



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Eficacia del entrenamiento metacognitivo en una muestra chilena de personas con esquizofrenia



Vanessa Acuña^{a,b,*}, Ariel Otto^{a,b}, Alvaro Cavieres^{a,b} y Humberto Villalobos^b

^a Hospital Psiquiátrico Del Salvador, Valparaíso, Chile

^b Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de mayo de 2020

Aceptado el 28 de diciembre de 2020

On-line el 18 de marzo de 2021

Palabras clave:

Metacognición

Psicoterapia

Delirios

Esquizofrenia

R E S U M E N

Introducción: El entrenamiento metacognitivo (EMC) de Moritz et al., una nueva dirección en terapia, es un programa de entrenamiento grupal manualizado, dirigido a corregir los sesgos cognitivos implicados en la formación y el mantenimiento de los síntomas psicóticos, principalmente los delirios. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia del EMC en una muestra chilena de personas con esquizofrenia.

Métodos: Se aleatorizó a 50 pacientes ambulatorios del Hospital Del Salvador de Valparaíso, Chile, al grupo de intervención que recibió el EMC o al grupo de control que solo recibió el tratamiento habitual. Se evaluó a los sujetos al inicio y al término del estudio mediante la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS), el cuestionario de sesgos cognitivos para psicosis (CBQ) y la escala de *insight* cognitivo de Beck (BCIS).

Resultados: En el grupo de EMC se registraron mayores mejorías estadísticamente significativas, tanto en síntomas y sesgos cognitivos como en *insight* cognitivo, que en el grupo de control. Al comparar ambos grupos, solo se observaron resultados significativos a favor del EMC en los síntomas positivos.

Conclusiones: Los resultados de este estudio indican que el EMC es superior al tratamiento habitual en el tratamiento de los síntomas positivos. No fue posible demostrar su superioridad en la mejoría de los sesgos cognitivos y el *insight* cognitivo.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Efficacy of Metacognitive Training in a Chilean Sample of People with Schizophrenia

A B S T R A C T

Keywords:

Metacognition

Psychotherapy

Introduction: Moritz et al.'s metacognitive training (MCT), a new development of cognitive therapy, is a manualized group training program, designed to correct cognitive biases involved in the formation and maintenance of psychotic symptoms, especially delusions. We report on the efficacy of MCT in a Chilean sample of people with schizophrenia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vaneacunaperez@gmail.com (V. Acuña).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.006>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Delusions
Schizophrenia

Methods: 50 outpatients from the Hospital Del Salvador at Valparaíso, Chile, were randomly assigned to the intervention group (MCT), or the control group, that only received treatment as usual (TAU). Subjects were assessed at the beginning and end of the study with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (CBQ-P) and Beck Cognitive Insight Scale (BCIS).

Results: In the MCT group, we found larger, statistically significant improvements, in symptoms, cognitive biases and cognitive insight, than in the control group. However, after a direct comparison of both groups, only the improvement in psychotic symptoms for the MCT group, remained significantly different.

Conclusions: The results of this study suggest superiority of MCT over TAU in the amelioration of positive symptoms. We could not, however demonstrate its superiority in the improvement of the cognitive biases and cognitive insight.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los fármacos antipsicóticos constituyen el tratamiento de primera línea para las personas con esquizofrenia. Sin embargo, muchos pacientes rechazan o abandonan el tratamiento¹. La adherencia a la medicación antipsicótica con frecuencia es deficiente, y se ha reportado que hasta el 70% de los individuos no toman los fármacos según lo prescrito². Además, los medicamentos solo son parcial o mínimamente efectivos en alrededor del 40% de los casos³. Es así como la necesidad de incluir intervenciones psicológicas en el tratamiento de la psicosis es cada vez más reconocida y, en este contexto, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha emergido como un enfoque potencialmente efectivo en el tratamiento de la esquizofrenia⁴. La razón de lo anterior se basa en la creciente evidencia respecto a la presencia de sesgos cognitivos —es decir, errores sistemáticos en el pensamiento de las personas, que mantienen su creencia en la validez de sus ideas pese a la evidencia en contra⁵— en los pacientes con delirios y en quienes tienen tendencia a desarrollar un pensamiento delirante⁶. Dicho de otro modo, los sesgos cognitivos contribuirían al desarrollo y el mantenimiento de los delirios⁷. La evidencia más consistente se relaciona con el sesgo salto a conclusiones (*jumping to conclusions* [JTC]) y con los sesgos atribucionales. El sesgo JTC se refiere a la tendencia a reunir información insuficiente antes de tomar una decisión, lo que aumenta la probabilidad de que se formen creencias erróneas⁸. Varios estudios muestran que los pacientes con delirios tienen una mayor tendencia al JTC que las personas sin trastornos mentales y que las personas con otras afecciones mentales que no sufren delirios⁹.

Los sesgos atribucionales, definidos como la tendencia a atribuir la causa de los eventos negativos a uno mismo o a otros, en lugar de a las circunstancias, se han investigado principalmente en delirios de persecución¹⁰ y, en menor medida, delirios de grandeza¹¹. Los pacientes delirantes hacen atribuciones externas para eventos negativos, más específicamente, personalizan las atribuciones, es decir, que culpan a otras personas en lugar de a las circunstancias por los eventos negativos¹².

Si bien la investigación se ha centrado principalmente en JTC y en los sesgos atribucionales, se ha descrito que las

personas con psicosis presentarían una gama de sesgos cognitivos más amplia, así como los descritos originalmente por Beck para los trastornos emocionales¹³. Los errores del pensamiento que se presentan comúnmente en personas con psicosis, según algunas observaciones clínicas, incluirían sesgos como pensamiento dicotómico, razonamiento basado en la emoción y catastrofización⁸.

La TCC para la esquizofrenia es activa, estructurada, limitada en el tiempo y puede aplicarse en formato individual o grupal. Pretende explorar las distorsiones cognitivas, interpretaciones erróneas y creencias disfuncionales asociadas con los síntomas positivos y negativos de la enfermedad¹⁴. Se ha demostrado eficaz cuando se administra en combinación con fármacos antipsicóticos. Sin embargo, los estudios reportan una gran heterogeneidad en los tamaños de efecto¹⁵.

El entrenamiento metacognitivo (EMC) de Moritz et al., una nueva dirección en terapia, resulta de una mezcla de psicoeducación, rehabilitación cognitiva y TCC¹⁶. Se busca «sembrar las semillas de la duda», o sea, alentar a los pacientes a atenuar su confianza cuando la evidencia no es suficiente y recoger más información antes de tomar decisiones¹⁷. Dado que la psicosis no es un suceso repentino e instantáneo, sino que a menudo se precede de un cambio gradual en la evaluación de los conocimientos propios y del entorno social, la potenciación de las competencias metacognitivas puede actuar como profilaxis de posibles recaídas y prevenir la aparición de nuevos episodios psicóticos¹⁸.

El EMC está dirigido a corregir los sesgos cognitivos implicados en la formación y mantenimiento de los síntomas psicóticos, como los sesgos atribucionales, JTC, exceso de confianza en los errores, sesgo contra la evidencia desconfirmatoria, es decir, la tendencia a mantener las creencias pese a la evidencia en contra, así como los esquemas y estilos cognitivos disfuncionales que fomentan la depresión y además las alteraciones de la cognición social y teoría de la mente¹⁹. Este entrenamiento funciona principalmente a nivel metacognitivo, manteniendo en lo mínimo el análisis de los contenidos personales de los delirios, lo que facilita la participación de los pacientes que no están dispuestos a hablar de sus experiencias psicóticas, a menudo por suspicacia, ambivalencia o vergüenza (problemas que se tratan mediante intervenciones individuales)¹⁸.

A diferencia de otros autores, que utilizan el término para describir la capacidad de atribuir estados mentales a otros y a uno mismo²⁰, Moritz emplea el término metacognición, siguiendo la definición de Flavell²¹, es decir, «pensar acerca del pensamiento», para referirse especialmente al conocimiento metacognitivo, o el saber acerca de los procesos cognitivos del sí mismo y de otros, y a la experiencia metacognitiva como la reflexión consciente acerca de los mismos. De esta forma, el EMC captura 2 de los 4 componentes de la metacognición descritos por Flavell²².

El EMC actualmente está disponible en 37 idiomas y ha sido recomendado como tratamiento para la psicosis por la Asociación Psiquiátrica de Australia y por las Asociaciones de Psiquiatría y Psicología de Alemania²³.

Pankowski et al. analizaron la efectividad del EMC para personas con esquizofrenia, a través de una revisión sistemática y narrativa de estudios publicados entre los años 2009 y 2015, y encontraron un mayor tamaño de efecto para la gravedad de los delirios, un tamaño de efecto pequeño respecto a la reducción de los síntomas negativos, un tamaño de efecto grande en cuanto a la mejora del *insight*, un impacto positivo en la gravedad de los sesgos cognitivos y mejora en algunos aspectos de las funciones neurocognitivas. Las mejorías en los síntomas se mantendrían al menos hasta los 6 meses de seguimiento²⁴.

A lo largo de los años se han publicado varios metanálisis sobre la efectividad del EMC; los 2 más recientes muestran un tamaño de efecto en los síntomas de pequeño a mediano. La adherencia suele ser buena y se reporta la preferencia de los pacientes por sobre otros tratamientos, con un tamaño de efecto grande^{23,25}. El metanálisis de Tang et al. también indica que los efectos se mantienen durante un periodo de seguimiento de 6 meses tras la intervención²⁶.

A diferencia de otras terapias psicológicas, incluida la TCC y las intervenciones familiares, que tienen un tamaño de efecto de pequeño a moderado y que en la práctica son difíciles de poner en marcha debido a problemas como las dificultades para capacitar a los terapeutas y garantizar modelos efectivos de implementación²⁷, el EMC es un entrenamiento grupal manualizado, por lo que puede ser fácilmente implementado en un ambiente clínico por terapeutas con un entrenamiento básico; hay reportes de su realización no solo por psiquiatras y/o psicólogos, sino por distintos profesionales que trabajan en salud mental, como por ejemplo enfermeras y terapeutas ocupacionales^{28,29}. Tomando en cuenta lo anterior, ante el escaso acceso a intervenciones psicológicas de los pacientes con psicosis en el Hospital Del Salvador de Valparaíso, Chile, en 2018 se inició la puesta en práctica del EMC. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de esta modalidad de tratamiento en una muestra chilena de personas con esquizofrenia.

Métodos

Ensayo clínico aleatorizado en el que se incluyó una muestra de 46 pacientes ambulatorios del Hospital Del Salvador de Valparaíso, Chile (media de edad, 26,69 años; el 30,43% mujeres). Todos los pacientes tenían el diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, Quinta Edición (DSM-5)³⁰ y se encontraban en tratamiento con fármacos antipsicóticos.

Las edades fluctuaron entre 18 y 45 años. Los criterios de exclusión incluyeron comorbilidad médica o neurológica grave, antecedente de discapacidad visual o auditiva grave y trastorno por dependencia a sustancias.

Se seleccionó a 50 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión, y luego se los aleatorizó a la rama activa, que recibió el EMC, o al grupo de control, que solo recibió el tratamiento habitual, que consiste en controles regulares con psiquiatra y enfermera. Todos los sujetos del grupo control después de 3 meses podían acceder al EMC. Finalmente, la muestra quedó conformada por 25 pacientes en el grupo de EMC (que completaron al menos 7 de las 10 sesiones del programa) y 21 sujetos en el grupo de control. Tras el reclutamiento inicial, se excluyó a 4 sujetos del grupo de control porque se hicieron modificaciones en su esquema farmacológico.

Se explicó el protocolo del estudio a todos los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Procedimientos

Los pacientes del grupo de intervención fueron evaluados al inicio y al término del EMC. Los pacientes del grupo de control fueron evaluados a su inclusión en el estudio y a las 10 semanas de la primera evaluación.

Evaluación

Todos los participantes fueron evaluados por un médico psiquiatra utilizando la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)³¹. La escala consta de 7 ítems sobre síntomas positivos (PANSS-P), 7 ítems sobre síntomas negativos (PANSS-N) y 16 ítems de psicopatología general (PANSS-G). Los médicos psiquiatras que realizaron esta evaluación no participaron del diseño del estudio y no tenían conocimiento respecto a si los pacientes habían recibido el EMC o solo el tratamiento habitual.

Los pacientes además fueron evaluados mediante los siguientes cuestionarios autoaplicables, cuyo tiempo de respuesta fluctúa entre 20 y 30 min:

*Cuestionario de Sesgos Cognitivos para Psicosis (CBQ)*⁸: Consta de 30 ítems, que evalúan los 5 sesgos cognitivos que se han asociado con mayor frecuencia a psicosis: JTC, pensamiento dicotómico (DT), intencionalización (I), razonamiento emocional (ER) y catastrofización (C). Hay 6 posibles escenarios para cada sesgo, relacionados con 2 ítems, la mitad con percepciones anómalas (AP) y la otra mitad con eventos amenazantes (TE). Los encuestados deben elegir entre 3 afirmaciones que representen lo que ellos pensarían en cada situación. Se asigna 1 punto para la aseveración que representa ausencia del sesgo, 2 para la posible presencia del sesgo y 3 para la probable presencia del sesgo. La potencial gama de puntajes va de 30 a 90 (15-45 para cada ítem y 6-18 para cada sesgo de pensamiento).

*Escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS)*³²: Consiste en 15 frases sobre cómo piensan y sienten las personas. El sujeto debe marcar con una X si está nada, un poco, bastante o totalmente de acuerdo con cada afirmación. Consta de 3 índices: autorreflexión (SR), autocerteza (SC) e índice compuesto (SR-SC).

Tabla 1 – Resultados con la escala CBQ en los grupos de EMC y de control tras el tratamiento

Índice	Diferencia media		t		p	
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
TE	4,4400	2,2381	3,3885	1,9965	0,0012	0,0298
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
AP	2,7600	1,6667	3,2811	3,1897	0,0016	0,0023
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
I	1,6800	0,5714	2,5164	0,7138	0,0095	0,2418
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
C	0,4000	0,5714	1,5894	2,0342	0,0625	0,0277
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
DT	1,2400	0,3810	3,5176	1,1394	0,0009	0,1340
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
JTC	0,4800	-0,1429	1,2661	-0,3536	0,1088	0,6363
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
ER	0,6400	0,6190	1,6547	1,4854	0,0555	0,0765
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
	1,7200	0,8095	4,9297	1,9126	<0,0001	0,0351

AP: percepciones anómalas; C: catastrofización; CBQ T: puntaje total de cuestionario de sesgos cognitivos; DT: pensamiento dicotómico; EMC: entrenamiento metacognitivo; ER: razonamiento emocional; GC: grupo de control; I: intencionalización; JTC: salto a conclusiones; TE: eventos amenazantes.

Intervención

El EMC consiste en 10 módulos que abordan los siguientes temas: estilos de atribución, JTC I y II, cambiar creencias, teoría de la mente I y II, memoria, estado de ánimo y autoestima, autoestima y estigma. El grupo es abierto, es decir, que pueden continuar incorporándose pacientes en cualquier módulo, ya que no es necesario seguir el orden estricto de las sesiones. Los pacientes integrarán grupos de 3 a 10 sujetos, completando 10 sesiones, de frecuencia semanal, de entre 45 y 60 min de duración¹⁸.

El EMC es dirigido por una dupla conformada por una psiquiatra y un psicólogo.

Tratamiento habitual: pacientes que solo asisten a sus controles regulares con psiquiatra y enfermera.

Análisis estadístico

La comparación de los tratamientos se dividió en 2 análisis; el primero buscó comparar los puntajes medios de los instrumentos de evaluación al inicio y el término de los tratamientos utilizados (EMC y tratamiento habitual). El objetivo fue determinar si en promedio se produjo una mejora estadísticamente significativa en los pacientes sometidos a los tratamientos en evaluación; el segundo evaluó si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos. Ambos análisis se desarrollaron con técnicas distintas; la primera se basó en la prueba estadística de la t de Student para comparación de medias en muestras pareadas, mientras que la segunda se basó en la prueba de la t de Student para comparación de medias en muestras independientes. La idea central de esta comparación en 2 dimensiones distintas es que los tratamientos utilizados logren una mejora en los pacientes, basados en el puntaje medio de los instrumentos de evaluación que se están considerando, pero que además muestre que el tratamiento basado en el EMC genere en los

pacientes mejores resultados que el tratamiento habitual. La significancia estadística considerada fue un valor de $p < 0,05$.

Además, mediante el estadístico de asociación lineal de Pearson, se analizó la correlación entre los puntajes iniciales en los instrumentos de evaluación y el cambio tras la intervención.

Resultados

Se comprobó la normalidad de los datos mediante el test de Jarque-Bera.

El grupo de EMC tenía un 44% de mujeres y la media de edad fue $27,52 \pm 8,42$ años, mientras que en el grupo de control el 14,29% eran mujeres y la edad, $25,71 \pm 4,72$ años.

El grupo en tratamiento habitual mostró mejorías estadísticamente significativas pre-post en el puntaje total y en los ítems eventos amenazantes, intencionalización y razonamiento emocional de la escala CBQ (tabla 1) y en los síntomas negativos de la escala PANSS (tabla 2). No se observaron cambios en la escala BCIS (tabla 3).

Por su parte, después de la intervención el grupo de EMC exhibió cambios favorables, estadísticamente significativos, en puntaje total, eventos amenazantes, percepciones anómalas, catastrofización y razonamiento emocional de la escala CBQ (tabla 1) y en síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general en la escala PANSS (tabla 2), además del índice SR-SC de la escala BCIS (tabla 3).

Sin embargo, al comparar el efecto del EMC con los cambios observados en el grupo de control, solo se observa una diferencia estadísticamente significativa en la mejoría de los síntomas positivos con el EMC (tablas 4-6).

A través del estadístico asociación lineal de Pearson, se analizó la correlación entre los puntajes iniciales en los instrumentos de evaluación y la diferencia de los instrumentos antes y después del tratamiento, y no se observaron asociaciones lineales significativamente importantes; todas ellas fueron positivas, aunque $< 0,9$.

Tabla 2 – Resultados de la escala PANSS en los grupos de EMC y de control tras el tratamiento

Índice	Diferencia media		t		p	
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
PANSS-P	2,5909	-0,2381	5,0295	-0,2856	<0,0001	0,6120
PANSS-N	2,2727	1,4286	5,0974	1,8401	<0,0001	GC 0,0403
PANSS-G	6,4091	0,9048	6,6797	0,7879	<0,0001	0,2200

EMC: entrenamiento metacognitivo; GC: grupo de control; PANSS: escala de los síndromes positivo y negativo; PANSS-G: psicopatología general; PANSS-N: síntomas negativos; PANSS-P: síntomas positivos.

Tabla 3 – Resultados de la escala BCIS en los grupos de EMC y de control tras el tratamiento

Índice	Diferencia media		t		p	
	EMC	GC	EMC	GC	EMC	GC
SR	-0,6000	-0,8095	-1,0142	-0,8008	0,1603	0,2163
SC	0,7600	0,5714	1,1904	0,8176	0,1228	0,7884
SR-SC Index	-1,3600	-1,2857	-1,7140	-1,2644	0,0497	0,1113

EMC: entrenamiento metacognitivo; GC: grupo de control; SC: autocerteza; SR: autorreflexión; SR-SC Index: índice que resulta de restar la autocerteza a la autorreflexión.

Tabla 4 – Comparación de resultados entre el grupo de EMC y el de control en el cuestionario CBQ

Tipo	Preintervención		Posintervención	
	EMC	GC	EMC	GC
CBQ T	44,40 ± 8,22	43,43 ± 6,41	39,96 ± 6,46	41,19 ± 6,00
Tobs	0,384	-0,580		
p	0,7032	0,2829		
TE	23,84 ± 5,54	22,86 ± 3,68	21,08 ± 3,88	21,19 ± 3,79
Tobs	0,606	-0,085		
p	0,5488	0,4665		
AP	20,56 ± 3,38	20,57 ± 3,46	18,88 ± 3,42	20,00 ± 3,39
Tobs	-0,010	-0,969		
p	0,9922	0,1698		
I	7,96 ± 1,54	8,52 ± 2,02	7,56 ± 1,58	7,95 ± 1,60
Tobs	-0,938	-0,728		
p	0,3553	0,2360		
C	9,12 ± 2,45	8,43 ± 1,57	7,88 ± 1,96	8,05 ± 1,66
Tobs	0,688	-0,565		
p	0,4963	0,3945		
DT	8,44 ± 1,96	7,90 ± 1,81	7,96 ± 1,51	8,05 ± 1,43
Tobs	0,833	-0,175		
p	0,4111	0,4311		
JTC	9,96 ± 2,19	9,67 ± 1,62	9,32 ± 1,52	9,05 ± 1,60
Tobs	0,443	0,516		
p	0,6607	0,6954		
ER	8,96 ± 1,90	8,90 ± 2,26	7,24 ± 1,45	8,10 ± 2,12
Tobs	0,079	-1,411		
p	0,9378	0,0838		

AP: percepciones anómalas; C: catastrofización; CBQ T: puntaje total del cuestionario de sesgos cognitivos; DT: pensamiento dicotómico; EMC: entrenamiento metacognitivo; ER: razonamiento emocional; GC: grupo de control; I: intencionalización; JTC: salto a conclusiones; TE: eventos amenazantes.

Los valores expresan media ± desviación estándar.

Discusión

Nuestro estudio muestra una tendencia a un mayor beneficio tras el tratamiento en los pacientes que completaron el EMC, en comparación con los pacientes que solo recibieron el tratamiento habitual, tanto en sesgos cognitivos e *insight*

cognitivo como en síntomas. Según nuestros resultados, no existe una asociación entre los puntajes iniciales en los tests y la magnitud del cambio tras la intervención, por lo que se puede inferir que el nivel de gravedad inicial no determina los resultados. Sin embargo, solo fue posible demostrar la superioridad del EMC sobre el tratamiento habitual en la mejoría de los síntomas positivos.

Tabla 5 – Comparación de resultados en escala PANSS entre los grupos de EMC y de control

Tipo	Preintervención		Posintervención	
	EMC	GC	EMC	GC
PANSS-P	10,36 ± 3,29	10,38 ± 2,99	7,77 ± 1,45	10,62 ± 4,53
Tobs	-0,016		-2,591	
p	0,9872		0,0071	
PANSS-N	14,41 ± 4,32	16,19 ± 5,95	12,14 ± 4,09	14,76 ± 6,45
Tobs	-1,024		-1,462	
p	0,3133		0,0766	
PANSS-G	26,77 ± 6,91	24,52 ± 5,49	20,36 ± 4,56	23,62 ± 6,87
Tobs	1,051		-1,676	
p	0,3010		0,0516	

EMC: entrenamiento metacognitivo; GC: grupo de control; PANSS: escala de los síndromes positivo y negativo; PANSS-G: psicopatología general; PANSS-N: síntomas negativos; PANSS-P: síntomas positivos.
Los valores expresan media ± desviación estándar.

Tabla 6 – Comparación de resultados en escala BCIS entre los grupos de EMC y de control

Tipo	Preintervención		Posintervención	
	EMC	GC	EMC	GC
SR	14,40 ± 3,85	11,76 ± 5,26	15,00 ± 3,93	12,57 ± 5,70
Tobs	1,710		1,487	
p	0,0967		0,0732	
SC	9,92 ± 3,75	10,33 ± 3,43	9,16 ± 4,03	9,76 ± 3,51
Tobs	-0,338		-0,467	
p	0,7377		0,6782	
SR-SC	4,48 ± 4,93	1,52 ± 6,79	5,84 ± 5,01	2,81 ± 7,36
Tobs	1,488		1,443	
p	0,1461		0,0792	

EMC: entrenamiento metacognitivo; GC: grupo de control; SC: autocerteza; SR: autorreflexión; SR-SC Index: índice que resulta de sustraer la autocerteza a la autorreflexión.
Los valores expresan media ± desviación estándar.

La falta de resultados más concluyentes podría estar relacionada con el tamaño muestral, que limita la potencia del estudio.

Por otro lado, los resultados obtenidos con el cuestionario CBQ podrían estar determinados por las características psicométricas de la prueba, ya que, si bien los puntajes pueden fluctuar entre 30 y 90 (15-45 para cada ítem y 6-18 para cada sesgo de pensamiento), las publicaciones que utilizan esta escala muestran puntajes en un intervalo más estrecho, similar a lo encontrado en nuestro estudio^{33,34}. De manera similar, los autores de la escala⁸, reportan puntajes totales promedio de 47,3 ± 10,4, 45,5 ± 9,4 y 36,5 ± 2,7 en el grupo de pacientes con psicosis, depresión y del grupo control sin enfermedad psiquiátrica respectivamente.

Similar a nuestros resultados, en los que se observa una variación de 4,44 puntos tras el tratamiento en el grupo de EMC y 2,23 puntos en el de control, Gaweda et al.³³ reportan una disminución del puntaje total de CBQ de 3,82 tras el EMC, mientras el grupo de tratamiento habitual se mantuvo sin variación. Ahuir et al.³⁴ registraron una disminución de 3,6 puntos en el total de CBQ en los sujetos que en primera instancia asistían a un grupo de psicoeducación y posteriormente a EMC y 5,9 puntos cuando el orden de las intervenciones fue el opuesto. Ishikawa et al.²⁸, en cambio, solo reportaron una mejoría significativa en el puntaje del sesgo JTC.

La ausencia de diferencias significativas en la escala CBQ tras el tratamiento pese a la mejoría significativa en los síntomas positivos podría explicarse por un efecto beneficioso inespecífico del EMC, independiente de la corrección de sesgos cognitivos individuales.

Futuras investigaciones podrían ampliar el tamaño de la muestra, considerar otros instrumentos para evaluar las modificaciones en los sesgos cognitivos asociados con psicosis y profundizar en el estudio de los mecanismos de acción del EMC. Surge también la inquietud de la posible existencia de otros beneficios del tratamiento, que no se han medido en este estudio, por ejemplo, cambios en la autoestima y calidad de vida de las personas que asistieron al EMC. Leighton et al. reportaron una mejoría en la autoestima y en la calidad de vida, hasta 3 años de seguimiento tras el EMC¹⁹. Resultados similares registraron Favrov et al.³⁵.

Cabe destacar además la importancia de que nuestros resultados indican que el EMC es superior a recibir solo el tratamiento habitual para los síntomas positivos de la esquizofrenia, lo que resulta especialmente esperanzador para pacientes refractarios a los fármacos antipsicóticos.

Finalmente, consideramos prometedora la posibilidad de implementar y masificar un tratamiento manualizado, de gran costo-eficacia y que no requiere mayor capacitación de los terapeutas.

Limitaciones

Se utilizó la versión en español del cuestionario CBQ; se modificaron algunas palabras y frases, dado que se utilizan habitualmente en España pero no en Chile, donde los pacientes no las entenderían. No obstante, no se realizó una adaptación propiamente tal del instrumento.

La escala BCIS no tuvo modificaciones del lenguaje ni proceso de adaptación al idioma español hablado en Chile; sin embargo, nos parece que no contiene palabras ni frases que no resulten fácilmente comprensibles en Chile, lo que fue corroborado por los pacientes que la contestaron.

Los médicos psiquiatras que realizaron la evaluación psicopatológica de los pacientes mediante la escala PANSS tenían experiencia en la aplicación de la escala. Sin embargo, no se realizó una estandarización.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Morrison AP, Turkington D, Pyle M, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:1395-403.
- Scott J. Psychotherapy for schizophrenia: an important addition to medication alone? En: Maj M, Sartorius N, editores. *Schizophrenia*. First ed. Chichester: Wiley; 1999. p. 233-5.
- JM K. Treatment resistant schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*. 1996;57Suppl. 9:35-40.
- Garety PA. The future of psychological therapies for psychosis. *World Psychiatry*. 2003;2:147-52.
- Aaron T, Beck, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979. p. 179-80.
- Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends Cogn Sci*. 2006;10:219-26.
- Garety PA, Freeman D, Jolley S, et al. Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:373-84.
- Hagen R, Wiseman Z, Ross K, et al. Cognitive biases questionnaire for psychosis. *Schizophr Bull*. 2013;40:300-13.
- Ochoa S, Haro JM, Huerta-Ramos E, et al. Relation between jumping to conclusions and cognitive functioning in people with schizophrenia in contrast with healthy participants. *Schizophr Res*. 2014;159:211-7.
- Mehl S, Rief W, Lüllmann E, Ziegler M, Müller MJ, Lincoln TM. Implicit attributional style revisited: Evidence for a state-specific self-decreasing implicit attributional style in patients with persecutory delusions. *Cogn Neuropsychiatry*. 2010;15:451-76.
- Hemsley D, Bebbington P, Garety P, et al. Attributional style in psychosis—The role of affect and belief type. *Behav Res Ther*. 2006;44:1597-607.
- Moritz S, Woodward TS, Burlon M, Braus DF, Andresen B. Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognit Ther Res*. 2007;31:371-83.
- Beck AT. *Cognitive therapy for emotional disorders*. 1979.
- Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:577-606.
- Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull*. 2008;34:523-37.
- Vitzthum F, Randjbar S, Moritz S, Woodward TS, Veckenstedt R. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23:561-9.
- Moritz S, Andreou C, Schneider BC, et al. Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:358-66.
- Moritz S, Woodward TS, Ruiz-veguilla M, Rubio JL, Arrigón ML. Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC). *Hambg Univ Hamburg-Eppendorf*. 2014;1-40.
- Leighton L, Woodward TS, Schneider BC, et al. Sustained and "sleeper" effects of group metacognitive training for schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:1103.
- Ostrom T. The sovereignty of social cognition. En: Wyer RS, editor. *Handbook of social cognition*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers;; 1984. p. 1-38.
- Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive development inquiry. *Am Psychol*. 1979;906-11.
- Moritz S, Lysaker PH. Metacognition – What did James H Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophr Res*. 2018;201:20-6.
- Moritz S, Klein JP, Lysaker PH, Mehl S. Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis?: new developments. *Dialogues Clin Neurosci*. 2019;21: 309-17.
- Pankowski D, Kowalski J, Gawęda Ł. The effectiveness of metacognitive training for patients with schizophrenia: a narrative systematic review of studies published between 2009 and 2015. *Psychiatr Pol*. 2016;50:787-803.
- Eichner C, Berna F. Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophr Bull*. 2016;42:952-62.
- Tang C-C, Liu Y-C, Tsai P-C, Lin M-F, Hung T-T. The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2018;15:130-9.
- Garety PA, Freeman D. The past and future of delusions research: From the inexplicable to the treatable. *Br J Psychiatry*. 2013;203:327-33.
- Ishikawa R, Ishigaki T, Shimada T, et al. The efficacy of extended metacognitive training for psychosis: A randomized controlled trial. *Schizophr Res*. 2020;215:399-407.
- Erawati E, Keliat BA, Helena N, Hamid A. The influence of metacognitive training on delusion severity and metacognitive ability in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21:841-7.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders?: DSM-5*. Fifth edition APA; 2013.
- Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1994;53:31-40.
- Gutiérrez-Zotes JA, Valero J, Cortés MJ, et al. Adaptación española de la escala de insight cognitivo de Beck. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40:2-9.
- Gawęda Ł, Kręzolek M, Olbryś J, Turska A, Kokoszka A. Decreasing self-reported cognitive biases and increasing clinical insight through meta-cognitive training in patients with chronic schizophrenia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015;48:98-104.

34. Ahuir M, Cabezas Á, Miñano MJ, et al. Improvement in cognitive biases after group psychoeducation and metacognitive training in recent-onset psychosis: A randomized crossover clinical trial. *Psychiatry Res.* 2018;270:720-3.
35. Favrod J, Nguyen A. Sustained antipsychotic effect and delayed self-esteem improvement of metacognitive training for schizophrenia Sustained antipsychotic effect and delayed self-esteem improvement of metacognitive training for schizophrenia. *Evid Based Ment Heal.* 2015;18:2014-5.