

**Aplicación del Programa de Entrenamiento Metacognitivo (EMC) en Pacientes con
Esquizofrenia de la Clínica de Salud Mental Fundar Cauca**

Proyecto aplicado para optar al título de psicólogo

Ary Leonardo Joaquín Trujillo

Director de proyecto:

Mg. Jesús David Orrego Rojas

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH)

Programa de Psicología

Popayán

28 de septiembre de 2020

Nota de aceptación

Aprobada en fecha

Firma del presidente del jurado

Firma del orientador

Resumen

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más graves e incapacitantes. Su tratamiento ha mejorado en las últimas décadas, destacándose el tratamiento farmacológico. A su vez, las terapias psicológicas han avanzado en la comprensión de los factores que intervienen en la aparición de los síntomas psicóticos, logrando demostrar su eficacia y consolidándose como una alternativa y complemento al tratamiento psiquiátrico. Sin embargo, estos procedimientos son poco conocidos por los profesionales de psicología, de la salud y en gran parte de la población colombiana. En este proyecto, se ha aplicado el Programa de Entrenamiento Metacognitivo (EMC), el cual es uno de los tratamientos cognitivos que ha demostrado mejores resultados terapéuticos, con el fin de establecer su pertinencia terapéutica en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de una clínica de salud mental de la ciudad de Popayán. Se presentan los conceptos fundamentales relacionados con la esquizofrenia que sustentan teóricamente el entrenamiento, el plan de trabajo y los módulos que componen el programa. Asimismo, se muestran los resultados, tanto de las pruebas aplicadas para evaluar los síntomas y gravedad de los casos, como de la aplicación de los módulos que pudieron ser realizados con antelación a la contingencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como las recomendaciones para futuras aplicaciones del programa en su totalidad.

Palabras clave: esquizofrenia; entrenamiento metacognitivo; metacognición; teoría de la mente

Abstract

Schizophrenia is one of the most serious and disabling mental disorders. Its treatment has improved in the last decades, standing out the pharmacological treatment. At the same time, psychological therapies have advanced in the understanding of the factors that intervene in the appearance of psychotic symptoms, managing to demonstrate their effectiveness and consolidating themselves as an alternative and complement to psychiatric treatment. However, these procedures are little known by psychology and health professionals, and a large part of the Colombian population. In this project, the Metacognitive Training Program (MCT) has been applied, which is one of the cognitive treatments that has shown better therapeutic results, in order to establish its therapeutic pertinence in patients diagnosed with schizophrenia from a mental health clinic in Popayan city. The fundamental concepts related to schizophrenia are presented as the theoretical basis of the training, the work plan and the modules that compose the program. Likewise, the results are shown for the tests applied to evaluate the symptoms and severity of the cases, as well as the application of the modules that could be carried out before the health contingency caused by COVID-19, as well as the recommendations for future applications of the program as a whole.

Keywords: schizophrenia; metacognitive training; metacognition; theory of mind

Tabla de contenido

Resumen 3

Abstract..... 4

Introducción 10

Planteamiento del problema 12

Justificación..... 13

Objetivos 14

Objetivo general 14

Objetivos específicos 14

Marco teórico 14

Subtipos de esquizofrenia según la CIE-10..... 16

CIE-10 vs. DSM-5 18

Síntomas de la esquizofrenia..... 21

Tratamientos..... 24

Entrenamiento metacognitivo 25

Metacognición..... 26

Teoría de la mente..... 27

Estilo de atribución 28

Eficacia del entrenamiento metacognitivo 28

Metodología 29

Caracterización/contextualización 30

Técnicas e instrumentos de recolección de la información 34

Propuesta de intervención36

Desarrollo, análisis y resultados37

Plan de trabajo.....37

Análisis y resultados40

Conclusiones59

Referencias63

Anexos69

Lista de tablas

Tabla 1. Diagnósticos para la esquizofrenia según CIE-10 y DSM-V.....19

Tabla 2. Grupo de muestra.....33

Tabla 3. Cronograma de actividades.....38

Tabla 4. ICG-ESQ.....34

Tabla 5. Alucinaciones auditivas.....42

Tabla 6. Delirios.....50

Tabla 7. Hinting task.....52

Lista de figuras

Figura 1. Resultados ICG-ESQ.....41

Figura 2. Frecuencia de las Alucinaciones.....42

Figura 3. Duración.....43

Figura 4. Localización.....44

Figura 5. Intensidad.....44

Figura 6. Creencias sobre la procedencia.....45

Figura 7. Cantidad de contenido negativo.....46

Figura 8. Grado de contenido negativo.....46

Figura 9. Cantidad de angustia.....47

Figura 10. Intensidad de angustia.....48

Figura 11. Trastorno.....48

Figura 12. Control sobre las voces.....49

Figura 13. Delirios.....50

Figura 14. Ejemplo de diapositiva original.....54

Figura 15. Diapositiva adaptada.....54

Lista de anexos

Anexo 1. ICG-ESQ. Escala de impresión clínica global. Versión esquizofrenia.....	69
Anexo 2. Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS).....	74
Anexo 3. Test de las Insinuaciones.....	80
Anexo 4. Módulos adaptados.....	84
Anexo 5. Módulos adaptados completos y módulos originales.....	130

Introducción

De acuerdo con Ortuño (2008), la esquizofrenia es un trastorno psicológico considerado grave, aún en la actualidad, a pesar de los avances que se han logrado en las últimas décadas, tanto en investigación como en tratamiento. Este trastorno puede afectar funciones psicológicas como la percepción, el pensamiento, las emociones, la voluntad o la sensación de unidad del ser. A diferencia de lo que ocurre en otras alteraciones psicológicas, es difícil lograr una recuperación total de la afección. Progresivamente y con cada recaída, el trastorno deja una secuela difícil de revertir relacionada con la disminución de la motivación y capacidad de relacionarse, entendidos como síntomas negativos, en contraposición a las alucinaciones y delirios, denominados síntomas positivos, que influyen en el deterioro de la personalidad (Ortuño, 2008).

Según la OMS (2019), veintiún millones de personas a nivel mundial padecen de esquizofrenia, sin embargo, no es una enfermedad tan común como otros trastornos psicológicos. Asimismo, se presenta más en hombres, con 12 millones, que en mujeres, con 9 millones, presentándose, en los primeros, a una edad más temprana que en las mujeres. Un aspecto alarmante de este problema de salud, se refiere a que las personas que la padecen tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidad de morir a una edad temprana en comparación con que el resto de la población, principalmente por enfermedades físicas correlacionadas (OMS, 2019). A esto se le suma que, en los países con ingresos bajos y medios, como es el caso de Colombia, una gran mayoría de las personas con trastornos mentales graves, entre un 76% y un 85%, no tienen tratamiento (OMS, 2013). Además de estas cifras, preocupa la gravedad del trastorno que se ve reflejado en los pronósticos negativos de recuperación, así como los altos niveles de discapacidad, estigmatización y vulnerabilidad que trae consigo en la mayoría de los casos.

En cuanto a los tratamientos y el manejo que de este trastorno hacen los profesionales de la salud, el panorama podría mejorar considerablemente, particularmente en el contexto colombiano. Pero en la actualidad, sigue siendo común en las instituciones, profesionales e incluso en buena parte de los psicólogos, considerar que el único tratamiento viable para estos casos es el farmacológico y los modelos de reclusión y aislamiento, desconociéndose en gran medida los avances que, sobre este problema de salud, se han venido acumulando por parte de la psicología, en particular desde los modelos cognitivos que han estado desarrollando tratamientos eficaces y clínicamente probados.

Es así como esta propuesta consiste en la aplicación del programa de Entrenamiento Metacognitivo, que ha sido escogido en base a sus resultados de eficacia demostrados, con miras a mejorar los sesgos cognitivos, entendiendo que estos tienen un papel muy importante en la conformación de los síntomas psicóticos, particularmente en los delirios. De esta manera, se busca ofrecer una estrategia cognitiva de probada eficacia que pueda ofrecer un tratamiento significativo a esta población, centrándose concretamente en los usuarios diagnosticados con esquizofrenia de la Clínica de Salud Mental Fundar Cauca, que contribuya a las estrategias que actualmente implementa la institución. Se espera, de este modo, contribuir a la difusión de este modelo de intervención en el contexto colombiano, particularmente en el departamento del Cauca.

El documento presenta un marco teórico que sustenta la intervención, iniciando con los orígenes, como concepto clínico, de la noción de esquizofrenia, sus características, síntomas y descripciones en los manuales diagnósticos, así como los tratamientos psicológicos existentes. Asimismo, se describe de qué se trata el entrenamiento metacognitivo, cuáles son sus bases teóricas y cómo se articula metodológicamente en la propuesta de evaluación e intervención.

Finalmente, se hace una caracterización del grupo de muestra y se presentan los resultados y conclusiones del proyecto.

Planteamiento del problema

La Fundación Fundar Cauca IPS es una institución privada, especializada en el manejo en salud mental, que cuenta con una clínica que ofrece un programa de intervención a pacientes con trastornos mentales. Las personas que actualmente están hospitalizadas en la clínica presentan distintos trastornos mentales y neurológicos, entre los cuales se destacan los siguientes: depresión, trastornos por uso de sustancias, epilepsia, discapacidad intelectual y esquizofrenia.

Dado que la esquizofrenia es el diagnóstico más frecuente en los usuarios y considerando el apremio que confiere la vulnerabilidad y discapacidad que presentan la mayoría de estas personas, es necesario establecer una propuesta que responda a la necesidad de aplicar intervenciones en psicología clínica que tengan probada eficacia.

De acuerdo con las cifras presentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), la esquizofrenia tiene una prevalencia de alrededor de 1 y 1,5 % de la población. Si se compara con otras enfermedades mentales, este porcentaje es bajo; no obstante, la relevancia de este problema de salud pública radica en que la OMS la señala como una de las diez enfermedades que generan mayor discapacidad mundialmente. La situación en Colombia es similar, de acuerdo con el Ministerio de Salud y la Asociación Colombiana de Psiquiatría (2012), presentando una prevalencia del 1%, con lo cual se calculó que la población colombiana tendría 471.052 habitantes que padecen de esta enfermedad, alcanzando un 1.5% en ciudades como Cali y Bogotá (Benavides-Portilla, Beitia-Cardona y Osorio-Ospina, 2016)

Justificación

La aplicación del programa de entrenamiento metacognitivo (EMC) en la Clínica de Salud Mental Fundar Cauca para pacientes con esquizofrenia busca contribuir a la construcción de una estrategia terapéutica que esté respaldada en estudios de eficacia científica, esto con el fin de dar prioridad a las opciones que puedan resultar más beneficiosas para una población altamente vulnerable que presenta uno de los trastornos más incapacitantes y de peor pronóstico de la psicopatología.

Esto es aún más urgente si consideramos que la psicología ha venido desarrollando protocolos terapéuticos que tienen un impacto significativo en los síntomas y rehabilitación general de las personas con esquizofrenia, pero se desconocen en gran medida estas investigaciones y aplicaciones en la atención primaria, en gran parte de los profesionales de la salud y la población en general de Colombia y particularmente en el departamento del Cauca.

Es importante, ante todo, contribuir a ampliar las estrategias terapéuticas que se vienen llevando a cabo en la Clínica Fundar Cauca que ha iniciado sus operaciones hace tan solo unos meses. Se espera aportar una perspectiva más esperanzadora y avanzar en la psicoeducación, tanto a pacientes como a las familias, profesionales y comunidad en general.

Se espera que este proyecto contribuya a la generación de otras propuestas en el departamento del Cauca, también desde otras perspectivas que contribuyan a una mayor comprensión y beneficio en las personas que presentan síntomas psicóticos.

Objetivos

Objetivo general

Aplicar el programa de entrenamiento metacognitivo (EMC) en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, hospitalizados en la Clínica de Salud Mental Fundar Cauca de la ciudad de Popayán, con el fin de establecer su pertinencia terapéutica.

Objetivos específicos

Evaluar la gravedad general, las alucinaciones auditivas, los delirios y la metacognición en el grupo de muestra.

Adaptar los módulos a aplicar según las necesidades de la población, recursos y limitaciones relacionadas con la emergencia sanitaria del COVID-19.

Analizar los resultados, que serán presentados a la institución, con el fin de establecer un referente para una posterior implementación del programa en su totalidad.

Marco teórico

La esquizofrenia como categoría nosológica, fue descrita por primera vez en el ámbito de la psiquiatría, en 1860, cuando Morel se refiere a este desorden como “demencia precoz” y lo define como un trastorno que implica un deterioro de la vida social en la adolescencia y presencia de alteraciones de la realidad (Abeleira, 2012). En 1896, Kraepelin hace una descripción de este término, destacando el inicio temprano, evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva. Además, a la que por entonces continuaba denominándose demencia precoz, la clasifica en tres grupos: paranoide, catatónica y hebefrénica, siendo estos, precursores de la clasificación que se mantuvo vigente hasta comienzos del siglo

XXI. Este autor, la distinguió de la demencia presenil, que actualmente se conoce como enfermedad de Alzheimer, y del trastorno maníaco-depresivo, hoy conocido como trastorno bipolar, al notar que este último trastorno presentaba fases intermitentes con tendencia a la resolución espontánea, que lo diferenciaban de la tendencia crónica y persistente de la esquizofrenia (Ortuño, 2008).

Quien denominó este trastorno con el nombre de esquizofrenia fue Bleuler en 1911, argumentando que el concepto de demencia precoz implica deterioro, mientras que la esquizofrenia no necesariamente, pudiendo ser revertida en una fase temprana (Novella y Huertas, 2010). Más adelante, Schneider (1950) afirmó que la observación clínica era suficiente para realizar el diagnóstico, definiendo las siguientes experiencias psicóticas como diferenciales para la esquizofrenia:

La sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones. (Novella y Huertas, 2010, p. 209)

La Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (2018), indica que los trastornos esquizofrénicos son caracterizados por distorsiones del pensamiento y la percepción, a las que se suman una afectividad inadecuada o inexpresiva. Por lo general se mantienen la lucidez de la conciencia y la capacidad intelectual, sin embargo, con el tiempo estas pueden también verse afectadas. Según describe la CIE-10 (2018), los síntomas más destacados son:

El pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. (P. 310)

El trastorno comienza generalmente en la adolescencia o juventud, etapas cruciales del desarrollo biopsicológico. Cuanto más joven es el paciente, más afecta el desarrollo intelectual, emocional, social y laboral. La enfermedad se manifiesta en periodos en los cuales los delirios y las alucinaciones están claramente presentes. Si bien, luego de estos episodios persisten otros síntomas como la falta de motivación y voluntad. Los periodos en los que se presentan los síntomas positivos van deteriorando la personalidad del paciente y generalmente aparecen más de una vez en la vida. En un tercio de los casos, algunos síntomas se mantendrán presentes desde el inicio tornándose crónicos y más deteriorantes (Ortuño, 2008).

Subtipos de esquizofrenia según la CIE-10

Esquizofrenia paranoide

Tipo de trastorno en el cual sobresalen delirios que tienden a ser estables, con frecuencia paranoides, acompañados por lo general de alucinaciones, en especial auditivas, y alteraciones en la percepción. No hay alteraciones del afecto, voluntad o lenguaje. Catatonia ausente o escasa (OMS, 2018).

Esquizofrenia hebefrénica

Se presenta en la adolescencia y juventud. Caracterizada por significativos cambios en el afecto, delirios y alucinaciones breves e inacabados. El comportamiento es “irresponsable e impredecible”, con movimientos “estereotipados, humor superficial e inadecuado”. El

pensamiento y lenguaje son desordenados e incoherentes. Se desarrollan rápidamente síntomas negativos tales como aplanamiento del afecto y un deterioro de la voluntad y las actividades sociales (OMS, 2018, p. 311).

Esquizofrenia catatónica

En este tipo sobresalen las alteraciones psicomotoras, que van desde la hipercinesia hasta la falta de movimientos o desde la obediencia automática hasta la oposición pertinaz a todas las instrucciones. Son frecuentes los episodios de excitación violenta. Estos síntomas pueden estar acompañados de un “estado onírico con alucinaciones escénicas vívidas” (OMS, 2018, p. 311).

Esquizofrenia indiferenciada

En este tipo, el trastorno presenta las características propias de la esquizofrenia sin ajustarse a las categorías mencionadas o presentando elementos de más de una sin el predominio de ningún conjunto de rasgos de estas (OMS, 2018).

Depresión posesquizofrénica

Estadio, breve o prolongado, que aparece luego de un episodio esquizofrénico en el cual están presentes síntomas depresivos que predominan sobre los síntomas esquizofrénicos positivos y negativos, que ya no son los que predominan en el cuadro clínico (OMS, 2018).

Esquizofrenia residual

Tipo de esquizofrenia crónica en la cual su desarrollo ha alcanzado un estadio caracterizado por síntomas negativos como lentitud psicomotriz, hipoactividad, afecto plano, ausencia de iniciativa, pobreza en la comunicación verbal y no verbal, así como descuido personal y de las relaciones sociales (OMS, 2018).

Esquizofrenia simple

Trastorno en el cual se da un desarrollo lento de “comportamiento extravagante” pero progresivo, con un inicio difícil de identificar, “con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general”. Los síntomas negativos aparecen sin ser precedidos por los síntomas psicóticos (OMS, 2018, p. 312).

CIE-10 vs. DSM-5

Es importante contrastar la perspectiva de la CIE-10 con los criterios establecidos por el manual diagnóstico DSM-5 para diagnosticar la esquizofrenia, en el cual se eliminan los subtipos de esquizofrenia que aparecen en versiones anteriores, así como en la CIE-10. Esta decisión fue tomada debido a que estas categorías tenían deficiente estabilidad diagnóstica, así como escasa confiabilidad, validez y utilidad clínica. Desde que se estableció nosológicamente el concepto de esquizofrenia se fueron categorizando los tipos paranoide, catatónica, hebefrénica e indiferenciada. Silva y Jerez (2014) señalan que en el DSM-IV ya se tenía claro que estas categorías no tenían confiabilidad, estabilidad ni valor para el pronóstico. Sin embargo, se conservaron teniendo en cuenta la tradición clínica. Un conjunto de estudios dirigidos a identificar subtipos taxonómicos de esquizofrenia no ha logrado identificar con claridad y validez estos subtipos (Silva y Jerez, 2014).

Por lo que el DSM-V elimina estos subtipos que quedan subsumidos en un solo diagnóstico de esquizofrenia ubicado dentro del espectro de la esquizofrenia. De acuerdo con este manual, para diagnosticar esquizofrenia se requiere de dos o más de las siguientes características en la fase activa del trastorno que deben estar presentes significativamente durante un mes o menos en caso de tratamiento: delirios, alucinaciones o discurso incoherente (Al menos

una de las anteriores debe estar presente), así como “comportamiento muy desorganizado o catatónico” y síntomas negativos. Aparte de estos síntomas, el funcionamiento en una o más áreas vitales, tales como trabajo, estudio, relaciones interpersonales o autocuidado están muy por debajo de cómo estaban estas antes del inicio del trastorno. Estos signos permanecen al menos por seis meses y puede incluir períodos de disminución del pensamiento lógico o síntomas residuales atenuados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Tabla 1

Diagnósticos para la esquizofrenia según CIE-10 y DSM-V

CIE-10 (OMS, 2018)	DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)
F20 Esquizofrenia	295.90 (F20.9) Esquizofrenia
<p>Se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.</p> <p>Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.</p> <p>La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la</p>	<p>Criterios:</p> <p>A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). <p>B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p>

perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados en F06.2, y aquellos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10–F19 con cuarto carácter común.

Excluye:

Esquizofrenia aguda (indiferenciada) (F23.2)
 Esquizofrenia cíclica (F25.2)
 Reacción esquizofrénica (F23.2)
 Trastorno esquizotípico (F21)

Subtipos:

F20.0 Esquizofrenia paranoide
 F20.1 Esquizofrenia hebefrénica
 F20.2 Esquizofrenia catatónica
 F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
 F20.4 Depresión postesquizofrénica
 F20.5 Esquizofrenia residual
 F20.6 Esquizofrenia simple
 F20.8 Otras esquizofrenias
 F20.9 Esquizofrenia, no especificada

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Nota. Comparación de las caracterizaciones de la esquizofrenia para la CIE-10 y el DSM-V. En la primera, se enuncian las características del trastorno que se divide en subtipos, mientras que en el segundo no se tienen en cuenta tales subdivisiones, enfocándose en los criterios diagnósticos.

Síntomas de la esquizofrenia

Síntomas positivos

Ideas delirantes. Se refieren a creencias que no se ajustan a la realidad, caracterizadas por ser poco creíbles y por no provenir de la experiencia personal pero que son mantenidas a pesar de la evidencia que las contradice. El delirio más frecuente es el de persecución, en el cual, la persona cree que están atormentándolo, lo persiguen, le mienten o vigilan. También puede ser de tipo referencial en el que las personas atribuyen que algunos fragmentos de libros, periódicos, canciones u otros elementos de su entorno los aluden a ellos (Tamminga, 2018). Algunas ideas pueden ser de carácter hipocondriaco, religioso o de celos. Pueden aparecer ideas delirantes acerca de su pensamiento y su personalidad, tales como robo o inserción de pensamientos en los cuales las personas piensan que los demás leen su mente y que sus pensamientos e impulsos han sido impuestos por fuerzas externas. Incluso, pueden estar relacionados con una ideación de conspiración en la cual el paciente se considera una víctima o un salvador en tales sucesos (Lozano, 2002).

Alucinaciones. Percepciones sensoriales que no corresponden con lo real o con lo percibido por otras personas. Las alucinaciones auditivas son mucho más frecuentes, pero también pueden manifestarse alucinaciones visuales, del tacto, que incluyen sensaciones sexuales, del olfato y del gusto. En las alucinaciones auditivas, el paciente puede manifestar escuchar distintos sonidos, tales como sonidos, silbidos, murmullos indirectos o conversaciones claras y elaboradas (Lozano, 2002). Estas voces y diálogos pueden hacer comentarios críticos o abusivos referidos a ellos y su comportamiento, llegando a ser muy perturbadoras (Tamminga, 2018).

Síntomas negativos

Los síntomas negativos se refieren a la reducción o ausencia de las funciones psíquicas consideradas normales. A esta reducción se le suele denominar afecto aplanado e incluye los siguientes aspectos: disminución del interés o motivación por realizar actividades denominado abulia, y el aumento de otras sin alguna finalidad, o por mantener relaciones sociales; reducción de la capacidad para sentir o predecir emociones y placer, entendida como anhedonia; reducción en la capacidad de expresar verbalmente las emociones, que se manifiesta en el empobrecimiento del lenguaje, la persona habla poco y responde concisamente a las preguntas, dando la impresión de un vacío interior, conocido como alogia; o en el deterioro de la comunicación no verbal, evidenciada en la reducción de la expresión gestual, la ausencia de contacto ocular y de la prosodia (acento, entonación), conocida como aplanamiento afectivo (Bagney, 2015). Los síntomas negativos suelen llevar a una escasa motivación y reducción del sentido de propósito y del establecimiento de objetivos (Tamminga, 2018).

Síntomas desorganizados

Trastornos del pensamiento. Desorganización del pensamiento y del discurso el cual se va de un tópico a otro sin concatenación. El habla puede estar desde un poco desorganizada hasta totalmente incoherente e incomprensible (Tamminga, 2018). Se dificulta un pensamiento claro dirigido a objetivos, manifestándose en una forma de hablar difusa y lagunas en los pensamientos ocasionados por digresiones incomprensibles basadas en el simbolismo propio del paciente. (Lozano, 2002).

Conductas extrañas. Estas conductas pueden ser tonterías infantiles, agitación y un aspecto, higiene o conducta insuficientes o inapropiados. La catatonía se refiere a

comportamientos extremo y extravagante como mantener posturas rígidas y resistirse a ser movido, o tener actividades motoras sin motivación alguna (Tamminga, 2018), puede variar desde la hiperactividad o excitación acentuada hasta un retardo marcado, entumecimiento y mutismo. Se puede observar, de igual manera, una negación férrea u obediencia absoluta. (Lozano, 2002).

Déficits cognitivos

Dificultades en la atención, la velocidad de procesamiento, en la memoria de trabajo o declarativa, resolución de problemas, pobre pensamiento abstracto e incompreensión de las interacciones sociales. El pensamiento puede ser inflexible con dificultad para entender las opiniones de otras personas y hacer modificaciones de acuerdo a la experiencia. Una afectación cognitiva considerable es el principal determinante de la discapacidad global (Tamminga, 2018).

Las personas con esquizofrenia tienen déficits importantes que involucran diversas áreas de la cognición. Cuando se habla de la disfunción cognitiva asociada a la esquizofrenia, normalmente se han considerado los déficits en la neurocognición, la cual se refiere a los procesos del cerebro que conectan y evalúan la información, y que involucra la función ejecutiva, la atención, la memoria y el lenguaje (Bagny, 2015).

Es preciso anotar que en el último tiempo se le está dando también importancia a los déficits relacionados con la cognición social que no pertenecen a la neurocognición. La cognición social es entendida como aquellas operaciones mentales involucradas en las interacciones sociales, como la percepción, la interpretación y la elaboración de respuestas frente a las intenciones y conductas de las personas. Hoy en día se sabe que la cognición social se ve

afectada en la esquizofrenia e influye en el pronóstico de manera más significativa que la neurocognición (Bagney, 2015).

Tratamientos

En cuanto al tratamiento para la esquizofrenia, es importante resaltar que las terapias psiquiátricas no progresaron mucho hasta que en las últimas décadas se han producido avances importantes con relación a los factores bioquímicos relacionados con la esquizofrenia y al mecanismo de acción de los fármacos usados en el tratamiento. Estos fármacos han logrado que los pacientes puedan muchas veces vivir en sociedad gracias a su eficacia para reducir los síntomas psicóticos (Ortuño, 2008).

En el campo de la psicología, Ros, Ricarte y Hernández (2014) afirman que el tratamiento de la esquizofrenia históricamente fue descuidado pero que en los últimos años esto ha cambiado. A partir de la década de los ochenta, la investigación cognitiva ha mostrado que los sesgos cognitivos presentes en la esquizofrenia parecen relacionarse con el origen y permanencia de los síntomas positivos del trastorno, en especial las alucinaciones. Entre estos sesgos se destacan los sesgos atributivos, la elaboración de conclusiones precipitadas, el sesgo contra la evidencia no confirmatoria, el déficit en la teoría de la mente, el exceso de confianza en los errores de memoria y los patrones cognitivos depresivos. A raíz de estos descubrimientos, se diseñaron terapias cognitivas que han buscado modificar tales sesgos y que han resultado eficaces en la reducción de los síntomas y su afrontamiento. Estos autores afirman que el entrenamiento metacognitivo es una de las terapias más importantes dentro de esta línea cognitiva, junto a la cual, también cabe mencionar la terapia cognitivo-conductual para trastornos psicóticos, la terapia de rehabilitación cognitiva y el entrenamiento en cognición e interacción social (Ros, Ricarte y Hernández, 2014).

Entrenamiento metacognitivo

En línea con lo anterior, el entrenamiento metacognitivo (EMC) busca modificar los sesgos cognitivos recurrentes de la esquizofrenia. De tal modo que su principal objetivo consiste en fortalecer la conciencia de la persona acerca de sus distorsiones cognitivas y favorecer el examen crítico de ellas, ampliando además su repertorio de destrezas de solución de problemas. Es importante señalar que, como afirma Klosterkötter (2001, como se cita en Ros, Ricarte y Hernández, 2014), la psicosis no aparece de forma súbita; por el contrario, a esta la antecede un cambio progresivo en la apreciación de las cogniciones propias y de las personas durante varias semanas. Esto implicaría que el tránsito hacia un episodio psicótico es potencialmente un proceso reversible. Sumado a esto, Moritz et al. (2007, como se cita en Ros, Ricarte y Hernández, 2014) afirman que fomentar la metacognición podría prevenir los síntomas psicóticos. Además, el tratamiento metacognitivo puede ser aplicable a personas con otros diagnósticos que en la actualidad o en el pasado hayan tenido episodios psicóticos (Ros, Ricarte y Hernández, 2014).

El programa de Entrenamiento Metacognitivo tiene como punto de referencia teórica el modelo cognitivo-conductual de la esquizofrenia, sin embargo, tiene unas características que son particulares de su propuesta terapéutica. El programa está dirigido a los errores cognitivos comunes y sesgos de resolución de problemas propios de la esquizofrenia que son constitutivos de falsas creencias que llegan a convertirse en delirios.

Como lo plantea Freeman (2007), citado en Moritz, Veckenstedt, Bohn, Köther y Woodward (2013), el programa busca corregir los errores cognitivos comunes y sesgos de resolución de problemas propios de la esquizofrenia que son constitutivos de falsas creencias que llegan a convertirse en delirios. Se busca que las personas reconozcan la presencia de estas

distorsiones, así como promover una actitud crítica con el fin de modificar y ampliar sus estrategias de resolución de problemas. Las alucinaciones y delirios no aparecen espontáneamente, por el contrario, son precedidos frecuentemente por un cambio progresivo en la evaluación de lo que se entiende acerca de sí mismo y el entorno social. Atendiendo estas consideraciones, el entrenamiento busca potenciar la competencia metacognitiva con el fin de ayudar a prevenir una crisis psicótica (Moritz, et al., 2013).

Metacognición

Este concepto fue desarrollado inicialmente por John Flavell (1979, como se cita en Osses y Jaramillo, 2008), quien define la metacognición como el conocimiento, regulación y organización que una persona tiene de sus propios procesos cognitivos en relación con los datos cognitivos sobre los que actúan, encaminado al logro de un objetivo concreto. Flavell (1976), al acuñar el término, utiliza el prefijo meta para referirse a la capacidad del pensar sobre el pensamiento, basado en el monitoreo y regulación de los procesos cognitivos en pro de una meta u objetivo (Valenzuela, 2019). Fue influenciado por Jean Piaget en la elaboración de este concepto que fue aplicado a la metamemoria y más adelante a la lectura, la comprensión, atención e interacción social (Mahagamage, 2015).

La metacognición también se refiere al reconocimiento de pensamientos y sentimientos, así como la articulación de representaciones de intenciones, emociones, conexiones entre eventos y pensamientos, los procesos de control entendidos como las funciones cognitivas que regulan el comportamiento, seleccionando las respuestas adecuadas; las estrategias de evaluación de la información y de manejo de las limitaciones cognitivas (Lucangeli, Galderisi y Cornoldi, 1995). Por su parte, Dimaggio y Lysaker (2015) definen la metacognición como la sinergia de diversos procesos que en conjunto hacen que una persona logre identificar sus propios estados mentales y

los de otras personas, haciendo un juicio sobre ellos para identificar cuáles son las relaciones de causa y consecuencia en las situaciones interpersonales así como en las conductas, pensamientos y emociones, tomando una postura crítica hacia sus propias creencias, comprendiendo la subjetividad de los pensamientos y la divergencia de opiniones. Finalmente, la metacognición implica el establecimiento de estrategias de afrontamiento para distintas contingencias y dificultades como pueden ser situaciones de sufrimiento personal y de los otros.

Teoría de la mente

Este concepto, muy relacionado con la metacognición, es una habilidad compleja de naturaleza cognitiva con la cual una persona puede atribuir estados mentales de otros y de sí mismo. Con esta habilidad, el sujeto puede comprender engaños e, igualmente, mentir o engañar. Como proceso cognitivo superior, se estructura como un sistema de conocimientos que facilitan la deducción de creencias, deseos y sentimientos, logrando así interpretar y comprender comportamientos personales y de los demás y, a su vez, prevenirlos y controlarlos (Uribe, Gómez y Arango, 2010).

En 1991, Harris (como se citó en Uribe, Gómez y Arango, 2010) propone la teoría de simulación, la cual ayuda a comprender esta facultad cognitiva, con la cual se refiere a la habilidad de los individuos de ser conscientes de sus propios estados mentales mediante la introspección y a partir de esto inferir los estados mentales de otros a través de un proceso de simulación.

Gil, Fernández-Modamio, Bengochea y Arrieta (2012) afirman que el déficit en la teoría de la mente es una característica de los pacientes con esquizofrenia, en particular, aquellos con

síntomas positivos presentan más dificultades para lograr inferir los estados mentales de otras personas, si bien es una dificultad generalizada en este trastorno.

Estilo de atribución

Es importante mencionar la implicación de los estilos de atribución en la conformación de los delirios, en especial los de persecución. Se ha identificado un estilo de atribución externo para los eventos negativos en personas con ideación delirante (Moritz, Woodward, Burlon, Braus y Andresen, 2007). Las personas con delirios de persecución tienden a atribuir los eventos negativos a causas externas (externalización) y los eventos positivos a causas internas (internalización); lo cual configura un sesgo de autoservicio mucho más marcado que en personas sin estos síntomas (Bell, Halligan y Ellis, 2006). En cuanto a la externalización presentan un sesgo de personalización, que se refiere a culpar a otros por eventos infortunados (Kinderman y Bentall, 1997).

Eficacia del entrenamiento metacognitivo

Es importante, para terminar, hacer referencia a los estudios sobre la eficacia del entrenamiento metacognitivo en personas con esquizofrenia. Para tal fin, cabe resaltar el metaanálisis realizado por Pankowski, Kowalski y Gawęda (2016) sobre la evidencia relacionada con la efectividad del entrenamiento metacognitivo (EMC) en pacientes con esquizofrenia para la cual se tuvieron en cuenta 14 estudios publicados entre los años 2009 a 2015, cuyos diseños comparaban los resultados entre grupo con intervención EMC y grupo de control. La revisión concluyó que el EMC es una forma efectiva de terapia para la reducción de delirios, sesgos cognitivos relacionados con la esquizofrenia y mejora de la percepción (Pankowski et al., 2016).

En esta revisión, se analizaron 14 estudios de efectividad clínica del EMC, mientras que fueron descartados 13 estudios que no cumplieron con los criterios de inclusión como, por ejemplo, no tener grupo de control. Once de los estudios analizados, son ensayos controlados aleatorios y en gran parte de los casos, los evaluadores estuvieron ciegos a la asignación de participantes a los grupos. Los resultados indican una eficacia satisfactoria del EMC en la reducción de los síntomas positivos, que duran por lo menos 6 meses después de la participación en el entrenamiento. El estudio más reciente mostró un cambio que se mantuvo luego de un seguimiento de tres años. El cambio más significativo se mostró en los delirios, especialmente en la angustia causada por estos, el grado de convicción y frecuencia. El mayor tamaño del efecto se observó en razonamiento basado en emociones y catastrofismo (Pankowski et al., 2016).

Algunos estudios mostraron una mejora en la gravedad de las alucinaciones. Sin embargo, los resultados sugieren un efecto menor en las alucinaciones en comparación con los delirios. Esto se puede entender en razón a que el entrenamiento metacognitivo está enfocado principalmente en los sesgos cognitivos relacionados con los delirios como el salto a conclusiones. Los hallazgos de la revisión sugieren un impacto positivo del EMC en los sesgos cognitivos subyacentes a los síntomas psicóticos (especialmente los delirios). Esta revisión sugiere además que se podrían fortalecer los resultados con la adición de la Terapia Metacognitiva Individualizada para Psicosis (Pankowski et al., 2016).

Metodología

El presente es un proyecto aplicado que ha sido desarrollado con un enfoque mixto, pues se integran datos cuantitativos y cualitativos. En el campo de la psicología clínica, el enfoque cuantitativo permite la comprobación y/o verificación de una hipótesis (Román, s.f.). Se busca establecer relaciones causales entre las variables, para explicar los fenómenos y evaluar los

resultados de una intervención, con los cuáles se puede establecer si esta tiene un impacto en la población de una manera medible estadísticamente, ajustándose además a ciertos criterios estructurados de validación, en consonancia con el método científico, que precisan valores como eficacia y eficiencia. De tal manera que se pretende medir o cuantificar la intensidad de los síntomas de esquizofrenia, registrando sus variaciones.

Por otro lado, con el enfoque cualitativo se consideran aquellos datos arrojados por la observación durante la aplicación del proyecto que no han podido ser evaluados de una manera rigurosa y estandarizada debido a las limitaciones que presenta este proyecto. También considerando los elementos subjetivos y fenomenológicos que intervienen en la aplicación de los módulos de la intervención y que solo pueden ser analizados bajo este criterio.

Así pues, se busca integrar ambos criterios, considerando su complementariedad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). No obstante, se otorga una prelación teórica y metodológica al enfoque cuantitativo, en conformidad con la perspectiva cognitiva del entrenamiento.

Caracterización/contextualización

Siguiendo las pautas metodológicas para el diseño de proyectos sugerido por Román (s.f.) se establece la siguiente cobertura.

Definición geográfica

La Fundación Fundar Cauca IPS es una institución sin ánimo de lucro, que ofrece un servicio clínico especializado en la salud mental. Cuenta con dos sedes, una que ofrece un programa de intervención a pacientes con trastornos ocasionados por sustancias psicoactivas

(SPA) y otra dedicada a usuarios que requieren atención por trastornos mentales y del comportamiento (clínica de salud mental).

La clínica de salud mental se encuentra ubicada en barrio Yanaconas de la ciudad de Popayán, y se encuentra en funcionamiento desde julio de 2019. Sus instalaciones cuentan con habitaciones de tres o cuatro camas, con baño privado, las cuales están distribuidas para hombres y mujeres por separado, áreas comunes y de esparcimiento, la infraestructura está diseñada pensando en la seguridad de los usuarios. La institución cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud: psicología, psiquiatría, medicina general, enfermería, trabajo social, salud ocupacional, y administrativos. Las instalaciones tienen una capacidad de hospitalización de 40 personas, 20 usuarios en hospital día y 15 usuarios para atención ambulatoria.

La institución ofrece un servicio que busca atender a los usuarios de forma integral por medio de un enfoque biopsicosocial, contando con un programa que busca integrar los tratamientos psiquiátrico y psicológico, al tiempo que se atienden las dimensiones de salud general, así como la dimensión social y ocupacional.

Entre los programas se ofrece terapia de grupo, terapia familiar, terapia individual, hospital día, tratamiento ambulatorio, terapia ocupacional, intervención en crisis, rehabilitación psicosocial (actividades de desarrollo de habilidades sociales y manejo del tiempo libre), actividad física y recreativa.

Beneficiarios

Los beneficiarios directos son las personas diagnosticadas con esquizofrenia hospitalizadas en la Clínica de Salud Mental Fundar Cauca y los beneficiarios indirectos son todos los pacientes de la institución independientemente del diagnóstico, entendiendo que el

EMC tiene un carácter educativo beneficioso para los pacientes, potencializando habilidades cognitivas que pueden ser útiles para todos en general.

Finalmente, los funcionarios y profesionales de la Clínica Fundar Cauca IPS son beneficiarios indirectos debido a que el EMC ofrece una estrategia novedosa y diferencial siendo un tratamiento alternativo a los tratamientos tradicionales y farmacológicos.

Población objetivo

Personas con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados en la Clínica de Salud Mental Fundar Cauca.

Grupo de muestra

Para la muestra, se eligieron 10 personas hospitalizadas en la clínica diagnosticadas con esquizofrenia. Se tuvo en cuenta las recomendaciones de la psiquiatra y médico general acerca de los pacientes que podrían seleccionarse de acuerdo al pronóstico de permanencia en la institución, si bien, fue importante seleccionar pacientes con síntomas leves, debido a que las profesionales sugerían que estos podrían recibir un mejor efecto terapéutico. Algunas personas están institucionalizadas, lo que quiere decir que no cuentan con red de apoyo y presentan alto grado de discapacidad. Otras en cambio, son usuarios en espera de ser dados de alta. De tal modo que, de acuerdo con las recomendaciones, se escogieron 6 personas consideradas graves por psiquiatría y medicina general, 2 de los cuales están institucionalizados. Los cuatro restantes son pacientes que estaban en espera de remisión. Seis de los sujetos son conscientes, en mayor o menor medida, de su trastorno, uno de ellos es plenamente consciente, tiene una vida funcional y está en proceso de remisión. Asimismo, 4 sujetos presentan un discurso desorganizado.

Seis de los sujetos son hombres y cuatro mujeres. Sus edades se encuentran entre 21 y 59 años. La mayoría son solteros, 6 pacientes, separados, 2; casados, 1; y unión libre, 1. Los diagnósticos según la CIE -10 son los siguientes: esquizofrenia no especificada, 7, esquizofrenia paranoide, 1, esquizofrenia hebefrénica, 1 y esquizofrenia indiferenciada, 1.

Tabla 2

Grupo de muestra

Sujeto N°	Sexo	Edad	Estado civil	Diagnóstico
Sujeto 1	Hombre	53	Unión libre	Esquizofrenia, no especificada
Sujeto 2	Hombre	58	Soltero	Esquizofrenia paranoide
Sujeto 3	Mujer	26	Soltera	Esquizofrenia, no especificada
Sujeto 4	Mujer	21	Soltera	Esquizofrenia hebefrénica
Sujeto 5	Mujer	53	Separada	Esquizofrenia, no especificada
Sujeto 6	Hombre	23	Soltero	Esquizofrenia, no especificada
Sujeto 7	Hombre	45	Soltero	Esquizofrenia, no especificada
Sujeto 8	Hombre	30	Soltero	Esquizofrenia, no especificada
Sujeto 9	Mujer	59	Casada	Esquizofrenia, no especificada
Sujeto 10	Hombre	38	Separado	Esquizofrenia indiferenciada

Nota. Autoría propia.

Definición temporal

El proyecto fue concebido y desarrollado en un contexto de prácticas profesionales que fue iniciado en septiembre de 2019 y terminó en la segunda semana de marzo de 2020. En cuanto a la aplicación del proyecto, se inició en la última semana de febrero y fue suspendido en la segunda semana de marzo del año en curso, debido a la emergencia sanitaria.

Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Para efectos de recolección de la información que arrojará el proyecto aplicado, es necesario emplear la técnica de entrevista semiestructurada y tres instrumentos de evaluación, estos son: PSYRATS, ICG-ESQ, Hinting Task.

A continuación, se presentan las pruebas que se utilizaron:

ICG-ESQ escala de impresión clínica global versión esquizofrenia

Esta prueba, desarrollada por Haro, et al. (2003), evalúa la gravedad del trastorno, así como la mejoría de las personas con esquizofrenia. Evalúa los síntomas positivos, negativos, cognitivos y depresivos, que son característicos de la esquizofrenia, además de la gravedad general del trastorno. Es usado en ensayos clínicos con el fin determinar la efectividad de un tratamiento o conjunto de intervenciones en pacientes con esquizofrenia o para algún síntoma o conjunto de síntomas concretos.

Esta escala se aplica antes y después de cada ensayo terapéutico psiquiátrico o psicológico, con el fin de evaluar su eficacia, a partir de una entrevista clínica. Además, se indica que las puntuaciones deben ser basadas, no solo en la información arrojada en dicha entrevista, sino que se deben considerar las distintas fuentes de información en cada caso (Haro, et al., 2003).

Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)

Desarrollada por Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher (1999), el objetivo de esta escala es evaluar distintos aspectos de las alucinaciones verbales y delirios. La conforman 17 puntos que evalúan, por un lado, las alucinaciones auditivas, de acuerdo a tres factores:

emocional, cognitivo y características físicas de las alucinaciones; en una segunda parte se evalúan los delirios.

Para la selección de esta prueba, se tuvo en cuenta, además, la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) que, de acuerdo con Telles-Correia et al. (2017) se usa habitualmente para medir el rigor de los síntomas a partir de un conjunto diverso de experiencias y comportamientos, restringiéndose a la medición de síntomas concretos relacionados con los delirios y alucinaciones.

La Escala PSYRATS, mientras tanto, fue diseñada con el objetivo de mejorar la medición los síntomas psicóticos básicos: las alucinaciones y los delirios. Se aplica en estudios investigativos acerca de la psicosis en el campo clínico, así como en varios ensayos clínicos de intervenciones psicológicas en psicosis. Ha sido aplicada en distintas condiciones psicóticas dentro del trastorno del espectro esquizofrénico, primer episodio, así como la discapacidad intelectual con psicosis (Telles-Correia et al., 2017).

Adaptación al español del cuestionario Hinting Task

Prueba utilizada para el uso específico en esquizofrenia. Evalúa la teoría de la mente (habilidad de representar los estados mentales de otras personas).

Una de las pruebas más utilizadas para evaluar la teoría de la mente en esquizofrenia, es el Hinting Task. Esta prueba evalúa la habilidad de inferir a partir de las intenciones que tiene un personaje mediante las expresiones que hace de forma indirecta. La prueba contiene diez historias cortas que cuenta la interacción entre dos personas. El administrador de la prueba lee en voz alta cada historia, si es necesario se vuelve a leer. Cada historia finaliza cuando un personaje expresa una insinuación bastante obvia y el participante que realiza la prueba debe explicar lo

que el personaje intentaba comunicar realmente. Si el participante no da la respuesta, el administrador leerá una insinuación aún más obvia.

Propuesta de intervención

El programa de Entrenamiento Metacognitivo es un tratamiento clínico de aplicación grupal para la esquizofrenia basado en fundamentos cognitivos, en particular, relacionados a la metacognición. Esta estrategia, enfoca su intervención en los estilos de pensamiento que están relacionados con la formación y mantenimiento de los síntomas psicóticos, en particular, de los delirios. Tales estilos de pensamiento o sesgos problemáticos son los siguientes: alteración en la atribución de los hechos, apresurarse a sacar conclusiones, sobreconfianza en los errores a pesar de las evidencias que contradicen las creencias iniciales, dificultad para establecer perspectivas y sentir empatía hacia los demás, exceso de confianza en los posibles errores de la memoria y los esquemas cognitivos negativos (Clinical Neuropsychology Unit, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, s.f.).

Entendiendo que los síntomas psicóticos no surgen repentinamente, sino que suelen estar antecedidos por cambios graduales en la evaluación de la información acerca del entorno y de sí mismo, fortalecer la metacognición puede ayudar a prevenir los episodios psicóticos. De esta forma, se busca proporcionar una experiencia correctiva y enseñar a los pacientes a procesar la información de forma diferente para, de esta manera, disminuir las creencias delirantes (Clinical Neuropsychology Unit, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, s.f.).

El entrenamiento se organiza en 18 módulos que están agrupados en dos ciclos, en los cuales se instruyen a los participantes acerca de la naturaleza de los sesgos cognitivos que, por medio de la creación de falsas creencias, intervienen en la configuración de los síntomas

psicóticos. Estos sesgos son presentados como temas en cada uno de los módulos, los cuales buscan captar la atención de los participantes y lograr un impacto sostenido. Cada sesión tiene por objetivo incrementar la percepción del paciente sobre las distorsiones y enseñarle a reflexionar sobre ellas de forma crítica, complementando y cambiando su actual repertorio de solución de problemas. De esta manera, se espera modificar la infraestructura cognitiva que sostiene la ideación delirante, dejando clara la relación que hay entre los estilos de pensamiento, las alucinaciones y la psicosis (Clinical Neuropsychology Unit, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, s.f.).

Desarrollo, análisis y resultados

Plan de trabajo

Para el desarrollo del proyecto e implementación del protocolo se han establecido 3 fases, la primera de contextualización en la cual se realizó una aproximación a los principales diagnósticos y trastornos presentes en la institución. Se realizó evaluación de los síntomas en los pacientes mediante la aplicación de tres instrumentos, ICG-ESQ escala de impresión clínica global versión esquizofrenia, Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS), cuestionario Hinting Task. Así mismo, se realizó una profundización teórica de los mismos a la par de un acercamiento en el trato y entrevistas con los usuarios residentes y ambulatorios.

La segunda fase se divide en dos ciclo, el ciclo A que se pretende realizar nueve módulos mediante trabajo grupal, estos Módulos son: 1, Estilos de atribución; 2, Saltar a conclusiones; 3, Cambiar creencias; 4, metacognición; 5, memoria, 6, metacognición II...y el ciclo B donde se abordarán nueve módulos y dos módulos adicionales del programa de entrenamiento

metacognitivo; estos módulos son; 1, saltar a conclusiones II; 2, auto-estima; 3, estilo atribucional; 4, saltar a conclusiones; 5, cambiar creencias; 6, Teoría de la mente; 7, memoria; 8, teoría de la mente II; 9, teoría de la mente II; 10, saltar a conclusiones II y 11, autoestima.

Y finalmente, la fase tres consiste en la aplicación del pos test y el análisis de resultados.

Sin embargo, debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, a marzo del 2020 se pudo ejecutar el módulo 1 y el módulo 2 de la segunda fase.

Tabla 3

Cronograma de actividades

Actividad	Febrero	Marzo					Abril		
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	
Aplicación de pruebas pretest	■								
Módulo A (Estilos de Atribución)		■							
Modulo A (Saltar a Conclusiones I)			■						
Modulo A (Cambiar Creencias)			■						
Modulo A (Metacognición I)				■					
Modulo A (Memoria)				■					
Modulo A (Metacognición II).				■					
Módulo A (Metacognición II).					■				
Módulo A (Saltar a						■			

Conclusiones II)				
Módulo A (Autoestima).	■			
Módulo B (Estilo atribucional).	■			
Módulo B (saltar a conclusiones I)		■		
Módulo B (Cambiar creencias).		■		
Módulo B (Teoría de la mente).			■	
Módulo B (Memoria)			■	
Módulo B (Teoría de la mente II).			■	
Módulo B (Teoría de la mente II)			■	
BADE			■	
Módulo B (Saltar a conclusiones II)			■	
Módulo B (Autoestima).			■	
Módulo adicional II (Estigma).			■	
Módulo Adicional I (Autoestima)			■	
Aplicación de pruebas postest.			■	

■ Actividades realizadas. ■ Actividades suspendidas por contingencia sanitaria.

Nota. Autoría propia.

Análisis y resultados

Evaluación

Si bien se esperaba que las pruebas fueran realizadas por todos los sujetos de la muestra, tanto antes como después de la intervención del programa, la intervención debió ser modificada y limitada por causa de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19. Así pues, se presentan aquellas pruebas que fueron aplicadas antes del inicio de la contingencia, de tal modo que las pruebas no fueron aplicadas a la totalidad de los sujetos de la muestra. Por tal razón, la prueba PSYRATS, fue aplicada en 6 personas, el ICG-ESQ se aplicó a 4 personas y el cuestionario Hinting Task fue realizado por 1 persona. Cabe mencionar que el sujeto 4 fue el único que participo en dos pruebas (PSYRATS e ICG-ESQ).

Resultados ICG-ESQ. Estos son los resultados que arrojó la Escala de Impresión Clínica Global Versión Esquizofrenia.

Tabla 4

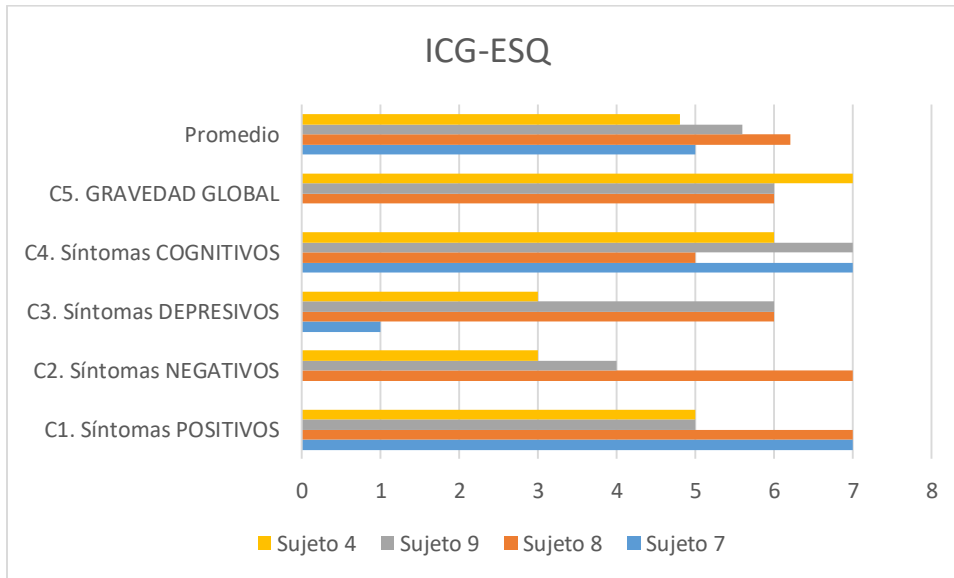
ICG-ESQ

Dimensiones	Sujeto 7	Sujeto 8	Sujeto 9	Sujeto 4
C1. Síntomas POSITIVOS	7	7	5	5
C2. Síntomas NEGATIVOS	0	7	4	3
C3. Síntomas DEPRESIVOS	1	6	6	3
C4. Síntomas COGNITIVOS	7	5	7	6
C5. GRAVEDAD GLOBAL	0	6	6	7
Promedio	5	6,2	5,6	4,8

Nota. Resultados de las 5 dimensiones evaluadas por la escala ICG-ESQ.

Figura 1

Resultados ICG-ESQ



En la Escala de Impresión Clínica Global para Esquizofrenia, participaron 4 personas, las cuales puntuaron una gravedad de la enfermedad significativa, ya que en promedio los resultados oscilaban entre 5 y 6 en una escala de 1 a 7, donde 1 significa ausencia de enfermedad y 7 síntomas extremos, con discapacidad total y necesidad de supervisión. Los puntos 5 y 6 implican síntomas significativos y marcados, respectivamente, de enfermedad y discapacidad. Cabe apuntar que los 4 sujetos evaluados presentan 1 o 2 ítems en el nivel máximo de gravedad (7), destacándose los síntomas positivos, cognitivos y la dimensión que mide la gravedad global.

Resultados PSYRATS.

Alucinaciones auditivas. 4 de las 6 personas que participaron en la prueba, manifiestan tener alucinaciones auditivas.

Tabla 5

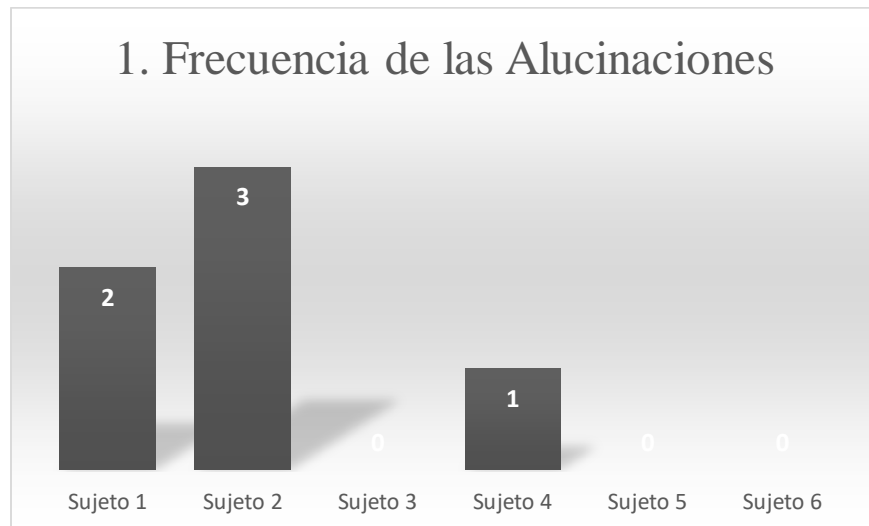
Alucinaciones auditivas

Ítems	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6
1. Frecuencia	2	3	0	1	0	0
2. Duración	1	2	0	2	0	0
3. Localización	4	1	1	4	0	0
4. Intensidad	1	2	3	2	0	0
5. Creencias sobre procedencia	1	4	1	4	0	0
6. Cantidad de contenido negativo	0	0	3	0	0	0
7. Grado de contenido negativo	0	4	1	0	0	0
8. Cantidad de angustia	1	2	3	0	0	0
9. Intensidad de la angustia	1	3	2	0	0	0
10. Trastorno	0	2	3	3	0	0
11. Control sobre las voces	4	0	4	2	0	0

Nota. Resultados de los 11 criterios que evalúan las alucinaciones auditivas.

Figura 2

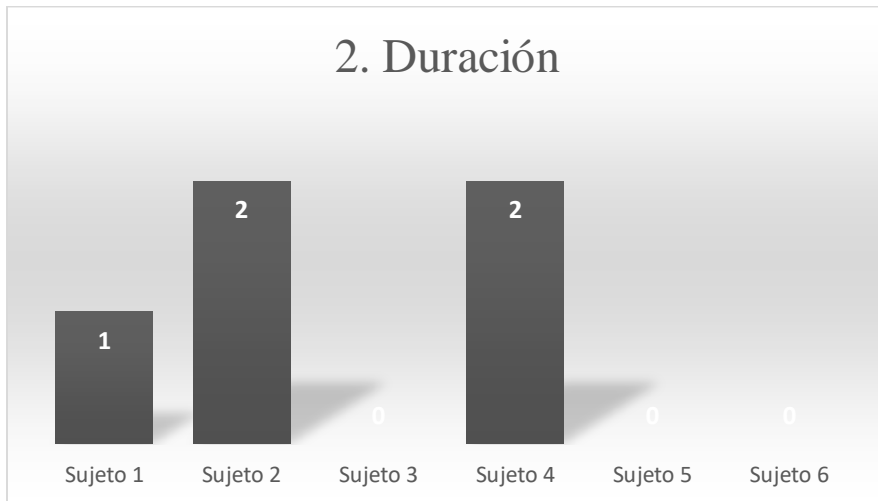
Frecuencia de las Alucinaciones



La grafica representa la frecuencia con que se presentan las alucinaciones en los pacientes, se observa que tres sujetos no presentan alucinaciones o se presenta menos de una vez a la semana, y tres sujetos, el sujeto 4, sujeto 1 y sujeto 2 las percibe con una frecuencia de una vez a la semana, una vez al día y una vez en una hora, respectivamente.

Figura 3

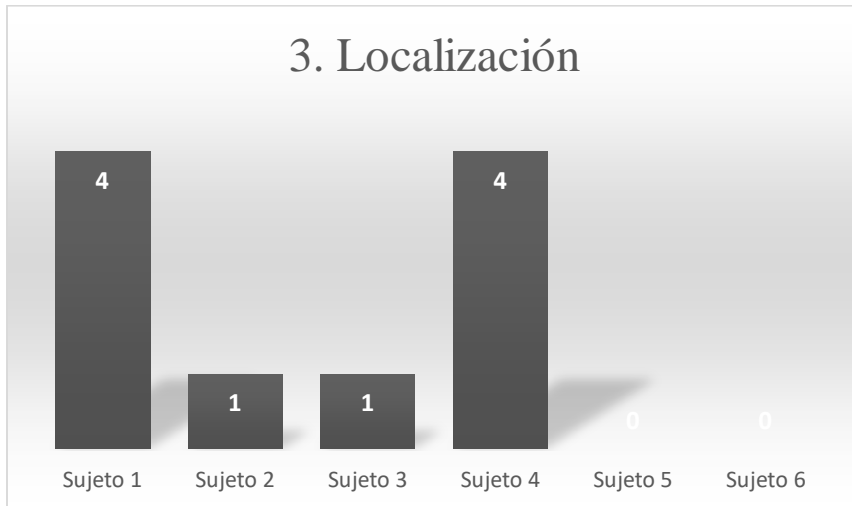
Duración



Se observa en la gráfica que la duración de las alucinaciones es poca, en tres sujetos no se presentan voces, en un sujeto las voces duran unos pocos segundos, son fugaces y en dos sujetos las voces duran unos pocos minutos.

Figura 4

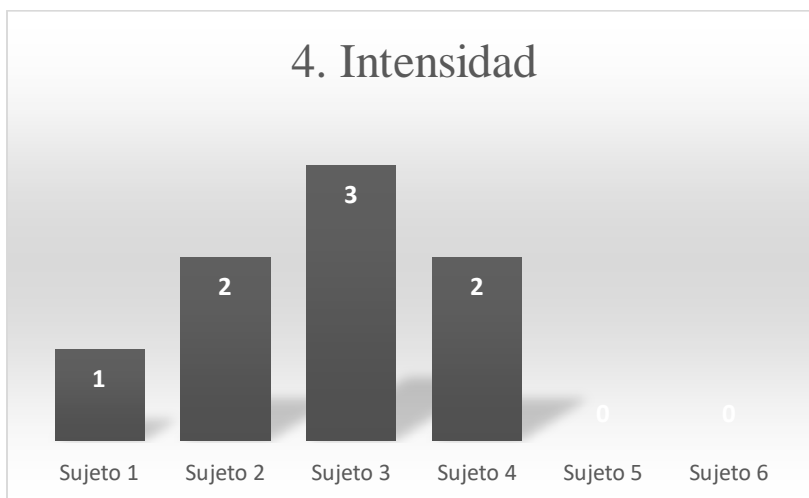
Localización



La grafica representa la localización de la alucinación, es decir, de dónde vienen las voces, en dos sujetos las voces no se presentan, en dos sujetos las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza y en los dos sujetos restantes las voces parecen estar solamente fuera de la cabeza.

Figura 5

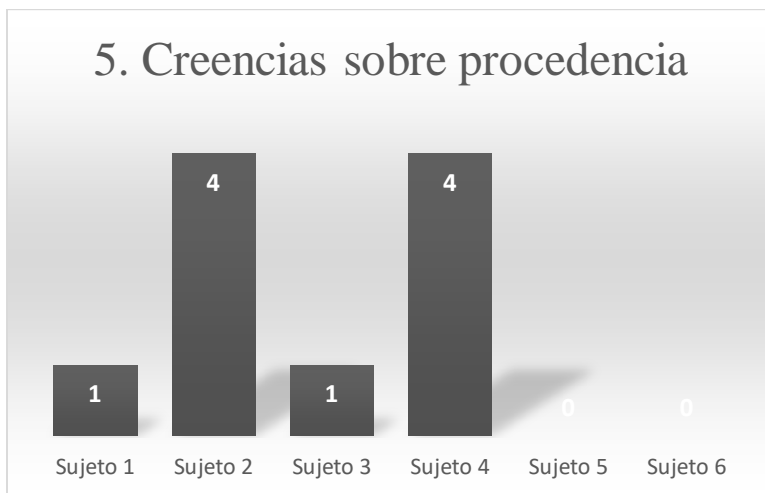
Intensidad



Con respecto a la intensidad de las alucinaciones, se observa que en dos sujetos las voces no se presentan, un sujeto escucha las voces más bajo que la propia voz, son susurros, dos sujetos escuchan más o menos de igual intensidad que la propia voz y un sujeto escucha con una intensidad más alta que la propia voz.

Figura 6

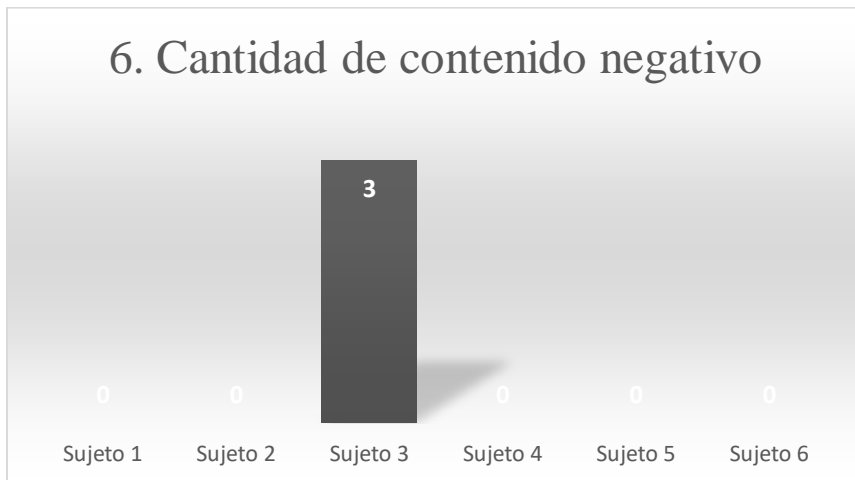
Creencias sobre la procedencia



La grafica evidencia la procedencia de las voces, dos sujetos no presentan voces, dos sujetos creen que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo y en dos sujetos creen que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción)

Figura 7

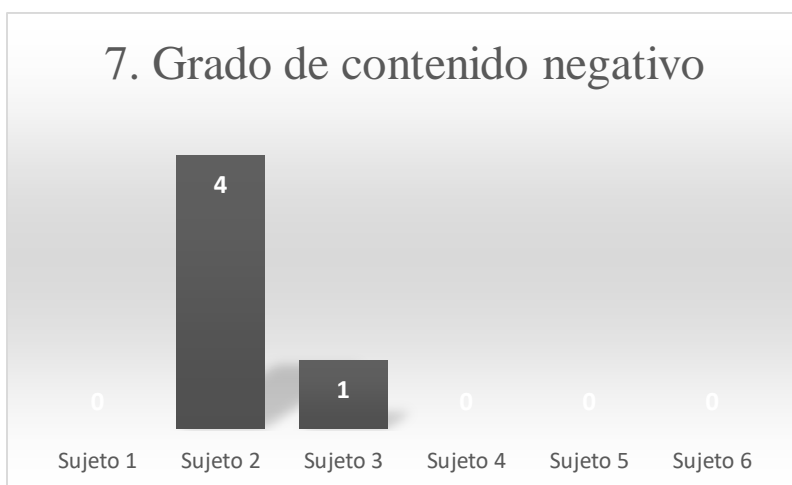
Cantidad de contenido negativo



El contenido negativo de las voces solo se presenta en un sujeto, en la mayoría (cinco sujetos) las voces no presentan contenido desagradable.

Figura 8

Grado de contenido negativo

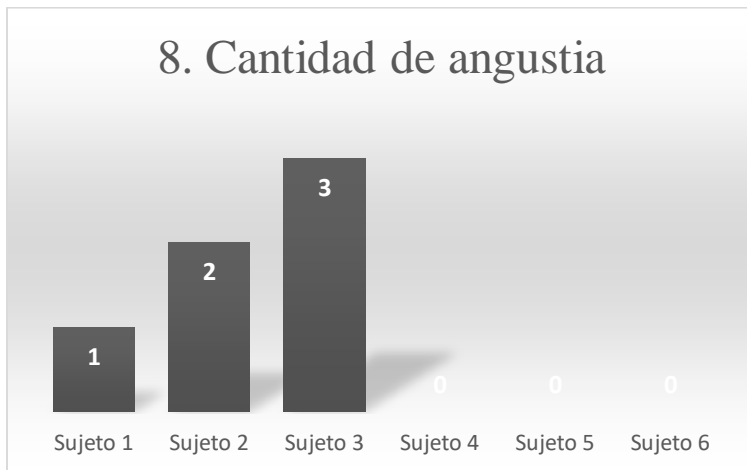


En cuanto al grado de contenido negativo, cuatro sujetos no presentan voces con contenido desagradable o negativo, en un sujeto las voces presentan algún grado de contenido negativo y en un sujeto el contenido de las voces son amenazas personales hacia él mismo, por

ejemplo, amenazas de hacerle daño a él o a la familia, órdenes extremas de dañarse a sí mismo o a otros e insultos personales.

Figura 9

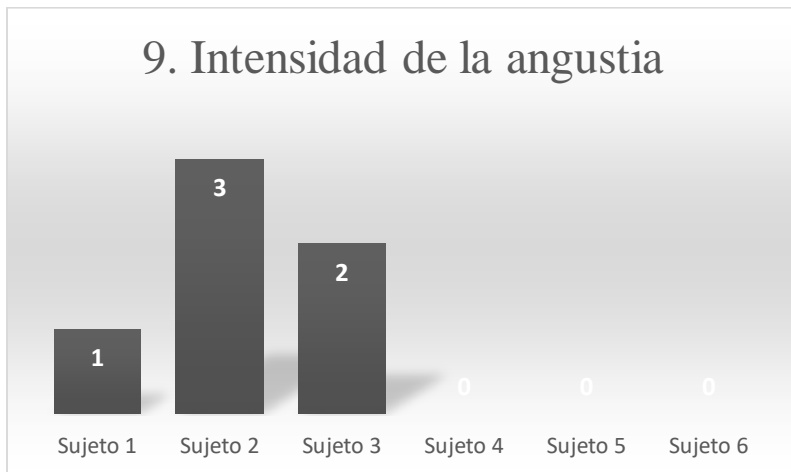
Cantidad de angustia



Se observa en la gráfica la cantidad de angustia que producen las voces, tres sujetos no presentan angustia, en un sujeto las voces a veces son angustiantes, pero la mayoría no lo son. (<10%), otro sujeto percibe la misma cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%) y un tercer sujeto menciona que la mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%)

Figura 10

Intensidad de angustia



Con referencia a la intensidad de la angustia percibida, tres sujetos mencionan que las voces no son muy angustiantes, un sujeto menciona que las voces son ligeramente angustiantes, para un segundo sujeto las voces son moderadamente angustiantes y un tercer sujeto menciona que las voces son muy angustiantes, aunque podría sentirse peor.

Figura 11

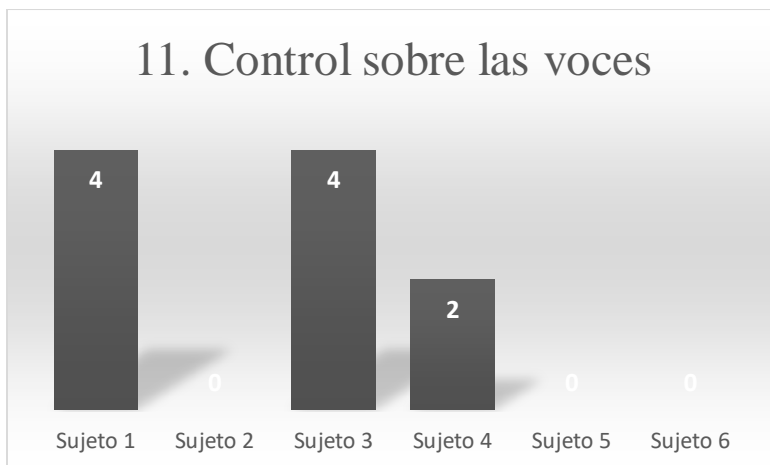
Trastorno



En relación con la afectación de estas voces en la vida diaria del sujeto, en tres sujetos las voces no producen un trastorno en la vida diaria, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades cotidianas, en un sujeto las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en su vida, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales y en dos sujetos las voces provocan un trastorno severo en sus vidas de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido, pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.

Figura 12

Control sobre las voces



La grafica evidencia el control que tiene los sujetos sobre las voces, tres sujetos creen tener control sobre las voces y pueden siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad; un sujeto cree que tiene algún control sobre las voces en la mitad de las veces que acurren y dos sujetos no tienen ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no pueden disminuirlas o aumentarlas.

Delirios. 4 de las 6 personas que participaron en la prueba, manifiestan tener delirios.

Tabla 6

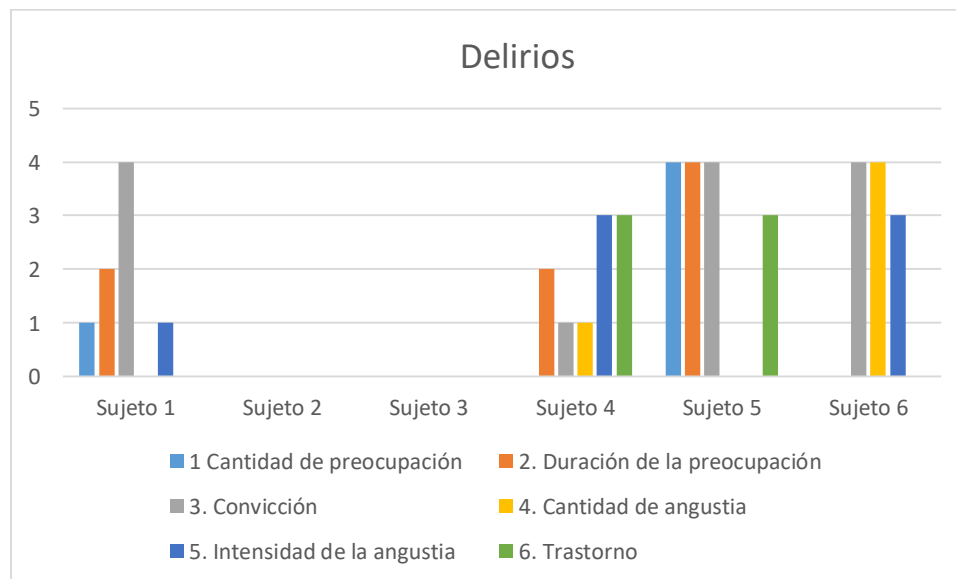
Delirios

Ítems	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6
1 Cantidad de preocupación	1	0	0	0	4	0
2. Duración de la preocupación	2	0	0	2	4	0
3. Convicción	4	0	0	1	4	4
4. Cantidad de angustia	0	0	0	1	0	4
5. Intensidad de la angustia	1	0	0	3	0	3
6. Trastorno	0	0	0	3	3	4

Nota. Resultados de los 6 criterios que evalúan los delirios.

Figura 13

Delirios



En cuanto a los delirios, en la gráfica se observa la presencia o no de los mismos en los pacientes y describe como se manifiestan, es decir, indica la frecuencia con que el sujeto piensa en sus creencias, el tiempo que invierte en pensar ellas, la convicción sobre su veracidad, si le

generan angustia o no al sujeto, así como la intensidad de dicha angustia y, finalmente, si estas creencias afectan la vida diaria del sujeto.

Para la presencia de delirios se observa que cuatro sujetos sí los presentan y dos sujetos no presentan delirios.

Con respecto a la frecuencia con que la persona piensa en sus creencias, solo un sujeto piensa una vez a la semana en ellas.

Con referencia al tiempo que invierten los sujetos en pensar en sus creencias, dos sujetos piensan en ellas varios minutos, un sujeto lo hace por varias horas a la vez y un sujeto no las piensa.

La convicción que tienen los sujetos sobre la veracidad de las creencias es alta: tres sujetos están 100% convencidos de su veracidad y un sujeto tiene muy poca convicción, menos del 10%.

Estos delirios no generan mucha angustia en los sujetos: dos de ellos no la presentan, un sujeto la percibe en pocas ocasiones y solo un sujeto siente angustia siempre. En cuanto a la intensidad, un sujeto la percibe de manera ligera y en dos sujetos provocan una marcada angustia.

En relación con la afectación de estas creencias en la vida diaria del sujeto, en dos de ellos las creencias no trastornan su vida; mantienen una vida independiente sin problemas en sus habilidades para la vida diaria, mientras que, en dos sujetos, las creencias provocan un trastorno severo en sus vidas, de forma que la hospitalización es normalmente necesaria. Y en un sujeto, las creencias provocan un completo trastorno en su vida diaria siendo necesario la hospitalización. El

paciente es incapaz de mantener cualquier actividad diaria y relaciones sociales. El autocuidado está gravemente trastornado.

Resultados Hinting Task. Este test, que evalúa el grado de construcción de teoría de la mente a través de historias que presentan insinuaciones o mensajes no literales que deben ser interpretados, fue aplicada tan solo a una persona, considerando que se esperaba continuar con la aplicación que fue interrumpida por la emergencia sanitaria.

Tabla 7

Hinting task

Sujeto 10	
Historia N°	Puntuación
1	1
2	1
3	0
4	0
5	1
6	
7	
8	
9	
10	

Nota. Solo se puntuaron aquellas respuestas que el sujeto respondió.

El sujeto presentó dificultades en la atención y en la motivación para continuar con el ejercicio, razón por la cual solo pudo realizar 5 preguntas de las 10 que componen el cuestionario. Las respuestas tienen una puntuación de 2 si la persona logra inferir el mensaje implícito, 1, si logra inferirlo con una segunda insinuación aún más obvia, y 0 si no responde acertadamente. Así pues, el sujeto tan solo consiguió puntuar un punto en tres preguntas,

mientras que, en las dos restantes, no puntuó, con lo cual se evidencia su pobre construcción de teoría de la mente.

Aplicación de los módulos

Cada uno de los módulos consiste en una presentación en PowerPoint acerca de un tema del programa. En principio, se esperaba realizar la totalidad de los módulos, dadas las circunstancias, se alcanzaron a aplicar dos de ellos: Estilo de atribuciones y Salto a conclusiones. Al primero de estos, se le realizó una adaptación, de tal manera que se conservara la estructura y contenidos tanto como fuera posible y que se modificaran aquellos ejemplos de la vida cotidiana que no correspondieran con la realidad social y cultural de la población objetivo. Este mismo criterio se aplicó para la modificación de expresiones y de imágenes con el fin de que fuera más inteligible y didáctico. Se modificó asimismo el diseño para mejorar la atención. Tales modificaciones se evidencian en la figura 14 (ejemplo de diapositiva original del módulo) con respecto a la figura 15 (ejemplo de diapositiva adaptada). En el segundo módulo, buscando optimizar el tiempo disponible, la adaptación estuvo enfocada principalmente en el lenguaje, dejando en un segundo plano la adaptación visual. No obstante, esta reducción en las modificaciones disminuyó, a su vez, la atención y la motivación de las personas, por lo cual se recomienda, en futuras intervenciones, continuar realizando las modificaciones necesarias en los siguientes módulos.

Figura 14

Ejemplo de diapositiva original

Atribución: Acusar y Atribuirse el Mérito

Atribución = inferir causas sobre eventos (por ejemplo, acusar a otros o atribuirse el mérito a uno mismo)

Frecuentemente obviamos la posibilidad de que un mismo evento puede tener distintas causas.

¿Qué causas pueden haber contribuido a la siguiente situación?

Un amigo falta a una cita con usted.

Nota. En la práctica clínica se pudo observar que palabras como *inferir*, *eventos*, *obviamos*, que no son comunes en el habla popular, pueden afectar la comunicación, por lo que fueron reemplazadas por expresiones más habituales.

Figura 15

Diapositiva adaptada

ATRIBUCIÓN: ACUSAR Y ATRIBUIRSE EL MÉRITO

Atribución = buscar la causa de algo que pasó (por ejemplo, acusar a otras personas o darse el mérito a uno mismo)

Muchas veces olvidamos que una situación puede tener varias causas.

¿Cuáles son las causas de la siguiente situación?:

"Una persona quedó en venir a verme y no vino."

Nota. Se conserva la situación puesta como ejemplo modificando las expresiones y el contexto en el cual ocurre, más cercanos a la realidad de los usuarios.

El primer módulo abordó un tema central para el fortalecimiento de la metacognición y que es característico en la esquizofrenia: el estilo de atribución, que se refiere a la tendencia a atribuir apresuradamente un evento a ciertas causas sin considerar las diversas posibilidades. Esto es relevante debido a que ciertos sucesos relacionados con la psicosis tienden a ser atribuidos a otras personas o situaciones por parte del paciente en lugar de sí mismo. Las adaptaciones fueron importantes porque sirvieron para aproximar los ejemplos que se presentan en los módulos a la realidad de los pacientes y a su situación actual de hospitalización. Asimismo, era importante hacer un ajuste de las palabras, pues en la práctica clínica se suele observar que algunos pacientes desconocen palabras que podrían considerarse comunes para el investigador, por lo que se hace necesario buscar las palabras más sencillas posibles en la intervención. También se hicieron modificaciones en las fotografías y el diseño, todo con el fin de aproximar la presentación a algo que pudiera ser fácilmente identificado por los pacientes y que fuera agradable.

Igualmente, fue importante considerar la forma en que se iban a presentar los módulos, debido a los distintos factores que dificultan estos ejercicios. Factores relacionados a las diversas características de los pacientes, considerando además que se integraron a la intervención todos los pacientes con esquizofrenia, debido a que las intervenciones fueron grupales y se presentaron casos de pacientes que quisieron participar, teniendo en cuenta que comparten el mismo espacio y que los contenidos resultan útiles para cualquier condición psicológica. El trabajo con el conjunto de participantes implicaba dirigir el grupo, sostener la atención, motivación, emociones, dinámica grupal y muy especialmente las capacidades cognitivas, considerando los diversos niveles de afectación de la misma y de la organización de la realidad.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la presentación fue adelantada satisfactoriamente, manteniéndose la atención y motivación hasta el final, así como la comprensión de gran parte del contenido, se fortaleció la intervención con la participación de los asistentes, contando historias personales relacionadas con el tema. Es destacable que las personas hayan podido hablar abiertamente de sus experiencias y examinarlas a la luz del tema desarrollado ya que se espera que puedan abordar cognitivamente los sesgos que mantienen sus delirios y alucinaciones. No obstante, se observó una notable diferencia de acuerdo al nivel de gravedad de la esquizofrenia, de modo que, las personas más conscientes y organizadas en su pensamiento eran más receptivas del contenido y de la comprensión del mismo, mientras que para las personas con un pensamiento muy desorganizado o un deterioro cognitivo importante era más difícil.

El segundo módulo abordó el tema de salto a conclusiones, que se refiere a otra característica habitual en casos de esquizofrenia, referida a la tendencia a precipitarse a establecer conclusiones para explicar alguna situación. El módulo explica la importancia de hacer una pausa e indagar por las diversas explicaciones que se pueden establecer y a no caer en la explicación que trae consigo sesgos indeseables y que distorsionan la realidad. En este módulo, la adaptación estuvo enfocada principalmente en el lenguaje, dejando en un segundo plano la adaptación visual. Estas modificaciones, según se observó en las variaciones en los dos módulos en cuanto a la cantidad de adaptaciones, podrían tener un impacto en la atención y motivación en las personas, toda vez que, en el primero, en el cual se realizaron más adaptaciones didácticas, los pacientes participaron más y permanecieron por más tiempo en la sesión. Sin embargo, estas conductas no han sido monitoreadas a través de cuestionarios o

entrevistas al finalizar las sesiones, lo cual hubiera sido deseable para soportar estas observaciones.

Análisis

Los datos arrojados en la evaluación, ofrecen una idea, del grado de gravedad del trastorno en los distintos pacientes, siendo además una representación de la situación de los demás pacientes con esquizofrenia de la institución. Como se ha mostrado, el ICG-EQ revela que los pacientes presentan síntomas significativos y marcados de enfermedad y discapacidad, considerando además que otros pacientes se encuentran en el nivel superior de la escala. No obstante, el entorno seguro y el tratamiento recibido en la clínica hacen que los síntomas no se manifiesten como se podrían manifestar por fuera de la clínica.

En cuanto a los resultados del PSYRATS, se ha mostrado la prevalencia de las alucinaciones auditivas en los sujetos evaluados, destacándose la ubicación de las alucinaciones, creencias sobre la procedencia, contenido negativo y control de las voces. Igualmente, los delirios han aparecido en buena parte de las pruebas, destacándose el grado de convicción del delirio, grado de preocupación y angustia, así como en un grado de trastorno importante de la vida diaria. Esta prueba, indicada para medir la cognición en los estados de psicosis, estaría indicada también para evaluar el grado de eficacia del tratamiento una vez finalizado, en condiciones de normalidad sanitaria, por lo que se esperaría que los distintos puntajes de la evaluación se redujeran.

La evaluación Hinting Task, en su única aplicación, presentó dificultades para su realización, al parecer por el grado de cognición requeridas, afectando la motivación y atención, por lo cual se podría advertir que las personas que presenten un mayor déficit cognitivo podrían

tener mayores dificultades para su realización. Por esta razón, sería importante considerar ajustes del lenguaje y en las historias como se propone en este proyecto. En cuanto al resultado, este sugiere dificultades en la construcción de la teoría de la mente por parte del paciente, debido a las dificultades evidenciadas para interpretar mensajes no explícitos. Se puede considerar, en futuras intervenciones, aplicar la versión resumida, propuesta en la adaptación de Gil, Fernández-Modamio, Bengochea y Arrieta (2012), para reducir este inconveniente.

En cuanto a los módulos, sería recomendable poder aplicarlos en su totalidad en una posterior intervención, tal como se tenía previsto, con el fin de evaluar el impacto de la aplicación integral del programa, identificando la retención de lo aprendido y su impacto en los síntomas, aplicando las pruebas de evaluación postest. También es importante considerar las distintas expectativas de mejoría según la gravedad de los casos, pues se observa una diferencia considerable en la recepción y comprensión de la información, de acuerdo al grado de organización del pensamiento de los pacientes.

En relación a las diferencias cognitivas y actitudinales, es importante resaltar la voluntad y disposición de la mayoría de los pacientes para realizar las actividades y seguir las instrucciones, si bien quedan algunas pocas personas con síntomas negativos severos que se han abstenido de participar. En este proceso, ha sido muy valioso el aprendizaje en relación a distintos aspectos como el rapport, la contención emocional y el fortalecimiento de la confianza.

Se observó que algunas personas estaban más dispuestas a comunicarse que otras, participando en la actividad con preguntas, así como a algunas les quedaba más fácil comprender los contenidos y tenían facilidad para abordar los síntomas positivos, sin embargo, había otros que no tenían interés en participar, o no parecían comprender el contenido. Algunos pacientes, tienden a sentirse identificados con sus distorsiones cognitivas y delirios. No obstante, las

personas con síntomas menos severos tenían la capacidad de comprender cómo sus sesgos estaban relacionados con los temas presentados. Sin embargo, durante la interacción con algunos pacientes considerados graves, se dieron momentos inesperados durante los cuales estos pudieron referirse, de forma crítica y consciente, sobre sus síntomas y organizar mejor sus ideas, lo cual indica que un estudio más detallado podría indicar qué estrategias y qué temas dentro del tratamiento metacognitivo serían más oportunas para los distintos casos en que se presenta el diagnóstico. Se sugiere además que se podría mejorar en recursos que favorezcan la motivación sostenida y la atención, centrados en la didáctica, por ejemplo, involucrando dinámicas dentro de los módulos que afiancen los contenidos, la participación y la apropiación de los conceptos mediante la incorporación en sus historias personales, así como insistir en la participación y apropiación de la información.

Conclusiones

Con la aplicación de los módulos del programa de entrenamiento metacognitivo, se logró una aproximación significativa de esta estrategia terapéutica, que permitió identificar algunas características relacionadas con su pertinencia terapéutica, en particular, su intervención sobre los estilos de atribución y los saltos a conclusiones, que fueron los temas abordados en los módulos realizados.

Así pues, fue significativa la disposición observada en los pacientes a asistir y participar en los módulos por medio de preguntas y al igual que para referirse a sus experiencias personales. Algunos participantes también manifestaron algún grado de comprensión de los temas. Sin embargo, estos indicios no han podido verse reflejados en resultados cuantificables en la reducción de los síntomas por las razones expuestas relacionadas con la emergencia sanitaria. Se espera que esta propuesta pueda ser desarrollada más adelante en su totalidad, bien

sea como proyecto aplicado o en el marco de un ejercicio de investigación, con lo cual se podría establecer, no solo la pertinencia, sino además, la eficacia del programa en su totalidad, con una evaluación postest.

La aplicación de las pruebas de evaluación permitió evaluar la gravedad de los síntomas en general, la presencia e intensidad de las alucinaciones auditivas y los delirios, así como tener una primera aproximación al cuestionario Hinting Task.

Se corroboró la pertinencia del índice ICG-ESQ para la evaluación de la gravedad de la esquizofrenia. Es destacable que los resultados inferidos a partir de la entrevista pueden ser contrastados por los profesionales de salud de la clínica, lo que hace que los resultados sean más confiables, así como la sencillez con la que se puede identificar el grado de gravedad de los diversos grupos de síntomas.

Con la escala PSYRATS se logró evaluar el estado actual de los delirios y alucinaciones auditivas desde distintitos criterios. No obstante, podría resultar de utilidad hacer unos mínimos ajustes en los términos que se usan en el instrumento con el fin de que sean más entendibles las preguntas para los pacientes. Igualmente, es recomendable aplicar la prueba con el apoyo de una entrevista semiestructurada, con el fin de inferir algunas respuestas, debido a que algunos pacientes no asimilan ciertas experiencias cognitivas como síntomas psicóticos.

La aplicación del instrumento Hinting Task a un sujeto no es suficiente para arrojar resultados concluyentes. En todo caso, se pudo observar su utilidad para identificar las dificultades en la construcción de la teoría de la mente del sujeto, por medio de las inferencias desarrolladas a partir de los mensajes no explícitos de las historias. Se encontró necesario adaptar

algunas historias del instrumento a situaciones y términos que puedan distinguir los pacientes, con el fin de fortalecer así la motivación y atención.

Asimismo, se adaptaron los módulos a aplicar según las necesidades de la población, recursos y limitaciones relacionadas con la emergencia sanitaria del COVID-19, estas adaptaciones se enfocaron en conservar la estructura y contenidos, modificando aquellos ejemplos de la vida cotidiana que no correspondieran con la realidad social y cultural de la población objetivo. También se modificaron aspectos de diseño e imágenes con el fin de que fuera más inteligible y didáctico. En el segundo módulo, la adaptación estuvo enfocada principalmente en el lenguaje, dejando en un segundo plano la adaptación visual. Estas modificaciones, según se observó en las variaciones en los dos módulos en cuanto a la cantidad de adaptaciones, podrían tener un impacto en la atención y motivación en las personas, toda vez que, en el primero, en el cual se realizaron más adaptaciones didácticas, los pacientes participaron más y permanecieron por más tiempo en la sesión. Sin embargo, estas conductas observadas, deberían ser analizadas durante el programa completo y monitoreadas, preferiblemente a través de cuestionarios o entrevistas al finalizar las sesiones.

Finalmente, el análisis de los resultados de la evaluación y la aplicación de los módulos sugieren que, aunque no se ha podido corroborar por las razones mencionadas, los contenidos del programa pueden ayudar a reducir los delirios y alucinaciones, en base a la evidencia aquí presentada y a la aproximación que este proyecto ha realizado del programa, toda vez que los pacientes han sido receptivos, han participado demostrando comprensión y, algo a destacar, han tenido la apertura para referirse a sus síntomas y a cuestionarlos, sin que esto haya sido motivo de vergüenza o perturbación.

Se espera que esta propuesta pueda ser aplicada en la institución como una alternativa cognitiva para la intervención psicológica de la esquizofrenia. Igualmente, se espera que los hallazgos sean significativos como punto de partida y referencia para posteriores estudios e implementaciones de programas de entrenamiento metacognitivo en su totalidad, con el fin de observar resultados concluyentes, esperando alcanzar mejoras duraderas en la calidad de vida de esta población.

Referencias

Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás, 4,151- 172.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Bagney, A. (2015). Cognición y Síntomas Negativos en la Esquizofrenia (tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid, España.

Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(5), 219–226. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.03.004>

Benavides-Portilla M., Beitia-Cardona P. y Osorio-Ospina C. (2016). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Rev Inv Salud UB.*;3(2):146-160

Clinical Neuropsychology Unit, University Medical Center Hamburg-Eppendorf. (s.f.). Entrenamiento Metacognitivo para Pacientes con Esquizofrenia (EMC). ¿Por qué otro programa de entrenamiento cognitivo? Hamburgo. Alemania. University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Recuperado de <https://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-spanish/>

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. <http://doi.org/10.1002/jclp.22147>lavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In *The nature of intelligence* (pp. 231–235).

- Flavell, J. (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring. A New Area of Cognitive Developmental Inquiry. *American Psychologist*, Vol. 34, No. 10,906-911.
https://www.google.com/url?q=https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906&sa=D&source=hangouts&ust=1600035430196000&usg=AFQjCNGfP8_JRfYxBjdZBczpbW9jWPLaZw
- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 79–88. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.11.004>
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher E. (1999) Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*,29(4):879-889. doi:10.1017/s0033291799008661
- Haro J.M. et al. (2003). ICG-ESQ. Escala de impresión clínica global. Versión esquizofrenia. Guía de usuario. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* (416):16-23.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --). México D.F.: McGraw-Hill.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 341–345. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.341>
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM y Schultze-Lutter F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 58:158-164.

- Lozano, J. (2002) Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. *Offarm*, Vol 21
NÚM 9 SP -104 EP - 114. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etiotopogenia-sintomas-tratamiento-esquizofrenia-13038007>.
- Lucangeli, D., Galderisi, D. & Cornoldi, C. (1995) Specific and General Transfer Effects
Following Metamemory Training. *Learning Disabilities Research & Practice*, 10, 11-21.
- Mahagamage, D. S. (2015). Entrenamiento Metacognitivo en el manejo de los sesgos cognitivos en
personas con trastornos psicóticos.
- Ministerio de la Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP (2012-2021).
Bogotá: Ministerio de la Protección Social; (2012).
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn. F., Köther, U. & Woodward, T. S. (2013). Metacognitive
training in schizophrenia: Theoretical rationale and administration. In D. L. Roberts & D.
L. Penn (Eds.), *Social cognition in schizophrenia. From evidence to treatment* (pp. 358-
383). New York, NY: Oxford University Press.
- 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. <http://doi.org/10.1017/S0033291710002618>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D. F. & Andresen, B. (2007a). Attributional
style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently
paranoid patients. *Cognitive Research & Therapy*, 31, 371-383.

Novella, E. y Hurtas, R. (2010). El síndrome de kraepelin-bleuler-schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*. Vol. 21, n°3, - Págs. 205-219. DOI: 10.5093/cl2010v21n3a1

Organizacion Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental (2013-2020). Ediciones de la OMS. Ginebra, Suiza

Organización Mundial de la Salud (2018). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). 10ª Revisión. Edición de 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Organización Mundial de la Salud (2019). Esquizofrenia. Ginebra, Suiza: ediciones de la OMS. Recuperado de <https://www.google.com/url?q=https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia&sa=D&source=hangouts&ust=1600039038741000&usg=AFQjCNE4kyYfTRjb5jPI61F69VGHNfhTKw>

Ortuño, F. (2008). Esquizofrenia. EUNSA. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unadsp/detail.action?docID=5513759>.

Osses Bustingorry, Sonia, & Jaramillo Mora, Sandra. (2008). Metacognición: un camino para aprender a aprender. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 34(1), 187-197. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052008000100011>

Pankowski D, Kowalski J y Gawęda L. (2016). The effectiveness of metacognitive training for patients with schizophrenia: A narrative systematic review of studies published between 2009 and 2015. *Psychiatr Pol*. 50(4): 787-803. doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59113>.

Román, M. (s.f.). Guía práctica para el diseño de proyectos sociales. CIDE. Recuperado de <https://www.biblioteca.org.ar/libros/88594.pdf>

Ros, Ricarte y Hernández (2014). Tratamiento de los trastornos psicóticos: nuevas terapias cognitivas y aportaciones de la experiencia autobiográfica, Difusora Larousse - Ediciones Pirámide, ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unadsp/detail.action?docID=4909751>.

Silva, H. y Jerez S. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5. Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología. Psiquiatría y Neurocirugía. Chile. Recuperado de: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

Tamminga, C. (2018). *Esquizofrenia*. Kenilworth, Estados Unidos: Merck Sharp & Dohme Corp. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

Telles-Correia, D., Barbosa-Rocha, N., Gama-Marques, J., Moreira, A., Alves-Moreira, C., Saraiva, S., Haddock, G. (2017). Validación de la versión en portugués de la Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(2), 56-61. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/-1/ESP/19--1-ESP-56-61-157174.pdf>

Uribe, D, Gómez, M y Arango, O. (2010). Teoría de la mente: una revisión acerca del desarrollo del concepto. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, vol. 1, No 1, pág. 28-37. Recuperado de <tps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123758>

Valenzuela, A. (2019). ¿Qué hay de nuevo en la metacognición? Revisión del concepto, sus componentes y términos afines. *Educ Pesqui.*, São Paulo, vol. 45, e187571. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201945187571>

Anexos

Anexo 1. ICG-ESQ. Escala de impresión clínica global. Versión esquizofrenia. Guía de usuario

Generalidades

La ICG-ESQ es una medida sencilla para evaluar la gravedad de la enfermedad y el grado de mejora en la esquizofrenia.

La ICG-ESQ ha sido diseñada para evaluar los diferentes grupos de síntomas (positivos, negativos, cognitivos y depresivos) que están presentes en la esquizofrenia y la gravedad global de la enfermedad.

La ICG-ESQ puede ser utilizada en ensayos clínicos para evaluar en qué grado un tratamiento, o combinación de tratamientos, ha sido efectivo para la esquizofrenia o para cada uno de sus grupos de síntomas. Cuando se use la ICG-ESQ para evaluar el efecto de un tratamiento, la ICG-ESQ deberá ser aplicada antes y después de cada medicación o ensayo terapéutico.

La escala debe ser aplicada después de realizar una entrevista clínica. Las puntuaciones deben basarse, no sólo en la información procedente de la entrevista clínica, sino también en toda otra información disponibles.

Grupos de evaluaciones

Hay dos grupos de evaluaciones y cinco dimensiones para cada puntuación.

Los grupos de evaluaciones son:

Gravedad de la enfermedad: Evaluar la gravedad de la enfermedad en la semana anterior.

Grado de cambio: Evaluar el grado de cambio (mejoría o empeoramiento) comparando con la semana anterior de iniciar el tratamiento actual.

Las dimensiones para cada evaluación son:

Dimensión	Contenido
Síntomas positivos	Representan un funcionamiento mental anormal (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra, grandiosidad)
Síntomas negativos	Representan un déficit de una función mental que normalmente está presente (p.e. aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, retraimiento emocional, contacto pobre)
Síntomas depresivos	Tristeza, ánimo depresivo o desesperanza.
Síntomas cognitivos	Deterioro de atención, concentración o memoria, desorganización conceptual, dificultades en el pensamiento abstracto, pensamiento estereotipado.
Gravedad global	Considerar la gravedad de los síntomas y la interferencia para el funcionamiento.

Para los primeros cuatro apartados (síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos), la evaluación debe centrarse en la gravedad de los síntomas solamente. Para la puntuación ‘gravedad global’, deben considerarse tanto la gravedad de los síntomas como su interferencia para el funcionamiento.

Puntos de anclaje

Gravedad de la enfermedad.

1	Normal, no enfermo	Normal, no enfermo absolutamente
2	Mínimamente enfermo	Pocos o leves síntomas de enfermedad con funcionamiento adecuado o muy poca interferencia en las tareas habituales u ocupacionales del paciente. ¹
3	Medianamente enfermo	Bajo nivel de síntomas de la enfermedad con poco deterioro en las tareas sociales u ocupacionales usuales del paciente. ¹
4	Moderadamente enfermo	Algunos síntomas prominentes con alguna interferencia en el nivel de funcionamiento diario. ¹
5	Marcadamente enfermo	Significativos síntomas de enfermedad con importante interferencia en las tareas habituales del paciente. ¹
6	Gravemente enfermo	Síntomas de enfermedad muy marcados. El paciente es incapaz de funcionar en la mayoría de áreas de actividad diaria. ¹
7	Entre los pacientes más graves	Síntomas de enfermedad extremos. El paciente está completamente incapacitado y requiere un cuidado extra y supervisión. ¹

Grado de cambio.

1	Muchísimo mejor	Del todo bien o casi del todo bien, síntomas residuales mínimos; muy buen nivel de funcionamiento; representa un cambio muy sustancial. ²
2	Mucho mejor	Bastante mejor con reducción significativa de síntomas, pero algunos síntomas permanecen; incremento en el nivel de funcionamiento. ²
3	Mínimamente mejor	Ligeramente mejor con pequeña o ninguna reducción clínicamente significativa de síntomas. Representa muy poco cambio en el estado clínico básico, nivel de cuidado o capacidad de funcionamiento. ²
4	Sin cambios	Los síntomas permanecen básicamente igual.
5	Mínimamente peor	Ligeramente peor no clínicamente significativo; representa un muy pequeño cambio en el estado clínico básico o capacidad funcional. ²
6	Mucho peor	Claramente peor con incremento significativo de síntomas y pérdida de funcionamiento en varias áreas de funcionamiento social u ocupacional habitual. ²
7	Muchísimo peor	Marcadamente peor con gran exacerbación de síntomas y pérdida del funcionamiento. ²
9	No aplicable	No existe evaluación previa o no hay información acerca del estado anterior. ²

Cuando se evalúe el grado de cambio, dar más peso al estado actual (el nivel más reciente de los síntomas) que a la magnitud de mejoría. Por ejemplo, si el paciente está del todo bien, puntuar el cambio como (1) Muchísimo mejor, independientemente de la gravedad inicial de los síntomas.

Escala de Impresión Clínica Global – Versión Esquizofrenia (ICG-ESQ)

I. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Considerando su experiencia clínica total con pacientes con esquizofrenia, ¿en qué grado ha estado enfermo el paciente durante la última semana?

	Normal, no enfermo	Minimamente enfermo	Medianamente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Gravemente enfermo	Entre los pacientes más graves
<u>C1. Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C2. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia o anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C3. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C4. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C5. GRAVEDAD GLOBAL</u>	1	2	3	4	5	6	7

II. GRADO DE CAMBIO

Comparado con la evaluación previa*, ¿cuánto ha cambiado el paciente? Evalúe la mejora independientemente de si es o no, en su juicio, debida totalmente al tratamiento.

	Muchísimo Mejor	Mucho Mejor	Mínimamente mejor	Sin cambios	Mínimamente peor	Mucho peor	Muchísimo peor	N/A
<u>6 Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra,)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>7. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia, alogia)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>8. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo depresivo o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>9. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención,	1	2	3	4	5	6	7	9

concentración o memoria)

10. GRAVEDAD GLOBAL 1 2 3 4 5 6 7 9

Anexo 2. Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)

Alucinaciones

Instrucciones generales. La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitación de detalles específicos que tengan en cuenta diferentes dimensiones de las alucinaciones auditivas. Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay dos excepciones para esto, por ejemplo, cuando se pregunta sobre las creencias que tienen que ver con las causas de las voces, se valoran las respuestas de los pacientes basadas en lo que ellos creen en el momento de ser entrevistados. La intensidad de las voces también sería valorada de acuerdo con la intensidad de las voces en el momento de la entrevista o en el último momento en el que el paciente la experimentó.

Criterios de puntuación.

1. Frecuencia

¿Con qué frecuencia escuchas voces? (ej. cada día, a lo largo de todo el día).

- 0. Las voces no se presentan o se presenta menos de una vez a la semana.
- 1. Las voces ocurren al menos una vez a la semana.
- 2. Las voces ocurren al menos una vez al día.
- 3. Las voces ocurren al menos una vez a la hora.
- 4. Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, por ejemplo, sólo paran unos pocos segundos o minutos.

2. Duración

¿Cuánto tiempo duran las voces? (ej. pocos segundos, minutos, todo el día).

- 0. Las voces no se presentan.
- 1. Las voces duran unos pocos segundos, son fugaces.
- 2. Las voces duran unos pocos minutos.
- 3. Las voces duran al menos una hora.
- 4. Las voces duran cuatro horas a la vez.

3. Localización

Cuándo escuchas las voces ¿De dónde te parece que vienen? ¿De dentro de tu cabeza o de fuera de tu cabeza? Si te parece que vienen de fuera de tu cabeza, ¿de dónde te parece que vienen?

- 0. Las voces no se presentan.
- 1. Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza.
- 2. Las voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos o cara. Las voces también pueden estar dentro de la cabeza.

3. Las voces parecen como si estuvieran dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza lejos de los oídos.
4. Las voces parecen estar solamente fuera de la cabeza.

4. Intensidad

¿Son muy fuertes esas voces? ¿Las escuchas más fuerte que tu propia voz o son más débiles, como un susurro?

0. Las voces no se presentan
1. La intensidad de las voces es más baja que la propia voz, son susurros.
2. Más o menos de igual intensidad que la propia voz.
3. Más alta que la propia voz.
4. Extremadamente alta, gritan.

5. Creencias sobre la procedencia de las voces

¿Qué crees que causa las voces? ¿Son producidas por ti o por otras personas o factores externos?

Si el paciente expresa un origen externo: ¿En qué medida crees que tus voces son causadas por..... (añade la atribución del paciente) en una escala de 0 a 100, donde 100 es que estás totalmente convencido, que no tienes dudas y 0 que no estás convencido?

0. Las voces no se presentan.
1. El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo.
2. El paciente mantiene una convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas.
3. El paciente mantiene una convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas.
4. El paciente cree que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción).

6. Cantidad de contenido negativo de las voces.

¿Las voces te dicen cosas desagradables o negativas? ¿Cómo qué cosas te dicen las voces? Dame un ejemplo (registra los ejemplos) ¿Cuántas veces las voces te dicen ese tipo de cosas desagradables o negativas?

0. Las voces no presentan un contenido desagradable.
1. Presentan ocasionalmente un contenido desagradable.
2. Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%).
3. La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más).
4. El contenido de todas las voces es desagradable y negativo.

7. Grado del contenido negativo.

(Valorar usando los criterios sobre una escala, pidiéndole al paciente que los detalle más si es necesario).

0. Las voces no presentan un contenido desagradable o negativo.
1. Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia, por ejemplo, palabrotas o comentarios no dirigidos al yo ("el lechero es peligroso").
2. El contenido de las voces son insultos personales, comentarios sobre la conducta, por ejemplo, "no deberías hacer esto", "no digas esto".
3. El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto, por ejemplo, "perezoso", "feo", "loco", "pervertido".
4. El contenido de las voces son amenazas personales hacia él mismo, por ejemplo, amenazas de hacerle daño a él o a la familia, órdenes extremas de dañarse a sí mismo o a otros e insultos personales como en el ítem número 3.

8. Cantidad de angustia.

¿Esas voces te dan angustia? ¿Con qué frecuencia?

0. Las voces no son tan angustiantes.
1. Las voces a veces son angustiantes, pero la mayoría no lo son. (<10%)
2. Hay la misma cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%)
3. La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%)
4. Las voces son siempre angustiantes.

9. Intensidad de la angustia.

Cuando las voces son angustiantes, ¿cuánta angustia te causan? ¿Poca, más o menos, o mucha?, ¿Son las más angustiantes que hayas tenido?

0. Las voces no son muy angustiantes.
1. Las voces son ligeramente angustiantes.
2. Las voces son moderadamente angustiantes.
3. Las voces son muy angustiantes, aunque podría sentirse peor.
4. Las voces son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor.

10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente.

¿Las voces afectan mucho tu vida diaria? ¿Las voces te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Afectan tus relaciones con amigos o familiares? ¿No dejan que te cuides a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las voces no producen un trastorno en la vida diaria del paciente, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades cotidianas.
1. Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales y familiares, es capaz de mantener vida independiente sin apoyo.
2. Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.
3. Las voces provocan un trastorno severo en la vida del paciente de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.
4. Las voces provocan un completo trastorno en la vida diaria del paciente requiriendo hospitalización. Es incapaz de mantener actividades y relaciones sociales. El autocuidado está también gravemente trastornado.

11. Control sobre las voces.

¿Crees que tienes control sobre las voces para que ocurran? ¿Puedes disminuir o aumentar las voces?

0. El paciente cree que tiene control sobre las voces y puede siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad.
 1. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces en la mayoría de las ocasiones.
 2. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces.
 3. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces pero solo ocasionalmente. La mayoría de las veces el paciente experimenta voces incontrolables.
 4. El paciente no tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas o aumentarlas.

Delirios

Instrucciones generales. La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitar detalles específicos que tengan en cuenta diferentes dimensiones de las creencias delirantes. Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay una excepción para esto. Cuando valoramos la convicción, preguntar al paciente su convicción en el momento de la entrevista.

Criterios de puntuación.

1. Cantidad de preocupación sobre los delirios.

¿Con qué frecuencia piensas en esas creencias? (todo el tiempo, diariamente, semanalmente, etc.)

0. El paciente no refiere delirios o refiere pensar en ellos menos de una vez a la semana.
1. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la semana.
2. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez al día.
3. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la hora.
4. El paciente piensa en sus delirios continuamente o casi constantemente.

2. Duración de la preocupación con los delirios.

¿Durante cuántos segundos, minutos u horas piensas en esas creencias?

0. El paciente no refiere ningún delirio.
1. Los pensamientos sobre las creencias duran unos pocos segundos, son pensamientos fugaces.
2. Los pensamientos sobre las creencias duran varios minutos.
3. Los pensamientos sobre las creencias duran al menos una hora.
4. Los pensamientos sobre las creencias normalmente duran varias horas a la vez.

3. Convicción (en el momento de la entrevista).

En este momento, ¿qué tanto crees que tus creencias son verdaderas? ¿Puedes valorarlas en una escala de 0 a 100, donde 100 significa que estás totalmente convencido de que tus creencias son auténticas y 0 significa que no estás convencido de ellas?

0. El paciente no está convencido de sus creencias.
1. Muy poca convicción en la realidad de sus creencias, menos del 10%.
2. Algunas dudas con relación a la convicción de sus creencias, entre 10 y 49%.
3. La convicción en sus creencias es muy fuerte, entre 50 y 99%.
4. La convicción es del 100%.

4. Cantidad de angustia.

¿Te dan angustia tus creencias? ¿Con qué frecuencia?

0. Las creencias nunca provocan angustia.
1. Las creencias provocan angustia en unas pocas ocasiones.
2. Las creencias provocan angustia aproximadamente en el 50% de las ocasiones.
3. Las creencias provocan angustia en la mayoría de las ocasiones, esto es, entre el 50 y 99% de las veces.
4. Las creencias siempre provocan angustia cuando ocurren.

5. Intensidad de la angustia.

Cuando tus creencias te dan angustia, ¿qué tan fuerte lo sientes?

0. Las creencias no provocan angustia.
1. Las creencias provocan una ligera angustia.
2. Las creencias provocan una moderada angustia.
3. Las creencias provocan una marcada angustia.
4. Las creencias provocan una angustia extrema, no pueden ser peor.

6. Trastorno en la vida diaria causado por las creencias.

¿Cuánto afectan tus creencias tu vida diaria? ¿Te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos o familiares? ¿Interfieren en tus habilidades para cuidarte a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las creencias no trastornan su vida, mantiene una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria. Mantiene relaciones familiares y sociales (si se presentan).
1. Las creencias provocan una mínima cantidad de trastorno de la vida diaria, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades diarias y las relaciones sociales y familiares y también en capaz de mantener una vida independiente sin apoyo.
2. Las creencias provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida, causando algún trastorno en las actividades diarias y/o en las actividades sociales o familiares. El paciente no está ingresado en el hospital aunque puede vivir en recurso protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades para la vida diaria.
3. Las creencias provocan un trastorno severo en la vida del paciente, de forma que la hospitalización es normalmente necesaria. Es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en recurso protegido pero experimentando un trastorno severo en su vida con relación a actividades, habilidades para la vida diaria, y/o relaciones.
4. Las creencias provocan un completo trastorno en su vida diaria siendo necesario la hospitalización. El paciente es incapaz de mantener cualquier actividad diaria y relaciones sociales. El auto-cuidado está gravemente trastornado.

Hoja de puntuación de las alucinaciones

Nombre:

Edad:

Sexo: V / M

Diagnóstico:

Tiempo que ha estado experimentando las voces (años):

Alucinaciones de otras modalidades: Visual / Olfativa /Gustativa / Táctil

Ítems	Puntuación
1. Frecuencia	
2. Duración	
3. Localización	
4. Intensidad	
5. Creencias sobre procedencia	
6. Cantidad de contenido negativo	
7. Grado de contenido negativo	
8. Cantidad de angustia	
9. Intensidad de la angustia	
10. Trastorno	
11. Control sobre las voces	

Número de voces.

¿Cuántas voces diferentes has escuchado en la última semana?

Número de voces:

Forma de las voces.

- En primera persona: SI / NO (N=)
- En segunda persona: SI / NO (N=)
- En tercera persona: SI / NO (N=)
- Palabras únicas o frases sin pronombres: SI / NO (N=)

Hoja de puntuación de los delirios

Nombre:

Edad:

Sexo: V / M

Diagnóstico:

Tiempo que ha experimentado las creencias (años):

Por favor, especificar las creencias delirantes del paciente:

Ítems	Puntuación
1 Cantidad de preocupación	
2. Duración de la preocupación	
3. Convicción	
4. Cantidad de angustia	
5. Intensidad de la angustia	
6. Trastorno	

Anexo 3. Test de las Insinuaciones

Se presenta la versión reducida recomendada por Gil, Fernández-Modamio, Bengochea y Arrieta (2012), que ha sido modificada en este proyecto, tanto en las historias, como en las expresiones, solo cuando fue necesario para que fueran entendibles, considerando las características socioculturales y procurando conservar el sentido original.

Instrucciones

Voy a leerle 5 historias. En cada una aparecen dos personas. En todas las historias uno de los personajes dice algo al final. Después de esto le haré algunas preguntas sobre lo que dijo el personaje. Esta es la primera historia. Escúchela con atención.

Historia 2.

Maritza va al baño para bañarse. Ana acaba de ducharse. Maritza se da cuenta de que el baño está sucio, así que llama a Ana y le dice:

«¿No pudiste encontrar el trapeador, Ana?»

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Maritza cuando dice esto?

Respuesta criterio: Marisa quiere decir «¿Por qué no limpiaste el baño?» o «Ve y limpia el baño ahora». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta,

AÑADIR: Después de esto Marisa dice: «A veces eres muy perezosa, Ana»

PREGUNTA: ¿Qué quiere Maritza que haga Ana?

Respuesta criterio: Marisa quiere que Ana limpie el baño. Esta respuesta puntuaría 1.

Cualquier otra respuesta sería un 0.

Historia 3.

Javier va a merchar con su mamá. Llegan a un sitio donde hay mecato y Javier dice:

«Mire, esos dulces se ven ricos»

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Javier cuando dice esto?

Respuesta criterio: Javier quiere decir «Por favor, mamá, cómprame algunos dulces».

Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta:

AÑADIR: Después de esto Javier dice: «Tengo hambre mamá» PREGUNTA: ¿Qué

quiere Javier que haga su madre?

Respuesta criterio Javier quiere que su madre le compre unos dulces. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

Historia 6.

Daniel quiere hacer una tarea en el trabajo, pero Ricardo, que es su jefe, le ha dicho a otra persona que la haga. Daniel le dice:

«Qué lástima, no estoy muy ocupado en este momento» PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Daniel cuando dice esto?

Respuesta criterio: Daniel quiere decir «Por favor, Ricardo, cambia de opinión y dame la tarea a mí». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta,

AÑADIR: Después de esto Daniel dice: «Esta tarea me queda fácil a mí» PREGUNTA: ¿Qué quiere Daniel que haga Ricardo?

Respuesta criterio: Daniel quiere que Ricardo cambie de opinión y le dé a él la tarea. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

Historia 7.

Ya casi es el cumpleaños de Sofía. Ella le dice a su papá:

«Me encantan los animales, sobre todo, los perros»

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Sofía cuando dice esto?

Respuesta criterio: Rebeca quiere decir «¿Me comprarías un perro para mi cumpleaños, papá?». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta:

AÑADIR: Después de esto Sofía dice: «¿La tienda de mascotas estará abierta el día de mi cumpleaños, papá?»

PREGUNTA: ¿Qué quiere Rebeca que haga su papá?

Respuesta criterio: Rebeca quiere que su padre le compre un perro para su cumpleaños, o que le diga que le comprará un perro. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

Historia 9.

Jessica y Manuel están jugando con carros de juguete. Jessica tiene el carro azul y Manuel el carro rojo. Jessica le dice a Manuel:

«No me gusta este carro»

PREGUNTA: ¿Qué quiere decir realmente Jessica cuando dice esto?

Respuesta criterio: Jessica quiere decir «Quiero tu carro, y tú puedes tener el mío». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente.

Si el sujeto no da la respuesta correcta:

AÑADIR: Después de esto Jessica dice: «El rojo es mi color favorito» PREGUNTA: ¿Qué quiere Jessica que haga Manuel?

Respuesta criterio: Jessica quiere intercambiar los carros. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

Hoja de Puntuación

Historia	Respuesta literal 1	Puntuación	Respuesta literal 2	Puntuación
Baño sucio				
Dulces				
Tarea en el trabajo				
Regalo de cumpleaños				
Juego de carros				

Anexo 4. Módulos adaptados

Debido a cuestiones de espacio y a que cada módulo puede llegar a tener entre 40 y 140 diapositivas, se presentan a continuación aquellas que corresponden a los dos módulos que fueron adaptados y aplicados. Se suprimen algunas diapositivas que, para fines didácticos, tienen el contenido incompleto, que se va agregando en las siguientes diapositivas, por lo que se conservaron aquellas que tienen el contenido completo.

Módulo 1. Estilos de Atribución (versión adaptada)

ACUSAR Y ATRIBUIR

Ary Leonardo Joaquí
Practicante de psicología

Fundar Cauca IPS



ATRIBUCIÓN: ACUSAR Y ATRIBUIRSE EL MÉRITO

Atribución = buscar la causa de algo que pasó (por ejemplo, acusar a otras personas o darse el mérito a uno mismo)

Muchas veces olvidamos que una situación puede tener varias causas.

¿Cuáles son las causas de la siguiente situación?:

“Una persona quedó en venir a verme y no vino.”



EXPLICACIONES

¿Por qué no vino?

Posibles causas...

- No le importo. A otros no les hubiera quedado mal.
- Es despistado / Se le hizo tarde o se le olvidó venir.
- Se varó el bus o no tenía plata.

3



EXPLICACIONES

¿Por qué no vino?

Posibles causas...

- **YO** No le importo.
- **OTROS** Es despistado.
- **LA SITUACIÓN O EL AZAR** Se varó el bus.

4



ATRIBUCIÓN: ACUSAR Y ATRIBUIRSE EL MÉRITO

Como pueden ver en este ejemplo, una situación puede tener distintas causas.

En la mayoría de los casos, la suma de varios factores puede explicar un evento en particular.

A pesar de esto, muchas personas prefieren ver sólo un motivo. Por ejemplo, acusar a otros en lugar de a ellos mismos o a otros en lugar de sí mismos.

5



“Le dan salida en el hospital sin que haya mejorado”

Explicaciones:

- Yo...
- Otros...
- La situación...



6



“Le dan salida en el hospital sin que haya mejorado”

Explicaciones:

Yo...

(influable)

- No tenía la motivación para cambiar.
- No tengo fe en mi recuperación.

(menos influable)

- No tengo cura, no tengo esperanza.
- Tengo malos genes.

Otros...

- Los doctores de este hospital son malos.
- Los médicos debieron dedicarme más tiempo y esforzarse más en mi tratamiento.

La situación:

- Habría mejorado si no hubiera compartido la habitación con otros 6 pacientes.
- Si el hospital estuviera en mejores condiciones, me habría recuperado.
- A veces, recuperarse lleva tiempo.



Cuidado con las explicaciones incompletas o simples!



“Le dan salida en el hospital sin que haya mejorado”

¡No me persigan más!



Ahora, pensemos en otras explicaciones que incluyan diferentes causas (nosotros mismos, personas y situación).

- “Los médicos, enfermeros y terapeutas estuvieron ocupados, pero tal vez debí pedir más apoyo y asistir a las actividades grupales. Quizás esa fue la razón por la que no me recuperé”
- “Tal vez debería tener más paciencia en mi recuperación. Seguramente en el futuro tendré mejores tratamientos”

CONSECUENCIAS DE CIERTOS TIPOS DE ATRIBUCIÓN EN EVENTOS NEGATIVOS



"Si hubieras jugado bien no nos habrían metido el gol".

Autoatribución (Yo) Ej. "Fue mi culpa, les debo una disculpa"	Desventaja: afecta la autoconfianza Ventaja: asumir la responsabilidad es visto como algo noble
Atribución a otros o a las circunstancias Ej. "Es culpa del arquero"; "Así es el fútbol."	Desventaja: puede ser visto como irresponsable Ventaja: la autoconfianza no se afecta

CONSECUENCIAS DE CIERTOS TIPOS DE ATRIBUCIÓN EN EVENTOS NEGATIVOS



"Si hubieras jugado bien no nos habrían metido el gol".

Respuestas más equilibradas (combine la influencia de "yo", "otros/situación"; busque distintas razones):

"Hoy no jugué tan bien, pero he jugado mejor antes y puedo mejorar".

"Tuve un error, pero el que metió el gol hizo una buena jugada y estuve atento a otras oportunidades de gol."

CONSECUENCIAS DE ALGUNOS TIPOS DE ATRIBUCIÓN EN EVENTOS POSITIVOS



¡Felicitaciones, te ganaste el premio! ¿Cómo lo lograste?

Autoatribución (Yo) Ej. "Simplemente soy el mejor."	Desventaja: puede parecer arrogante Ventaja: mejora la confianza en uno mismo
Atribución a otros o a las circunstancias Ej. "Todo se lo debo a mi familia y amigos."	Desventaja: no mejora la confianza en uno mismo Ventaja: Es una actitud de modestia y de trabajo de equipo

CONSECUENCIAS DE ALGUNOS TIPOS DE ATRIBUCIÓN EN EVENTOS POSITIVOS



¡Felicitaciones, te ganaste el premio! ¿Cómo lo lograste?

Respuestas más equilibradas (combine la influencia de "yo", "otros/situación"; busque distintas razones):
 "Me siento muy orgulloso, pero también deseo darle las gracias a mis padres y amigos por su apoyo."



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTO?

Hay estudios que demuestran que algunas personas con depresión:

- Tienen a culparse a sí mismos por los fracasos y las situaciones negativas.
- Le atribuyen las cosas buenas a las circunstancias o a la suerte.

¡Esto puede bajar la autoestima!

17



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTO?

También hay estudios que demuestran que muchas personas con psicosis [¡pero no todas!]:

- Tienen a culpar a otras personas cuando pasan cosas malas.
- Piensan que todas las cosas que pasan están fuera de su control.

Este tipo de atribución puede traer problemas con las personas.

18

LAS ATRIBUCIONES EQUIVOCADAS PRODUCEN MALINTERPRETACIÓN EN LA PSICOSIS:

Evento	Explicación del evento durante la psicosis	Otras explicaciones
La gente se ríe mientras usted está hablando.	Cuando usted se presenta la gente se ríe de usted.	Es solo casualidad, alguien ha hecho una broma al mismo tiempo. La gente suele hacer chises y reírse.
Subió de peso.	El médico le ha dado medicamentos que le hacen subir de peso.	Los efectos secundarios de la medicación son posibles, pero la poca actividad y la mala nutrición son también posibles causas.
Una llanta de su bicicleta está desinflada.	¡Vandalismo!	Olvidó inflar la llanta. Se pichó en la calle.

¿Quién quiere contarnos un evento personal?



LA TAREA DE HOY ES...

- Pensemos en posibles causas de eventos
- No quedarnos con una sola explicación
- Pensemos en las consecuencias de nuestras explicaciones

Debemos intentar ser objetivos al pensar en una situación.

No debemos siempre culpar a otros por nuestros errores o las cosas malas. ¡Tampoco debemos culparnos a nosotros mismos siempre que pase algo malo!





CUANDO ENTRA EN UNA HABITACIÓN TODOS SE QUEDAN EN SILENCIO

¿Qué puede haber causado que la gente dejara de hablar cuando entró en el cuarto?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



21



ALGUIEN LE DICE QUE NO TIENE BUEN ASPECTO

¿Qué hizo que la persona le dijera eso?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



22



DEJÓ DE HACER LA ACTIVIDAD

¿Por qué dejó de hacer la actividad?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



23



¡PROPONGAN SUS PROPIOS EJEMPLOS!

¿Cuál fue la causa de esta situación?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



24



“UNA VOZ INTERNA LE DICE QUE ES UNA MALA PERSONA.”



Razones:

YO

- “Siempre me culpo a mí mismo. Es un odio encubierto hacia mí mismo.”
- “Me estoy volviendo loco.”
- “Parece como si hubiera otra persona pensando. Pero sé que son mis propios pensamientos.”

OTROS

- “Algo fue implantado en mi cerebro.”
- “No sé cómo ha podido pasar, pero alguien está controlando mis pensamientos.”

SITUACIÓN

- “He estado estresado estos días. Por eso siento las cosas con mayor intensidad, incluyendo mis pensamientos.”
- “Me zumban los oídos de escuchar música a alto volumen.”

26



“UNA VOZ INTERNA LE DICE QUE ES UNA MALA PERSONA.”




En la PSICOSIS la voz interior se atribuye a OTRAS PERSONAS O PODERES:


- “Algo fue implantado en mi cerebro.”
- “No sé cómo ha podido pasar, pero alguien está controlando mis pensamientos.”

27

ESCUCHANDO VOCES
¿PENSAMIENTOS PROPIOS O BAJO CONTROL EXTERNO?
PROS Y CONTRAS




¿Las voces son insertadas desde afuera?	Puede haber otras explicaciones...
"Puedo oirlas claramente. En cambio, mis pensamientos están completamente en silencio!"	<ul style="list-style-type: none"> • 2 de cada 10 personas escucha voces de vez en cuando. • Los pensamientos intensos a veces son casi audibles (ej. Canciones, rumiar, etc.).
"Estos pensamientos no están bajo mi control. Cuando intento detenerlos, empeoran. Esto demuestra que realmente alguien me quiere hacer daño."	<ul style="list-style-type: none"> • Nuestros pensamientos no son totalmente controlables, sino no ocurrirían las inspiraciones repentinas, la lluvia de ideas o las rumiaciones. Si tratamos de detener esos pensamientos, automáticamente se vuelven más fuertes. Experimento: ¡No pensar en el número 8! Inténtalo y verás que no lo puedes evitar!
"Nunca tendría esos malos pensamientos. Jamás podría hacerle daño alguno a nadie. Pero aún así, tengo pensamientos agresivos."	<ul style="list-style-type: none"> • Los pensamientos que se oponen a nuestra forma de pensar son comunes. Pensamientos ≠ Acción. 2 de cada 10 personas ha tenido pensamientos sobre cometer suicidio, sin embargo, no lo hace. Incluso si se trata de la gente que amamos, a veces sentimos agresividad hacia ellos (ej. una madre hacia su hijo llorando).




29

ESCUCHANDO VOCES
¿PENSAMIENTOS PROPIOS O BAJO CONTROL EXTERNO?
PROS Y CONTRAS



La explicación de que los pensamientos extraños son controlados a distancia plantea muchos más interrogantes que respuestas:

- ¿Es técnicamente posible?
- ¿Cuándo y dónde tuvo lugar la implantación?
- ¿Quién estaría interesado en hacerle daño?
- ¿Quién tiene tiempo y dinero para hacerlo?
- Hay formas más fáciles de dañar a alguien. ¿Por qué se iba a elegir un método tan complejo (quizá imposible)?



30



UN FAMILIAR LO INVITA A COMER

¿Por qué lo invita su familiar a comer?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



31



UN POLICÍA LO PARA EN LA CALLE

¿Por qué lo paró el policía?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



32



GANA JUGANDO AJEDREZ

¿Por qué ganó?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



33



DESCUBRE QUE SU BICICLETA ESTÁ DESINFLADA

¿Por qué está desinflada?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



34



EL MÉDICO LE DICE QUE TIENE LA TENSIÓN ARTERIAL ALTA

¿Por qué tiene la presión arterial alta?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



35



UN COMPAÑERO NO LO AYUDA CON UNA ACTIVIDAD

¿Cuáles son las causas de que su compañero no lo ayudara?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



36



UN AMIGO LE DA UN REGALO

¿Qué puede haber pasado para que su amigo le diera un regalo?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



37



UNA PERSONA LE DICE QUE ES ESTUPIDO

¿Qué hizo que esa persona le dijera esto?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



38



UN BEBÉ COMIENZA A LLORAR CUANDO LO CARGA

¿Por qué llora el bebé?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



39



UN AMIGO LE DICE QUE NO LO RESPETA

¿Qué hizo que su amigo le dijera esto?

¿Cuál es la explicación principal de este evento?

¿Uno mismo?

¿Otra persona o personas?

¿Circunstancias o el azar?



40



**MÓDULO 1: ACUSAR Y ATRIBUIRSE EL MÉRITO
 APLICACIÓN A LA VIDA DIARIA**

Metas de Aprendizaje:

- Considere siempre varias causas que pueden haber contribuido al evento. Es decir: yo, otros o las circunstancias.
- Debemos tratar de ser lo más realistas que podamos en la vida cotidiana: No está justificado echarle siempre la culpa a los demás, al igual que no siempre es culpa nuestra cuando las cosas salen mal.

**Módulo 1: Acusar y Atribuirse el Mérito
 ¿Qué tiene esto que ver con la psicosis?**

Muchas personas con psicosis explican eventos complejos con una sola razón. A veces, otras personas son acusadas por los errores que uno comete.

Ejemplo I:

Clara se tropieza todo el tiempo.

Convicción propia:

Su tío le ocasiona estas caídas enviándole impulsos eléctricos a través de electrodos en la cabeza.

¡Otra explicación!:

Ella tiene una infección en el oído que afecta el equilibrio. Además, ha estado lloviendo y el suelo está muy resbaladizo.

Módulo 1: Acusar y Atribuirse el Mérito ¿Qué tiene esto que ver con la psicosis?

A veces, otras personas tienen parte de la responsabilidad, pero deben tenerse en cuenta otros factores.

Ejemplo II: Ana recae en su psicosis.

Convicción propia: La recaída se dio al recordar experiencias terribles después de encontrarse con su exmarido en la calle. Ellos peleaban mucho cuando estaban casados.

¡Otra explicación!: Este podría ser un factor, pero seguramente hay otros importantes: Ana había dejado de tomar la medicación y había tenido una discusión en el trabajo y temía perderlo.



¡Gracias por su atención!

Módulo 2. Saltar a conclusiones (versión adaptada)

Bienvenidos a

Módulo 2: Saltar a Conclusiones, Primera Parte

El uso de imágenes en éste módulo ha sido posible con el cordial permiso de los propietarios de derecho de autor/imágenes, y los artistas originales. Para más detalles (artista, título), por favor referirse a la última diapositiva.

01/14 A

© Moritz, Woodward, Arzola & Barrignón
www.uke.de/mct

Saltar a Conclusiones

- Muchas veces tenemos opiniones basadas en información muy compleja en nuestro entorno.
- A veces llegamos a una conclusión sin tener el 100% de las pruebas.
- Debemos buscar un término medio entre:
 - Tomar una decisión apresurada (**riesgo**: mala decisión)
 - y *también*,
 - Ser demasiado precisos (**inconveniente**: la pérdida de tiempo).

Conclusiones sin tener el 100% de las pruebas		
Evento	Explicación	¿Está justificado?
Sale humo de una ventana	¿Es un incendio?	Es probable – donde hay humo hay fuego. En caso de duda, llame a los bomberos. A pesar de no tener la prueba, la negligencia puede ser peor que una falsa alarma.
Un hombre balbucea	¿Está borracho?	Podría ser – pero hay otras explicaciones posibles, por ejemplo: razones médicas. Si no consideramos otras explicaciones, se puede reaccionar de mala manera (ej. mostrar repulsión).

Saltar a Conclusiones: <i>En Acción</i>	
Dominio	Ejemplo
Política	7 de julio de 2005, <i>Atentados en Londres</i> La policía mató por error a un hombre inocente brasileño poco después de la explosión de las bombas (sugerencia engañosa: piel oscura, mochila, huyó de la policía).
Medicina	Un solo síntoma → diagnóstico Una sola convulsión es a veces confundida con epilepsia (una convulsión también puede ser ocasionada por una fiebre alta o por dejar de beber alcohol). Por otra parte, algunos diagnósticos se pasan por alto debido a la terminación prematura de la evaluación.

Saltar a Conclusiones: *En Acción* - Mitos Modernos -

Mito	A favor y en contra:	"Evidencia"
<p>Las vacunas son inútiles y peligrosas, afectan la capacidad del cuerpo para defenderse de enfermedades y generan autismo.</p>	<p>A favor: En un artículo publicado en 1998 por un cuestionado investigador en una revista científica, se afirmó que la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) podía producir autismo</p> <ul style="list-style-type: none"> Una actriz famosa de E.U. apoyada por otras personas reconocidas, afirmó que las vacunas podrían haber contribuido al autismo de su hijo. 	<p>Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children</p> <p><i>A J Wakefield, S H Murch, A Anthony, J Linnell, D M Casson, M Malik, M Berelowitz, A P Dillon, M A Thomson, P Harvey, A Valentine, S E Davies, J A Walker-Smith</i></p> <p>Summary Background We investigated a consecutive series of children with chronic enterocolitis and regressive developmental disorder. Methods 12 children (mean age 6 years [range 3-10], 11 boys) were referred to a paediatric gastroenterology unit with a history of normal development followed by loss of acquired skills, including language, together with diarrhoea and abdominal pain. Children underwent gastroenterological, neurological, and developmental assessment and review of developmental records, faecoscopies and biopsy sampling, magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG), and lumbar puncture were done under sedation. Barium follow through radiography was done where possible. Biochemical, haematological, and immunological profiles were examined. Findings Onset of behavioural symptoms was associated by the parents, with measles, mumps, and rubella vaccination in eight of the 12 children, with measles infection in one child, and otitis media in 11. All 12 children had intestinal abnormalities suggestive of lymphoid nodular hyperplasia to colitis. Histology showed patchy chronic inflammation in 11 children and reactive lymphoid hyperplasia in seven, but no granulomas. Biopsy discs included adenitis (three), dysplastic colitis (one), and positive posture of vacuolar cytoplasm (one). There were no focal neurological abnormalities and EEG tests were normal. Abnormal laboratory results included significantly raised urinary homocysteine and compared with age-matched controls (95%), low haemoglobin in four children. Interpretation We found associated gastrointestinal and neurological regression in a group of children with enterocolitis, which was generally associated in time with possible environmental triggers. <i>Lancet 1998; 351: 637-41</i> <i>See Commentary page</i></p> <p>Introduction We saw several children who, after a period of apparent normality, lost acquired skills, including communication. They all had gastroenterological symptoms, including abdominal pain, diarrhoea, mucus, and blood, and some cases, food intolerance. We performed clinical, haematological, and gastroenterological investigations. Patients and methods 12 children, considered to be a spectrum of pediatric gastroenterology with loss of a pervasive developmental disorder, including skills and eventual regression of language, were included. Abnormalities of hearing and food intolerance were noted. All children were admitted to the ward for work-up, assessed by their parents. Local investigations took bloods including levels of immunisation and were to exclude infection, and assessed the children. In 11 children, faecal samples were obtained by the rectum (76%). Neurological and psychiatric assessments were done by paediatricians. A review of prospective developmental records included a review of prospective developmental records for hearing, health status, and general practitioners. Four children did not undergo psychiatric assessment in hospital, all had been assessed professionally elsewhere, so their assessment was used as the basis for their behavioural diagnosis. After bowel preparation, ileocolonoscopy was performed by SEM or MAT under sedation with midazolam and propofol. Paired frozen and formalin-fixed mucosal biopsy samples were taken from the terminal ileum, ascending, caecum, descending, and sigmoid colons, and from the rectum. The procedure was recorded by video or still images, and was compared with images of the previous seven consecutive paediatric colonoscopies (last normal colonoscopies and three on children with ulcerative colitis), in which the physician reported normal appearances in the terminal ileum. Barium follow-through radiography was possible in some cases. After under sedation, contrast magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG) including visual, brain stem auditory, and sensory evoked potentials (where compliance made these possible), and lumbar puncture were done. Laboratory investigations Thrombocytopenia, serum long-chain fatty acids, and cerebrospinal fluid lactate were measured to exclude known causes of childhood neurodegenerative disease. Urinary methylmalonic acid was measured to exclude some variants from</p>

Saltar a Conclusiones: *En Acción* - Mitos Modernos -

Mito	A favor y en contra:	"Evidencia"
<p>Las vacunas son inútiles y peligrosas, afectan la capacidad del cuerpo para defenderse de enfermedades y generan autismo.</p>	<p>En Contra: La revista científica se retractó del artículo calificándolo de totalmente falso. Numerosos estudios científicos concluyen que no existe una relación entre las vacunas y el autismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Según la OMS La vacunación es una forma muy rentable de evitar la enfermedad: actualmente previene de 2 a 3 millones de muertes por año, y se podrían evitar otros 1,5 millones si se mejorara la cobertura mundial de vacunas. 	<p>Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children</p> <p><i>A J Wakefield, S H Murch, A Anthony, J Linnell, D M Casson, M Malik, M Berelowitz, A P Dillon, M A Thomson, P Harvey, A Valentine, S E Davies, J A Walker-Smith</i></p> <p>Summary Background We investigated a consecutive series of children with chronic enterocolitis and regressive developmental disorder. Methods 12 children (mean age 6 years [range 3-10], 11 boys) were referred to a paediatric gastroenterology unit with a history of normal development followed by loss of acquired skills, including language, together with diarrhoea and abdominal pain. Children underwent gastroenterological, neurological, and developmental assessment and review of developmental records, faecoscopies and biopsy sampling, magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG), and lumbar puncture were done under sedation. Barium follow through radiography was done where possible. Biochemical, haematological, and immunological profiles were examined. Findings Onset of behavioural symptoms was associated by the parents, with measles, mumps, and rubella vaccination in eight of the 12 children, with measles infection in one child, and otitis media in 11. All 12 children had intestinal abnormalities suggestive of lymphoid nodular hyperplasia to colitis. Histology showed patchy chronic inflammation in 11 children and reactive lymphoid hyperplasia in seven, but no granulomas. Biopsy discs included adenitis (three), dysplastic colitis (one), and positive posture of vacuolar cytoplasm (one). There were no focal neurological abnormalities and EEG tests were normal. Abnormal laboratory results included significantly raised urinary homocysteine and compared with age-matched controls (95%), low haemoglobin in four children. Interpretation We found associated gastrointestinal and neurological regression in a group of children with enterocolitis, which was generally associated in time with possible environmental triggers. <i>Lancet 1998; 351: 637-41</i> <i>See Commentary page</i></p> <p>Introduction We saw several children who, after a period of apparent normality, lost acquired skills, including communication. They all had gastroenterological symptoms, including abdominal pain, diarrhoea, mucus, and blood, and some cases, food intolerance. We performed clinical, haematological, and gastroenterological investigations. Patients and methods 12 children, considered to be a spectrum of pediatric gastroenterology with loss of a pervasive developmental disorder, including skills and eventual regression of language, were included. Abnormalities of hearing and food intolerance were noted. All children were admitted to the ward for work-up, assessed by their parents. Local investigations took bloods including levels of immunisation and were to exclude infection, and assessed the children. In 11 children, faecal samples were obtained by the rectum (76%). Neurological and psychiatric assessments were done by paediatricians. A review of prospective developmental records included a review of prospective developmental records for hearing, health status, and general practitioners. Four children did not undergo psychiatric assessment in hospital, all had been assessed professionally elsewhere, so their assessment was used as the basis for their behavioural diagnosis. After bowel preparation, ileocolonoscopy was performed by SEM or MAT under sedation with midazolam and propofol. Paired frozen and formalin-fixed mucosal biopsy samples were taken from the terminal ileum, ascending, caecum, descending, and sigmoid colons, and from the rectum. The procedure was recorded by video or still images, and was compared with images of the previous seven consecutive paediatric colonoscopies (last normal colonoscopies and three on children with ulcerative colitis), in which the physician reported normal appearances in the terminal ileum. Barium follow-through radiography was possible in some cases. After under sedation, contrast magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG) including visual, brain stem auditory, and sensory evoked potentials (where compliance made these possible), and lumbar puncture were done. Laboratory investigations Thrombocytopenia, serum long-chain fatty acids, and cerebrospinal fluid lactate were measured to exclude known causes of childhood neurodegenerative disease. Urinary methylmalonic acid was measured to exclude some variants from</p>

Saltar a Conclusiones: *En Acción* - Mitos Modernos -

¿Era cierta la relación de las vacunas con el autismo?



El autor del artículo, Andrew Wakefield perdió su licencia de médico

Se descubrió que el artículo estaba lleno de mentiras sobre los casos de niños vacunados que hubieran podido desarrollar autismo. El autor de la investigación había creado otra vacuna contra el sarampión y por eso quería generar dudas sobre la vacuna que se usaba para esa enfermedad y así vender la suya.

¡Falso!

¿Cómo surgen estas teorías de conspiración?

- Son más emocionantes que la misma realidad.
- Se basan en información que es difícil de comprobar.
- Las leyendas a veces se basan en hechos que han sido sacados de contexto. El significado de los detalles es sumamente exagerado (por ejemplo, Paul McCartney es zurdo, pero esto no quiere decir que no pueda aguantar su cigarillo con la mano derecha).

¿Cómo surgen estas teorías de conspiración?

- Existen numerosos ejemplos históricos en los que se les ha echado la culpa a personas en desventaja o a grupos minoritarios por cosas que estaban fuera de su control. Por ejemplo, en la Edad Media, se culpaba a las brujas o a otras personas de religiones minoritarias por la mala cosecha.
- Estas explicaciones son demasiado sencillas. Sin embargo, reducen la tensión y los temores, al tiempo que nos proporcionan una ilusión de control.

¿Qué relevancia tiene esto?

- Hay estudios que demuestran que muchas personas con psicosis [¡pero no todas!] **toman decisiones en base a muy poca información.**
- Esta forma de tomar decisiones puede conducir fácilmente a errores. Por lo tanto, se debe preferir pensar mejor las decisiones, teniendo en cuenta toda la información disponible.

Apresurarse a sacar conclusiones puede producir errores de interpretación durante la psicosis:

Evento	Explicación del evento durante la psicosis	Otras explicaciones
Que se oiga un ruido extraño en el teléfono.	La policía le está espiando sus conversaciones.	Mala señal, ruidos del lugar donde esta la otra persona.
En la radio se escucha la canción "Toxic" de Britney Spears.	Clave secreta para un ataque terrorista con químicos tóxicos.	Es una emisora de radio que pone música pop.
Polvo blanco sobre la mesa de la cocina, no estaba allí antes.	Un intento de envenenar a alguien; La policía puso drogas para intentar incriminarle.	Alguien acaba de hornear; No han limpiado la mesa hace tiempo.

¿Quiere contribuir alguien con alguna experiencia personal breve?

Conjunto de Tareas 1:

A continuación, se mostrarán una serie de imágenes. Empezaremos mostrando un solo detalle de la imagen. Posteriormente, se añadirá otro detalle. Así sucesivamente hasta que se vea la imagen completa.

- Su tarea consiste en identificar el objeto.
- Trate de evitar decisiones precipitadas, así como retraso en las mismas.
- Piense en lo que está a favor o en contra de cada alternativa.

Dibujo 1

Se ofrecen varias interpretaciones alternativas.
Por favor discutan en grupo la probabilidad de
cada opción y si tienen suficiente seguridad para
tomar una decisión.

¿Qué podría estar representado
en esta imagen?

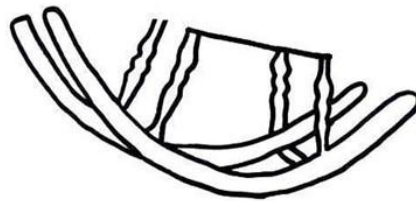
- carita feliz
- envase
- barco
- trineo
- hamaca
- silla mecedora
- cabeza de elefante



¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

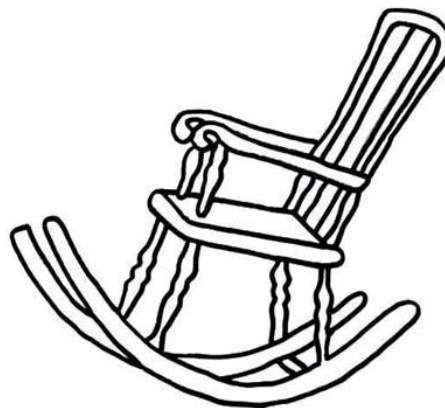
- carita feliz
- envase
- barco
- trineo
- hamaca
- silla mecedora
- cabeza de elefante



¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

- carita feliz
- envase
- barco
- trineo
- hamaca
- silla mecedora
- cabeza de elefante



¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

Dibujo 2

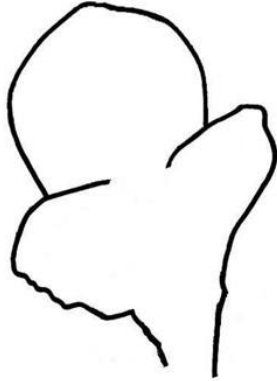
En el próximo ejercicio, no se le presentarán alternativas para la contestación. Usted tendrá que formarse sus propias ideas acerca de la imagen. Siéntase en la libertad de ofrecer varias alternativas.
¡Por favor discutan sus evaluaciones en grupo!

¿Qué podría estar representado en esta imagen?



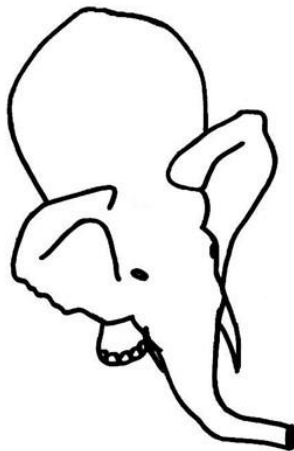
**¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?**

¿Qué podría estar representado
en esta imagen?



¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

¿Qué podría estar representado
en esta imagen?



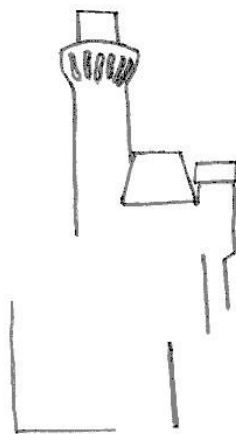
¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

¿Qué podría estar representado en esta imagen?



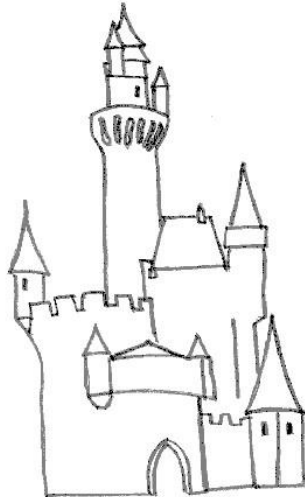
**¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?**

¿Qué podría estar representado en esta imagen?



**¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?**

¿Qué podría estar representado en esta imagen?



¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

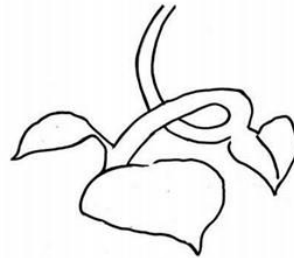
- soga
- ancla
- collar
- cotorra
- espagueti
- flor
- autopista
- serpiente



¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

- sogá
- ancla
- collar
- cotorra
- espagueti
- flor
- autopista
- serpiente



**¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?**

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

- sogá
- ancla
- collar
- cotorra
- espagueti
- flor
- autopista
- serpiente



**¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?**

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

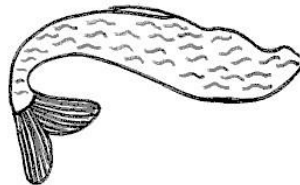
- foca
- flor
- pescado
- sirena
- pulpo
- arpa
- almeja
- ropa de invierno



**¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?**

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

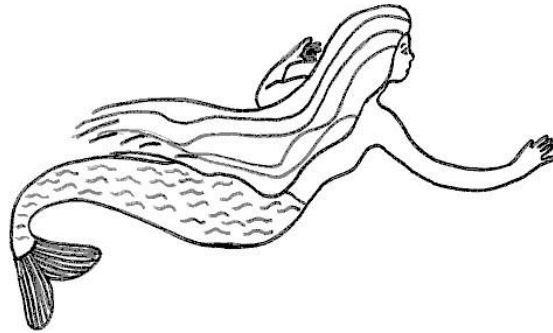
- foca
- flor
- pescado
- sirena
- pulpo
- arpa
- almeja
- ropa de invierno



**¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?**

¿Qué podría estar representado en esta imagen?

- foca
- flor
- pescado
- sirena
- pulpo
- arpa
- almeja
- ropa de invierno



¿Cómo está de seguro?
¿Quiere tomar ya una decisión?

¿Qué ve usted?

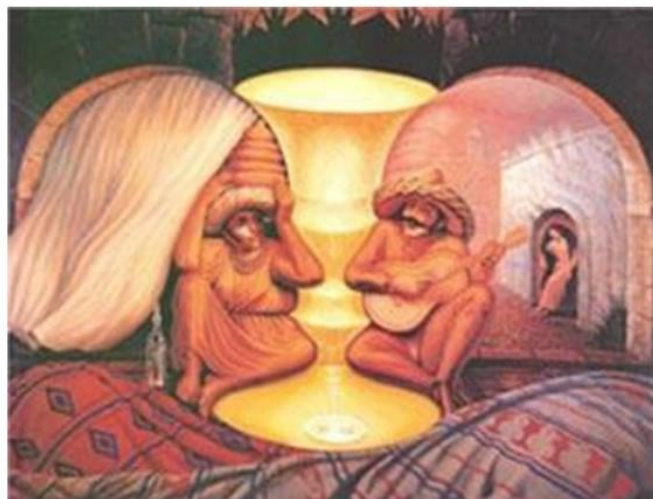


¿Qué ve usted ahora?



**¿Pareja de ancianos,
grial, o... ?**

¿Qué ve usted?



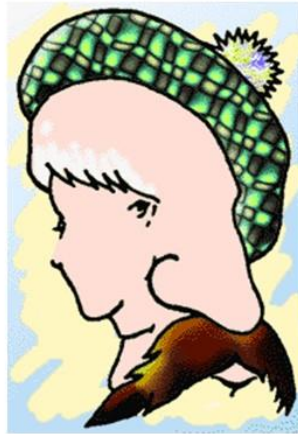
¿Qué ve usted?



reproduced with kind permission by rockpointcollectibles.easystorecreator.net

¡Las decisiones apresuradas no siempre conducen a errores, pero a veces dicen sólo la mitad de la verdad!

¡Trate de descubrir todos los detalles y figuras en las siguientes imágenes!



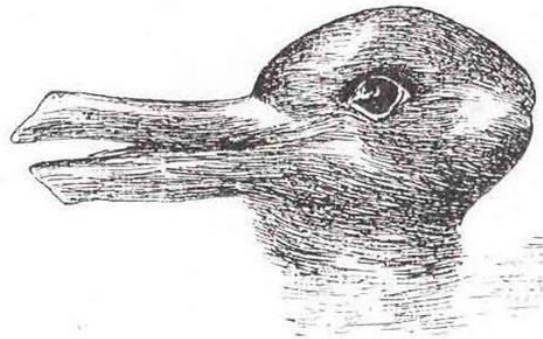
¿Señora, señorita o señor con bigotes?

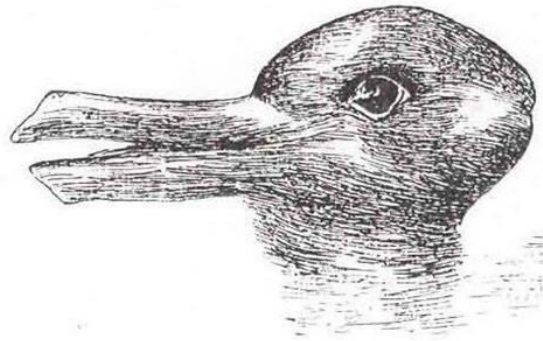




reproduced with kind permission by rockypointcollectibles. easystorecreator.net

¿Anciano o Jinete?





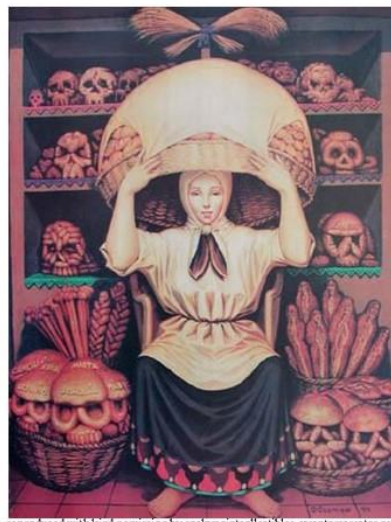
¿Pato o Conejo?



¿Qué vería si se pusiera el cuadro boca arriba?



¿Caballo o Jinete?



reproduced with kind permission by rockypointcollectibles.aasystorecreator.net

¿Cráneo o Panadería?

¡Intente hallar todos los detalles!



reproduced with permission by rockypointcollectibles. easystoresrator.net/

Módulo 2: Saltar a Conclusiones Traducción a la vida diaria

Metas de Aprendizaje:

- Las últimas diapositivas demuestran como las decisiones rápidas suelen conducir a errores y sólo se reconoce "la mitad de la verdad".
- Por lo tanto, buscar la mayor cantidad posible de información e intercambiar opiniones con los demás, sobre todo si las decisiones son trascendentales (por ejemplo, sensación de que su vecino está persiguiéndole → ¡no atacar al presunto enemigo inmediatamente!).
- Para eventos de menor importancia, es posible decidir rápidamente (por ejemplo, la elección de una marca de yogur o una clase de pastel, comprar números de lotería).
- Errar es humano, esté preparado para la posibilidad de estar equivocado.
- Las decisiones importantes deben basarse en hechos sólidos. Las meras conjeturas son "malos consejeros". Hay que tener en cuenta siempre las consecuencias de un juicio erróneo.


Módulo 2: Saltar a Conclusiones ¿Qué tiene esto que ver con la psicosis?


Muchas [¡pero no todas!] de las personas con psicosis tienden a saltar a conclusiones y a formarse opiniones extremas.

Ejemplo: Mientras asistía a un evento social público, Carlos afirma ser el próximo Rey de Alemania.

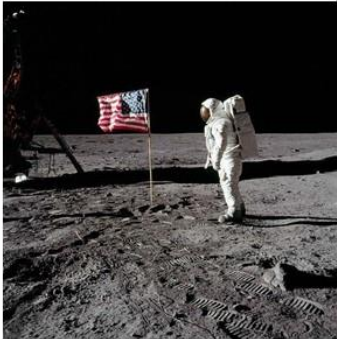
Antecedentes: Carlos encontró una figura de un rey con una corona en un huevo sorpresa. ¡Pero!: El no proviene de una familia de sangre real, la monarquía fue abolida en Alemania hace mucho tiempo y, por encima de todo: ¡El contenido de un huevo sorpresa no puede considerarse una prueba concluyente!

Debemos recopilar distintos elementos informativos. Es bueno contrastar opiniones y explicaciones varias con personas de confianza.

Saltar a conclusiones "en acción"- Leyendas urbanas -		
Mito	Teorías conspiratorias	"Evidencia"
<p>La llegada del hombre a la luna en 1969 nunca tuvo lugar y no fue más que una farsa.</p>	<p>Motivaciones que se le atribuyen a los EEUU:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "Victoria tecnológica" en la competición espacial con la Unión Soviética, que había lanzado antes un satélite al espacio con éxito 2. Distracción de la guerra de Vietnam 3. La propia NASA falsificó el alunizaje por temor a recortes presupuestarios del gobierno 	

Saltar a conclusiones "en acción"- Leyendas urbanas -		
Mito	A favor y en contra	"Evidencia"
<p>La llegada del hombre a la luna en 1969 nunca tuvo lugar y no fue más que una farsa.</p>	<p>A favor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "Bandera ondeando": imposible, ya que en la luna no hay atmósfera 2. Las fotos del cielo sin estrellas y las sombras cambiantes apuntan a una grabación de estudio 3. El mensaje de radio de Armstrong: Responde muy rápido a la última frase del presidente Nixon. Una señal de radio necesita más tiempo para ser transmitida desde la tierra que el que empleó Armstrong para responder 	

Saltar a conclusiones "en acción"- Leyendas urbanas -

Mito	A favor y en contra	"Evidencia"
<p>La llegada del hombre a la luna en 1969 nunca tuvo lugar y no fue más que una farsa.</p>	<p>En contra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El efecto de la bandera ondeando se creó clavando el asta en la superficie lunar y con un mástil superior horizontal 2. Las fotografías nocturnas no pueden capturar las luces débiles por los tiempos de exposición → ausencia de estrellas 3. Las sombras cambiantes están causadas por la superficie desigual de la luna 4. La entrevista había sido editada para cubrir el retardo original en el diálogo entre Nixon y Armstrong 	

Saltar a conclusiones "en acción"

¿Fue la llegada del hombre a la luna un engaño del gobierno de los EEUU?



Director Roland Emmerich (*Independence Day*):
 "La llegada a la luna [...] era demasiado buena. Tal cosa era imposible de lograr en los años 60. Incluso con tecnología como la de hoy en día plantearía problemas."

No!

Fuente: German television station ZDF:
 "Vorsicht Verschwörung" [Beware conspiracy]

¿Cómo surgen esta leyenda urbana y otras teorías conspiratorias?

- A menudo son más emocionantes que la realidad.
- Se basan en información que es difícil de comprobar y la gente lo cree fácilmente (ej. el ondear de la bandera sugiere que las fotos fueron tomadas en la tierra).
- Se ocultan explicaciones alternativas (ej. el cielo sin estrellas se puede explicar por la limitaciones técnicas de las fotografías nocturnas).
- Las leyendas urbanas toman hechos sacados de contexto y los ponen al límite.

Anexo 5. Módulos adaptados completos y módulos originales

Dado el volumen de las diapositivas de los módulos adaptados y originales completos, se puede consultar el siguiente enlace:

<https://drive.google.com/drive/folders/1pJMRqq9xz2cnOukWD3LOdbeFxQ85FKMA?usp=sharing>

Para consultar el programa completo, se puede consultar la siguiente página:

<https://clinical-neuropsychology.de/mct-psychois-manual-spanish/>