



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Terapia con estrategias metacognitivas en pacientes que sufren esquizofrenia. Una revisión sistemática.

Autor/es

Elisa Pérez Villalba

Director/es

Antonio Lucas Alba

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

2022

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Método	10
Resultados	12
Discusión	12
Conclusiones	15
Anexo 1	21

Resumen

La esquizofrenia es un trastorno mental grave e incapacitante que supone la fragmentación de las experiencias de la vida del paciente y la pérdida de su hilo conductor. Presenta unos síntomas característicos y, generalmente, extraños, como alucinaciones, delirios, bloqueo etc. El tratamiento de estos síntomas se aborda desde diferentes enfoques que se pueden ajustar más o menos al paciente en función de la variabilidad individual. Uno de estos recursos sería el uso de estrategias metacognitivas, que invitan al paciente a reflexionar sobre los propios pensamientos y sentimientos, integrando esta concepción en representaciones tanto de sí mismo como de los demás. El objeto de esta revisión sistemática es determinar si la intervención por medio de estrategias metacognitivas es beneficiosa para la adaptación al medio y el bienestar de personas que sufren esquizofrenia. Se consultaron las bases de datos PubMed, Web of Science, ProQuest y Scopus, y se seleccionaron 15 artículos. La revisión muestra que el trabajo en metacognición como recurso terapéutico proporciona una disminución de la sintomatología positiva propia de la enfermedad y de la angustia y ansiedad, y que las estrategias metacognitivas de los pacientes están relacionadas con su deficiente adaptación social. Aunque se muestra su influencia en el proceso de rehabilitación, no se puede afirmar que el trabajo con las capacidades metacognitivas sea la causa directa de esta mejoría, por la posible intervención de factores extraños no controlados.

Palabras clave: esquizofrenia, terapia metacognitiva, metacognición, revisión sistemática.

Abstract

Schizophrenia is a severe and disabling mental disorder that involves the fragmentation of the patient's life experiences and the loss of their common thread. It presents characteristic and bizarre symptoms, such as hallucinations, delusions, blocking, etc. The treatment of these symptoms is addressed from different approaches that can be more or less adjusted to the patient depending on individual variability. One of these resources is the use of metacognitive strategies, which invite the patient to reflect on their own thoughts and feelings, integrating this conception into representations of both self and others. The aim of this systematic review is to determine whether intervention by means of metacognitive strategies is beneficial for the adjustment to the environment and well-being of people suffering from schizophrenia. PubMed, Web of Science, ProQuest and Scopus databases were consulted and 15 articles selected. The review

shows that the work on metacognition as a therapeutic resource provides a decrease in the positive symptomatology of the illness and in distress and anxiety, and that the metacognitive deficiencies of the patients are related to their poor social adaptation. Although its influence on the rehabilitation process is shown, it cannot be affirmed that the work with metacognitive skills is the direct cause of this improvement, due to the possible intervention of uncontrolled extraneous factors.

Keywords: schizophrenia, metacognitive therapy, metacognition, systematic review.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno que afecta al 0,33% de la población mundial (Charlson et al., 2018), a 1 de cada 300 personas, siendo a escala mundial un total de 24 millones las que cada año padecen esta enfermedad mental (OMS, 2022). Su diagnóstico, normalmente se realiza al finalizar la adolescencia y comenzar la vida adulta, momento en el que termina de forjarse la personalidad y sobresale la sintomatología propia del trastorno; es por eso, que se da un pico de prevalencia de los 25 a los 40 años, seguido de un descenso en grupos posteriores de edad (Charlson et al., 2018). Según la OMS (2022), su expresión suele manifestarse con anterioridad en hombres que en mujeres.

El modelo más utilizado en la actualidad para explicar la expresión de cualquier enfermedad mental es el de diátesis estrés, que establece que su manifestación depende tanto del ambiente como de la genética sin fijarse una pauta concreta sobre los porcentajes de cada factor y concediéndole gran importancia a la variabilidad individual (Zuckerman, 1999). Sin embargo, según McCutcheon, Marques y Howers (2020) la esquizofrenia presenta un alto grado de heredabilidad genética, cercano al 80%.

Dos de cada tres personas que sufren esquizofrenia no reciben tratamiento médico ni seguimiento en salud mental (OMS, 2022). Este trastorno, es considerado la doceava enfermedad más incapacitante a nivel mundial (Charlson et al., 2018), sin conocerse de manera precisa cómo tratarlo de forma generalizada, ni farmacológicamente ni terapéuticamente, ya que existen multitud de hipótesis sobre su abordaje (Mealer et al., 2020; Zhang et al., 2021; Rodrigues-Amorim et al., 2018; Cromby et al., 2019). Pese a esto, si se reciben los servicios necesarios de forma efectiva y se mantiene el tratamiento a largo plazo, una de cada tres personas con esquizofrenia podrá desarrollar su vida psicosocialmente de manera funcional (OMS, 2022). Según el INE, en España 3.170.481 de personas con este trastorno junto a otros pertenecientes que padecen afecciones del espectro psicótico presentaron ingreso en hospital psiquiátrico en el año 2020. Según las OMS (2022), a nivel mundial, el 50% de personas que permanecen ingresadas en este tipo de centros sanitarios padecen este diagnóstico de los cuales solo el 31,3% son atendidos de forma especializada en el recurso óptimo para su tratamiento. Así, la mayoría de los medios se destinan a dichos hospitales pese a haberse mostrado que no contribuyen de la forma más efectiva a las necesidades y evolución favorable de estos pacientes (OMS, 2022). Con respecto a la esperanza de vida, es unos 15 años menor en las personas afectadas por esta problemática que en la población general.

(Charlson et al., 2018). Con respecto, a la muerte no natural, el riesgo de suicidio que presentan oscila en torno al 5%-10% (McCutcheon et al., 2020).

Bleuer, que acuña el concepto en 1908 (Bleuer, 1960), caracterizó la esquizofrenia en términos de fragmentación de las experiencias mentales, que crea confusión, en lugar de conformar y dar sentido a la vida, perjudicando, como consecuencia, el desarrollo normativo de la vida social de los afectados (Lysaker et al., 2020c). Se ha demostrado que las personas que padecen esta enfermedad mental son más propensas a vivir desempleadas, sin hogar, en la pobreza, manifestando dificultades de autocuidado y dependiendo en gran medida de sus familiares o recursos de salud mental disponibles (Charlson et al., 2018). La esquizofrenia se puede definir como un trastorno mental complejo y grave, generalmente, crónico e incapacitante, que se presenta envuelto en un conjunto de síntomas y signos característicos, afectando la funcionalidad plena de la persona que lo sufre (Khavari y Cairns, 2020). Este conjunto de síntomas puede dividirse en positivos y negativos (Cicero, Jonas, Li, Perlman y Kotov, 2019). Los síntomas positivos suponen un aumento de la excitación en la línea base del paciente, siendo característicos las alucinaciones, inserción del pensamiento, pensamiento sonoro, robo de pensamiento, despersonalización, desrealización, delirios de grandeza, delirios de referencia, manierismos, estupor, fuga de ideas o tangencialidad (Quiles et al., 2022). Los síntomas negativos muestran un aplanamiento en la línea base del enfermo que hace que su funcionamiento sea deficiente, tal como ocurre en el habla lacónica, bloqueo, pobreza de contenido o disminución de la gestualidad, entre otros (Correll y Schooler, 2020). El criterio diagnóstico de la esquizofrenia ha sido modificado en fechas recientes. El DSM-IV-TR (APA, 2000) optó por una clasificación de la esquizofrenia en subtipos: esquizofrenia paranoide, desorganizada o hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple y depresión post-esquizofrenia. El DSM 5 (APA, 2013) contempla dicho trastorno apostando por un enfoque mucho más cercano al dimensional que al categorial y englobando las diferentes características dentro del marco de Trastornos del espectro de la esquizofrenia, añadiendo un apartado de especificaciones que delimitan su manifestación. Un cambio importante en el diagnóstico entre ambas versiones del DSM refiere a cómo se concreta su gravedad, siendo preceptiva una evaluación cualitativa de la intensidad de los principales síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento desorganizado y sintomatología

negativa), durante la semana anterior a su manifestación, utilizando una escala de 5 puntos (en la que el 0 supone sintomatología ausente y el 4 sintomatología grave).

El término ‘metacognición’ fue acuñado por Flavell (1976), y visto como componente básico para la adecuada producción de la cognición social, desarrollo de la personalidad y educación (Mortiz y Lysaker, 2018). Se entiende como “la capacidad para reflexionar sobre pensamientos y sentimientos e integrar estas reflexiones en representaciones detalladas de uno mismo y de los demás” (De Jong et al., 2019; p. 1). Las personas con esquizofrenia presentarían alteraciones en dicha facultad, que también podría encontrarse en el centro de la funcionalidad desadaptativa de la enfermedad (Lysaker et al., 2020c). Sternberg (2005) define la metacognición como “la comprensión y el control que la gente tiene sobre sus propios procesos de pensamiento” (p. 751), tratándose de un componente principal de la inteligencia, aprendizaje de la experiencia, adaptación al medio e integración adecuadamente en una determinada cultura; enfatizando siempre el carácter reflexivo de esta facultad innata (Vergara, 2018).

En la esquizofrenia es mucho más común que en otros trastornos mentales que las personas no presenten conciencia de enfermedad, lo que suele etiquetarse como “*poor insight*” (que traduciríamos como “un discernimiento inadecuado”). Como consecuencia el paciente niega la necesidad de medicación o la integración de alucinaciones, delirios, etc., como parte de la realidad, repercutiendo negativamente en el transcurso de la evolución del trastorno (Lysaker et al., 2011). Estos déficits, además, interfieren en la capacidad de formar ideas complejas sobre los cambios de pensamiento, emociones y conductas resultantes de la esquizofrenia (Lysaker et al., 2020 c). Según Lysaker et al. (2011), para poder hacer uso de las estrategias metacognitivas de forma efectiva y con un resultado favorecedor para su recuperación, la persona diagnosticada deberá haber conseguido alcanzar el *insight*, es decir, ser consciente de las repercusiones que tiene este trastorno en el desempeño de su vida. Aunque, según Leonhardt et al. (2016), se podría hacer uso de estas estrategias para promover el *insight*, siendo una herramienta tanto impulsora como de mantenimiento para la conciencia de enfermedad.

La inclusión de la metacognición en el tratamiento de la esquizofrenia como medio de acceso al estudio de las alteraciones de la autoexperiencia y nodo principal para acceder a la red de conductas, emociones y cogniciones del paciente tendría consecuencias que serían inmediatas y prácticas (Lysaker et al., 2020b). Con una mayor capacidad metacognitiva, estas personas, podrían ser más capaces de gestionar situaciones que

consideran socialmente complejas y dotar de sentido las experiencias que les suceden, siendo estos factores clave de la integración social (Lysaker et al., 2019).

Con respecto al tipo de sintomatología que presentan las personas con esquizofrenia, las alucinaciones son frecuentes y se definen como "experiencias similares a la percepción con la claridad y el impacto de una percepción real, pero sin la estimulación del órgano sensorial correspondiente" (American Psychiatric Association, 2013, p. 87). Este tipo de síntoma positivo, supone una mayor dificultad para reflexionar y comprender las propias percepciones, pensamientos y experiencias mentales (Palmer-Cooper, McGuire, y Wright, 2022). Las personas con esquizofrenia que sufren de alucinaciones, presentan un déficit metacognitivo, contribuyendo este tanto al mantenimiento como a la producción de las alucinaciones y retroalimentándose uno al otro (Palmer-Cooper, McGuire, y Wright, 2022). Por ello estimular la metacognición con este tipo de estrategias en personas que manifiestan alucinaciones auditivas ha sido positivo en su tratamiento, puesto que ejercicios como la identificación del *crítico interno* o del *compañero benévolο* favorecen su detección y permiten etiquetarlas como parte de la enfermedad, evitando de esta manera causar la angustia que se da en ausencia de insight (Kühl, Lüdtke, Mehl, y Moritz, 2021). En cierto modo, gran parte de las intervenciones psicológicas se abordan desde una perspectiva metacognitiva, ya que los terapeutas reflexionan con sus pacientes sobre las cogniciones que presentan y los sentimientos que estas conllevan, intentando modificar aquello que es poco adaptativo y perjudica la funcionalidad del afectado (Moritz, Klein, Lysaker y Mehl, 2022).

La terapia metacognitiva fue desarrollada principalmente por Adrian Wells a mediados de los noventa y se enmarca dentro del modelo transdiagnóstico, dirigido originalmente al tratamiento de los trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión (Sharma, Sagar, Kaloiya y Mehta, 2022). El uso de este tipo de estrategias en la terapia psicológica surge, cuando Wells trabaja en la década de los ochenta con Beck, abordando la terapia cognitiva y encontrando el primer autor la ausencia de conexión entre la psicología cognitiva y su práctica, pues bajo su punto de vista este tipo de intervención no ahondaba en los conocimientos de los procesos cognitivos de manera exhaustiva (Gelitz, 2016). Las estrategias en metacognición se fundamentan en una problemática relacionada con la activación de un estilo tóxico de pensamiento denominado Síndrome Cognitivo Atencional (SCA), que fomenta la aparición, mantenimiento y recaída de gran parte de los trastornos psicológicos (Moritz et al.,

2022). Las principales características de este estilo de pensamiento serían: preocupación, rumiación, monitorización de amenaza y estrategias de afrontamiento disfuncionales (Sharma et al., 2022). El modelo SCA se mantiene activo mediante creencias metacognitivas disfuncionales como podría ser: *la rumiación facilita encontrar solución a los problemas* (Normann y Morina, 2018). Este tipo de terapia también se utiliza con personas que padecen esquizofrenia (Minor et al., 2021). Según Moritz et al., (2022) el pensamiento paranoide, por ejemplo, se asimila al proceso de preocupación, con una serie de preguntas del mismo tipo que en el trastorno de ansiedad, surgiendo los “¿y si...?”, con un contenido propio del delirio (por tanto, más extraño que en el trastorno de ansiedad), por ejemplo: “¿y si me está persiguiendo el Gobierno?”. Así, las respuestas a las experiencias alucinatorias se presentan en el mismo plano que el proceso de rumiación en el trastorno de depresión mayor (TDM), las personas con TDM rumian porque se sienten deprimidas; las personas con esquizofrenia porque escuchan voces en su cabeza. Las experiencias metacognitivas disfuncionales sobre las que se organiza el pensamiento pueden ser positivas cuando implican suposiciones sobre la utilidad de la rumiación y la preocupación: “si me preocupa que me persigan puedo evitar que me atrapen”. También negativas, cuando toman la forma de creencias de incontrolabilidad sobre la rumiación, el monitoreo de amenazas o la preocupación, por ejemplo, “mi rumiación es incontrolable” (Normann y Morina, 2018).

El éxito de la terapia metacognitiva se basaría en el logro del aumento de la flexibilidad cognitiva, modificación de las creencias metacognitivas y disminución del SCA (Moritz et al., 2022). Además, se ha demostrado que la mejoría de la metacognición en estos pacientes facilita la ejecución de juicios probabilísticos realistas y la recuperación subjetiva de su situación (Lysaker et al., 2020c). Este recurso, también debería conseguir aumentar la complejidad de la autorreflexividad de las personas con esquizofrenia, siendo de esta manera más capaces de pensar sobre sí mismos y desarrollar una respuesta más adaptativa hacia los problemas psicológicos que se les presentan (Leonhardt et al., 2016). La Terapia de reflexión e insight metacognitivo (MERIT, del inglés *Metacognitive Reflection and Insight Therapy*), surge para tratar de mejorar la autoexperiencia de las personas que sufren esta problemática, puesto que existen gran cantidad de corrientes que abordan la esquizofrenia enfocándose en la reducción de síntomas y paliando los déficits de habilidades sociales, olvidando la importancia de la recuperación del sentido coherente del yo y de la agencia personal de

las mismas (Lysaker et al., 2020a). Mediante estas estrategias, las personas con esquizofrenia serían capaces de identificar y reconocer sus emociones de una manera más acertada, además de detectar sus pensamientos (consecuentes de la enfermedad) como falibles y distantes de la realidad intersubjetiva, incrementando el conocimiento y conciencia sobre el trastorno y, por tanto, posibilitando una gestión más eficiente de este (Leonhardt et al., 2016). Es por esto, que el objetivo principal de la revisión teórica es determinar si se dan estrategias metacognitivas disfuncionales que repercuten agravando el desarrollo de la vida del paciente y si es posible trabajar e implantar otras más adaptativas que favorezcan su desempeño diario. Además, se busca explorar si en función del tipo de esquizofrenia diagnosticada y de los síntomas predominantes en ella la metacognición podría ser más o menos efectiva para su mejoría.

Método

Materiales

Se examinaron artículos empíricos y de investigación publicados en revistas científicas en los últimos veinte años, siendo la búsqueda acotada entre 2002 y 2022, no se ha podido optar a un periodo de búsqueda acotado más comprimido y reciente puesto que no es una línea de investigación con abundante literatura científica. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Web Of Science y ProQuest.

Procedimiento

Esta síntesis de literatura se realizó en varias fases, durante el mes de Mayo de 2022. Primero, se efectuó una búsqueda general y amplia con los términos *schizophrenia*, *schizo* y *schizophrenia spectrum* para realizar una aproximación al tema. Posteriormente, se realizó otra segunda búsqueda más restrictiva combinando: *schizophrenia*, *schizo* y *schizophrenia spectrum* con *metacognition*, *metacognitive therapy*, *hallucination*, *insight*, *MERIT* y *metacognitive strategies*. En segundo lugar, a través de Mendeley se seleccionaron los artículos pertinentes ajustándose a los criterios y con una fecha de publicación relativamente reciente (2002-2022).

Criterios de inclusión:

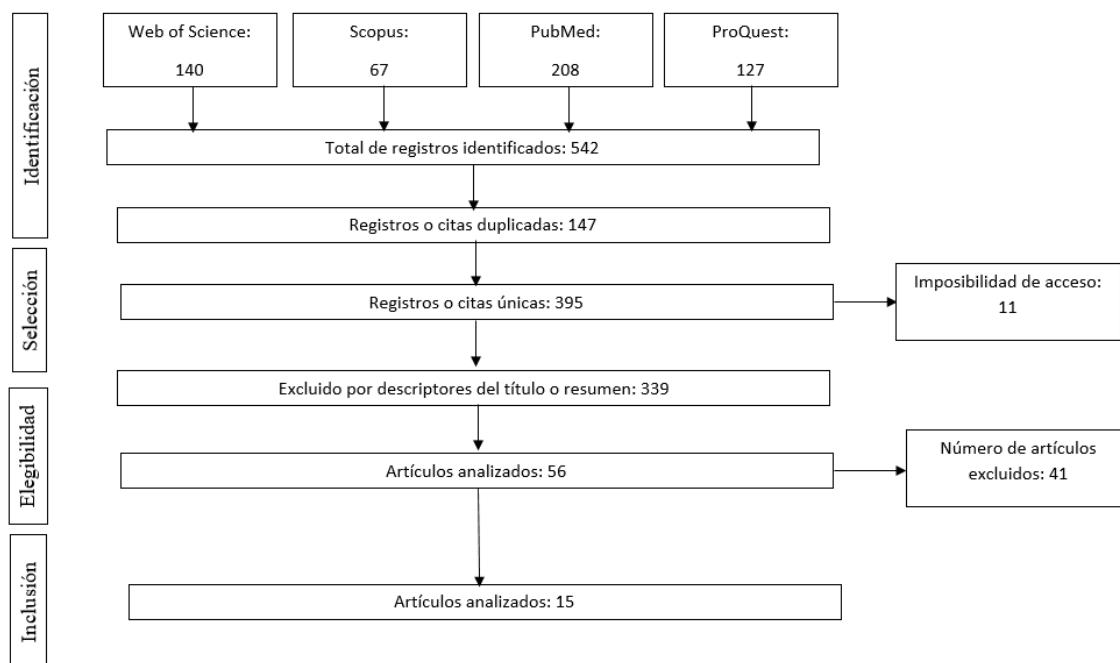
- Artículos empíricos publicados en un margen temporal de veinte años, comprendidos de 2002 a 2022.

- Artículos relacionados con el espectro de la esquizofrenia, estrategias metacognitivas, nuevas terapias con base en la metacognición (MERIT), conciencia de enfermedad y síntomas del trastorno (especialmente alucinaciones).
- Artículos en inglés
- Artículos empíricos de investigación con muestras formadas tanto con hombres como mujeres, de manera indiferenciada, sin ser el sexo biológico un criterio relevante para la revisión.
- Los participantes de las investigaciones son mayores de 18 años; la esquizofrenia suele detonar al final de la adolescencia y comienzo de la adultez.
- Los participantes de los artículos revisados, pueden ser población clínica con trastorno del espectro de la esquizofrenia o población no clínica (línea base). Es necesario tanto el conocimiento de las relaciones de los déficits funcionales con las variaciones metacognitivas en personas con patología y sin ella.

Los criterios de exclusión:

- Se eliminan revisiones sistemáticas o meta-análisis de la búsqueda .
- No competen artículos científicos sobre esquizofrenia y química cerebral, enfocado hacia una perspectiva neuropsicológica.

Figura 1. Proceso de selección de artículos que relacionan las variables metacognición y esquizofrenia.



Resultados

Se seleccionaron 15 artículos empíricos que se ajustaban a los criterios de inclusión mencionados en el procedimiento, de los cuales el 46,66% fueron publicados en los últimos cinco años (2018-2022), el 33,33% en años comprendidos entre 2010-2017 y el 20% en años anteriores (2003-2009). La figura 1 muestra el proceso de selección. El anexo 1 presenta los artículos analizados organizados por orden alfabético en función del apellido del primer autor, identificando, además, el año de publicación, las características de los participantes de cada estudio empírico, el diseño, los resultados y sus principales hallazgos.

Discusión

Conocer si una intervención abordada desde la perspectiva metacognitiva es capaz de favorecer un conocimiento más acertado sobre los estados internos del paciente, su entorno y sujetos que habitan este, y detectar la falibilidad de sus propios pensamientos, proporcionaría una adaptación más adecuada y útil para los sujetos con este tipo de psicopatología. Tras la revisión de los artículos seleccionados, se puede concluir que el desarrollo de la metacognición favorece la autorreflexión, la capacidad de identificación emocional tanto del propio individuo como de los que le rodean y del aprendizaje.

Se ha detectado que en pacientes con esquizofrenia existe relación entre la forma de calificar sus pensamientos con la evolución de la enfermedad como sostienen en su investigación Cangas et al. (2005). De este modo, su evaluación negativa entendida como la “imposibilidad de control” de las alucinaciones, influye en la predisposición a experimentarlas, además de generar angustia. A esto, se le suma los datos aportados por Ensum y Morrison (2003) que sostienen que el sesgo atribucional que tienen las personas con esquizofrenia sitúan el foco atencional de la alucinación en el exterior, alejándolas del locus de control interno y consolidando el valor de dicha creencia. De esta forma, el entrenamiento, especialmente en autorreflexión, se considera un factor protector tanto del delirio como de la alucinación según los artículos revisados de Andreou et al. (2017), Carse y Langdon (2013), Haga et al. (2022), Hasson-Ohayon et al. (2018) y Salvatore et al. (2018). Estudios como el de Vetik, Tulver, Lints y Bachmann (2020), Aghotor et al. (2010) y Andreou et al. (2017), avalan la existencia de una relación entre la forma de calificación del pensamiento y la manifestación de sintomatología positiva, por lo que la intervención metacognitiva es especialmente beneficiosa en estos casos. Además, consigue reducir la ansiedad en sus pacientes y

mejorar la adaptación a su entorno (mayor control de impulsos, reducción de evitación social, aumento en la cooperación con el medio...) como se demuestra en los trabajos de Haga et al. (2022) y Salvatore et al. (2018). Por esto, los principales pacientes con los que se desarrollan este tipo de estrategias son aquellos que han llegado al insight (en gran parte de estos estudios es un requisito como en el de Luther et al. en 2020), capaces de identificar sus síntomas como parte de una enfermedad y no como inherentes a la realidad conjunta de todos los individuos. Así pues, la metacognición parece tener influencia en la capacidad de dotar de coherencia su sentido de realidad; las personas con esquizofrenia tienen mermada dicha facultad de atribución, carentes de ella y de cuestionar sus propios juicios son incapaces de secuenciar pensamientos con cohesión aceptando y descartando secuencias que se presentan en sus mentes. Es difícil, por una cuestión metodológica de las referencias consultadas (ausencia de estudios de corte experimental), afirmar que la “metacognición” en sí misma sea la responsable de esta problemática, ya que como se ha visto en el artículo de Hasson-Ohayon et al. (2018), está estrechamente relacionada con otras aptitudes como la cognición social (como sería la interpretación emocional de otras personas) o neuro-cognición (como sería la interpretación falible de las emociones de otras personas asociadas a la patología cerebral tras una lesión o trastorno). Todo apunta a que esta competencia integra no solo la posibilidad de influir en proporcionar sentido cohesionado a los acontecimientos externos diferenciándolos de los internos de manera certera, sino que también ataña al bienestar-sufrimiento de la persona; es decir, se trata de un constructo que parece influir en diversas alteraciones del problema. Así, en función de cómo un sujeto ajuste las diversas facultades que componen la metacognición se encontrará más o menos predispuesto a experimentar un tipo de pensamiento ansioso, negativo, rumiante... que, al sufrir un trastorno como la esquizofrenia, se agrava todavía más y empeora la propia sintomatología de la enfermedad. Con todo, la metacognición es un constructo reciente, que precisa de una mayor precisión conceptual y empírica, por lo que consolidar mediante la experimentación lo mencionado sería de gran utilidad para el normalizar en terapia el uso de estrategias que repercutan en el desarrollo de esta, estabilizándose como un recurso más al que acceder.

Asimismo, en artículos como el de Lundin et al. (2020) y Lysaker et al. (2008) se establece una fuerte relación entre desarrollo metacognitivo y función ejecutiva, ya que mientras se trabaja en re-dirigir y controlar pensamientos y acciones (planes) hacia

objetivos concretos, se favorece la integración de pensamientos y de afectos. Así, puede decirse que la mejora en la comprensión de los propios pensamientos correlaciona con la capacidad de cuestionar sus propios juicios, aunando muestras de la parte sustancial de la intervención metacognitiva en terapia con pacientes con esquizofrenia.

Combinar la metodología de sustitución del modo de organización del pensamiento patológico constituido por una metacognición desadaptativa por un tipo de pensamiento más funcional, acercará al individuo enfermo a un plano socialmente más flexible. Esto podría lograrse con una labor psicoeducativa que ayudase al sujeto a detectar todos los factores que encontrándose bajo la influencia de la metacogición predisponen a mermar su funcionalidad, como las citadas anteriormente rumiación, pensamiento ansioso, etc. Así, tras la detección y conocimiento por parte del paciente de las estrategias disfuncionales con las que enfrenta su cotidianidad, el fortalecimiento e implantación de recursos metacognitivos funcionales, como el entrenamiento en autorreflexión, dirección adecuada del foco atencional... favorecerán el desempeño diario de la persona, acercándolo a un plano mucho más normativo en cuanto a la forma de estructurar su propio pensamiento influyente en la ejecución de su conducta.

Finalmente, es necesario destacar algunas de las limitaciones encontradas durante la realización de esta revisión sistemática. Al ser la metacognición un constructo sumamente abstracto, al que no se tiene acceso directo, ha sido difícil encontrar artículos que avalen causalidad en la relación entre el uso de estas estrategias metacognitivas en terapia psicológica y una mejora experimentada en la vida cotidiana del enfermo, siendo la gran mayoría de artículos encontrados correlacionales, mostrando simplemente influencia entre ambas variables. Además, el trabajo en metacognición como herramienta en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia es relativamente nuevo, pues principalmente ha sido utilizado en terapia con sujetos que padecen ansiedad y depresión, influyendo esto en la escasez de literatura acerca de su uso en el trastorno de la esquizofrenia, destacando líneas de investigación de determinados autores como Lysaker, expertos en la materia, que hacen que los avances sobre estos conocimientos se centralicen en torno a ellos, monopolizando gran parte de las referencias (siendo así más probable que existan sesgos en cuanto a la perspectiva tomada). Otra de las grandes limitaciones en la selección de artículos se encuentra en que estos son realizados con muestras que disponen de números bajos de participantes, con amplios rangos de edad, diferente nivel educativo y sin contemplarse los posibles

efectos farmacológicos de la medicación como interferencia en el desarrollo de estas estrategias, lo que incide en la dificultad de generalización e interpretación de datos. Asimismo, tras realizarse la mayoría de investigaciones científicas de los artículos escogidos, sus resultados no son sometidos a un seguimiento a largo plazo que permita comprobar si las mejoras en los pacientes continúan de manera permanente; reduciendo todavía más su fiabilidad y validez del conjunto de sus resultados sobre los que trabajar para componer dicha revisión.

Conclusiones

Se puede afirmar que la metacognición es uno de los factores indispensables en la modulación y cohesión de la adaptación al entorno social de una persona. Trabajar estrategias que consoliden esta facultad en personas que sufren cualquier trastorno del espectro psicótico, en especial la esquizofrenia, resulta crucial para contribuir favorablemente en la evolución de su enfermedad. Si bien, no se demuestra causalidad entre el uso de estrategias metacognitivas funcionales en estos sujetos y su adaptación al medio, si existe una clara relación. Por esto, resulta vital continuar con la investigación científica aunando esta problemática-tratamiento, pues es una nueva opción esperanzadora para las personas que sufren este trastorno sabiendo que es muy complicado encontrar un tratamiento efectivo y universal para esta enfermedad se abre la puerta ante una innovadora perspectiva que posibilita efectos beneficiosos y rehabilitadores.

Referencias

- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., & Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(3), 207-211.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Andreou, C., Wittekind, C. E., Fieker, M., Heitz, U., Veckenstedt, R., Bohn, F., & Moritz, S. (2017). Individualized metacognitive therapy for delusions: a

- randomized controlled rater-blind study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 144-151.
- Bleuer, E. Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1960 (ed. original 1908).
- Cangas, A. J., Errasti, J. M., García-Montes, J. M., Álvarez, R., & Ruiz, R. (2006). Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations. *Personality and individual differences*, 40(3), 487-496.
- Carse, T., & Langdon, R. (2013). Delusion proneness in nonclinical individuals and cognitive insight: The contributions of rumination and reflection. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(8), 659-664.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1195-1203.
- Cicero, D. C., Jonas, K. G., Li, K., Perlman, G., & Kotov, R. (2019). Common taxonomy of traits and symptoms: linking schizophrenia symptoms, schizotypy, and normal personality. *Schizophrenia bulletin*, 45(6), 1336-1348.
- Clemente, J., Gleeson, J. F., & Lim, M. H. (2013). Cognitive processes in worry and paranoia: Investigation of the looming cognitive style. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(4), 303-314.
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, Article 519-534.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Cromby, J., Chung, E., Papadopoulos, D., & Talbot, C. (2019). Reviewing the epigenetics of schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 28(1), 71-79.
- de Jong, S., Van Donkersgoed, R. J. M., Timmerman, M. E., Aan Het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., van Der Gaang, M., Aleman, A., Lysaker, P. H., & Pijnenborg, G. H. M. (2019). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 49(2), 303-313.

- Ensum, I., & Morrison, A. P. (2003). The effects of focus of attention on attributional bias in patients experiencing auditory hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 895-907.
- Geltiz, C. (2016). Terapia metacognitiva contra la depresión. *Investigación y Ciencia* (14). <https://www.investigacionciencia.es/revistas/cuadernos/depresin-675/terapia-metacognitiva-contra-la-depresin-14304#:~:text=Adrian%20Wells%2C%20de%20la%20Universidad,de%20sus%20preocupaciones%20y%20cavilaciones>
- Haga, S., Kobayashi, M., Takehara, A., Kawano, K., & Endo, K. (2022). Efficacy of Metacognitive Training for Patients With Schizophrenia in Psychiatric Emergency Wards: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychology*, 13, 861102-861102.
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Lavi-Rotenberg, A., Luther, L., & Lysaker, P. H. (2018). The centrality of cognitive symptoms and metacognition within the interacting network of symptoms, neurocognition, social cognition and metacognition in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 202, 260-266.
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Altas hospitalarias y estancias según sexo y diagnóstico principal*. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=52134>
- Khavari, B., & Cairns, M. J. (2020). Epigenomic dysregulation in schizophrenia: In search of disease etiology and biomarkers. *Cells*, 9(8), 1837.
- Kühl, M., Lüdtke, T., Mehl, S., & Moritz, S. (2021). Evaluation of an Internet-based metacognitive training for individuals who hear voices. *Schizophrenia Research*, 228, 256-259.
- Leonhardt, B. L., Benson, K., George, S., Buck, K. D., Shaieb, R., & Vohs, J. L. (2016). Targeting insight in first episode psychosis: a case study of metacognitive reflection insight therapy (MERIT). *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 207-216.
- Lundin, N. B., Hochheiser, J., Minor, K. S., Hetrick, W. P., & Lysaker, P. H. (2020). Piecing together fragments: linguistic cohesion mediates the relationship

- between executive function and metacognition in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 215, 54-60.
- Luther, L., Bonfils, K. A., Fischer, M. W., Johnson-Kwochka, A. V., & Salyers, M. P. (2020). Metacognition moderates the relationship between self-reported and clinician-rated motivation in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100140.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Callaway, S. S., Salvatore, G., Carcione, A., Nicolò, G., & Stanghellini, G. (2011). Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Comprehensive psychiatry*, 52(3), 253-260.
- Lysaker, P. H., Gagen, E., Klion, R., Zalzala, A., Vohs, J., Faith, L. A., Leonhardt, B., Hamm, J., & Hasson-Ohayon, I. (2020). Metacognitive reflection and insight therapy: a recovery-oriented treatment approach for psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 331-341.
- Lysaker, P. H., Keane, J. E., Culleton, S. P., & Lundin, N. B. (2020). Schizophrenia, recovery and the self: An introduction to the special issue on metacognition. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100-167.
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Vohs, J. L., Schnakenberg Martin, A. M., Buck, K. D., & Hasson Ohayon, I. (2019). Metacognition and recovery in schizophrenia: from research to the development of metacognitive reflection and insight therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(1), 2043808718814992.
- Lysaker, P. H., Minor, K. S., Lysaker, J. T., Hasson-Ohayon, I., Bonfils, K., Hochheiser, J., & Vohs, J. L. (2020). Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: Relationship to cognition, self-experience and developing treatments. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100142.
- Lysaker, Paul H.; Warman, Debbie M.; Dimaggio, Giancarlo; Procacci, Michele; LaRocco, Valerie A.; Clark, Laura K.; Dike, Craig A.; Nicolò, Giuseppe (2008). *Metacognition in Schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 384–389. doi:10.1097/nmd.0b013e3181710916

- McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*, 77(2), 201-210.
- Mealer, R. G., Williams, S. E., Daly, M. J., Scolnick, E. M., Cummings, R. D., & Smoller, J. W. (2020). Glycobiology and schizophrenia: a biological hypothesis emerging from genomic research. *Molecular psychiatry*, 25(12), 3129-3139.
- Minor, K. S., Marggraf, M. P., Davis, B. J., Mickens, J. L., Abel, D. B., Robbins, M. L., Buck, K. D., Wiehe, S. E., & Lysaker, P. H. (2022). Personalizing interventions using real-world interactions: Improving symptoms and social functioning in schizophrenia with tailored metacognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(1), 18–28. <https://doi.org/10.1037/ccp0000672>
- Moritz, S., Klein, J. P., Lysaker, P. H., & Mehl, S. (2022). Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues in clinical neuroscience*, 309-317.
- Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition—what did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*, 201, 20-26.
- Morrison, A. P., Pyle, M., Chapman, N., French, P., Parker, S. K., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: a feasibility study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 280-284.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2022). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Palmer-Cooper, E., McGuire, N., & Wright, A. (2022). Unusual experiences and their association with metacognition: investigating ASMR and Tulpamancy. *Cognitive Neuropsychiatry*, 27(2-3), 86-104.
- Pappa, E., Peters, E., & Bell, V. (2021). Insight-related beliefs and controllability appraisals contribute little to hallucinated voices: a transdiagnostic network analysis study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 271(8), 1525-1535.

Quiles, H., Rodríguez, P., Soriano, M., Tajima, K., & Torres, B. (2022). *Manual de Psicología Clínica (3ed)*. Academia de preparación PIR S.L.

Rodrigues-Amorim, D., Rivera-Baltanás, T., Bessa, J., Sousa, N., de Carmen Vallejo-Curto, M., Rodríguez-Jamardo, C., de las Heras, M. E., Díaz, R., Aguís-Balboa, R. C., Olivares, J.M., & Spuch, C. (2018). The neurobiological hypothesis of neurotrophins in the pathophysiology of schizophrenia: a meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 106, 43-53.

Salvatore, G., Buonocore, L., Ottavi, P., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2018).

Metacognitive interpersonal therapy for treating persecutory delusions in schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 164-174.

Sharma V, Sagar R, Kaloiya G, et al. (March 23, 2022) The Scope of Metacognitive Therapy in the Treatment of Psychiatric Disorders. *Cureus* 14(3): e23424. doi:10.7759/cureus.23424

Sternberg, R. J. (2005). Intelligence. In K. J. Holyoak & R.G. Morrison (Eds.): *The Cambridge Handbook of Thinking and Reasoning*, p. 751–773. Cambridge: Cambridge University Press.

Vergara, S. (2018). Metacognición en Esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(4), 269-278.

Vetik, S., Tulver, K., Lints, D., & Bachmann, T. (2020). Among the two kinds of metacognitive evaluation, only one is predictive of illusory object perception. *Perception*, 49(10), 1043-1056.

Zhang, C. Y., Xiao, X., Zhang, Z., Hu, Z., & Li, M. (2021). An alternative splicing hypothesis for neuropathology of schizophrenia: evidence from studies on historical candidate genes and multi-omics data. *Molecular Psychiatry*, 1-18.

Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. In M. Zuckerman, *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 3–23). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10316-001>

Anexo 1

Estudios sobre la Esquizofrenia en relación con las Estrategias Metacognitivas

Autores	Participantes	Diseño	Resultados	Principales Hallazgos
Aghotor et al. (2010).	30 pacientes internos, entre 18 y 62 años, siendo la media de 27 años de edad, con diagnóstico del espectro de Esquizofrenia. 20 hombres y 10 mujeres.	Pre-test, intervención, Posttest con grupo control. Asignación aleatoria al grupo experimental (recibe terapia metacognitiva). Duración de la intervención 4 semanas. Pretest y posttest incluyeron medidas psicopatológicas,	Mayor éxito de control subjetivo en el grupo experimental que en el grupo control. Mejora en todas las subescalas del PANSS a nivel descriptivo. Se atenúan los efectos de los síntomas positivos, además de reducirse el sesgo de llegar a conclusiones erróneas influenciadas por síntomas de su enfermedad. No	Se confirma la viabilidad de la terapia metacognitiva, con una buena adaptación y participación de los pacientes. Se redujo la sintomatología positiva en comparación con el grupo de control activo. <u>Limitaciones:</u> la dificultad del material con el que se realizó el entrenamiento en metacognición fue considerado de forma subjetiva tras la muestra de feedback por parte de los participantes demasiado fácil

cognitivas y metacognitivas. Variables dependientes: escala PANSS detección de sintomatología positiva en pacientes con esquizofrenia, capacidad de controlar y reconsiderar la toma de decisiones.

obstante, ninguno de los efectos conseguidos por la terapia en metacognición alcanzó significación estadística. El tamaño del efecto es de $\frac{1}{4}$, con una beta de 0,8 y un alfa de 0,5; necesitándose una muestra de 86 participantes para encontrar efectos significativos. No se observan reacciones adversas. El sesgo medio influenciado por la sintomatología de la enfermedad en el momento de tomar decisiones tras la primera información disminuyó en el grupo de meta- cognición de 2 puntos

por determinados sujetos, muestra insuficiente para generalizar resultados, además de no poder llegar a ninguna conclusión sobre la estabilidad de los efectos a largo plazo (no se realizó seguimiento).

(pre-test) a 0,6 (post-test), mientras en el grupo control descendió de 1,6 puntos (pre-test) a 1,2 (post-test); resultados comprendidos entre 3,5 y -0,3.

- Andreou et al. (2017). 92 pacientes que habían sufrido delirios a lo largo de su historia de enfermedad. 51 hombres y 41 mujeres, con una media de edad de 36,25 años.
- Asignación aleatoria a grupo control o grupo que recibía 12 sesiones de terapia metacognitiva.
- Duración 6 semanas (evaluación al finalizar la intervención sobre los sesgos cognitivos que conforman la psicopatología).
- Seguimiento tras 6 meses de la intervención.
- A las 6 semanas hubo una mejora significativa en el grupo que utiliza el programa en metacognición en comparación con el grupo control, en lo que respecta a la disminución de la gravedad de los delirios, la mejora de la autorreflexión y la toma de decisiones. El grupo de pacientes control alcanza esta mejoría a largo plazo pasados los 6 meses, donde el grupo de control muestra una mejoría menor.
- La intervención metacognitiva individualizada parece más efectiva en la mayoría de los pacientes a corto plazo, siendo más inmediata en conseguir resultados óptimos.
- Una limitación grave en este estudio, y que puede influir en que la mejoría se estabilice y no continúe aumentando en el tiempo tras las sesiones de metacognición es que el proceso de aleatorización dio lugar a

intervención, aplicando de nuevo la evaluación.

Variable independiente: terapia en metacognición

Variable dependiente: cambio reductor de la gravedad del delirio y del razonamiento disfuncional.

Uso de puntuaciones ANCOVAs ajustadas a las puntuaciones basales para evaluar las diferencias entre los grupos con

tratamiento metacognitivo se estabiliza, sin existir diferencias entre los resultados de ambos grupos. Los mayores tamaños del efecto se observan para el entorno WHOQOL-BREF

($p < 0,8$) y en la escala de autoestima de Rosemberg ($p < 0,1$).

diferencias entre los dos grupos con respecto a la sintomatología, siendo más baja en los participantes pertenecientes al grupo de intervención metacognitiva.

respecto a las variables resultado.

Cangas et al. (2005).	81 estudiantes de psicología de entre 19 a 27 años, de las cuales 57 eran mujeres, y 24 hombres	Participación voluntaria en grupos de psicología (no se ofrece información sobre el proyecto). Los cuestionarios se completan de manera individual en el orden establecido: escala de alucinaciones revisada, cuestionario de metacognición e inventario de correlación depresión de Beck; y tras esto realizan las pruebas COGLAB	Relación estadísticamente significativa entre el factor de metacognición de incontrolabilidad y peligro con el factor superstición, (0,53) y el factor autoconciencia cognitiva	La relación existente entre determinadas características de la metacognición y la predisposición a alucinaciones tanto auditivas como visuales, pues las creencias negativas sobre la incontrolabilidad y el peligro explican gran parte de la predisposición a su manifestación. Por otra parte, la pérdida de confianza cognitiva está estrechamente relacionada únicamente con las alucinaciones visuales.
-----------------------	---	--	---	---

<p>(psicopatología cognitiva).</p>	<p>de la COGLAB y la predisposición a alucinaciones auditivas, pero no con las variables metacognitivas.</p>
<p>Investigación cuantitativa, que consigue la recopilación de datos mediante el uso de diferentes encuestas.</p>	
<p>Variable independiente: metacognición en trastorno depresivo</p>	
<p>Variable dependiente: variaciones en la alucinaciones</p>	

Carse y Langdon (2013).

Muestra no clínica de 152 personas, 89 de ellas estudiantes de psicología consigue

En los resultados no se Correlación en la manifestación que encuentran variaciones de delirios en personas sin la significativas entre sexos en patología con mayor seguridad

(18 hombres y 71 mujeres, con una media de edad de 20.6 y 18.9 respectivamente) y 63 personas de población general (11 hombres y 52 mujeres, con una media de 29.4 y 29.3 respectivamente). recopilación de datos mediante el uso de diferentes encuestas. Los participantes completaron los cuestionarios de autoinforme mediante una plataforma web de encuestas en línea sin límite de tiempo. El orden de ejecución fue igual para todos: BCIS (insight cognitivo), PRQ (cuestionario de forma rumiación y reflexión) y PDI (explora la presencia de creencias inusuales).

el PDI. Relación negativa significativa entre la edad y la puntuación en rumiación; relación significativa positiva entre edad y niveles de propensión al delirio se asociaron con una mayor seguridad en sí misma y niveles más altos de autorreflexión. Los mayores niveles de propensión al delirio se asociaron con una mayor seguridad en sí misma (0,24) y niveles más altos de autorreflexión (0,26). La puntuación de BCIS (0,26) y PRQ (0,38) y PDI (0,39) en el modelo 2).

Clemente, Gleeson y Lim (2013).	<p>49 pacientes externos bajo tratamiento (22 de ellos con diagnóstico de esquizofrenia, 2 esquizoafectivo y 25 con preocupaciones patológicas). 24 hombres y 25 mujeres, con edad media de 36,5 años.</p>	<p>Investigación cuantitativa, que consigue la recopilación de datos mediante el uso de diferentes encuestas.</p> <p>Participantes reclutados con preocupaciones patológicas con puntuación superior a 45 en el PSWQ; muestra de psicosis con sujetos con tratamiento ambulatorio, historia de delirios persecutorios y diagnóstico de Esquizofrenia o</p>	<p>El 63% de los pacientes con psicosis superó el nivel medio de preocupación patológica.</p> <p>No hay diferencias significativas en la fuerza de la correlación entre preocupación para el estilo cognitivo negativo de los dos grupos.</p> <p>En el grupo de preocupación patológica existe correlación significativa positiva entre las puntuaciones del cuestionario de estilos desadaptativos de pensamiento (0,69) y el cuestionario de</p>	<p>Los altos niveles de paranoia no correlacionan de manera significativa con un estilo cognitivo de pensamiento caracterizado como negativo y amenazante, ya que una vez controlada la variable de angustia y ansiedad que usualmente va unida a este tipo de estilo cognitivo no resulta significativa su influencia. Por tanto, la angustia es uno de los factores a tener en cuenta en el aumento de períodos de paranoia.</p>
---------------------------------	--	--	--	--

Trastorno Esquizaafectivo según criterios del DSM-IV- TR.	preocupación (0,62).
Variable independiente: delirios persecutorios	Fuerte correlación positiva entre la preocupación y la ideación paranoide (0,71). Los mayores niveles de preocupación se asocian con mayores niveles de angustia, convicción y preocupación delirante.
Variable dependiente: sesgo atencional que se presenta en el pensamiento de estilo cognitivo “amenazante”.	En el grupo de personas con trastornos del espectro psicótico se muestran unas correlaciones positivas de 0,68 en el cuestionario de preocupaciones; 0,49 en el estilo desadaptativo de pensamiento; y 0,78 en neuroticismo y ansiedad.

Haga et al. (2022). 16 pacientes con Ensayo piloto En condición metacognición Las personas en condición esquizofrenia (8 mujeres y 8 controlado, se muestra un descenso terapia metacognitiva (MCT) + hombres) en edades comparativo y no importante en las terapia ocupacional (OT), comprendidas de 20 a 65 ciego. Los puntuaciones medias de obtuvieron una mayor reducción (media de 43,75 años) años participantes dieron su ansiedad, tensión, retraso de sintomatología ansiosa, de en sala de urgencias, consentimiento motor, falta de cooperación, falta de cooperación, mala habiendo terminado la fase informado para mala atención, mal control atención, control de impulsos, aguda y sub-aguda. participar en de los impulsos, preocupación y evitación social cualquiera de los preocupación y evitación activa, que en el grupo que grupos mediante un activa. Los síntomas simplemente recibía tratamiento procedimiento de psiquiátricos muestran una de OT. Además, los pacientes aleatorización mejora significativa y las que se encontraban en MCT + estratificada basado en variables de insight y OT, interactuaron mucho más la edad y el sexo de los autorreflexión presentan entre ellos y se facilitó el disfrute participantes. La diferencias significativas en de su rehabilitación que en evaluación inicial se función del sujeto. El condición OT. realizó después de la reincorporación en el plazo de un asignación en los año fue significativamente grupos (grupo de menor en el grupo que terapia ocupacional y

grupo de terapia incluía la condición de ocupacional+terapia terapia metacognitiva. metacognitiva). El grupo que incluía la terapia metacognitiva realizó 2 veces a la semana este tipo de intervención, además del programa normal de terapia ocupacional que se implementó en ambas condiciones. Tras esto se realizó una tarea de asociación de palabras y se midió el nivel atencional mediante la escala PSC. La tarea de asociación consistía en que los

participantes produjeran palabras al azar en respuesta a las leídas en voz alta de la lista de Kinderman.

Comparación de los cambios en la función cognitiva, los síntomas psiquiátricos, el insight cognitivo, la motivación intrínseca del inicio tras la intervención y el número de reingresos tras un año.

Variable independiente: eficacia de los

	<p>Hasson-Ohayon et al. (2018).</p> <p>81 adultos diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizaafectivo, que no se encontraban desde hacía mínimo 30 días en fase aguda de la enfermedad. La media de edad era de 49,68 años; 77 eran hombres y 4, mujeres. 76 de ellos habían pasado por una escolarización de al menos 12 años.</p>	<p>tratamientos de terapia metacognitiva</p>	<p>Variable dependiente: recuperación temprana de pacientes con esquizofrenia</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio, investigación cuantitativa.</p> <p>Se administraron las evaluaciones (IPII, MAS-A, PANSS, Hinting Task, BELERT, MATRICS, SAT-MD Y Picture Sequencing Task), los evaluadores de la</p> <p>Metacognición, neurocognición, cognición social y síntomas se toman como nodos separados entre sí. Se muestra una fuerte relación entre estos (sugerencia de cognición social con síntomas cognitivos 0,12; matrices Hinting y BELERT con atribución de visual 0,13; el dominio de autorreflexión dominio en metacognición 0,13; el dominio en metacognición con síntomas negativos - como fuertes nodos de la red la</p> <p>Los síntomas, la neurocognición, la cognición social y metacognición están estrechamente relacionados entre sí, siendo constructos distintos y únicos en sí mismos. La metacognición lograba altas puntuaciones en la capacidad de formar ideas complejas e integradas a cerca de uno mismo, el dominio de autorreflexión metacognitiva. Se mostraron como fuertes nodos de la red la</p>
--	---	--	---	---

MAS-A fueron ciegos 0,13...). Los síntomas cognitivos resultaron ser el nodo más central (la centralidad determina la importancia en cuanto a las posiciones significativas en la red de nodos), el resto de nodos no aparecieron centrales. La medida de centralidad de fuerza fue especialmente significativa en las habilidades metacognitivas, seguidas de las puntuaciones para el aprendizaje visual y la memoria de trabajo, además de para el reconocimiento de emociones. capacidad cognitiva social de identificación de emociones y las capacidades neurocognitivas de aprendizaje visual y memoria de trabajo.

Apoya la importancia de los síntomas cognitivos en la experiencia de la esquizofrenia, pues las variables principales que influyen en el funcionamiento de esta red interactúan a través de un circuito cuya ruta pasa por los síntomas cognitivos. Elementos claves en esta red se observa que también son la metacognición, cognición social y neurocognición.

Ensum y Morrison
(2003).

30 pacientes internos con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, con presencia de alucinaciones auditivas durante la última semana y bajo medicación antipsicótica. 22 de los participantes eran hombres y 8, mujeres (de entre 26 a 63 años, media 40,73 años).

Investigación cualitativa en dos grupos. Selección de participantes por relación con el comité ético encargado de aprobar la investigación.

Pruebas aplicadas de manera individual. Se les proporcionan 20 palabras para describir un suceso autorreferencial ocurrido, enfocándose en sus pensamientos y sentimientos. Tiempo: 10 minutos.

Tras analizar los resultados se comprobó que no existía efecto significativo por el orden de presentación. Los participantes puntuaban sistemáticamente menos en la la condición de enfoque externo. Las puntuaciones de internalidad se mostraron más bajas en la condición de enfoque interno que en la del externo; y las puntuaciones de internalidad más bajas para los estímulos internos positivo (48,53) y negativos (45,3) en relación con estímulos neutros (60,4). Con respecto al enfoque interno en condición control exterior las medias son de

Se demostró que el enfoque atencional en personas con esquizofrenia está alterado, favoreciendo la atribución externa de las alucinaciones (auditivas en este estudio) y exentas de locus de control interno, contribuyendo esto a la disonancia cognitiva.

Para controlar sesgos 47,7 para palabras positivas; de orden y 43,8 para palabras negativas; preparación, a uno de y 57,37 para palabras los grupos de se les dio neutras.

primero instrucciones de enfoque atencional externo y luego interno, y al segundo grupo al revés.

Variable independiente: atención autofocalizada

Variable dependiente: niveles mayores de atribución externa de las alucinaciones auditivas que cuando

En la atención externa, la media de la internalidad de palabras positivas es de 60,62; la de palabras negativas de 58,52; y la de palabras neutras de 64,02; la media del control externo de palabras positivas es de 59,43; la de negativas de 57,62; y la de neutras de 62,37.

se dirige la atención al exterior

Lundin et al. (2020).	94 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (54) y trastorno esquizoafectivo (40). 12 mujeres y 82 hombres con edades comprendidas de los 31 a los 74 años (de 7 a 18 años de educación).	Investigación cuantitativa, que se sirve de una batería de nueve pruebas neuropsicológicas para su uso en niños y adultos. Se promedian las puntuaciones particulares de la escala para representar los distintos componentes de la función ejecutiva de inhibición, monitorización y flexibilidad conceptual. La inhibición estaba	La cohesión profunda y la diversidad léxica se correlacionaron de forma débil a moderada positivamente con la mayoría de las escalas MAS-A (0,68; 0,66; 0,63). La cohesión profunda se correlacionó positivamente con los componentes de la función ejecutiva de inhibición (0,21) y monitorización de la función ejecutiva (0,29), mientras la inhibición, monitorización y flexibilidad conceptual. La conceptual (0,27). La cohesión referencial	Los resultados apoyan la hipótesis de que la formación de conexiones causales y por objetivos y la diversidad léxica median de forma independiente la relación entre la función ejecutiva y la metacognición en sujetos que padecen algún trastorno del espectro de la esquizofrenia. Aparte de esto, se observa que la cohesión profunda se correlaciona significativamente con la diversidad léxica y la inhibición y la monitorización, mientras que la diversidad léxica se correlacionó con la flexibilidad conductual; la cohesión referencial no
-----------------------	--	---	---	---

compuesta por la correlación negativamente prueba de inferencia con la diversidad léxica (- de palabras en color y 0,6), pero no significativamente con las puntuación de variables metacognitivas niveles más altos de conmutación de números y letras. La monitorización, por el cambio de categoría y la función ejecutiva (0,1). La prueba de fluidez verbal. La flexibilidad conceptual, en ordenación libre y reconocimiento de la prueba anterior.

Variable

independiente: mayor función ejecutiva mediada por la cohesión lingüística

correlacionó significativamente con ninguna medida de función ejecutiva ni metacognitiva. Los niveles más altos de funcionamiento ejecutivo predijeron una mayor cohesión profunda, sugiriendo que una mayor capacidad para controlar e inhibir la conducta dirigida a un objetivo ayuda a organizar y mantener un plan de discurso. Un control cognitivo flexible permite identificar gran cantidad de palabras dentro de su léxico para describir experiencias. Una mayor capacidad ejecutiva también predice una mayor capacidad metacognitiva, mostrando que las habilidades básicas de control cognitivo son

		Variable dependiente: Capacidad metacognitiva	útiles para integrar pensamientos y afectos. En la psicosis puede mejorar la metacognición aunque la función ejecutiva quede comprometida
--	--	---	---

- Luther et al. (2020) 23 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y 33 de trastorno esquizoafectivo. Estos participantes debían contar con el seguimiento de servicios de un centro de salud mental, teléfono móvil habilitado para mensajes de texto, sin cambios de medicación ni hospitalizaciones en el último mes y un nivel mínimo de lectura de cuarto grado en la Lista de Palabras Graduadas. 29
- Investigación cuantitativa consigue recopilación de datos mediante el uso de las siguientes encuestas: Escala de Autoinforme para la Motivación y Placer y el índice de motivación calificado por el clínico de la Escala de Calidad de Palabras Graduadas. 29
- La metacognición moderó que significativamente la relación. Los resultados de la escala de metacognición se correlacionan negativamente de manera significativa con el insight (-0,47). La motivación autodeclarada y la calificada por el clínico se correlacionaron positiva y significativamente solo cuando la metacognición era relativamente alta, en caso con metacognición con
- La metacognición se muestra como una variable influyente en la fuerza de la relación entre las medidas de motivación autodeclarada y las calificadas por el clínico. El uso de un marco metacognitivo para guiar las entrevistas de evaluación y focalización de la metacognición en los tratamientos psicosociales puede ayudar a mejorar la sincronización entre las autopercepciones y las

hombres y 27 mujeres. Vida de Heinrichs- Edad media de 46,1 años. Carpenter. Variable independiente: capacidad metacognitiva

Variable dependiente: motivación autodeclarada

puntuaciones bajas o medias calificaciones clínicas de la esta correlación no es motivación. significativa ($1,52 = 0,09$, $p = 0,77$, cambio $R^2 = 0,001$).. Ni el insight clínico ni la neurocognición moderaron la relación.

Lysaker et al. (2008). 49 hombres con trastornos del espectro de la esquizofrenia, sin consumo activo de sustancia ni CI deficiente. La edad media de los participantes era de 49,63 años.

Investigación cuantitativa que consigue la recopilación de datos mediante el uso de los siguientes cuestionarios: DKEFS, PANSS y BCIS.

Un nivel de comprensión de que la propia mente estaba relacionado con un mejor rendimiento en las pruebas de clasificación (0,47), contexto de palabras (0,47) y veinte preguntas (0,32), así como a una mayor comprensión cognitiva en el BCIS (0,43). El nivel de

Las diferentes capacidades metacognitivas pueden guardar relación con las distintas funciones ejecutivas en la esquizofrenia, ya que, a mayores niveles de conciencia de las propias cogniciones y sentimientos, mejores resultados en pruebas de flexibilidad mental. Además, la comprensión

Duración: 8 meses. comprensión de la mente de los propios pensamientos otros correlaciona significativamente con la capacidad de cuestionar significativamente con el cuestionario de las veinte preguntas (0,31) y con la fluidez en el diseño comunicativo (0,3). Un mayor dominio estaba relacionado con un mejor rendimiento en las pruebas de fluidez verbal (0,31) y veinte preguntas (0,32). El 76% de los participantes mostraron una baja descentralización, así los que presenta alta tenían puntuaciones significativamente más altas en las pruebas de fluidez verbal, cambio de palabras

Variable independiente: Nivel general de metacognición

Variable dependiente: inhibición y flexibilidad mental

			en color y contexto de palabras. La puntuación de fluidez verbal lograba clasificar al 86% de participantes con alta descentralización y al 69% con baja descentralización. La prueba de clasificación permitió determinar al 69% de los participantes con reflexividad baja y al 60% con reflexividad mínima.
Morrison et al. (2014).	10 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o delirante según la CIE-10. 8 de ellos eran hombres y 2 mujeres, la edad media de la muestra era de 34,3 años. Los	Investigación de cuantitativa. 12 sesiones de terapia metacognitiva. Uso del cuestionario PANSS.	Efectos beneficiosos significativos en varios resultados al final del tratamiento y en el seguimiento. Un análisis de la tasa de respuesta encontró que el 50% y el 40% de los participantes lograron al

		participantes debían tener una puntuación de delirios o alucinaciones de al menos 4 puntos en la escala PANSS, de 5 en desorganización de conceptos, grandiosidad o suspicacia y una puntuación de angustia de al menos 2 en la escala PSYRATS.	Duración tratamiento: 9 meses. Seguimiento a los 12 meses del inicio. Variable independiente: trastorno del espectro de la esquizofrenia	menos una reducción del 25% en las puntuaciones totales del PANSS. Los análisis exploratorios revelan que las creencias metacognitivas cambiaron significativamente durante los periodos de tratamiento (1,00) y seguimiento (0,31).
Pappa, Peters y Bell (2021).	El estudio 1 reúne a 386 pacientes que informaron de alucinaciones auditivas en la evaluación inicial (puntuación positiva en PSYRATS-AH). 210 eran	Investigación cuantitativa, que consigue la recopilación de datos mediante el uso de diferentes encuestas.	Interacción mutua entre las alucinaciones y su predictibilidad. Los nodos más influyentes y predichos por la variación de otros	Los ítems de valoración de la percepción y de la capacidad de control hicieron contribuciones relativamente pequeñas a la estructura general de la red y a los componentes más significativos

hombres y 169 mujeres, siendo la edad media de 40,84 años.

El estudio 2 consta de 204 pacientes con puntuación positiva en PSYRATS-AH en la evaluación inicial y en la segunda evaluación. 104 eran hombres y 99 mujeres, siendo la edad media de la muestra de 40,95 años.

Los diagnósticos principales eran: esquizofrenia, depresión, ansiedad, bipolar y TEPT.

Variable independiente: Alucinaciones auditivas
Variable dependiente: Contribución de las valoraciones sobre su origen, ubicación percibida de la fuente, capacidad de control, estructura y estabilidad.

nodos de la red desde el punto de vista clínico, (Controlabilidad de voces, siendo los componentes más localización, creencia sobre el origen de las voces, volumen, frecuencia, intensidad de la angustia, grado de contenido negativo) son los relacionados con la angustia.

Se estima que la intensidad de la angustia, la cantidad de angustia y cantidad de contenido negativo son los nodos más influyentes en la red.

Las puntuaciones totales de PSYRAT-AH de la primera y segunda evaluación muestran una diferencia significativa con un tamaño

único componente que fue menos influyente y predecible fue la ubicación de la voz percibida, irrelevante para la red general.

Los estudios existentes parecen confirmar que la controlabilidad de las alucinaciones es mayor en oyentes no clínicos (“escuchadores de voces”) y en pacientes clínicos con voces placenteras.

Se observa alta centralidad y predictibilidad de los ítems relacionados con la angustia y el contenido negativo. La reducción

		<p>del efecto calculado con un d de Cohen de 0,24. de la angustia y contenido negativo podría ser eficaz para reducir la red de componentes de la voz de la alucinación.</p>
Salvatore et al. (2018).	<p>Estudio de casos, con un paciente diagnosticado de esquizofrenia con delirio persecutorio.</p> <p>Estudio de casos, cualitativo mediante análisis de entrevista. Se realiza terapia interpersonal metacognitiva; las cuatro etapas principales son la regulación de la relación terapeútica, reducción del sufrimiento emocional y transmisión de conocimiento de estrategias</p>	<p>El retraining social persiste, continua la preocupación por las amenazas de los delirios persecutorios, pese a que forman su delirio. Dificultad para relatar narraciones pero capacitado para expresar el malestar emocional provocado por la percepción delirante.</p> <p>En la terapia, el uso de estrategias metacognitivas fluctúa y no avanza de manera progresiva, en función del estado del paciente. Así, el especialista no intenta mostrarse más abierto con el terapeuta y preguntar con menos frecuencia sobre la veracidad de las amenazas que forman su delirio. Dificultad para relatar narraciones pero capacitado para expresar el malestar emocional provocado por la percepción delirante.</p> <p>En la terapia, el uso de estrategias metacognitivas fluctúa y no avanza de manera progresiva, en función del estado del paciente. Así, el especialista no intenta mostrarse más abierto con el terapeuta y preguntar con menos frecuencia sobre la veracidad de las amenazas que forman su delirio. Dificultad para relatar narraciones pero capacitado para expresar el malestar emocional provocado por la percepción delirante.</p>

conductuales,
promoción de la
capacidad de reflexión
sobre sus propios
pensamientos y
promoción de la
comprensión ajustada
a la mente del otro.

Variable
independiente:
Capacidad
metacognitiva

Variable dependiente:
comprensión de
eventos o ideas que
surgen de la
interacción
interpersonal del

desencadenan su delirio,
diferenciándolo de la realidad
intersubjetiva acordada para el
resto del mundo (e
identificándolo como parte de la
enfermedad).

sujeto y el significado
de los delirios.

Vetik, Tulver, Lints y Bachmann (2020)	35 participantes comprendidos en edades de 18 a 62 años (media de edad 25,9 años). 25 mujeres y 10 hombres, todos ellos con visión normal.	Investigación cuantitativa. El experimento principal consistió en 4 bloques de 80 ensayos (320 ensayos en total). Comienzo del ensayo con una cruz de fijación en el centro de una pantalla gris durante 1 segundo, seguida de una señal que apunta a la derecha o izquierda durante 150 milisegundos. Señal válida en el 80% por	33 de los 35 participantes calificaron el cuadro como visible en al menos uno de los ensayos críticos. 17 participantes informaron en más de tres ensayos de una percepción ilusoria, de los cuales 7 experimentaron una percepción ilusoria en los seis ensayos críticos. Se observó una correlación significativa entre la calificación media de claridad en los ensayos no críticos. Correlación negativa	Los resultados muestran que la veracidad de la percepción no visible en al menos uno de los ensayos críticos. La que se perciben los objetos visuales presentados, además de esto, depende de si la percepción de los objetos que no se presentan se realizan de forma correcta. Esto muestra que la percepción consciente no solo se mide en escalas con medidas objetivas y evaluaciones subjetivas de calificación media de objetos reales, sino que es clave la percepción de estímulos ausentes como objetos “fantasma”.
--	--	---	--	---

ciento de los ensayos y significativa entre la no válida en el 20%. propensión a la alucinación El estímulo: cara de un hombre o mujer con expresión neutra en el centro de un cuadrado. medida por la calificación media de claridad en los 6 ensayos críticos y la autoconfianza en el El estímulo se presentaba en el lado derecho o izquierdo de la pantalla durante 100 milisegundos, seguido de una pantalla vacía durante 700 milisegundos. Correlación positiva y significativa entre la Indicaciones a los participantes sobre la dirección de su atención al centro de la pantalla y la propensión a la alucinación tenían mayor inexactitud de

posteriormente hacia su propia percepción
el lugar señalado. consciente.

Variable

independiente:

creencias

metacognitivas

Variable dependiente:

propensión

sintomatología

positiva

Variable

independiente: Nivel

de autoconfianza

general

Variable dependiente:

nivel de corrección de

la tarea perceptiva