Lysaker, P.H., (2010). Higher-Order Social Cognition In first-Episode Major Depression. Psychiatry Research 216, 37–43.

59. Ladegaard, N., Lysaker, P.H., Larsen, E.R. y Videbech, P. (2014). A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression. Psychiatry Research, 220, 883–889.

60. Lahera, G., Montes, J.M., Benito, A., Valdivia, M., Medina, E., Mirapeix, I., Sáiz-Ruiz, J., (2008). Theory Of Mind Deficit In Bipolar Disorder: Is It Related To A Previous History Of Psychotic Symptoms? Psychiatry Research 161, 309–317.

61. Lam, K. C. K., Ho, C. P. S., Wa, J. C., Chan, S. M. Y., Yam, K. K. N., Yeung, O. S. F., Balzan, R. P. (2015). Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: A randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. Behaviour Research and Therapy, 64, 38–42.

62. Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, Korten, a, & Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. Psychological Medicine, 22(1), 131–145.

63. Leucht, S., Arbter, D., Engel, R. R., Kissling, W., & Davis, J. M. (2009). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Molecular Psychiatry, 14(4), 429–447.

64. Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., & Rief, W. (2010). The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. Journal of Abnormal Psychology, 119(1), 40–49.

65. Luedtke B, Kukla M, Renard S, Dimaggio G, Buck K, Lysaker P. Metacognitive functioning and social cognition as predictors of accuracy of self appraisals of vocational function in Schizophrenia. Schizophr Res 2012; 137 (1-3): 260-1.

66. Lysaker, P.H., Clements, C.A., Plascak-Hallberg, C.D., Knipscheer, S.J., Wright, D.E., 2002. Insight And Personal Narratives Of Illness In Schizophrenia. Psychiatry 65, 197–206.

67. Lysaker P, Carcione A, Dimaggio G, Johannesenn J, Nicolò G, Procacci M, et al. Metacognition amidst narratives of self and illness in Schizophrenia: Associations with insight, neurocognition, symptom and function. Acta Psychiatr Scand 2005; 112 (1): 64-71.

68. Lysaker P, Glynn S, Wilkins S, Silverstein S. Psychotherapy and Recovery from Schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. Psychological Services 2007; 7 (2): 75-91.

69. Lysaker P, Warman D, Dimaggio G, Procacci M, LaRocco V, Clarck L, et al. Metacognition in Schizophrenia: Association with multiple assessments of executive function. J Nerv Ment Dis 2008; 196 (5): 384-9.

70. Lysaker P, Dimaggio G, Carcione A, Procacci M, Buck K, Davies L, et al. Metacognition and Schizophrenia: The capacity for self -reflexivity as a predictor for prospective assessment of work performance over six months. Schizophr Res 2010; 122 (1-3): 124-30.

71. Lysaker P, Dimaggio G, Daroyanni P, Buck K, LaRocco V, Carcione A, et al. Assessing Metacognition in Schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: Associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. Psychol Psychother 2010; 83 (3): 303-15.

72. Lysaker, P.H., Lysaker, J.T., (2010). Schizophrenia And Alterations In Self-Experience: A Comparison Of 6 Perspectives. Schizophrenia Bulletin 36, 331–340.

73. Lysaker P, Shea A, Buck K, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M, et al. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in Schizophrenia spectrum disorders. Acta Psychiatr Scand 2010; 122 (5): 405-13.

74. Lysaker P, Buck K, Carcione A, Procacci M, Salvatore G, Nicolò G, et al. Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for Schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. Psychol Psychother 2011; 84 (1): 58-69.

75. Lysaker P, Dimaggio G, Buck K, Callaway S, Salvatore G, Carcione A, et al. Poor insight in Schizophrenia: Links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need and consequences of illness. Compr Psychiatry 2011; 52 (3): 253-60.

76. Lysaker P, Erickson M, Ringer J, Buck K, Semerari A, Carcione A, et al. Metacognition In Schizophrenia: The relationship of mastery to coping insight, self-esteem, social anxiety and various facets of neurocognition. Br J Clin Psychology 2011; 50 (4): 412-24.

77. Lysaker P, Erickson M, Buck B, Buck K, Olesek K, Grant M, et al. Metacognition and social function in Schizophrenia: Associations over a period of five months. Cogn Neuropsychiatry 2011; 16 (3): 241-55.

78. Lysaker P, Gumley A, Dimaggio G. Metacognitive disturbances in persons with severe mental illness: Theory, correlates with psychopathology and models of psychotherapy. Psychol Psychother 2011; 84 (1): 1-8.

79. Lysaker P, McCormick B, Snethen G, Snethen G, Buck K, Hamm J, et al. Metacognition and social function in Schizophrenia: Associations of mastery with functional skills competence. Schizophr Res 2011; 131 (1-3): 214-8.

80. Lysaker PH, Olesek KL, Warman DM, Martin JM, Salzman Ak, Nicolò G, Salvatore G, Dimaggio G (2011). Metacognition In Schizophrenia: Correlates And Stability Of Deficits In Theory Of Mind And Self-Reflectivity. Psychiatry Research 190, 1, 18–22.

81. Lysaker, P.H., Bob, P., Pec, O., Hamm, J., Kukla, M., Vohs, J. y Dimaggio, G. (2013). Synthetic metacognition as a link between brain and behavior in schizophrenia. Translational Neuroscience, 4, 368–377.

82. Lysaker, P.H., Vohs, J.L., Ballard, R., Fogley, R., Salvatore, G., Popolo, R., Dimaggio, G., (2013). Metacognition, Self-Reflection And Recovery In Schizophrenia. Future Neurology 8, 103–115.

83. Lysaker P, Dimaggio G. Metacognitive Capacities for Reflection in Schizophrenia: Implications for developing treatments. Schizophr Bull 2014; 40 (3): 487-91.

84. Lysaker P, Leonhardt B, Pijnenborg M, Donkersgoed R, de Jong S, Dimaggio G. Metacognition in Schizophrenia Spectrum Disorders: Methods of assessment and associations with neurocognition, symptoms, cognitive style and function. Isr J Psychiatry Relat Sci 2014; 51 (1): 54-62.

85. Lysaker P, Kukla M, Belanger E, White D, Buck K, Luther L. Individual Psychotherapy and changes in self experience in Schizophrenia: a qualitative comparison of patients in Metacognitively focused and supportive psychotherapy. Psychiatry 2015; 78 (4): 305-16.

86. Lysaker P, Vohs J, Minor K, Irarrázabal L, Leonhardt B, Hamm J, et al. Metacognitive Deficits in Schizophrenia. Presence and associations with psychosocial outcomes. J Nerv Ment Dis 2015; 203 (7): 530-6.

87. Lysaker P, Buck K, Hamm J. Escala de Evaluación de la Metacognición: Una breve visión general y Manual de Codificación para la versión abreviada (EEM-A). Rev GPU 2016; 12 (2): 174-90.

88. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Carcione A, Fisher R, McLeod H, et al. Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. Compr Psychiatry 2014; 55 (2): 268-73.

89. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Carcione A, McLeod H, Dimaggio G. Metacognition in first episode psychosis: Item level analysis of associations with symptoms and engagement. Clin Psychol Psychother 2015; 23 (4): 329-39.

90. Maher, B. (2003). Schizophrenia, Aberrant Utterance and Delusions of Control: The Disconnection of Speech and Thought, and the Connection of Experience and Belief. Mind & Language, 18(1), 1–22.

91. Maher, B. (2005). Delusional thinking and cognitive disorder. Integrative Physiological and Behavioral Science : The Official Journal of the Pavlovian Society, 40(3), 136–46.

92. Maher, B. A. (2006). The relationship between delusions and hallucinations. Current Psychiatry Reports, 8(3), 179–183.

93. Martínez, R., Moreno, B., & Soriano, M. F. (2004). La esquizofrenia: Déficits y tratamiento. Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria.

94. McLeod, H.J., Gumley, A.I., MacBeth, A., Schwannauer, M. y Lysaker, P.H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. Journal of Psychiatry Research, 54, 109–115.

95. McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2005). Paranoia, persecutory delusions and attributional biases. Psychiatry Research, 136(2–3), 233–245.

96. Ministerio de Protección Social, & Fes Social. (2005). Lineamientos de politica de salud mental para colombia. Republica de Colombia, 1–37. Retrieved from http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos -Política Salud Mental.pdf

97. Moritz, S., & Woodward, T. S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society, 44(Pt 2), 193–207.

98. Moritz, S., Woodward, T. S., Whitman, J. C., & Cuttler, C. (2005). Confidence in errors as a possible basis for delusions in schizophrenia. The Journal of Nervous and Dental Disease, 193(1), 9–16.

99. 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.

100. 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.

101. Moritz S, W. T. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MTC): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. German Journal of Psychiatry, 10, 69–78.

102. Moritz, S., Veckenstedt, R., Andreou, C., Bohn, F., Hottenrott, B., Leighton, L.,Woodward, T. S. (2010). Metacognitive Training for Patients with Schizophrenia: Preliminary Evidence for a Targeted Single-Module Program. Schizophrenia Research, 41(2), 1823–1832.

103. 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.

104. Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Woodward, T. S. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. Behaviour Research and Therapy, 49(3), 151–157.

105. 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.

106. Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. Schizophrenia Research, 151(1–3), 61–69.

107. Moritz, S., Woodward, T. S., & Balzan, R. (2016). Is metacognitive training for psychosis effective? Expert Review of Neurotherapeutics, 16(2), 105–107.

108. Nicolò G, Dimaggio G, Popolo R, Carcione A, Procacci M, Hamm J, et al. Associations of Metacognition with symptoms, insight and neurocognition in Schizophrenia in an Italian replication study. J Nerv Ment Dis 2012; 200 (7): 644-7.

109. Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P.H., Dimaggio, G., Conti, L., D'angerio., S., Procacci, M., Popolo, R., Carcione, A., (2011). Alexithymia In Personality Disorders: Correlations With Symptoms And Interpersonal Functioning. Psychiatry Research 190, 37–42.

110. Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S., & Kennedy, H. G. (2012). Effects of group metacognitive training (MCT) on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital: a prospective-cohort waiting list controlled study. BMC Research Notes, 5(1), 302.

111. 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.

112. OMS (1992). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Editorial Méditor.

113. Organización Mundial de la Salud OMS. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med, 28(3), 551–558

114. Olley, A.L., Malhi, G.S., Bachelor, J., Cahill, C.M., Mitchell, P.B., Berk, M., (2005). Executive Functioning And Theory Of Mind In Euthymic Bipolar Disorder. Bipolar Disorder 7, 43–52.

115. Oosterhout, B., Smit, F., Krabbendam, L., Castelein, S., Staring, A.B. y van der Gaag, M. (2015). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a metaanalysis on outcome studies. Psychological Medicine, 20, 1–11.

116. Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P.H., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G. y Dimaggio G. (2014). Metacognition-oriented social skills training for individuals with

long-term schizophrenia: methodology and clinical illustration. Clinical Psychology y Psychotherapy, 21, 465-473.

117. Penn, David; Roberts, David L.; Munt, Edwin D.; Jones, Nicole; Sheitman, B., & Ian. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia, 80, 357–359.

118. Peronard M. Metacognición: mente y cerebro. Boletín de Filología 2009; 44 (2): 263-75.

119. Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional Style Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6(3), 287–299.

120. Peters, E., & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: A longitudinal analysis. Behaviour Research and Therapy, 44(4), 481–514.

121. Pilkonis PA, Kim Y, Proietti JM, Barkham M (1996). Scales For Personality Disorders Developed From The Inventory Of Interpersonal Problems. Journal Of Personality Disorders 10, 4, 355–369.

122. Popolo R, Vinci G, D'Amato F, Buonocore L, Balbi A, Dimaggio G, et al. The metacognitive functioning in schizophrenia: a proposal for assessment. Journal of Psychopathology 2015; 21 (2): 133-40.

123. Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., & Beck, A. T. (2012). Assessment of cognitive insight: A qualitative review. Schizophrenia Bulletin, 38(2), 338–350.

124. Rijcken, C.A.W., Monster, T.B.M., Brouwers, J.R.B.J., De Jong-Van Den Berg, L.T.W., 2003. Chlorpromazine Equivalents Versus Defined Daily Doses: How To Compare Antipsychotic Drug Doses? Journal Of Clinical Psychopharmacology 23, 657–659.

125. Rocha, N. B. F., & Queirós, C. (2013). Metacognitive and social cognition training (MSCT) in schizophrenia: A preliminary efficacy study. Schizophrenia Research, 150(1), 64–68.

126. Salvatore G, Russo B, Russo M, Popolo R, Dimaggio G. Metacognition-oriented therapy for psychosis: the case of a woman with delusional disorder and paranoid personality disorder. J Psychother Integr 2012; 22 (4): 314-29.

127. Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M. y Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. Clinical Psychology and Psychotherapy, 10, 238–261

128. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M (2007). Understanding Minds: Different Functions And Different Disorders? The Contribution Of Psychotherapy Research. Psychotherapy Research 17, 1, 106–119.

129. Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., Smeraldi, E. (2012). The development of the Metacognition Assessment interview: instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. Psychiatry Research, 200, 890–895.

130. Semerari A, Colle L, Pellecchia G, Buccione I, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M, Pedone R (2014). Metacognitive Dysfunctions In Personality Disorders: Correlations With Disorder Severity And Personality Styles. Journal Of Personality Disorders 28, 6, 751–766.

131. Semerari A, Colle L, Pellecchia G, Carcione A, Conti L, Fiore D, Moroni F, Nicolò G, Procacci M, Pedone R (2015). Personality Disorders And Mindreading: Specific Impairments In Patients With Borderline Personality Disorder Compared To Other Pds. The Journal Of Nervous And Mental Disease 203, 8, 626–631.

132. Sedlacek, P., Moritz, S., Woodward, T. S., Ruiz-veguilla, M., Hottenrott, B., Klinge, R., & Schmidt, C. (2014). Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con Esquizofrenia (EMC).

133. Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis II Personality Disorders (Scid-Ii). American Psychiatric Press, Washington, Dc.

134. Tas C, Brown E, Esen-Danaci A, Lysaker P, Brüne M. Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted Schizophrenia. J Psychiatr Res 2012; 46 (8): 1086-92.

135. Tas C, Brown E, Aydemir O, Brüne M, Lysaker P. Metacognition in Psychosis: Comparison of Schizophrenia with Bipolar Disorder. Psychiatry Res 2014; 219 (3): 464-9.

136. Trauelsen A, Gumley A, Jansen J, Pedersen M, Nielsen H, Trier C, et al. Metacognition in first episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. Psychiatry Res 2016; 238: 14-23.

137. Van Rheenen, T.E., Rossell, S.L., (2013). Picture Sequencing Task Performance Indicates Theory Of Mind Deficit In Bipolar Disorder. Journal Of Affective Disorders 151, 1132–1134.

138. Van Donkersgoed R, De Jong S, Pijnenborg G. Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a patient with persistent negative symptoms. J Contemp Psychother 2016; 46 (4): 245-53.

139. Vohs, J.L., Lysaker, P.H., Francis, M., Hamm, J., Buck, K.D., Olesek, K., Outcalt, J., Dimaggio, G., Leonhardt, B., Liffick, E., Mehdiyoun, N., Breier, A., (2014). Metacognition, Social Cognition, And Symptoms In Patients With first Episode And Prolonged Psychosis. Schizophrenia Research 153, 54–59.

140. Vohs J, Leonhardt B, James A, Francis M, Breier A, Mehdiyoun N, et al. Metacognitive Reflection and Insight Therapy for Early Psychosis: A preliminary study of novel integrative psychotherapy. Schizophr Res 2018; 195: 428-33.

141. Wasmuth, S.L., Outcalt, J., Buck, K., Leonhardt, B.L., Vohs, J. y Lysaker, P.H. (2015). Metacognition in persons with substance abuse: Findings and implications for occupational therapists. Canadian Journal of Occupational Therapy, 82, 150–159.

142. Wechsler, Wechsler D., 1997. Memory Scale-Third Edition. The Psychological Corporation, San Antonio, Tx. Wolf, F., Brüne, M., Assion, H.-J., 2010. Theory Of Mind And Neurocognitive Functioning In Patients With Bipolar Disorder. Bipolar Disorders 12, 657–666.

143. Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A., (1978). A Rating Scale For Mania: Reliability, Validity And Sensitivity. British Journal Of Psychiatry 133, 429–435.