

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

Programa de Doctorado 3035

Investigación en Psicología



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

TESIS DOCTORAL:

**EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN LOS
PROCESOS EMOCIONALES EN PACIENTES CON UN PRIMER
EPISODIO PSICÓTICO**

AUTORA:

ALEJANDRA MARÍA GUASP TORTAJADA

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

DIRECTORES:

MANUELA MARTÍNEZ ORTIZ

ESTHER LORENTE ROVIRA

JULIO SANJUÁN ARIAS

Valencia, Febrero, 2017



VNIVERSITAT
E VALÈNCIA

Manuela Martínez Ortiz, Doctora en Medicina y Cirugía, Catedrática de Psicobiología y Directora del Departament de Psicobiologia de la Facultat de Psicologia de la Universitat de València.

Esther Lorente Rovira, Doctora en Psicología y Psicóloga Clínica en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Julio Sanjuán Arias, Doctor en Medicina y Profesor Titular del Departament de Medicina, Unitat docent de Psiquiatria i Psicologia Medica de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València.

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado **“Eficacia del Entrenamiento Metacognitivo en los procesos emocionales en pacientes con un primer episodio psicótico”**, ha sido realizado íntegramente por Doña Alejandra María Guasp Tortajada bajo nuestra supervisión.

Dicho trabajo está concluido y, en nuestro criterio, reúne todos los méritos necesarios para optar al Grado de Doctora por la Universidad de Valencia. Y para que así conste a los efectos oportunos, firman la presente certificación en Valencia a 15 de Febrero de 2017.

Dra. Manuela Martínez Ortiz

Dra. Esther Lorente Rovira

Dr. Julio Sanjuán Arias

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, mencionar que esta tesis ha sido elaborada en el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y en el Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, gracias a la beca concedida por la Conselleria d'Educació, Formació i Ocupació Prometeo 2012/025 y al proyecto FIS PI111347 METACOGNITIVO concedido por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

En segundo lugar, agradecer a mis directores de tesis Manuela Martínez, Esther Lorente y Julio Sanjuán que me hayan acompañado y guiado en este trabajo: A Manuela, la oportunidad que me brindó y su confianza, a Esther, su ayuda desinteresada y su paciencia infinita y a Julio su apoyo e interés en llevarla a término.

En tercer lugar, a los centros y hospitales que formaron parte del proyecto y ayudaron en el reclutamiento de los pacientes: Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Centro de Salud Mental de Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (Sabadell-Barcelona), Consultas externas del Hospital de Sant Pau (Barcelona), Área de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Valencia y de los Centros de Salud Mental de Cerdanyola, Cornellà, Gavà y Castelldefels de Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

En cuarto lugar, mi agradecimiento a Jose Miguel Carot y Francisco José Santoja, por compartir conmigo sus conocimientos sobre estadística.

También a Blanca, Bea, Virginia e Inma por todos los días compartidos.

A los pacientes incluidos en este trabajo, que se prestaron a infinitas pruebas y largas evaluaciones durante casi un año.

A mi familia y a Alfredo, por haberme apoyado, especialmente a mi tía Chelo, que sin saberlo fue la precursora de todo esto.

Y por último a mis padres, por su comprensión y ayuda incondicional cuando se me presentaron dificultades.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	13
2.	ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA	15
2.1.	Definición y síntomas de la esquizofrenia y los trastornos del espectro de la esquizofrenia	15
2.1.1.	Esquizofrenia	17
2.1.2.	Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia	19
2.2.	Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia	20
2.3.	Curso y funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia	22
3.	ASPECTOS EMOCIONALES EN ESQUIZOFRENIA	27
3.1.	Procesos emocionales relacionados con la esquizofrenia	28
3.2.	Procesos emocionales y su relación con los delirios	42
4.	PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS	51
4.1.	Antecedentes Históricos: Del estudio de la esquizofrenia a los primeros episodios psicóticos	51
4.2.	Definición, aspectos clínicos y funcionamiento psicosocial	54
4.3.	Fases de la Psicosis Incipiente	56
4.4.	La hipótesis del periodo crítico	63
4.5.	Modelo de Fases de McGorry	65
4.6.	Intervención en Primeros Episodios Psicóticos	66
4.6.1.	Servicios Especializados de Atención Temprana en Psicosis	66
5.	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PSICOSIS	77
5.1.	Objetivos y otros aspectos de las intervenciones psicológicas	78
5.2.	Tipos de intervenciones psicológicas y su eficacia en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos	81
5.2.1.	Intervenciones no recomendadas por la guía NICE por falta de evidencia en la eficacia en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos	82

5.2.2.	Intervenciones recomendadas por la guía NICE por presentar evidencia de su eficacia en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos	86
5.3.	Terapia Cognitivo-Conductual	88
5.3.1.	Revisión de la eficacia en psicosis	91
6.	ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN PSICOSIS	103
6.1.	Fundamentos: Sesgos Cognitivos en Esquizofrenia	104
6.2.	Estructura y formato del Entrenamiento Metacognitivo	110
6.3.	Programa Entrenamiento Metacognitivo.....	111
6.4.	Revisión de la eficacia clínica del Entrenamiento Metacognitivo	114
7.	INTERROGANTES	125
8.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	129
8.1.	Objetivos.....	129
8.2.	Hipótesis	129
9.	METODOLOGÍA.....	131
9.1.	Diseño	131
9.2.	Muestra	131
9.2.1.	Tamaño de la Muestra.....	132
9.2.2.	Descripción de la Muestra	133
9.2.3.	Análisis descriptivo de la muestra inicial y definitiva	135
9.3.	Instrumentos de Evaluación	140
9.4.	Recogida de la información	142
9.5.	Programas de Intervención	142
9.5.1.	Entrenamiento Metacognitivo	142
9.5.2.	Intervención Psicoeducativa.....	144
9.6.	Análisis Estadísticos	145
10.	RESULTADOS.....	149
10.1.	Análisis descriptivo de la muestra definitiva por grupos	150
10.2.	Procesos emocionales	155
10.2.1.	Prevalencia de los síntomas depresivos	155

10.2.2.	Autoestima	157
10.2.3.	Dimensiones de los delirios	160
10.3.	Efecto de la terapia en cada grupo.....	166
10.3.1.	Grupo Experimental o EMC	166
10.3.2.	Grupo Control o Psicoeducativo.....	172
10.4.	Comparación entre grupos.....	178
10.5.	Comparación EMC: Realización o no del módulo 8.....	190
11.	DISCUSIÓN	197
11.1.	Datos Descriptivos	198
11.2.	Datos de Eficacia.....	204
11.3.	Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación.....	228
11.3.1.	Fortalezas.....	228
11.3.2.	Limitaciones	231
11.3.3.	Futuras líneas de investigación.....	233
12.	CONCLUSIONES.....	235
13.	REFERENCIAS	237
14.	ANEXOS.....	257

1. INTRODUCCIÓN

La psicosis es una forma de enfermedad mental en la cual el sujeto tiene una pérdida de contacto con la realidad, que afecta a su comportamiento, a sus sentimientos y a su pensamiento. Esto se puede producir principalmente por dos mecanismos. Por un lado, por una interpretación errónea de la realidad (delirios) y por otro lado, por una percepción errónea del entorno (alucinaciones), y todo ello con una convicción total y completa de que esa interpretación y esa percepción errónea de la realidad son correctas, esto es, con una ausencia de insight (conciencia de enfermedad) (Sanjuán, 2016).

Cuando hablamos de episodio psicótico nos referimos al periodo de tiempo en el que una persona manifiesta síntomas psicóticos, los cuales dificultan sus actividades diarias e incluso pueden interrumpir seriamente su vida. Como veremos más adelante, a lo largo del tiempo estos episodios psicóticos pueden darse de manera repetida en una misma persona o por el contrario manifestarse solo una vez; la experiencia de psicosis es única para cada persona. Cuando este episodio aparece por primera vez, hablamos de primer episodio psicótico (Cibersam, 2015). A lo largo de este trabajo, mencionaremos reiteradamente los términos psicosis temprana y psicosis de inicio reciente como sinónimos de los primeros episodios psicóticos, ya que aunque no es lo mismo, éstos suelen darse a una edad temprana que oscila entre el final de la adolescencia y principios de la edad adulta, lo que se identifica como psicosis temprana o de inicio reciente.

Es importante destacar también que la psicosis no es exclusiva de la esquizofrenia, sino que puede aparecer también en el contexto de los trastornos del estado de ánimo, no obstante, éstos últimos no son objeto de esta tesis y no serán abordados en la misma.

En los siguientes capítulos nos centraremos en detallar los conceptos más importantes de la esquizofrenia y primeros episodios psicóticos, los aspectos emocionales y las intervenciones psicológicas llevadas a cabo en psicosis, incluyendo la terapia objeto de estudio, el Entrenamiento Metacognitivo.

2. ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA

2.1. Definición y síntomas de la esquizofrenia y los trastornos del espectro de la esquizofrenia

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia son importantes trastornos mentales definidos por una anomalía en uno o más de los siguientes dominios (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-V-, 2014):

- *Delirios*: Son creencias fijas no susceptibles de cambio a la luz de pruebas en su contra. Existen diferentes tipos de delirios (delirios de persecución, referenciales, somáticos, de grandeza, erotomaníacos y nihilistas), sin embargo, los más comunes son los delirios referenciales y principalmente los delirios de persecución.
- *Alucinaciones*: Son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales y sin control voluntario sobre ellas. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más habituales.
- *Pensamiento desorganizado o trastorno formal del pensamiento*: Se observa a través del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro y sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no

estarlo en absoluto. La desorganización del discurso es tal que dificulta la comunicación de manera sustancial.

- *Comportamiento motor muy desorganizado*: Se manifiesta de diversas maneras, desde un comportamiento extremadamente infantil hasta una agitación impredecible, evidenciando problemas para llevar a cabo cualquier comportamiento dirigido a un objetivo.

- *Comportamiento catatónico*: Es una marcada disminución de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones, la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante y la ausencia total de respuestas verbales o motoras. También puede incluir actividad motora excesiva y sin finalidad u otros aspectos como movimientos repetitivos, la mirada fija o muecas.

- *Síntomas negativos*: Son responsables de un porcentaje importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia. Estos síntomas son la expresión emotiva disminuida, la abulia, la alogia, la anhedonia y la asociabilidad, siendo los más comunes la expresión emotiva disminuida y la abulia:

- *Expresión emotiva disminuida o aplanamiento afectivo*: Se define como la pérdida del componente afectivo en la interacción social y se caracteriza por la respuesta decreciente a aspectos emocionales, falta de expresión facial y de contacto ocular así como por una reducción del lenguaje corporal.

- *Abulia*: Describe un fallo en cualquiera de los pasos del acto volitivo (ideación-motivación, deliberación, decisión y ejecución). En general, hace referencia a la disminución de las actividades realizadas por iniciativa propia, y motivadas por un propósito, mostrando un escaso interés en participar en actividades laborales o sociales.

- *Alogia*: Se refiere a la pérdida o disminución de la cantidad o calidad de la información expresada, es decir, del habla. Se delimitan dos conceptos: la pobreza del habla, que implica una disminución de la fluidez, y la pobreza del contenido del lenguaje.
- *Anhedonia*: Alude a la disminución de la capacidad para experimentar placer a través de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente.
- *Asociabilidad*: Hace referencia a la aparente falta de interés por las interacciones sociales.

2.1.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia conlleva una conjunción de síntomas y signos que comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales y se asocian con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Sin embargo, ningún síntoma concreto es único y exclusivo de este trastorno.

Al tratarse de un síndrome clínico heterogéneo, las características diagnósticas del trastorno variarán sustancialmente de un sujeto a otro. No obstante, para que tenga lugar es necesario que se den los siguientes criterios diagnósticos (DSM-V, 2014):

A. Dos o más de los síntomas siguientes: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos, cada uno de ellos presente una parte significativa de tiempo durante un mes. Al menos uno de ellos ha de ser: delirios, alucinaciones o discurso desorganizado.

B. Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales (trabajo, relaciones interpersonales, etc), está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio del trastorno.

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo incluye al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y asimismo puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A, presentes de forma atenuada.

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

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo una droga o un medicamento) u otra afección médica.

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

2.1.2. Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia

- *Trastorno Esquizotípico de la personalidad:* Engloba un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales, distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamientos excéntricos que se encuentran por debajo del umbral y están asociados a rasgos de personalidad persistentes (DSM-V, 2014).
- *Trastorno Delirante:* Presenta uno o más delirios de un mes o más de duración. Se distingue de la esquizofrenia por la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (Criterio A) (DSM-V, 2014).
- *Trastorno Psicótico Breve:* Presenta uno o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamiento muy desorganizado o catatónico. Al menos uno de ellos ha de ser: delirios, alucinaciones o comportamiento desorganizado. Los síntomas están presentes durante más de un día pero menos de un mes (DSM-V, 2014).
- *Trastorno Esquizofreniforme:* Cumple el criterio A de la esquizofrenia aunque tiene una duración menor que ésta. Mientras que en la esquizofrenia se requiere de la presencia de síntomas durante al menos seis meses, en el trastorno esquizofreniforme la alteración debe estar presente durante menos de seis meses (DSM-V, 2014).
- *Trastorno Esquizoafectivo:* Se trata de un periodo ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maniaco o depresivo mayor) concurrente con el criterio A de la esquizofrenia. Los síntomas del estado de ánimo deben estar presentes durante la mayor parte de la duración total de los períodos activos (DSM-V, 2014).
- *Trastorno Psicótico inducido por sustancias/medicamentos:* Se caracteriza por la presencia de delirios o alucinaciones durante o poco después de la

intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento (DSM-V, 2014).

- *Trastorno Psicótico debido a otra afección médica*: Los delirios o alucinaciones son una consecuencia fisiológica directa de otra patología médica (DSM-V, 2014).
- *Catatonía*: Se caracteriza por la presencia de una marcada alteración psicomotora que puede conllevar una disminución de la actividad motriz, una menor colaboración durante la entrevista o la exploración física, o una actividad motora excesiva y peculiar, con un grado de gravedad que oscila de moderada a alta. Puede aparecer en el contexto de varios trastornos incluyendo a) catatonía asociada a otro trastorno mental, b) catatonía debida a otra afección médica y c) catatonía no especificada (DSM-V, 2014).

2.2. Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia

Datos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría -AEN- (2009) certifican que la prevalencia de la esquizofrenia y psicosis relacionadas es del 3% (si se consideran los trastornos psicóticos en su conjunto y no sólo la esquizofrenia). Sin embargo, si hablamos únicamente de la esquizofrenia, el DSM-V (2014) menciona que su prevalencia a lo largo de la vida parece ser aproximadamente del 0,3% al 0,7% aunque existen variaciones según la raza, el grupo étnico, el país y el origen geográfico. Por lo que respecta a su incidencia, en una revisión sobre la psicosis y esquizofrenia en Inglaterra entre 1950 y 2009 (Kirkbride y cols, 2012) se encontró una incidencia de 15 por 100.000 casos para la esquizofrenia. Sin embargo, estas tasas también varían en función del grupo de edad y el género.

Respecto a la edad y el género, observamos que es más frecuente en la juventud y más habitualmente en varones (razón varón-mujer de 1,42/1,00 según el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Éstos suelen tener una edad de inicio anterior a la de las mujeres. De hecho, observamos que su aparición a lo largo de la vida presenta dos picos: un primer pico en los hombres de entre 15 y 24 años aproximadamente, y un segundo pico en las mujeres de mediados y finales de los 40. Fuera de estos picos, las tasas de incidencia se reducen con la edad (NICE, 2014; Sanjuán, 2016; Häfner y cols, 2013).

Por otro lado, se ha observado también una mayor incidencia en países desarrollados, zonas urbanas e inmigrantes. En una revisión de 158 estudios realizados entre 1965 y 2001 y llevados a cabo en 32 países se estableció una media de incidencia anual de 15,2 por 100.000, con cifras más elevadas en los países desarrollados con un rango de entre 7,7 y 43,0 por 100.000. Además, en dos revisiones sistemáticas independientes (McGrath, 2005; McGrath y cols, 2004) también aparecieron incidencias más altas en las zonas urbanas frente a las rurales y el estatus migratorio.

En conclusión, sabemos que...
La esquizofrenia es relativamente común afectando a entre el 0,3 y 0,7% de la población
En general es más común en la juventud y en varones, pero existen picos en los varones de entre 15-24 años y en las mujeres entre mediados y finales de los 40 años.
Es más frecuente en países desarrollados y en zonas urbanas
Es más frecuente en población inmigrante

2.3. Curso y funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia

Curso evolutivo de la esquizofrenia

El inicio del curso de la enfermedad puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los individuos presentan un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas clínicamente significativos, presentando la mitad de estos individuos síntomas depresivos (DSM-V, 2014). Häfner y An der Heiden (1999) indicaron que, en estudios realizados retrospectivamente sobre el inicio del curso de la esquizofrenia (ABC Y WHO: inicio, pródromos y primer episodio) y la evaluación del resultado a largo plazo de estos sujetos, 14 a 16 años después de haberse producido el primer episodio de la enfermedad, se mostró que la mayoría de los primeros episodios (73%) se iniciaron de forma gradual, con síntomas prodrómicos inespecíficos o negativos, el 20% con síntomas positivos y negativos o síntomas no específicos y únicamente el 7% con síntomas positivos.

Una vez se ha presentado por primera vez el episodio psicótico, ya sea de manera brusca o insidiosa, el curso y evolución de la esquizofrenia es variable, favorable en algunos casos, con exacerbaciones y remisiones en otros y con una tendencia hacia la cronicidad en otros. Algunos parecen mantener un curso relativamente estable, mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave. No obstante, los síntomas psicóticos tienden a disminuir a lo largo de la vida (DSM-V, 2014). En 1989, Shepherd y sus colaboradores, en un estudio de 49 primeros ingresos con un seguimiento a 5 años, mostraron que el curso y evolución de la esquizofrenia puede darse de cuatro maneras distintas:

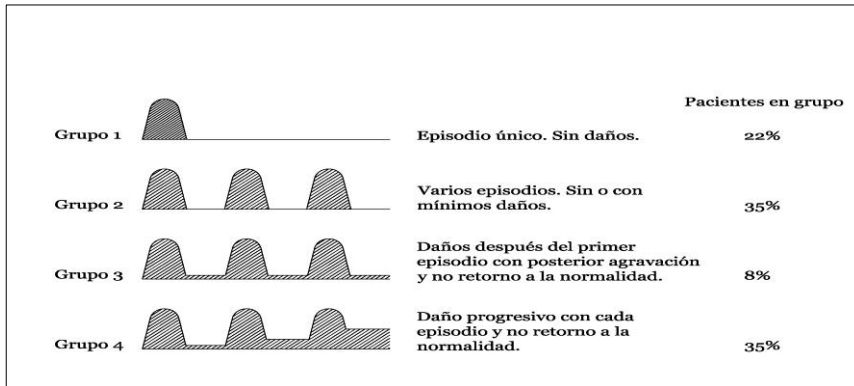


Figura 1. Evolución de la esquizofrenia según episodios de la enfermedad, sintomatología y deterioro social en 5 años. Sherpherd y cols, 1989. Modificado.

Como observamos en la figura 1, en su estudio el 22% de la muestra únicamente tuvo un episodio y consiguió una recuperación completa. El 35% sufrió varios discretos episodios y la discapacidad fue mínima o nula. El 8% de la muestra experimentó una discapacidad estabilizada después del primer episodio psicótico con agravamiento de la enfermedad y sin vuelta a la normalidad y otro 35% contó con múltiples episodios, agravamiento de la enfermedad y con una discapacidad que aumentaba con cada uno de ellos.

Otro estudio más reciente también ha analizado los diferentes patrones de evolución obteniendo resultados similares. Vázquez-Baquero y cols (1995) incluyeron 86 pacientes con un primer episodio psicótico y un seguimiento a 2 años y encontraron 5 patrones de curso. El 23,6% de la muestra presentó un único episodio con una recuperación total sin recaídas ni síntomas, el 21,05% presentó un episodio único con una remisión parcial, el 7,89% manifestó un curso episódico sin síntomas residuales, el 38,15% un curso episódico con síntomas residuales y el 9,21% presentaron un curso continuo de enfermedad.

Respecto a aquellos sujetos con una evolución favorable, el DSM-V (2014) apunta que esto sucede en el 20% de los sujetos y un pequeño número

de estos individuos se recupera por completo. De hecho, en un meta-análisis importante realizado por Hegarty y sus colaboradores en el año 1994 en el que se analizaron 51.800 pacientes entre 1895 y 1992, se concluyó que en torno al 30-40% de los pacientes recuperados funcionalmente permanecían estables (Sanjuán, 2016). No obstante, como se aprecia en todos estos estudios, la remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente y la mayoría de estos individuos sigue requiriendo apoyo formal o informal para su vida diaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

En esta evolución favorable de la enfermedad es importante tener en cuenta que existen algunas características clínicas de los sujetos que están asociadas a un mejor o peor pronóstico, así, por ejemplo, un inicio brusco de la enfermedad está relacionado con una mejor evolución, mientras que un inicio lento se asocia a un peor pronóstico. Segarra y cols (2005) recogen en la siguiente tabla estos factores tras el análisis de diferentes estudios recogidos en la literatura médica.

Tabla 1. Características clínicas del pronóstico de la enfermedad

	<i><u>Buen Pronóstico</u></i>	<i><u>Mal Pronóstico</u></i>
<i>Inicio</i>	Agudo	Insidioso
<i>Edad Inicio</i>	Tardío	Temprano
<i>Sexo</i>	Femenino	Masculino
<i>Estado Civil</i>	Casado	Soltero, divorciado, viudo
<i>Factores Precipitantes</i>	Sí	No
<i>Adaptación socio-laboral y afectiva previa</i>	Buena	Mala
<i>Co-existencia síntomas afectivos</i>	Sí	No
<i>Antecedentes psiquiátricos familiares</i>	Trastornos Afectivos	Esquizofrenia
<i>Apoyo socio-familiar</i>	Bueno	Malo

<i>Recaídas</i>	Pocas o ninguna	Múltiples
<i>Síntomas</i>	Positivos (alucinaciones y delirios)	Negativos (abulia, anhedonia, autismo, apatía o embotamiento afectivo)
<i>Conciencia de enfermedad (insight)</i>	Sí	No

Funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia

Las personas que sufren esquizofrenia ven afectados una gran parte de los aspectos de su vida y encuentran serias dificultades y deterioro en ámbitos como la educación, el empleo y las relaciones sociales (Brabban y Shiers, 2012).

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan déficits en alguna o en varias de las siguientes áreas (Mingote y cols, 2007):

- Autocuidados
- Autonomía (tanto económica como laboral y en el ocio y tiempo libre)
- Autocontrol
- Relaciones interpersonales y manejo del ocio y tiempo libre
- Funcionamiento laboral y manejo de situaciones sociolaborales
- Funcionamiento cognitivo (principalmente en los dominios procesamiento emocional y de la información, razonamiento y solución de problemas, cognición social, velocidad de procesamiento, aprendizaje verbal y visual y memoria de trabajo)

3. ASPECTOS EMOCIONALES EN ESQUIZOFRENIA

En la esquizofrenia, los síntomas afectivos se dan en cualquiera de las fases de la enfermedad y son considerados como uno de los aspectos fundamentales de ésta. De hecho, se dice que la disfunción emocional y la esquizofrenia siempre han ido cogidas de la mano (Crespo y cols, 2007). Ya en 1950, Bleuler fue el primero en reconocer estas alteraciones emocionales y argumentar que los problemas afectivos se encuentran en el corazón de la esquizofrenia y que los síntomas psicóticos, en concreto los delirios y las alucinaciones, no son más que «accesorios» comunes a muchas formas de trastorno (Birchwood, 2003).

Los síntomas afectivos y las disfunciones emocionales de la esquizofrenia están relacionados con la sintomatología clínica negativa. De hecho cuando inicialmente hablamos de síntomas afectivos solemos referirnos a dicha sintomatología, la cual recientemente se ha deconstruido en dos subdominios: disminución de la expresión, que consiste en aplanamiento afectivo y pobreza del habla, y desmotivación, que consiste en abulia, apatía, anhedonia y aislamiento social (Foussias y Remington, 2010; Blanchard y Cohen, 2006). Sin embargo, este enfoque no es el objeto de esta tesis. Nuestro trabajo se centra en la relación que existe entre los aspectos emocionales en la esquizofrenia y los síntomas positivos, concretamente los delirios. Lo veremos a continuación.

3.1. Procesos emocionales relacionados con la esquizofrenia

Los procesos emocionales que vamos a tratar por su prevalencia en la esquizofrenia son la depresión y la ansiedad. También explicaremos el constructo autoestima que, aunque no sea un proceso emocional, también es un aspecto alterado en esta enfermedad.

1. Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a cada vez más personas y se ha llegado a convertir en la primera causa de discapacidad en el mundo occidental. De hecho, en la actualidad el 20% de la población está afectada por algún tipo de trastorno depresivo (Sanjuán, 2016).

Se caracteriza principalmente por la presencia de una serie de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas. En la esfera conductual, aparece el llanto, tendencia a permanecer tumbado, lentitud o agitación, inhibición, dificultad para comunicarse, conductas evitativas ante las tareas cotidianas y las interacciones sociales y falta de autocuidado y aseo personal. A nivel cognitivo, se manifiestan dificultades de concentración y problemas de memoria, rumiaciones, dificultad para tomar decisiones, pensamientos de contenido negativo, ideas de muerte, creencias disfuncionales y estilo atribucional disfuncional. A nivel emocional, aparece tristeza vital, desamparo, desesperanza, autodesprecio, culpa, frustración, sensación de fracaso o vacío, vergüenza, irritabilidad, aburrimiento y sentimientos de minusvalía personal. En el área de lo motivacional, las manifestaciones más frecuentes se corresponden con anhedonia, apatía o indiferencia, desinterés y falta de fuerza de voluntad. Y en la esfera somática

pueden surgir alteraciones de sueño, alteraciones del apetito y del peso, disminución del deseo sexual, cansancio, molestias físicas, estreñimiento y sequedad de boca, entre otras alteraciones (Vázquez y cols, 2015). Dentro de todas estas manifestaciones, el síntoma nuclear de la depresión y con mayor relevancia clínica es la tristeza patológica, definida como un estado de ánimo persistentemente deprimido, en el que el sujeto se siente apenado, afligido, abatido y triste. Se trata de una reacción anormal ante un acontecimiento externo por su mayor intensidad, desproporción, duración y repercusión conductual o discapacidad (Obiols, 2008).

Según el DSM-V (2014), dentro de los trastornos del estado de ánimo, encontramos 9 cuadros clínicos, pero vamos a tomar como referencia el trastorno de depresión mayor para explicar los criterios diagnósticos. Para que este se dé, los síntomas mencionados arriba deben mantenerse durante al menos dos semanas y deben provocar malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad de la persona y no deben ser debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica (Vázquez y cols, 2015; DSM-V, 2014; Sanjuán, 2016). No obstante, aun cuando los criterios para el diagnóstico no se cumplan, la presencia de síntomas depresivos significativos puede causar malestar importante. Tanto las formas clínicas como subclínicas de la depresión tienen un profundo impacto sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de quien la padece, afectando a su funcionalidad, actividades diarias y laborales e incluso aumentando el riesgo de mortalidad (Vázquez y cols, 2015).

Dentro de la psicosis, la depresión y los síntomas depresivos pueden presentarse de diversas formas y por diversas razones. En primer lugar,

encontramos dos trastornos psicóticos distintos en donde la depresión juega un papel importante: un trastorno que se encuentra a caballo entre los trastornos psicóticos y los afectivos (trastorno esquizoafectivo) y la depresión con características psicóticas, en la cual se dan depresiones de extrema gravedad junto con síntomas psicóticos. En segundo lugar, la sintomatología depresiva también puede ser consecuencia del tratamiento neuroléptico utilizado (sobre todo antipsicóticos de primera generación causantes de inducir síntomas extrapiramidales como la acinesia y la acatisia). En tercer lugar, la depresión puede estar vinculada por un lado, a los síntomas positivos y en concreto a los delirios (que explicaremos más adelante) y por otro lado a la clínica negativa, que a pesar de las claras diferencias, se solapan en algunos aspectos como, por ejemplo, anhedonia, apatía, falta de interés y aislamiento social (Crespo y cols, 2007; Siris y Bench, 2003). Por último, la depresión puede tener su origen en, la percepción subjetiva del trastorno psicótico como un suceso traumático, confuso, vergonzoso y estigmatizante (Norman y cols, 2011).

De este modo, las cifras de prevalencia e incidencia de la depresión en dicho trastorno son muy heterogéneas debido a la amplia diversidad de la población, las herramientas de evaluación utilizadas, el intervalo de tiempo observado y las diferentes definiciones de depresión (Crespo y cols, 2007). No obstante, múltiples autores coinciden en decir que existe un gran porcentaje de sujetos con esquizofrenia y con primeros episodios psicóticos que la sufren (Siris y Bench, 2003; Sandhu y cols, 2013). Así, las cifras más bajas halladas en algunos estudios señalan un 6-7% de pacientes con esquizofrenia deprimidos mientras que las más altas los sitúan entre el 65-75%, siendo estos últimos datos, la prevalencia acumulada de síntomas depresivos en 3 y 5 años,

respectivamente (Siris y Bench, 2003; Crespo y cols, 2007). Otros autores más recientes mencionan una prevalencia de la depresión en la esquizofrenia que oscila entre un 22 y un 75% (Sandhu y cols, 2013), con unas tasas más elevadas durante el primer episodio psicótico. Así, existen autores que la sitúan en los primeros episodios entre el 17% y el 83% (Sönmez y cols, 2013), 17-80% (Sánchez-Gistau y cols, 2014) y en el 80%, combinándose en el 63% de estos casos con pensamientos de suicidio (Upthegrove y cols, 2010). Otros autores también apuntan una alta prevalencia, esta vez de los síntomas depresivos al inicio del trastorno, de entre 22 y 52%, al realizar un estudio de 70 pacientes con un seguimiento a 5 años. Como se ve, los porcentajes varían ligeramente, dependiendo del criterio usado para definir la depresión.

Por lo que respecta a la incidencia, la tasa modal de incidencia de la depresión en esquizofrenia se sitúa en torno al 25%. Los resultados de una encuesta realizada a 3.443 psiquiatras clínicos describen una incidencia del 33% de depresión en la primera hospitalización de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, un 38% en las recaídas agudas de la esquizofrenia y un 29% en la esquizofrenia crónicamente estable (Crespo y cols, 2007).

En definitiva, las investigaciones sugieren una alta prevalencia de la depresión y los síntomas depresivos, siendo más altos y graves en la fase aguda del trastorno y en los primeros episodios psicóticos que cuando los sujetos se estabilizan (Majadas y cols, 2012; Sánchez-Gistau y cols, 2014; Upthegrove y cols, 2014; An der Heiden y cols, 2005). No obstante, la aparición de sintomatología depresiva coincidiendo con la fase aguda del trastorno psicótico se ha asociado con un pronóstico más favorable, mientras que el desarrollo de dichos síntomas a lo largo de todo el curso de la psicosis y en la esquizofrenia

crónica se asocia a una evolución menos favorable (Siris y Bench, 2003; Bottlender y cols, 2000). Autores como Oosthuizen y cols (2006) asocian dichas diferencias al origen distinto de los síntomas depresivos. Mientras que en la fase aguda los síntomas de depresión se relacionan con los síntomas psicóticos y se resuelven con el tratamiento farmacológico, los síntomas depresivos en fases más crónicas son más persistentes y difíciles de resolver. Sin embargo, la literatura se ha centrado principalmente en el estudio de la depresión en fases más avanzadas del trastorno dejando a un lado el estudio de la depresión en las fases iniciales de la psicosis y, por lo tanto, existen menos investigaciones que hayan analizado la evolución de los síntomas depresivos en los primeros episodios psicóticos (Sands y Harrow, 1999; An der Heiden y cols, 2005; Oosthuizen y cols, 2006; Cotton y cols, 2012; Sönmez y cols, 2013, 2014; Upthegrove y cols, 2010,2014).

En relación a las consecuencias de la depresión y los síntomas depresivos, éstas son negativas, con unos efectos en el individuo similares en cualquier estadio del trastorno psicótico. Los estudios hallados sobre la depresión, tanto en esquizofrenia como en primeros episodios psicóticos, señalan una peor calidad de vida (Sands y Harrow, 1999; Majadas y cols, 2012), un mayor riesgo de recaída o ingreso hospitalario (Siris y Bench, 2003; An der Heiden y cols, 2005; Crespo y cols, 2007; Cotton y cols, 2012; Majadas y cols, 2012; Upthegrove y cols, 2014), peores resultados en los síntomas psicóticos (Sands y Harrow, 1999; An der Heiden y cols, 2005; Sönmez y cols, 2014; Upthegrove y cols, 2014), un mayor riesgo de suicidio (Sands y Harrow, 1999; Siris y Bench, 2003; Crespo y cols, 2007; Cotton y cols, 2012; Majadas y cols, 2012; Upthegrove y cols, 2014), deterioro laboral (Sands y Harrow, 1999; Crespo y cols, 2007), peores resultados en su funcionamiento general a largo

plazo (Sands y Harrow, 1999; Crespo y cols, 2007; Sönmez y cols, 2014) y un incremento del sufrimiento personal y familiar acompañado de una menor satisfacción y bienestar subjetivo (Sands y Harrow, 1999; Crespo y cols, 2007). Además de todo ello, parece ser que la variable insight es un factor importante en la relación entre la depresión en psicosis y sus consecuencias negativas (Barrett y cols, 2010; Norman y cols, 2011; Cavelti y cols, 2012). Algunos autores mencionan que los pacientes con esquizofrenia que son conscientes de su enfermedad y tienen menos sensación de control sobre ésta, son más propensos a experimentar depresión (Siris y Bench, 2003). En un meta-análisis sobre el tema realizado por Mintz en el año 2003 se analizaron 40 artículos referentes al insight, descubriendo unos resultados significativos aunque modestos: en ellos se mostraba una correlación positiva entre depresión e insight, observando que un mayor insight estaba asociado a mayores síntomas depresivos. Además, esta relación parece ser más alta en individuos con menor duración de la enfermedad (Ampalam y cols, 2012). Sin embargo, tras un periodo de seguimiento y una buena terapia que ejerza como factor protector, el riesgo de depresión se reduce (Turkington y cols, 2006).

Como se ha visto, la depresión y los síntomas depresivos pueden darse en diferentes fases del trastorno (Crespo y cols, 2007; Sonmez y cols, 2013). A continuación describiremos en detalle el papel de este proceso emocional en cada fase:

- *Fase Prodrómica*: La depresión y otros síntomas inespecíficos (ansiedad, sensación de disforia, alteraciones en el sueño, etc.) han sido descritos como síntomas comunes en las semanas o meses previos a un brote psicótico. En esta fase, la depresión se asocia principalmente con un aumento del riesgo de

depresión, comportamiento suicida y actos de autolesión en futuras ocasiones (Upthegrove y cols, 2010, 2014).

- *Fase Aguda:* Durante esta fase en la que la sintomatología está activa, la depresión está vinculada con la valoración negativa de la enfermedad (en relación a las voces y paranoia) y con la experiencia misma de psicosis (Upthegrove y cols, 2014). Las investigaciones confirman que existe una relación entre la depresión y demás problemas afectivos y los síntomas positivos de la psicosis, tanto delirios (principalmente delirios de persecución) como alucinaciones (Hartley y cols, 2013; Siris y Bench, 2003). Explicaremos en detalle estas asociaciones en el apartado 3.2.

- *Fase Postpsicótica:* El término depresión postpsicótica se usa para designar el síndrome depresivo completo que aparece en el curso de la esquizofrenia (Crespo y cols, 2007). Ésta aparece tras el episodio psicótico y se encuentra presente en más de la mitad de los pacientes (White y cols, 2013). Los sujetos con esquizofrenia que presentan depresión postpsicótica frecuentemente pueden manifestar reacciones de decepción o desilusión relacionadas con la repercusión de la enfermedad en su vida cotidiana y en su futuro. Les preocupa la manera en que sus vidas progresan (o no progresan). En esta situación, los pacientes pueden volverse crónicamente desmotivados y desalentados sobre la base de fracasos repetidos o pérdidas y/o tener la sensación de que los objetivos importantes de la vida son imposibles de lograr (Siris y Bench, 2003). Estas reacciones se desencadenan ante cualquier evento desviado en la vida del individuo y pueden ser notables y constituir un verdadero síndrome psiquiátrico, que puede aparecer de forma aguda o caracterizarse por una instauración paulatina y un curso crónico (Siris y Bench, 2003; Crespo y cols, 2007).

La depresión que los pacientes experimentan en este periodo puede ser predicha por como los pacientes valoran la amenaza personal de este evento de la vida. Cuando se valora la psicosis como la pérdida de los objetivos sociales, roles y estatus, como una fuente de vergüenza y como un estado del que no se puede escapar, los síntomas depresivos son elevados (Birchwood, 2003).

En relación a sus consecuencias, la depresión postpsicótica se ha asociado a una peor calidad de vida (White y cols, 2013; Sandhu y cols, 2013), mayor probabilidad de experimentar recaídas (Siris y Bench, 2003; Sandhu y cols, 2013), con un alto riesgo de suicidio (Birchwood, 2003; Sandhu y cols, 2013) y autolesión (Sandhu y cols, 2013) y con un marcado y persistente miedo a la interacción social (aspectos que experimentan casi la mitad de dicha población) (Birchwood, 2003). Igualmente, se ha asociado a otros predictores de evolución negativos, como el mal ajuste premórbido y el inicio insidioso del trastorno (Crespo y cols, 2007).

2. Ansiedad

La ansiedad es uno de los procesos emocionales más estudiados. Ante un suceso inminente es normal sentir ansiedad, sin embargo, se convierte en algo patológico cuando se da una valoración errónea de peligro en una situación (cognición disfuncional), un deterioro en el funcionamiento (tanto ante la situación amenazante, como en la vida social cotidiana y laboral), una permanencia en el tiempo (duración mínima de seis meses), una hipersensibilidad a los estímulos, o cuando se da en ausencia de señales de amenaza y causa malestar clínicamente significativo sin la posibilidad de deberse a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (Obiols, 2008; DSM-V,

2014; Clark y Beck, 2012). De hecho, la ansiedad patológica se define como un “sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza), que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles e incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (Obiols, 2008; Clark y Beck, 2012).

Los síntomas que las personas con ansiedad experimentan son los siguientes (Clark y Beck, 2012):

- Fisiológicos: palpitaciones, respiración entrecortada o acelerada, mareos, sudores, temblores...
- Cognitivos: miedo a perder el control, a la muerte, a enloquecer, a la evaluación negativa de los demás, a pensamientos o recuerdos atemorizantes...
- Conductuales: evitaciones de situaciones de amenaza, huida, parálisis...
- Afectivos: nerviosismo, temerosidad, inquietud, impaciencia

Asimismo, las consecuencias de padecer un trastorno de ansiedad, o incluso únicamente de presentar síntomas ansiosos, son negativas en la calidad de vida así como en el funcionamiento social y laboral del sujeto (Clark y Beck, 2012).

En lo referente al trastorno psicótico y en particular a la esquizofrenia, la ansiedad es un estado común que puede ocurrir durante y/o después del episodio psicótico con consecuencias negativas en la calidad de vida del sujeto (White y cols, 2013; Sündermann y cols, 2014). Lysaker y sus colaboradores afirmaron esta prevalencia en 2005 argumentando que dos tercios de los

individuos con esquizofrenia podían experimentar niveles de ansiedad al menos una desviación estándar por encima de la media de ansiedad de la población.

La concurrencia del trastorno psicótico y un trastorno de ansiedad (comorbilidad) también es habitual. En una reciente revisión sobre trastornos de ansiedad en el contexto de la esquizofrenia se mostró que la ansiedad era prevalente en el 16-85% de los sujetos, con una tasa general para los estudios clínicos del 50% (Hartley y cols, 2013). Y otros autores (White y cols, 2013) también observaron una prevalencia de los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia similar, entre el 30 y el 80%.

Según el DSM-V (2014), existen múltiples subtipos de trastornos de ansiedad, sin embargo, según una revisión reciente sobre comorbilidad en trastornos de ansiedad (Achim y cols, 2011), los subtipos más comunes que coexisten con los trastornos psicóticos son la ansiedad social, que tiene que ver con el aislamiento social, la vergüenza y el estigma que sufre el paciente, el trastorno de estrés postraumático, relacionado con la vivencia de la experiencia psicótica como un suceso traumático y, por último, el trastorno obsesivo compulsivo, asociado a lo reiterativo y estresante del delirio. A continuación los explicamos brevemente.

Ansiedad Social: La ansiedad social cuenta con unas tasas medias de prevalencia en la esquizofrenia de 14,4% según un meta-análisis realizado por Achim y sus colaboradores en el año 2011, en el que se revisaron 52 estudios.

Este trastorno se caracteriza por un miedo o ansiedad intensos que el sujeto siente ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado. Esto incluye interacciones sociales tales como

reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, sentirse avergonzado, humillado o rechazado. El miedo o la ansiedad son persistentes y desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y el contexto sociocultural. Su duración mínima aproximada es de seis meses (Obiols, 2008; Clark y Beck, 2012; DSM-V, 2014).

Trastorno de Estrés Postraumático: Birchwood (2003) afirma que en los pacientes con psicosis se han encontrado altas tasas de historias traumáticas, incluyendo trauma sexual, abandono emocional, embarazos no deseados y apego parental disfuncional, siendo estos pacientes más propensos a sufrir trastornos emocionales vinculados a la psicosis. De hecho, la tasa de prevalencia media del trastorno de estrés postraumático en la esquizofrenia es de 12,4% (Achim y cols, 2011) y en los primeros episodios psicóticos de 43% (Sutliff y cols, 2015).

El trastorno de estrés post-traumático aparece con la exposición a un evento traumático o altamente estresante. Se suele dar en situaciones en las que el sujeto, o una persona cercana a él, se expone a la muerte, a lesiones graves o violencia sexual, ya sea de manera real o como amenaza. Esta exposición puede causar síntomas de intrusión relacionados con el suceso traumático (como, por ejemplo recuerdos angustiosos recurrentes), evitación persistente de estímulos (por ejemplo esfuerzos por evitar recuerdos), alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (como incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático y disminución importante del interés o la participación en actividades significativas) y alteraciones

importantes de la alerta y reactividad (por ejemplo, respuesta de sobresalto exagerada y alteración del sueño). El malestar asociado al trastorno es clínicamente significativo y produce un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento por un periodo de tiempo superior a un mes (DSM-V, 2014).

Trastorno Obsesivo Compulsivo: Este trastorno tiene una prevalencia media en la esquizofrenia de 12,1% (Achim y cols, 2011). Se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes experimentadas como intrusivas y no deseadas. Por su parte, las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a hacer en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Para que el trastorno se de, las obsesiones o compulsiones deben ocupar más de una hora al día o causar malestar clínicamente significativo o deterioro en alguna de las áreas importantes del funcionamiento (DSM-V, 2014).

3. Autoestima

No existe una definición generalizada sobre lo que es la autoestima. A lo largo de la historia de la psicología se han planteado diferentes definiciones. En 1967, Coopersmith (Mora y Raich, 2006) definió la autoestima como la evaluación que una persona hace (y habitualmente mantiene) de sí misma. Ésta expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica la medida en que el sujeto se siente capaz, exitoso y valioso. En definitiva, afirmó que hace referencia a un juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que la

persona mantiene respecto a ella misma. En 1980, William James (Mora y Raich, 2006) mencionó que la autoestima depende de las expectativas, pretensiones o planes que se hacen sobre uno mismo y su comprobación en la realidad. Seguidamente, Pope, McHale y Craighead (1988) la describieron como la evaluación del autoconcepto. Estos autores afirmaron que la autoestima surge de la discrepancia entre el self percibido o autoconcepto y el self ideal y que esta medición se produce en muchas áreas de la vida. Por último, en el mismo año, Robson la definió como “el sentimiento de contento y autoaceptación que procede de una valoración de alguien sobre su valor, significación, atractivo, competencia y habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones”.

Concluyendo, la autoestima tiene que ver con la relación positiva entre la percepción de uno mismo (visión objetiva) y el propio ideal (aquello que a la persona le gustaría ser). Así, cuando existe un mal ajuste entre ambos aparece una baja autoestima, y cuantas más áreas estén afectadas, mayor será la falta de autoestima. Una baja autoestima se ha asociado con dependencia, excesiva necesidad de aprobación, sentimientos de desesperanza, hostilidad enmascarada, depresión, ansiedad, sumisión, salud general débil, sentimientos de apatía, debilidad, aislamiento, abandono, antipatía, pasividad y servilismo, tendencia a degradar y denigrar a los demás y tendencia a proyectar los propios sentimientos sobre los demás. Asimismo, parece que actúa como factor facilitador de la depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y trastornos de la imagen corporal así como de factor de riesgo de suicidio, intentos de suicidio, depresión, embarazos adolescentes y de ser victimizado por otros.

Según Alcántara (1990), la autoestima se compone de tres elementos, que se correlacionan íntimamente, de manera que una modificación en uno de ellos comporta una alteración en los otros dos. Estos componentes son:

- **Componente cognitivo:** Es el más importante en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima. Hace referencia al autoconcepto, definido como el propio sentido de identidad, aquello que piensa una persona de sí misma como individuo. Está formado por diversas áreas: social, académica, laboral, familiar, corporal y global (Mora y Raich, 2006).
- **Componente afectivo:** Hace referencia a la valoración negativa/positiva de la propia valía, es decir, es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales, una respuesta afectiva ante la percepción de uno mismo.
- **Componente conductual:** Hace referencia a la intención y a la decisión de actuar. Se relaciona con la competencia y habilidades de que se dispone en diferentes áreas (académica, laboral, familiar, etc).

En lo referente al tema que nos ocupa, diferentes autores (Silverstone, 1991; Freeman y cols, 1998; Lecomte y cols, 1999) han demostrado que la autoestima se encuentra baja en los trastornos psiquiátricos de manera habitual, incluyendo los trastornos psicóticos y la esquizofrenia. En concreto, esta baja autoestima ha sido descrita en distintas fases del trastorno (Hall y Tarrier, 2003).

Distintos autores mencionan que la baja autoestima es producto de la experiencia psicótica del individuo (Hall y Tarrier, 2003) y del aumento de vulnerabilidad de la persona a la depresión post-psicótica (Birchwood y Iqbal, 1998, Hall y Tarrier, 2003). La relacionan también con los contextos sociales adversos y con las críticas de familiares y/o amigos. Factores como las

hospitalizaciones, la pérdida de la función social y estatus, el estigma y la marginación social, las experiencias traumáticas o difíciles y la falta de apoyo familiar han sido hallados como perjudiciales para la autoestima en individuos con enfermedades mentales graves (Garety y cols, 2001a; Birchwood, 2003; Hall y Tarrrier, 2003). Además, la baja autoestima se ha visto relacionada con unos peores y más graves resultados clínicos en general (Hall y Tarrrier, 2003; Garety y cols, 2001a), un peor funcionamiento social, baja percepción de la calidad de vida, depresión y con los síntomas psicóticos (Lecomte y cols, 2006). Respecto a la sintomatología psicótica, algunos autores la relacionan concretamente con los síntomas positivos, tanto delirios (principalmente en la formación y mantenimiento de ideas delirantes de persecución) como alucinaciones (Garety y cols, 2001a; Smith y cols, 2006; Lecomte y cols, 2006; Hartley y cols, 2013; Freeman y cols, 2012; Freeman, 2007). En cuanto a los delirios, esta relación se da en la cantidad y duración de la preocupación, la convicción, la cantidad e intensidad del estrés y la alteración en la vida. En cuanto a las alucinaciones, la relación se da en la cantidad y grado de contenido negativo de las mismas, la cantidad e intensidad de estrés que produce, la alteración que produce en la vida diaria y el menor control sobre las mismas (Smith y cols, 2006).

3.2. Procesos emocionales y su relación con los delirios

El rol de la emoción en el desarrollo y el mantenimiento del delirio es cada vez más reconocido (Garety y Freeman, 2013). Desde los últimos años de la década de 1990, han coexistido dos hipótesis en este aspecto compitiendo entre sí (Smith y cols, 2006; Freeman, 2007; Garety y Freeman, 2013). Por un lado, Bentall y cols (1994) mencionan que los delirios son el resultado de una

defensa psicológica contra la emoción negativa subyacente y la baja autoestima. En contraste, Garety y cols (2001a) afirman que la emoción tiene un papel central en los delirios. Este segundo modelo abarca dos rutas que se retroalimentan entre sí: las alteraciones cognitivas y las alteraciones emocionales. Veámoslo con más detalle.

Parte de la base de que la psicosis se presenta en personas con una predisposición de origen biopsicosocial, esto es, parte del modelo de vulnerabilidad-estrés. Este modelo, desarrollado en 1977 por Zubin y Spring, explica las causas de la psicosis combinando múltiples factores causales. Expone que algunas personas tienen una predisposición o vulnerabilidad genética determinada para provocar el trastorno psicótico y que éste es desencadenado por la interacción de dicha vulnerabilidad con factores ambientales y situacionales (consumo de alcohol, drogas, situaciones vitales estresantes, etc.). La intensidad del estresor ambiental o situacional necesario para desencadenar el trastorno diferirá de una persona a otra, de manera que cuanto mayor vulnerabilidad tenga el sujeto, menor cantidad de estresor será necesario para que el trastorno se produzca; y viceversa, cuanto menor vulnerabilidad, mayores estresores serán necesarios.

Como decíamos, el modelo cognitivo de Garety y cols (2001a) tiene en cuenta dicha predisposición biopsicosocial y menciona que a partir de un evento amenazante, como puede ser un exceso de estrés en una persona con esa vulnerabilidad determinada, se producen alteraciones en los procesos cognitivos y en la percepción que dan lugar a experiencias anómalas de la conciencia (por ejemplo, percepciones agudizadas, acciones involuntarias, pensamientos que parecen ser transmitidos, pensamientos que se

experimentan como voces, acontecimientos no conectados entre sí que aparecen causalmente vinculados y actividad mental caótica). A su vez, también aparecen cambios emocionales (depresión, ansiedad, preocupación, insomnio y esquemas negativos) como respuesta directa a este evento amenazante (estrés), y también como respuesta a las experiencias anómalas. Dichos cambios emocionales se retroalimentan con las experiencias anómalas e influyen en su contenido. Además, las experiencias anómalas, al ser desconcertantes y estar asociadas a los cambios emocionales, parecen personalmente significativas, el paciente piensa que todo está relacionado y comienza una búsqueda de explicación causal para entender qué es lo que le está pasando. En este momento, los propios procesos de evaluación cognitivos juegan un papel importante, el paciente extrae conclusiones precipitadas al interpretar las experiencias confusas como reales y externas y de esta forma construye una explicación. Es entonces cuando aparecen los delirios como explicaciones plausibles para estos sujetos.

La figura 2 (ver página siguiente) recoge tanto los procesos cognitivos como los procesos emocionales del modelo de Garety y cols (2001a) que contribuyen a la formación y al mantenimiento del delirio. A continuación explicaremos, en primer lugar, la parte vinculada al objeto de la tesis, es decir, los procesos emocionales y, seguidamente, los procesos cognitivos, que también tienen su importancia dentro del modelo.

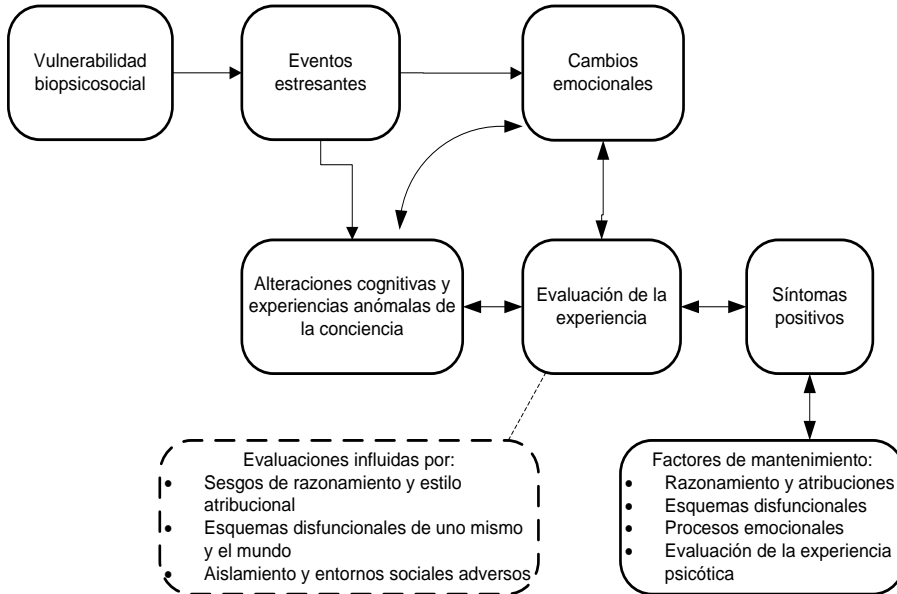


Figura 2. Garety y cols, 2001a. Modificado.

Procesos Emocionales

Los procesos emocionales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la sintomatología delirante son la ansiedad, la preocupación, la depresión, la baja autoestima y los esquemas negativos. Entre todas ellas existe una relación circular con los delirios, por lo que todos se retroalimentan: las ideas negativas y depresivas sobre uno mismo hacen que las personas se sientan más vulnerables a sufrir paranoia y ésta, a su vez, genera baja autoestima, depresión y ansiedad (Freeman, 2007; Freeman y cols, 2012), convirtiéndose en un círculo vicioso. Veamos cada una en detalle:

a) Depresión

Se ha demostrado que existe una asociación entre la depresión y los delirios y, principalmente, con los delirios de persecución (Freeman y cols, 1998), siendo la depresión un determinante importante del origen y la persistencia del pensamiento paranoico (Freeman y cols, 2012). Existen diversos estudios que demuestran esta asociación. En el año 2013, Hartley y cols realizaron una revisión acerca de las asociaciones de la depresión y ansiedad con los síntomas positivos, en la que se examinaron 16 estudios con muestras desde 15 sujetos hasta 257. Por lo que respecta a la depresión, el número de estudios analizados fue de 8, de entre los que 5 confirmaron esta asociación. Las conclusiones obtenidas afirmaban que la depresión estaba relacionada con la severidad del delirio, la angustia producida, el contenido de los mismos y la paranoia. Dentro de dicha revisión, destacamos los resultados positivos del estudio de Drake y cols (2004), por su amplio tamaño muestral ($n=257$). Igualmente, se sabe que además de la depresión, los sentimientos de desesperanza y falta de control también contribuyen al mantenimiento de estos síntomas, siendo la desesperanza un predictor de mal pronóstico en la esquizofrenia temprana (Freeman, 2007).

b) Ansiedad y Preocupación

La ansiedad y la preocupación, junto con el insomnio y la depresión, son potentes predictores del origen y mantenimiento de la paranoia (Freeman y cols, 2012). En el estudio de Freeman y Garety del año 1999, en el cual se compararon individuos con delirios de persecución e individuos con un trastorno de ansiedad generalizada, se encontró que tanto la tendencia a

preocuparse como la frecuencia de la preocupación eran similares para ambos grupos, dando a entender que los niveles de preocupación en sujetos con delirios de persecución eran altos. Además, se observó que la preocupación y la ansiedad correlacionaban con la angustia del delirio. De esta forma, se evidencia por primera vez la importancia de la preocupación en la experiencia delirante. Años después, en un estudio de más de 3 meses, de 25 pacientes con esquizofrenia, Startup y cols (2007) amplían los resultados de Freeman y Garety (1999) al encontrar que las personas que se preocupaban más y tenían una alta puntuación en ansiedad rasgo mostraban una mejoría menor en sus delirios a los tres meses. Además, observaron que la persistencia de los delirios de persecución era predicha por la ansiedad y la preocupación. Estos dos estudios fueron incluidos en la ya mencionada revisión realizada por Hartley y cols en el año 2013 sobre ansiedad y depresión, que en general informaba de la relación de la ansiedad con la severidad, angustia y contenido del delirio, aunque con evidencias no tan extensivas como las relatadas en la depresión. De esta forma, se deja ver que tanto los procesos de ansiedad como el estilo de pensamiento basado en la preocupación juegan un papel importante en la creación y la persistencia de ideas delirantes y de altos niveles de estrés y angustia (Freeman y cols, 2012).

En relación a la ansiedad, existen tres procesos particularmente importantes que favorecen los delirios:

- *Los sesgos de procesamiento de información.* Éstos proporcionan evidencia de las creencias psicóticas y, por lo tanto, las mantienen.
- *Las conductas de seguridad* como estrategia ante los delirios. Estas conductas dan lugar a comportamientos de evitación del daño predicho de la

creencia delirante y también a fallos para detectar su inconsistencia. Cuando la amenaza que se percibe no se da, los individuos no pueden atribuir la ausencia de la catástrofe a su creencia incorrecta y, por el contrario, creen que la amenaza se evitó sólo por sus comportamientos de seguridad. Esto es, se fomenta el sesgo de la evidencia disconfirmatoria. En esta línea, Freeman y cols (2007) observaron en un estudio que 96 de cada 100 pacientes con ideas delirantes de persecución habían utilizado las conductas de seguridad en el último mes (Freeman, 2007; Garety y Freeman, 2013).

- *Las creencias metacognitivas*, tales como creencias relacionadas con la incontrolabilidad de los pensamientos de uno mismo, las cuales aumentan el estrés causado por la experiencia psicótica (Garety y cols, 2001a).

En resumen, los pensamientos ansiosos conllevan una anticipación de amenazas y miedo ante determinadas circunstancias y al daño físico, social o psicológico (Freeman, 2007) y éstos, a su vez, favorecen la creación y mantenimiento de pensamientos con contenido paranoide, de los delirios de persecución y del estrés que la experiencia conlleva.

c) Autoestima y Esquemas

Se ha demostrado que la baja autoestima está implicada en la formación y mantenimiento de los síntomas positivos (tanto delirios como alucinaciones) (Garety y cols, 2001a), siendo un predictor del posterior desarrollo de los mismos (Freeman, 2007). Diferentes autores corroboran esta afirmación. Por ejemplo, en el año 2000, Fowler sugirió en un estudio que los delirios de persecución están asociados con la valoración negativa de uno mismo y de los demás. Años más tarde, Barrowclough y cols (2003) analizaron

la autoevaluación negativa en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (n=59), encontrando que ésta se asociaba fuertemente con los síntomas positivos (tanto delirios como alucinaciones) dándose incluso cuando los niveles de depresión fueron controlados, lo cual sugiere que la autoevaluación negativa repercute directamente en los síntomas positivos sin necesidad de ser vinculada obligatoriamente con la depresión. Otros autores (Smith y cols, 2006), en un estudio en el que participaron 100 sujetos que habían sufrido una recaída reciente, analizaron la autoestima y las creencias negativas sobre uno mismo y los demás obteniendo que los individuos con más baja autoestima y evaluaciones negativas sobre uno mismo tenían delirios de persecución de mayor gravedad, con contenido más negativo y estando más preocupados y angustiados por ellos.

En definitiva, la explicación sobre la relación entre la baja autoestima y los delirios es la siguiente: La baja autoestima parece ser provocada por contextos sociales aversivos (adversidad y marginación social, experiencias tempranas difíciles o traumáticas, carencias, pérdidas y entornos familiares y sociales sin apoyo al paciente como, por ejemplo, las familias con alta emoción expresada y el estrés crónico) que contribuyen al desarrollo de esquemas negativos sobre uno mismo y sobre el mundo (Brown y cols, 1990). Asimismo, estos esquemas se asocian con estrés emocional, y la presencia de estrés emocional contribuye al mantenimiento de la psicosis y a la resistencia al tratamiento y vulnerabilidad a las recaídas. En esta línea, algunos autores mencionan que pacientes con autoesquemas más positivos parecen más capaces de resistir la amenaza de los síntomas positivos de la psicosis (Birchwood, 2003).

Procesos Cognitivos

En último lugar, nos encontramos con el segundo aspecto clave en la explicación del modelo cognitivo de Garety y cols (2001a): los procesos cognitivos. Dentro de estos procesos encontramos, por un lado, el salto a conclusiones (JTC), la externalización del sesgo atribucional y la teoría de la mente (ToM), que contribuyen a la formación y mantenimiento del delirio y, por otro lado, la falta de flexibilidad cognitiva y los sesgos contra la evidencia disconfirmatoria, que contribuyen a su mantenimiento. Explicaremos en detalle estos procesos en el apartado 6.

4. PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

4.1. Antecedentes Históricos: Del estudio de la esquizofrenia a los primeros episodios psicóticos.

La historia de la esquizofrenia ha evolucionado desde una enfermedad negativa e irreversible en sus inicios hasta una visión mucho más esperanzadora en la actualidad.

El autor clásico Kraepelin (1889), considerado el padre de la psiquiatría, veía el deterioro cognitivo y funcional del paciente en la enfermedad como un hecho. El mencionado autor realizó una clasificación inicial denominando “demencia precoz” a una psicosis con un curso deteriorante, similar a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas. Más tarde, Bleuer (1911), quién acuñó el término esquizofrenia (mente dividida), observó que el curso no era inevitablemente deteriorante. Argumentó que los síntomas de la esquizofrenia nunca remitían completamente, pero que su curso era variado, crónico a veces y otras veces marcado por ataques intermitentes, pudiendo detenerse o retroceder en cualquier etapa (Shepherd y cols, 1989). Décadas después, en 1989, se reveló un dato determinante para estudios posteriores en la evolución de la enfermedad de la mano de Shepherd. En un estudio de 5 años de seguimiento, observó que la esquizofrenia podía evolucionar de 4 formas distintas: único episodio sin daños, varios episodios sin o con mínimos daños, daños después del primer episodio con posterior agravación y no retorno a la

normalidad, y daño progresivo con cada episodio y no retorno a la normalidad (ver figura 1).

El nuevo conocimiento sobre las distintas evoluciones de la enfermedad, más esperanzadoras que en las teorías clásicas, junto con la formulación de hipótesis que afirmaban que un abordaje inicial de los trastornos mentales mejoraría su curso clínico, y consecuentemente su pronóstico, hicieron que el interés por el estudio de los primeros episodios psicóticos aumentara, trasladando una mayor atención desde los trastornos mentales graves crónicos hacia sus fases iniciales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

A continuación, se observa gráficamente la crecida sustancial de este interés a través del número de publicaciones y citas halladas sobre la intervención en primeros episodios psicóticos desde los años 90 hasta mediados del año 2016.

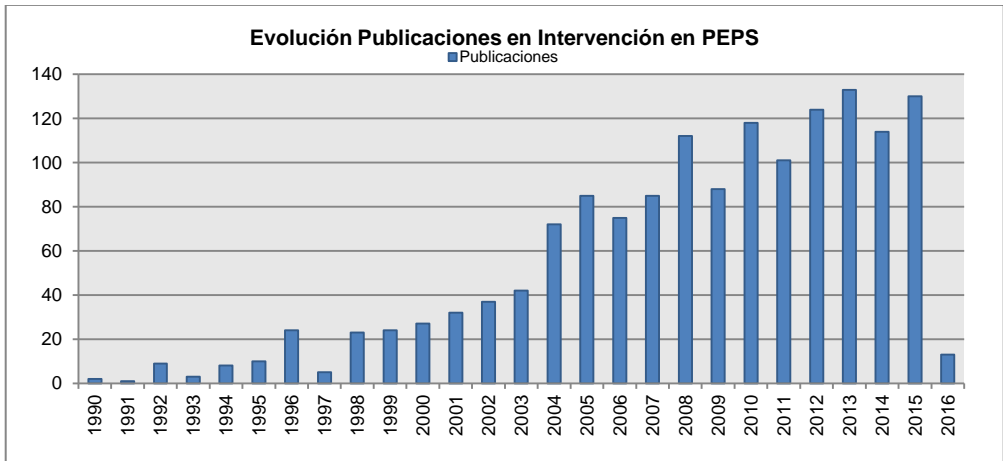


Gráfico 1. Número de publicaciones sobre intervención en primeros episodios psicóticos 1990-2016. Datos tomados de ISI Web of Knowledge

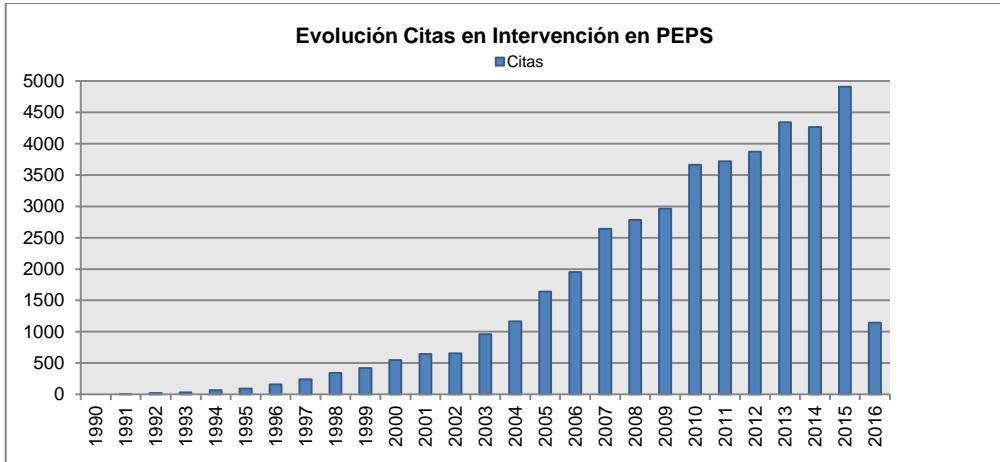


Gráfico 2. Número de citas sobre intervención en primeros episodios psicóticos 1990-2016. Datos tomados de ISI Web of Knowledge

Desde entonces hasta la actualidad han comenzado a proliferar programas para el tratamiento de los primeros episodios psicóticos. Así, para su puesta en marcha, la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) formularon un consenso en el año 2002 por el que se declaraban los principios universales que se debían seguir en toda intervención temprana en psicosis: la “Early psychosis declaration: An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis”, publicada como una guía clínica (Bertolote y McGorry, 2005). Dichos principios son los siguientes:

- *Detección Precoz en la Comunidad:* Es importante que la comunidad tome conciencia sobre la importancia de la detección temprana de la psicosis para la mejora del manejo de la enfermedad.
- *Detección Precoz en Atención Primaria:* Todos los lugares de atención primaria deben estar equipados adecuadamente para hacer frente eficazmente a la psicosis temprana. Es necesario un continuo desarrollo profesional con el

apoyo de todo el personal especializado para trabajar adecuadamente con los jóvenes con psicosis.

- *Acceso Rápido al Tratamiento:* Es necesaria la mejora del acceso y el compromiso con la enfermedad. Los centros de atención primaria deben estar preparados para tratar eficazmente la psicosis temprana.
- *Promover la recuperación de la vida cotidiana:* Los servicios deben tratar que los pacientes lleguen a la curación y a la recuperación. Esto significa que reciban motivación y apoyo suficiente para recobrar la plena participación en sociedad del paciente.
- *Involucrar a las familias en el proceso de recuperación y dar soporte a las mismas:* Las familias tienen un mejor acceso a la información del paciente, a su educación, a su situación personal y económica, así como a prestarles apoyo emocional, por eso es importante su colaboración.

4.2. Definición, aspectos clínicos y funcionamiento psicosocial

En la literatura científica existen muchas definiciones diferentes de los primeros episodios psicóticos. Una de las definiciones acordadas entre distintos clínicos se recoge en la “Guía Clínica y Terapéutica para Primeros Episodios Psicóticos en la infancia y la adolescencia” realizada por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) en el año 2015: “Un primer episodio psicótico consiste en la presencia, por primera vez, de sintomatología psicótica, definida como la existencia o sospecha clínica (por desorganización conductual, catatonía, etc.) de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tipo de evolución de los síntomas”.

Los sujetos que experimentan por primera vez un episodio psicótico suelen ser un grupo heterogéneo de personas, puesto que no siempre ocurre de la misma forma; sin embargo, acostumbran a ser personas jóvenes, que están al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. El rango de edad de riesgo principal es de 20 a 35 años. Para los hombres, se observa un pico pronunciado a la edad de 15-24 años. Por su parte, las mujeres se enferman de 3 a 4 años más tarde que los hombres en promedio. Éstas presentan un pico menor que los hombres a la edad de 15-29 años y un segundo pico inferior, alrededor de la edad de la menopausia (45-49 años). En consecuencia, la aparición tardía es más frecuente y más grave en las mujeres que en los hombres, mientras que en la primera mitad de la vida sucede al contrario (Häfner y An der Heiden, 1997, Häfner y cols, 2013, Häfner, 2015).

En general, la esperanza de vida de los sujetos con psicosis es más corta que en la población general ya que existe riesgo de muerte violenta, una amplia gama de problemas de salud física y riesgo de suicidio (alrededor del 20% llevan a cabo al menos un intento durante el curso de la enfermedad). Asimismo, el suicidio es un punto importante en los primeros episodios debido a que el riesgo de que ocurra es mayor dentro de los primeros cinco años, es decir, dentro de los primeros episodios psicóticos (Brabban y Shiers, 2012; DSM-V, 2014; NICE, 2014).

Respecto al funcionamiento psicosocial, el deterioro funcional que existe en los primeros episodios psicóticos no es significativamente diferente en comparación con aquellos que presentan múltiples episodios (González-Ortega y cols, 2011). Diferentes estudios (Lenior y cols, 2001; Siegel y cols, 2006) afirman que en esta etapa también se da un importante deterioro en

diferentes áreas del funcionamiento psicosocial (deterioro cognitivo, dificultades en el funcionamiento laboral, dificultades en las relaciones interpersonales, en el tiempo libre y problemas sexuales) (González-Ortega y cols, 2011). En otro estudio reciente (González-Ortega y cols, 2011), en el que se evaluó la evolución clínica y el funcionamiento psicosocial de pacientes con primeros episodios psicóticos a los 6 meses y al año de seguimiento, en una muestra de 53 pacientes, también se señaló que éstos muestran dificultades a largo plazo en el funcionamiento psicosocial global y en algunas de sus áreas (principalmente en las relaciones interpersonales y las finanzas), sugiriendo que el deterioro funcional no se limita a pacientes en fase aguda del trastorno, sino que se puede presentar pese a la recuperación sintomática (González-Ortega y cols, 2011; Morales y cols, 2012). El funcionamiento psicosocial en los pacientes con un primer episodio psicótico es una importante variable predictora del curso y pronóstico del trastorno, a medio y largo plazo, dado que su deterioro es un precursor de la cronicidad o resistencia al tratamiento a largo plazo (Cavieres y Valdebenito, 2005).

4.3. Fases de la Psicosis Incipiente

En el inicio de la psicosis, el paciente pasa por una serie de etapas. Concretamente son 4: la fase premórbida, la fase prodrómica, la fase activa (Primer Episodio Psicótico) y la fase de recuperación tras el Primer Episodio Psicótico.

1. Fase Premórbida

La fase premórbida hace referencia al periodo de tiempo que antecede al inicio de la clínica psicótica y, más específicamente, al espacio de tiempo previo a la aparición del primer síntoma prodrómico. Debido a la dificultad para determinar qué es premórbido, su evaluación se realiza de manera retrospectiva una vez el sujeto ha desarrollado una psicosis, esto es, se evalúa la capacidad que tuvo para alcanzar con éxito en dicho periodo los distintos logros que resultan claves en su desarrollo como persona y que son necesarios para establecer un funcionamiento psicosocial saludable y acorde con su edad y grupo sociocultural (Segarra y cols, 2005).

Un mal ajuste premórbido en las principales áreas de funcionamiento del individuo (sociabilidad, relaciones interpersonales, rendimiento académico, ocio, adaptación al medio y desarrollo psicosexual) se asocia directamente con un inicio más temprano del trastorno psicótico, un peor pronóstico funcional y un mayor deterioro cognitivo (Segarra y cols, 2005).

2. Fase Prodrómica o Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Ultra High Risk (UHR)

El pródromo en sí mismo es una fase de síntomas iniciales de carácter inespecífico que preceden al trastorno mental, cuyo periodo de tiempo comprende desde el primer cambio en una persona hasta que desarrolla los primeros síntomas psicóticos francos, pudiendo darse durante varios días, semanas o meses (Yung y cols, 1996; Ministerio de Sanidad y consumo, 2009). Como en la fase premórbida, Modinos y McGuire (2015) definen el concepto de pródromo como algo obligatoriamente retrospectivo que solo puede ser

diagnosticado después de que los síntomas y signos de la enfermedad se manifiesten. Actualmente, el concepto de pródromo se ha sustituido por el de Estado Mental de Alto Riesgo o Estado Mental de Ultra Alto Riesgo (EMAR). Así, el grupo de investigadores de Melbourne (McGorry y cols, 2003) han establecido una serie de subtipos de estados mentales de ultra riesgo, los cuales se refieren principalmente a un periodo prodrómico tardío:

- Presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales) durante el año previo (como, por ejemplo, pensamiento con contenido inusual, suspicacia o anomalías perceptuales).
- Historia de síntomas psicóticos breves y limitados (*brief limited intermittent psychotic symptoms*) con una duración menor de una semana y con una remisión espontánea, sin necesidad de tratamiento.
- Historia familiar positiva de psicosis y una disminución persistente del nivel funcional previo en el último año.

Otros autores, como Häfner y cols (2004), distinguen otro periodo prodrómico más temprano caracterizado por unos síntomas básicos y una disminución de la funcionalidad, que continúa durante el periodo prodrómico tardío (EMAR) y también en todo el curso del trastorno psicótico. Estos síntomas básicos son reconocidos como los precursores de un posible trastorno psicótico. Comprenden síntomas deficitarios, pérdida de intereses, abulia, apatía, alteraciones del pensamiento, bloqueo, disminución de la capacidad de discernir entre el pensamiento y la realidad, ideas de referencia, alteraciones perceptivas (visuales o auditivas) y otros.

Sin embargo, no hay que olvidar el carácter retrospectivo del término EMAR: no todos los sujetos que presenten estos síntomas inespecíficos se convertirán en primeros episodios psicóticos, tan sólo entre un 33% y un 58% de esta población hará una transición a la psicosis (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Dentro de este punto es interesante mencionar y definir el concepto de DUI (Duration of Untreated Illness) por su relación con la fase prodrómica. Este concepto hace referencia al periodo de tiempo en el que se experimentan las primeras alteraciones inespecíficas, hasta las primeras manifestaciones del trastorno psicótico, es decir, desde los pródromos iniciales hasta el inicio del tratamiento de los síntomas psicóticos. Esta fase puede durar entre dos y cinco años acumulando gran parte de la discapacidad asociada a los trastornos psicóticos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). De hecho, las investigaciones sugieren que cuanto más largo haya sido el DUI, peor pronóstico tiene el trastorno (Dell`Osso y cols, 2013).

3. Fase Activa (Fase del Primer Episodio Psicótico)

Como ya hemos mencionado, la aparición del primer episodio puede ser brusca (sin presentar un EMAR claro) o insidiosa (presentando un EMAR previo). Esta fase se caracteriza por la aparición de sintomatología psicótica positiva (alucinaciones e ideas delirantes floridas) que permite identificar el primer episodio psicótico. Es en esta etapa cuando los pacientes suelen tener su primer contacto con los Servicios de Salud Mental, es diagnosticado el trastorno psicótico y reciben su primer tratamiento farmacológico (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Con este primer tratamiento, el 50-75% de los

pacientes suelen presentar una buena respuesta en cuanto a disminución de los síntomas psicóticos en las primeras tres semanas de tratamiento (Segarra y cols, 2005).

Entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica existe un periodo de tiempo denominado DUP (Duration of Untreated Psychosis) en el cual existen síntomas psicóticos pero aún no han sido tratados. El DUP comprende la manifestación de los primeros síntomas psicóticos evidentes sin tratar hasta el inicio del tratamiento y su duración oscila entre meses o uno o varios años, con una media de seis meses de duración (McGlashan, 1999; Vallina, 2003). Sin embargo, así como también sucede en el periodo de tiempo DUI, el periodo estricto de DUP transcurrido es de difícil detección ya que, al ser extraído retrospectivamente durante una entrevista, los cálculos de tiempo pueden no ser exactos. Como en el caso del periodo DUI, el periodo DUP se ha declarado como uno de los factores pronósticos más determinantes en el trastorno psicótico. Existen estudios (Perkins y cols, 2005) que lo relacionan con la evolución del trastorno. Una menor duración de DUP se ha asociado con una reducción de los síntomas psicóticos agudos, una mejor respuesta a los antipsicóticos, un mejor funcionamiento global, un mejor funcionamiento social y vocacional y una mayor calidad de vida (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Una duración de DUP larga se correlaciona con mayor gravedad de síntomas negativos, una recuperación más lenta o menos completa, con el aumento de riesgo de recaída y con una peor evolución en los años siguientes (García y cols, 2008).

4. Fase de Recuperación tras el primer episodio psicótico

La fase de recuperación se da una vez es controlada la sintomatología aguda. Implica una reducción progresiva de la intensidad de los síntomas psicóticos, que más adelante culminará con su resolución y vuelta a la normalidad o, al menos, con una estabilización en forma de remisión parcial. Su duración oscila entre seis meses y el primer año y medio tras el inicio, aunque puede durar más tiempo (Segarra y cols, 2005).

Se trata de un periodo de vulnerabilidad máxima en el que los factores biológicos, sociales y personales juegan un papel importante en el futuro equilibrio entre el trastorno y bienestar. Así, la elección de un tratamiento farmacológico, psicológico y psicosocial óptimo y continuado es fundamental. El motivo principal es que el mayor grado de discapacidad asociado a la enfermedad psicótica se da durante los primeros años del trastorno, pero a partir de entonces dicha discapacidad tiende a estabilizarse, de forma que la discapacidad alcanzada en ese momento se convierte en un buen predictor del curso y pronóstico del trastorno. De hecho, el nivel de recuperación alcanzado en los dos primeros años puede ser tomado como predictor del funcionamiento 15 años después. Además, en esta fase existe un mayor riesgo de abandono de la medicación, de recaídas y de riesgo de suicidio (McGorry, 2010). Por este motivo, la intervención en esta fase es necesaria. Se debe enfocar en la resolución de los síntomas positivos y negativos persistentes, la gestión de la comorbilidad secundaria, de la promoción y recuperación de una salud mental positiva, y en la dotación de sentido a la experiencia psicótica y el desarrollo de cierto dominio de la situación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

En general, en más del 70% de los primeros episodios psicóticos se consigue que los síntomas y signos remitan por completo en un periodo de 3-4 meses de tratamiento (Lieberman y cols, 1996). Sin embargo, tal y como hemos visto que afirmaban autores como Shepherd (1989) y Vázquez-Barquero (1995), la evolución en los siguientes cinco años puede ser muy variable pero, a grandes rasgos, investigaciones recientes apuntan una tasa de recuperación después de la fase aguda del 14 al 20% y una evolución negativa en el 80% de los casos, a pesar de la buena respuesta inicial al tratamiento (Ruiz-Iriondo y cols, 2013; NICE, 2010). No obstante, la recuperación tras los primeros episodios dependerá de factores como la edad de inicio, el tipo de comienzo de la enfermedad, la existencia o no de factores precipitantes y el apoyo socio-laboral entre otros, además de la presencia de tratamiento farmacológico y psicológico (aspectos que se encuentran expuestos en la tabla 1).

A modo de resumen, en la siguiente figura se han plasmado las 4 fases iniciales de la psicosis que se acaban de explicar:

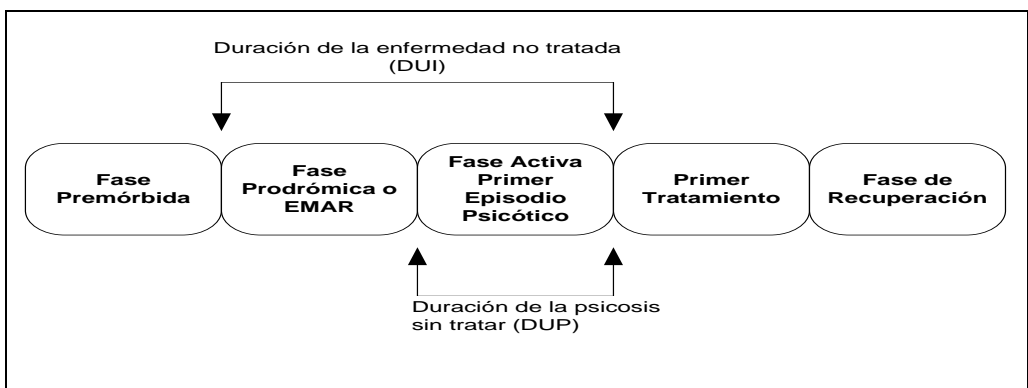


Figura 3. Fases Psicosis Incipiente

4.4. La hipótesis del periodo crítico

En la literatura sobre intervención temprana, una hipótesis fundamental que determina el tratamiento precoz de los primeros episodios psicóticos es la hipótesis del periodo crítico.

Esta hipótesis fue formulada en 1998 por Birchwood y sus colaboradores para comprender la importancia de la intervención temprana. Gracias a ella, los primeros episodios psicóticos comenzaron a ser investigados de manera significativa. Esta hipótesis trata de la existencia de un “periodo crítico” en el trastorno psicótico en el que existe una máxima sensibilidad a las influencias biológicas y sociales y también una mayor sensibilidad a las intervenciones terapéuticas. Ellos mantenían que el sujeto alcanza su máxima vulnerabilidad en los primeros 3-5 años después de haber tenido el primer episodio psicótico (Birchwood, 2007).

Al introducir el concepto de “periodo crítico”, Birchwood y sus colaboradores formulan tres premisas fundamentales relativas a este concepto (Birchwood, 2007):

- *El curso de la psicosis es más tormentoso en sus inicios y se estabiliza después.* Los estudios prospectivos parecen indicar que el deterioro mental que se produce no es lineal, sino que existe un periodo de rápida progresión del deterioro de la psicosis en los primeros años de evolución del brote psicótico que se estabiliza después. La evidencia del riesgo de esta temprana progresión del deterioro es alta; por ejemplo, el riesgo de recaída es alto a los dos años, y se espera que cerca de tres cuartas partes de pacientes recaigan a los cinco años. Los estudios de Madras y Nottingham cuentan también con sólidas pruebas que confirman que el curso de la psicosis (tratada o no tratada)

es predecible los tres primeros años y que, a continuación los sujetos se mantienen relativamente estables. A medida que se estabiliza el curso de la psicosis, la extensión del daño se convierte en irreversible.

- *El periodo crítico es testigo de la ontogenia de importantes variables predictivas.* Este periodo es considerado como el periodo de mayor plasticidad biológica, psicosocial y psicológica del sujeto de modo que todas aquellas acciones que se lleven a cabo podrán afectar al sujeto de manera determinante en el curso del trastorno y en su pronóstico a largo plazo. En este periodo se desarrollan, por ejemplo, los orígenes y la metamorfosis de los componentes de la emoción expresada de los familiares (especialmente sobreimplicación y criticismo), el modelo de respuesta del individuo a la psicosis, que puede facilitar o dificultar su posterior ajuste y adaptación y, por último, se crean las condiciones para que se den aspectos secundarios al trastorno debido a la propia interpretación de la enfermedad, como la depresión y el suicidio.

- *El desfase entre el funcionamiento clínico y social empieza en la psicosis temprana.* La intervención temprana debe ser concebida como un proceso que envuelve tres dominios: síntomas, funcionamiento psicosocial y funcionamiento psicológico, y cada uno requiere atención independiente del resto. Se sabe que mejoras en uno de ellos no se transfieren mecánicamente a los otros y, por ello, toda intervención debe ser multidimensional (Vallina, 2003).

Por estos motivos, parece ser que el periodo crítico es un periodo de tiempo importante para reducir el posible declive habitual de la psicosis, interviniendo tempranamente y consiguiendo así una mejor recuperación de la enfermedad (Birchwood y cols, 2007).

4.5. Modelo de Fases de McGorry

Al igual que en la hipótesis del periodo crítico, en el modelo de fases de McGorry y cols, formulado en el año 1996, también se evidencia la importancia del tratamiento temprano. En este modelo se distinguen 8 estadios por los que el paciente con esquizofrenia pasa a lo largo de su enfermedad: desde el estadio 0, en el cual no existen síntomas psicóticos, hasta el estadio 8, en el cual los síntomas se cronifican, pasando por el estadio 2, en el que el paciente experimenta su primer episodio psicótico. Las diferentes fases del modelo son acordes a la progresión de la enfermedad y se corresponden con cambios en la plasticidad cerebral así como con un declive cognitivo y funcional progresivo, de manera que cada fase tiene unas necesidades y unos objetivos terapéuticos concretos. Así, estos autores afirman que, cuando la intervención específica es llevada a cabo con éxito en las fases iniciales, ésta puede mejorar el pronóstico e incluso prevenir la progresión a fases más avanzadas y conseguir la regresión a estadios más tempranos.

A continuación presentamos el sistema de 8 estadios, que resume su curso y las características principales de cada fase (Ruiz-Iriondo y cols, 2013; McGorry y cols, 2006).

Tabla 2. Estadios del curso de la esquizofrenia. Modelo de fases de McGorry

<i>Estadio</i>	<i>Evolución</i>
<i>Estadio 0</i>	Aumento del riesgo de psicosis. No síntomas
<i>Estadio 1a</i>	Síntomas leves o inespecíficos, incluyendo déficit neurocognitivo. Cambios leves en el funcionamiento o disminución del funcionamiento
<i>Estadio 1b</i>	Riesgo alto: Síntomas por debajo del umbral con cambios neurocognitivos moderados y disminución del funcionamiento (GAF<70)
<i>Estadio 2</i>	Primer Episodio Psicótico. Síntomas de moderados a severos, déficit neurocognitivo y declive funcional (GAF 30-50)

<i>Estadio 3a</i>	Remisión incompleta. Posible paso directo a estadio 4
<i>Estadio 3b</i>	Recurrencia o recaída que se estabiliza con tratamiento al nivel de GAF, síntomas residuales, neurocognición por debajo del mejor nivel alcanzado tras la remisión del primer episodio
<i>Estadio 3c</i>	Recaídas múltiples. Empeoramiento. El impacto de la enfermedad es palpable
<i>Estadio 4</i>	Enfermedad grave. Síntomas persistentes o severos

4.6. Intervención en Primeros Episodios Psicóticos

4.6.1. Servicios Especializados de Atención Temprana en Psicosis

Como ya sabemos, la investigación está demostrando que los tratamientos instaurados de manera temprana al inicio de la enfermedad pueden ser determinantes en la evolución y recuperación del paciente, debido al posible efecto tóxico (neurológico, psicológico y social) de los episodios psicóticos y al impacto de la enfermedad y la discapacidad en la vida del paciente y su entorno (AEN, 2009). Como mencionábamos en el punto 4.1, desde la década de los 90 se han desarrollado en diferentes partes del mundo programas orientados a intervenir de forma temprana en la psicosis, con unos principios universales establecidos por la IEPA y la OMS que ya recogimos en ese apartado. En general, estos programas han incluido tres tipos de intervención para una detección y un tratamiento lo más temprano posible:

- Intervenciones orientadas a la detección y al tratamiento precoz de los síntomas prodrómicos de la enfermedad tratando de evitar la transición a la psicosis.

- Intervenciones centradas en aumentar la detección y derivación de posibles casos de psicosis con el objetivo de reducir el DUP y mejorar el pronóstico, el sufrimiento y la carga personal y familiar.
- Intervenciones dirigidas a lograr el tratamiento temprano de los primeros episodios de psicosis ya identificados por tiempo e intensidad suficiente.

En lo referente a este último tipo de intervención (en la cual se centra nuestro estudio), según datos de la IEPA existen más de 200 centros o servicios de intervención temprana en el mundo en continua progresión, cuyas actividades son llevadas a cabo por personas y equipos con conocimientos especializados de la materia, e integrados en una red comunitaria de atención temprana, incluyendo una amplia variedad de servicios (AEN, 2009). A nivel internacional, estos servicios de intervención temprana se han instaurado en países como Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda dentro de los Planes Nacionales de Salud Mental. A nivel nacional, se ha ido evolucionando desde la existencia de experiencias aisladas (Cantabria) hasta la inclusión de programas específicos en los Planes de Salud Mental de diversas comunidades autónomas (Cataluña, Andalucía, Castilla La Mancha...). Sin embargo, cada Servicio de Salud ha ido optando por modelos de desarrollo de redes de dispositivos de Salud Mental y programas de intervención diferentes y con grados de implantación desiguales. Además, los contextos asistenciales han sido diferentes en cada Comunidad Autónoma y tampoco ha habido indicadores, estándares o sistemas de evaluación que permitieran comparar los resultados o el desarrollo de los programas o las intervenciones. Para paliar esta disparidad, la Asociación Española de Neuropsiquiatría presentó en 2009 al Ministerio de Sanidad y dentro del desarrollo de su Plan de Calidad, un

conjunto de 5 líneas estratégicas, con cerca de 30 actividades destinadas a conseguir un consenso sobre la atención temprana en psicosis, dentro de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y en la línea de las directrices de organismos internacionales como la OMS y la IEPA (AEN, 2009).

4.6.1.1. Revisión de la Evidencia de los Servicios de Intervención Temprana

Encontramos evidencia científica de la eficacia de estos servicios en los aspectos clínicos y en el ahorro económico. Lo vemos a continuación:

a) Revisión clínica

Respecto a la eficacia clínica de dichos servicios, destacamos los resultados extraídos por Bird y sus colaboradores en el año 2010, en los que se evidencia la utilidad de los servicios de intervención temprana para la mejora de los resultados clínicos en la psicosis temprana. Dichos investigadores analizaron un meta-análisis muy completo sobre los servicios de intervención temprana analizando 4 ensayos con un tamaño muestral total de 800 sujetos: COAST (Croydon Outreach and Assertive Support Team), LEO (Lambeth Early Onset), OPUS y OTP (Optimal Treatment Project). LEO incluyó pacientes únicamente con un primer o segundo contacto y el resto de ensayos contaron con pacientes con una duración de la psicosis de entre 12 semanas y 5 años. En todos ellos se realizó una intervención psicosocial incluyendo TCC, intervención familiar, apoyo familiar o entrenamiento en habilidades sociales, durante dos años. Los resultados se analizaron a los 9 meses y a los 5 años después de la intervención. En dichos resultados se observó que estos servicios produjeron reducciones clínicamente importantes en el riesgo de recaída e

ingresos hospitalarios al compararlos con los tratamientos habituales estándar. Además, también se mostraron superiores en la reducción de la severidad de los síntomas, tanto positivos como negativos, y en la mejora del acceso, la participación y compromiso con el tratamiento (incluyendo terapias psicológicas), teniendo más probabilidades de permanecer en contacto con los equipos de salud mental en comparación con el tratamiento habitual estándar.

b) Revisión del coste económico

Otro de los grandes beneficios de la intervención temprana ha sido su coste económico. En los últimos años se han realizado algunos estudios económicos que han evaluado los servicios de intervención temprana (McCrone y cols, 2009, 2010), sin embargo, únicamente mencionaremos el estudio realizado por Hastrup y sus colaboradores (2013), por tratarse de un estudio reciente y con el tamaño muestral más amplio (n=547). En este estudio, basado en el de OPUS se ha observado que la implantación de unidades de primeros episodios resulta rentable económicamente. Se comparó la efectividad y el coste económico de realizar un programa de intervención temprana en psicosis frente al tratamiento habitual. Los costes totales que se alcanzaron a los 5 años fueron menores en el grupo de intervención, encontrándose un mayor ahorro en los ingresos hospitalarios y las emergencias, al darse una estancia menor en las salas de ingresos y una reducción de las emergencias. Además, el coste total por persona en esos cinco años fue de 123.683 € para la intervención temprana, frente a 148.651 € para el tratamiento habitual estándar. Todas estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, sin embargo, la probabilidad de que OPUS fuera rentable en comparación con el tratamiento tradicional resultó alta.

4.6.1.2. Programas de Intervención Temprana

Los programas realizados por los servicios de intervención temprana se centran en un enfoque holístico y dirigido a la persona, cuya filosofía se orienta al cuidado y atención del sujeto y a un modelo de servicio estructurado para ofrecer intervenciones al paciente y a su familia durante el periodo crítico de la psicosis (primeros 5 años), las cuales incluyen educación sobre la salud, evaluaciones amplias y rápidas, manejo clínico de casos, e intervenciones grupales (World Health Organization -WHO- y IEPA, 2004). Las intervenciones específicas incluyen generalmente farmacoterapia, terapia cognitivo-conductual (TCC), psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, consejo de apoyo, rehabilitación social y laboral. También suelen disponer de servicios de terapia familiar y terapia cognitiva (AEN, 2009). Su función es la promoción, recuperación, independencia, equidad, autosuficiencia y facilitación de la captación de oportunidades sociales, educativas y laborales para los sujetos con psicosis reciente.

A continuación describiremos algunos de los aspectos en los que se fundamentan estos programas, resultados esperados y programas más relevantes:

a) Valores (WHO y IEPA, 2004)

- Respeto del derecho a la recuperación y a la inclusión social.
- Apoyo a la importancia de los resultados personales, educativos, sociales y de empleo.

- Respeto de las fortalezas y cualidades de los pacientes, sus familias y las comunidades, fomentando que sus vidas vuelvan a la normalidad así como sus esperanzas.
- Fomento de los servicios que colaboran activamente con los pacientes, con sus familias y sus amigos para ubicarlos en los centros de cuidado y prestación de servicios sensibles a la fase de la enfermedad, edad, género, sexualidad y antecedentes culturales.
- Uso de intervenciones rentables en coste y efectividad.
- Respeto del derecho de la familia y amigos a participar y sentirse plenamente involucrados.

b) Objetivos (WHO y IEPA, 2004)

- Hacer frente a las actitudes estigmatizantes y discriminatorias para que los pacientes con un primer episodio psicótico no estén en desventaja por su experiencia y estén realmente incluidos en sus comunidades locales.
- Generar optimismo y expectativas de resultados positivos y de recuperación del funcionamiento y síntomas, de manera que todas las personas con psicosis y sus familias logren volver a sus vidas habituales.
- Crear una conciencia social más amplia acerca de la psicosis y sobre la importancia de la intervención temprana.
- Atraer y alentar a los profesionales de una amplia gama de servicios de salud, servicios sociales y agencias no gubernamentales (por ejemplo, de caridad y voluntariado), servicios educativos y servicios de empleo, para reflexionar sobre la forma más óptima en que pueden contribuir a apoyar a las personas con psicosis reciente, sus familias y sus amigos.

c) Contenido

El contenido de estos programas debe ser capaz de prestar medidas durante la completa duración del programa, esto es, desde el acceso hasta el alta del paciente. Las medidas planteadas son las siguientes (Brabban y Shiers, 2012):

- *Acceso.* Se incluyen la promoción de la detección temprana y la pronta remisión por parte de las agencias de la comunidad, la reducción del retraso en el tratamiento y la minimización de las crisis coercitivas en la entrada.
- *Evaluación.* Medidas orientadas a proporcionar servicios apropiados para la edad y un acercamiento amistoso.
- *Compromiso individual.*
- *Compromiso familiar.*
- *Intervenciones individuales.*
- *Terapias cognitivas-conductuales para psicosis.*
- *Intervenciones familiares.*
- *Medicación antipsicótica.*
- *Apoyo a los roles sociales, educativos y de formación profesional.*
- *Salud física.* Medidas enfocadas en la protección y modificación de los riesgos para la salud física y en la promoción del bienestar, así como en garantizar la evaluación continua de la salud física al inicio del plan de tratamiento.
- *Alta del paciente.*

d) Resultados esperados (WHO y IEPA, 2004)

- *Mejora del acceso, la participación y el tratamiento.*
- *Sensibilización de la comunidad* sobre la importancia y las oportunidades para la detección temprana y la mejora de la gestión de la psicosis.
- *Promoción de la recuperación y la participación en la sociedad.*
- *Participación y apoyo de la familia* teniendo un mejor acceso a la información y ofreciendo apoyo educativo, social, económico, práctico y emocional.
- *Formación Profesional:* Todos los lugares de atención primaria deben estar equipados para hacer frente con eficacia a la psicosis temprana, con un desarrollo profesional continuo.

e) Programas más relevantes

A continuación, detallaremos los programas más relevantes y representativos de los efectos de la intervención temprana desde distintos escenarios asistenciales internacionales. Como se puede observar, se han realizado tres tipos de estudios: a) comparación de servicios especializados de intervención temprana versus cohortes históricas, b) equipos especializados de intervención temprana versus tratamiento estándar habitual y c) estudios prospectivos de servicios de intervención temprana (AEN, 2009).

Tabla 3. Programas relevantes de intervención temprana

<u>Programas de Intervención Temprana</u>	<u>N</u>	<u>Tratamiento</u>	<u>Resultado</u>
EPPIC. McGorry y cols, 1996	102	Modelo EPPIC Vs Cohorte histórica	Mejor calidad de vida, menor DUP, menor hospitalización, menos estrés postraumático y dosis farmacológicas más bajas
Henry y cols, 2008	723	Cohorte prospectiva	A los 7 años remisión sintomática entre el 37-59%. Recuperación social/vocacional en el 31%
TIPS. Larsen y cols, 2001 (1). Melle y cols, 2008 (2).	100 (1), 281 (2)	Detección TIPS Vs tradicional Intervención temprana	Mayor reducción DUP, menor sintomatología positiva y negativa. Remisión 66% al año, 11% recaída. El grupo de intervención temprana tiene menor DUP y menos sintomatología negativa a los dos años
OPUS. Jorgensen y cols, 2000. Petersen y cols, 2005. Jeppesen y cols, 2005. Bertelsen y cols, 2008	547	Tratamiento OPUS Vs Tratamiento estandar	Menos sintomatología y menos comorbilidad drogas, mejor funcionamiento social, residencia y trabajo, menos carga familiar, mejor adherencia al tratamiento. Los resultados se mantienen 2 años y se pierden a los 5
DNSP. Rosenbaum y cols, 2005; 2006	562	Tratamiento habitual Vs Tratamiento habitual más psicoterapia psicodinámica de apoyo Vs Tratamiento habitual más tratamiento asertivo integral	Los grupos de psicoterapia y tratamiento asertivo mejoraron más que el habitual en sintomatología y funcionamiento social al año y mantuvieron la mejoría en el segundo año. El grupo asertivo fue superior al de psicoterapia
EPP. Addington y cols, 2003. Addington y cols, 2007	180	Programa de Intervención temprana	Menos sintomatología positiva y depresiva, menos % recaídas en los 2 primeros años (29-35%)

Addington y Addington. 2008	200	Programa de Intervención temprana	Mantenimiento de la mejoría en síntomas positivos y en funcionamiento social a los tres años. Tras tres años derivaciones: 29,8% a programa esquizofrenia; 39% a atención primaria, 25,5% a centro de salud mental; 5% no seguimiento
PEPP. Malla y cols, 2002	53	Tratamiento psicosocial asertivo integral adaptado a la fase inicial de la psicosis	Remisión al año del 70% y rehospitalización del 20%. Mejoría en todas las áreas psicopatológicas
Malla y cols, 2007. Cassidy y cols, 2008	172	Comparación de un programa intervención temprana en tres escenarios distintos y comparación con una cohorte histórica	Mejoría en todas las dimensiones sintomáticas al cabo de un año. Diferentes centros obtienen diferentes resultados con el mismo programa de intervención. No reducción de la DUP comparado con un sistema tradicional de tratamiento

En todos los casos, los nuevos servicios están siendo bien acogidos por los pacientes y familiares y se han mostrado superiores, consiguiendo mejores niveles de calidad de vida, utilización de dosis menores en los tratamientos farmacológicos, una reducción del periodo de psicosis sin tratar a varias semanas, menor carga sintomatológica positiva y negativa, índices de comorbilidad menores, mayor tasa de adherencia al tratamiento, niveles de carga familiar más bajos y mejor funcionamiento social y laboral.

5. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PSICOSIS

En la actualidad existen multitud de tipos de intervenciones psicológicas que cuentan con formatos de intervención, indicaciones, procesos y resultados diferentes, por lo que es importante establecer una definición común para hablar de todas ellas. González y cols (2005) las definen como un grupo de técnicas, de naturaleza fundamentalmente verbal, en las que se busca el alivio de síntomas y la modificación de diferentes aspectos de la vida psíquica del sujeto en el contexto de un diálogo entre paciente y terapeuta, repetido a lo largo de un tiempo variable en unas condiciones que permanecen estables.

El origen de dichas intervenciones en el ámbito de la psicosis se remonta a finales del siglo XVIII y principios del XIX, pero no es hasta estas últimas décadas cuando el interés por las intervenciones psicológicas y psicosociales aumenta y comienza a ser posible un equilibrio y una integración seria de los procedimientos farmacológicos (pilar fundamental en el tratamiento desde su introducción en la década de 1950) y los procedimientos psicológicos en el tratamiento del paciente con psicosis (Gleeson y Mc Gorry, 2005). Este aumento del interés puede ser atribuido al menos a dos factores. En primer lugar, al creciente reconocimiento de la importancia de los procesos psicológicos en la psicosis, tanto por su contribución al inicio y desarrollo de la enfermedad como por el impacto psicológico negativo en el bienestar del individuo y su funcionamiento psicosocial. Y, en segundo lugar, a las limitaciones de las intervenciones farmacológicas (respuesta limitada a la

medicación antipsicótica de algunas personas, alta incidencia de efectos secundarios y pobre adherencia al tratamiento) (NICE, 2014).

En lo referente a las intervenciones psicológicas en primeros episodios psicóticos, ya hemos mencionado anteriormente la importancia de éstas en los primeros 3-5 años de enfermedad al existir una mayor sensibilidad a las mismas (Birchwood y cols, 2007). Además, el paciente con un primer episodio psicótico cuenta con una actitud ante la nueva terapia más positiva, ya que en las fases posteriores de la enfermedad, tiene menos esperanzas ante nuevos tipos de intervenciones y suele estar más resignado a las consecuencias negativas de la enfermedad. Así, de manera global, las guías de práctica clínica en general y la guía NICE (2014) en particular proponen la combinación de estas intervenciones psicológicas junto al tratamiento principal, es decir, el farmacológico, en la asistencia al paciente con psicosis por ser más efectiva que ambos tratamientos en solitario.

5.1. Objetivos y otros aspectos de las intervenciones psicológicas

Como hemos apuntado al inicio del apartado, existen muchos tipos de intervenciones psicológicas, cada una de ellas con una estructura, orientación y enfoque diferente, pero todas ellas basadas en diversas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional (González y cols, 2005). Muchos psicoterapeutas se decantan por utilizar una combinación o síntesis de diversos enfoques y estrategias, en función de las necesidades. Así, el uso de un tipo de intervención se determina y ajusta de manera individual para cada paciente en función de su estado clínico concreto, sus capacidades de afrontamiento, sus necesidades y sus preferencias

(Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Sin embargo, todas las intervenciones psicológicas comparten una serie de factores que son los responsables del éxito (o fracaso si no se dan) de la misma (Sanjuán, 2016). Estos son:

Factores a cargo del paciente:

- Reconocimiento de un malestar subjetivo y lo suficientemente claro que le lleva a pedir ayuda (conciencia de enfermedad).
- Expectativa de cambio.
- Participación activa durante el curso de la terapia.
- Capacidad de confiar en el terapeuta y expresar sentimientos.
- Capacidad de crear y mantener un vínculo terapéutico (este es el factor más importante).

Factores a cargo del terapeuta:

- Creación de un marco terapéutico con un encuadre definido de lugar y tiempo.
- Marcación de objetivos terapéuticos razonables para los problemas que trae el paciente.
- Facilitación de expectativas realistas de cambio.
- Capacidad de empatía.
- Facilitación de una experiencia emocional correctora, esto es, crear un ambiente que no sólo haga comprender al paciente, sino que produzca nuevas emociones que sirvan de modulación y corrección de las que había al inicio de la terapia.
- Capacidad del terapeuta para ofrecer una relación segura.

Objetivos

En cuanto a los objetivos principales de toda terapia psicológica en el tratamiento de la esquizofrenia y otros tipos de psicosis, éstos se centran fundamentalmente en reducir el sufrimiento (principalmente el debido a los trastornos mentales) y promover cambios saludables en su vida (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Si desglosamos estos dos objetivos globales en otros más concretos obtenemos los siguientes (NICE, 2014; Bravo, 2007):

- Disminuir la vulnerabilidad y el estrés de la persona.
- Reducir el impacto de los acontecimientos y situaciones estresantes.
- Disminuir la angustia, el estrés y la discapacidad.
- Minimizar los síntomas.
- Prevenir y reducir las tasas de recaídas.
- Mejorar la calidad de vida y el funcionamiento.
- Mejorar habilidades de comunicación e interacción social.
- Favorecer el apoyo social.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento y la capacidad de adaptación.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.

A nivel general, los objetivos de dichas terapias en las fases tempranas son similares a los establecidos para esquizofrenia, y otros tipos de psicosis. No obstante, los objetivos en esta fase están más centrados en atender a las ideas sobre la psicosis, tratar el posible estrés post-traumático y las autoevaluaciones negativas que resultan de la psicosis, así como mostrar estrategias para prevenir el daño al criticismo y la hostilidad (Martindale y cols, 2003).

5.2. Tipos de intervenciones psicológicas y su eficacia en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos

Una vez explicados los objetivos de toda intervención psicológica, expondremos los distintos tipos de intervenciones que hay y revisaremos la literatura existente sobre su eficacia en esquizofrenia y en primeros episodios psicóticos. Una buena revisión del tema es a través de las diferentes guías clínicas con que contamos. Actualmente existen varias guías de práctica clínica: tenemos la guía NICE y, dentro de nuestro contexto español, la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la del Sistema Nacional de Salud Español. A pesar de contar con estas dos guías nacionales, hemos optado por utilizar como referencia la guía NICE por ser la más actual. Mientras que las últimas actualizaciones de la AEN y el Sistema Nacional de Salud han sido ambas en el año 2009, la última actualización de la NICE ha sido en el año 2014.

Por tanto, tomando como referencia la guía NICE se observan siete tipos de intervención. Estas intervenciones son la terapia de cumplimiento/adhesión, la terapia de apoyo, la terapia psicodinámica y psicoanalítica, la psicoeducación, el tratamiento psicológico del trauma en psicosis y esquizofrenia, la TCC y la intervención familiar. De todas ellas, esta guía clínica recomienda tan sólo el uso de dos de ellas. Veámoslo a continuación:

5.2.1. Intervenciones no recomendadas por la guía NICE por falta de evidencia en la eficacia en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos

1. Terapia de Cumplimiento/Adhesión

Esta terapia fue desarrollada por primera vez por Kemp y colaboradores (1996) para los pacientes con esquizofrenia y psicosis y consiste en la evaluación y revisión de la historia de la enfermedad y la medicación del paciente explorando su ambivalencia al tratamiento, el mantenimiento de la medicación y el estigma. El objetivo es, pues, mejorar la actitud de los pacientes ante la medicación y la adherencia al tratamiento y por lo tanto mejorar hipotéticamente sus resultados clínicos y su calidad de vida, y prevenir futuras recaídas.

A pesar de que Kemp y cols (1996) encuentran una evidencia limitada e irregular respecto a la mejora del cumplimiento terapéutico y las actitudes hacia la enfermedad, estos resultados no han sido apoyados por estudios nuevos, como el de Gray y cols (2006). Además, no se observa ningún efecto en los síntomas, la calidad de vida, la recurrencia ni la rehospitalización.

2. Asesoramiento y terapia de apoyo

Esta terapia es definida como una intervención psicológica discreta, facilitadora, no directiva y centrada en las relaciones, la cual no cumple criterios para cualquier otro tipo de intervención psicológica. El contenido de la misma es flexible y está determinado en gran medida por el ritmo individual del paciente. Por su parte, el terapeuta debe ser activo y ofrecer apoyo,

asesoramiento y tranquilidad con el objetivo de que el paciente se pueda adaptar a las circunstancias actuales de su vida.

A partir de 17 ensayos que comprendieron 1.586 pacientes, se comprobó que no existía ninguna evidencia clínica de mejora a favor de esta terapia. No obstante, algunos pacientes y sus cuidadores tienen preferencia por estas intervenciones, especialmente cuando otros tratamientos psicológicos más eficaces no están disponibles en su área local. Aunque la guía NICE no recomienda esta terapia, sí reconoce la importancia de contar con elementos de apoyo en la calidad de la atención estándar.

3. Terapia Psicodinámica y Psicoanalítica

Estos enfoques suponen que el inconsciente del ser humano esconde sentimientos demasiado dolorosos que se mantienen ocultos. El objetivo de estas terapias es hacer consciente todo el material oculto para que el paciente consiga un mayor control sobre su vida.

Las intervenciones psicodinámicas presentan sesiones de terapia regulares basadas en un modelo psicodinámico o psicoanalítico con una amplia variedad de estrategias (apoyo, exploración del insight, etc) y aplicado de manera flexible. Su trabajo debe incluir la transferencia y los procesos inconscientes. En las intervenciones psicoanalíticas, las sesiones deben facilitarse durante al menos un año. Su análisis debe contemplar las relaciones adultas y de la infancia temprana.

En cuanto a su eficacia, no existe ninguna evidencia clara al respecto en lo referente a los síntomas, al funcionamiento y a la calidad de vida (Durham y cols, 2003). Sin embargo, se reconoce que el uso de los principios

psicoanalíticos y psicodinámicos es una fuente de ayuda a los profesionales de la salud para comprender la experiencia de las personas con esquizofrenia y psicosis, así como sus relaciones interpersonales.

4. Psicoeducación

Las intervenciones psicoeducativas hacen referencia a programas que implican el suministro de información y educación del terapeuta al paciente sobre el diagnóstico, el tratamiento, los recursos adecuados, el pronóstico, las estrategias comunes de afrontamiento y sobre sus derechos, favoreciendo de esta manera la calidad de la conversación entre los profesionales y los pacientes. La información dada a cada persona puede variar en función de sus particularidades.

Después de una revisión de 21 ensayos sobre psicoeducación con 2.016 sujetos, no se observó ninguna evidencia sólida para la eficacia de la psicoeducación en ninguno de los resultados esperados (mejoras en insight, adherencia al tratamiento, tasas de recaída y conocimiento y comprensión familiar). Sin embargo, a pesar de que la guía NICE no recomienda el uso de este tipo de intervención en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos, debido a la relevancia de la psicoeducación en este trabajo, es importante mencionar que, en nuestro contexto, el Sistema Nacional de Salud sí la aconseja y la considera efectiva (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). En lo referente a la esquizofrenia, Pekkala y Merinder (2007) revisaron 10 ensayos controlados y aleatorizados concluyendo que las intervenciones psicoeducativas pueden reducir las tasas de recaídas y de reingreso hospitalario después de 9-18 meses de seguimiento. Además, Pitschel-Walz y cols (2006),

en su estudio de 194 sujetos, también concluyeron que la psicoeducación puede mejorar considerablemente el tratamiento de la esquizofrenia. En lo referente a primeros episodios psicóticos, Ruiz de Azúa y cols (2007) realizaron una revisión de los tratamientos psicológicos (psicoeducación y psicoterapia), bajo el convenio de colaboración para el desarrollo del plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud en materia de evaluación de tecnologías sanitarias. Sus conclusiones fueron que reducía la sintomatología negativa, las tasas de recaída durante los dos primeros años de seguimiento y el tiempo de hospitalización, a la par que mejoraba el funcionamiento social, la satisfacción, calidad de vida y adherencia farmacológica.

5. Manejo psicológico del trauma en psicosis y esquizofrenia

Como su mismo nombre indica, se trata de intervenciones psicológicas para el tratamiento del trauma en sujetos con psicosis y esquizofrenia con el objetivo de reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático y/o la angustia relacionada. Los síntomas experimentados podrían ser el resultado de acontecimientos de la vida, una reacción a los síntomas de psicosis o el resultado de experimentar un primer episodio psicótico.

En cuanto a su eficacia clínica, la evidencia es limitada y, debido a la escasez de ensayos en esta población, no se pueden extraer conclusiones definitivas al respecto.

5.2.2. Intervenciones recomendadas por la guía NICE por presentar evidencia de su eficacia en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos

1. Terapia Cognitivo-Conductual

Esta terapia es una intervención psicológica que se basa en la premisa de que existe una relación entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta. Permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos acerca de sus síntomas principales. Implica, al menos, una de las siguientes acciones: a) monitorización de los pensamientos, sentimientos o conductas en relación a los síntomas; b) promoción de vías alternativas de afrontamiento de los síntomas; c) reducción del estrés (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

A partir de los diversos estudios analizados sobre TCC, la guía NICE (2014) ha hallado evidencias acerca de su eficacia, independientemente del estadio del trastorno. Según estas evidencias, la TCC resulta eficaz en la reducción de las tasas y duración de la hospitalización y de las recaídas (Garety y cols, 2008), en la disminución de la severidad de los síntomas (síntomas positivos, negativos y psicopatología general) (Rector y cols, 2003), en las reducciones en la depresión (aunque con un tamaño del efecto de pequeño a mediano) y en mejorar el funcionamiento social. Sin embargo, no existe evidencia robusta sobre la eficacia de la terapia en las medidas de conformidad con la medicación o insight. En consecuencia, no se recomienda dicha terapia para estos fines (NICE, 2014). Por otro lado, aunque no hubo ningún ensayo que comparara directamente TCC grupal con TCC individual, algunas

comparaciones indirectas indicaron que sólo esta última tiene efectos sólidos sobre rehospitalización, gravedad de los síntomas y sobre la depresión (NICE, 2014). En cuanto a los primeros episodios psicóticos, Bird y cols (2010) realizaron un meta-análisis en el que se revisaron 4 estudios sobre TCC, con una muestra total de 620 sujetos. En él se observó la eficacia de esta terapia en reducir significativamente los síntomas positivos y negativos a medio plazo, en la fase temprana de la enfermedad.

Por lo que respecta al coste económico, en una revisión de Reino Unido se demostró que la TCC mejora los resultados clínicos, sin costo adicional, en personas con esquizofrenia; de hecho, se observó un ahorro neto de costes asociado con una reducción en las futuras tasas de hospitalización (NICE, 2014).

2. Intervención Familiar

La intervención familiar en el tratamiento de la esquizofrenia ha evolucionado a partir de los estudios del entorno familiar y su posible papel en el curso de la misma después de un episodio inicial. Brown y sus colaboradores (1962) fueron los primeros en desarrollar una medida para el nivel de “expresión emocional” en el seno de las familias, demostrando que el ambiente emocional dentro de éstas es un potente predictor de recaída en la esquizofrenia, de manera que los pacientes de familias con una alta expresión emocional (críticas, comentarios de desvalorización, descalificación de los síntomas del paciente...) tenían mayor frecuencia de recaídas que los de familias con una baja expresividad emocional (NICE, 2014). De esta forma, la intervención consiste en identificar estas familias de alta expresividad

emocional y reducir su contacto con el paciente o, en su defecto, re-educarlas para crear un entorno emocional menos tóxico (Sanjuán, 2016). Se trata de una intervención larga y compleja (de tres meses a un año), con el objetivo de ayudar a las familias a hacer frente a los problemas de sus familiares de manera más eficaz, proporcionarles apoyo y educación, reducir los niveles de estrés, mejorar las formas en que la familia se comunica y negocia los problemas y, en consecuencia, evitar que el paciente sufra una recaída (NICE, 2014).

Según la NICE (2014), la intervención familiar es particularmente efectiva en la prevención de recaídas. En una revisión de 32 ensayos, con 2.429 sujetos, se encontraron evidencias sólidas y consistentes al respecto. En comparación con el tratamiento estándar o cualquier otro control, se observó una reducción en el riesgo de recaída al final del tratamiento, y hasta 12 meses después de éste. La intervención también redujo los ingresos en el hospital durante el tratamiento, así como la gravedad de los síntomas hasta 24 meses después de la misma. Por lo que respecta a los primeros episodios psicóticos, los beneficios de esta intervención son similares al resto de fases, destacando, una vez más, importantes reducciones en el riesgo de recaída e ingresos hospitalarios, así como la disminución de la carga familiar y la mejora de la satisfacción con el tratamiento (Bird y cols, 2010; NICE, 2014; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

5.3. Terapia Cognitivo-Conductual

En este apartado se detallarán con mayor profundidad su origen, objetivos, contenido y la revisión de la eficacia de la TCC, puesto que el objeto de nuestro estudio (el EMC), deriva fundamentalmente de esta terapia.

La TCC se desarrolló inicialmente para el tratamiento de la depresión en la década de 1970 (Beck, 1979), pero, desde entonces, se ha utilizado eficazmente para problemas de salud mental, como trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, la bulimia nerviosa y trastorno de estrés postraumático. Fue a principios de 1990, a raíz de una mayor comprensión de la psicología cognitiva de los síntomas psicóticos (Frith, 1992), cuando creció el interés en la aplicación de la TCC en personas con trastornos psicóticos (NICE, 2014).

La terapia, la cual hemos definido en el apartado anterior, tiene los siguientes objetivos (NICE, 2014; Bravo, 2007):

- Normalizar la vida del individuo.
- Dar sentido a sus experiencias psicóticas y ofrecer una explicación comprensiva de éstas.
- Reducir la angustia y la alteración emocional asociada a los síntomas, así como proteger y fortalecer la autoestima.
- Identificar, reevaluar y controlar los pensamientos, sentimientos y comportamientos con respecto a los síntomas o la recurrencia de éstos.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para el estrés, el estigma y los síntomas.
- Utilizar estrategias cognitivas para impedir o reducir la morbilidad secundaria y la comorbilidad.
- Reducir su impacto en el funcionamiento.
- Reducir la intensidad de las ideas delirantes y las alucinaciones.
- Estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída y los niveles de discapacidad social.

Según Garety y cols (2001b), esta intervención presenta una serie de etapas:

Etapa 1. Creación de un marco de relación y alianza. Se realiza una aproximación a los síntomas y problemas que tiene el paciente desde su propia perspectiva y se aceptan sus ideas y creencias al respecto, sin confrontarlos. En esta primera etapa deben negociarse unos primeros objetivos de la terapia.

Etapa 2. Desarrollo de estrategias de afrontamiento de sus síntomas y problemas. Tras la identificación de los síntomas y experiencias estresantes, se entrenan diversas técnicas y estrategias de afrontamiento para reducir la intensidad, duración o frecuencia de los síntomas psicóticos y sus consecuencias emocionales.

Etapa 3. Desarrollo de una nueva comprensión sobre sus experiencias psicóticas. Se ofrece al paciente un modelo que pueda dar sentido a sus síntomas y experiencias psicóticas, dentro del modelo de vulnerabilidad. Se analizan los posibles factores desencadenantes y estresantes que pueden seguir manteniendo sus síntomas, así como aquello que puede protegerlo o ayudarlo a prevenir recaídas y tratar mejor su enfermedad.

Etapa 4. Trabajo con delirios y alucinaciones. En esta etapa se abordan directamente cada una de las experiencias psicóticas padecidas. Se trata de identificar y cambiar los procesos cognitivos que sostienen los delirios y alucinaciones junto a las emociones asociadas buscando explicaciones alternativas.

Etapa 5. Afecto negativo y baja autoestima. Se abordan estos sentimientos de inferioridad, maldad, fracaso o debilidad por el importante papel que desempeñan en el mantenimiento de los síntomas.

Etapa 6. Riesgo de recaída y discapacitación social. Se realiza un repaso de las circunstancias que pueden precipitar nuevos episodios y se enseña a identificar las señales precoces de alarma. También se discuten las estrategias eficaces para reducir este riesgo, junto con la neutralización de las autopercepciones negativas y el aislamiento social.

La terapia, la cual puede desarrollarse de manera individual o grupal, debe realizarse durante al menos 16 sesiones y puede ofrecerse a todas las personas con psicosis o esquizofrenia durante la fase aguda, la fase temprana e incluso en pacientes hospitalizados, siendo propicia para pacientes resistentes al tratamiento farmacológico (Moritz y cols, 2011b; Naughton y cols, 2012; Gleeson y McGorry, 2005; NICE, 2014).

5.3.1. Revisión de la eficacia en psicosis

El abanico de investigaciones sobre la TCC es sumamente amplio y principalmente se ha centrado en el estudio de la psicosis, siendo un número más limitado los estudios con muestras de primeros episodios psicóticos.

La revisión se ha realizado en base a los últimos meta-análisis sobre dicha terapia en psicosis (Newton-Howes y cols, 2013; Sarin y cols, 2011; Jauhar y cols, 2014; Lynch y cols, 2010; Wykes y cols, 2008) que analizaron la eficacia de la misma en la reducción de la sintomatología psicótica, y también en base a los estudios más importantes de dichos meta-análisis que analizaron los procesos emocionales.

Respecto a estos meta-análisis, actualmente existe cierta controversia, encontrando meta-análisis a favor de la terapia (Wykes y cols, 2008; Sarin y cols, 2011; Jauhar y cols, 2014), y otros en contra (Lynch y cols, 2010; Newton-Howes y Wood, 2013) que argumentan problemas con la evidencia e incluso llegando a plantearse si el auge de la TCC se ha sobrevalorado (McKenna y Kingdon, 2014). Esta controversia ha sido plasmada recientemente también por Sanjuán (2016).

1. Eficacia en la sintomatología clínica. Análisis de los meta-análisis.

De los 5 meta-análisis considerados, Wykes y cols (2008) incluyeron 34 estudios encontrando efectos significativos para los síntomas positivos, negativos, el humor y la ansiedad social, con un tamaño del efecto modesto. Sin embargo, estos autores afirman que, cuando los ensayos analizados utilizan una metodología rigurosa, el tamaño del efecto disminuye y, por el contrario, cuando no se enmascara la pertenencia al grupo de estudio (TCC o grupo control), existe una tendencia a inflar el tamaño del efecto. De esta forma, concluyen que el tamaño del efecto está influido por el rigor metodológico de los estudios.

Lynch y cols (2010) analizaron 9 estudios en los cuales se comparaba la TCC con grupos control con tratamiento activo, con el resultado de que la TCC no es mejor que otros grupos controles activos en el tratamiento de la esquizofrenia y, además, que no disminuye las tasas de recaída. Estos autores tuvieron en cuenta aquellos estudios que enmascaraban la pertenencia a un grupo u otro, concluyendo lo mismo que Wykes y cols (2008): el tamaño del efecto está muy influido por el rigor metodológico de los ensayos.

Por su parte, Sarin y cols (2011) analizaron 22 estudios en diferentes momentos temporales (post-terapia y seguimiento), comparando la TCC con el tratamiento habitual estándar y otras terapias psicológicas. Este meta-análisis incluyó únicamente estudios aleatorizados con bajo riesgo de sesgo y los resultados obtenidos fueron que la TCC sí es efectiva aunque con un efecto retrasado, es decir, al finalizar la terapia únicamente se obtiene una tendencia no significativa a favor de la TCC, sin embargo, en el seguimiento encuentran una fuerte evidencia de su eficacia, aunque con un tamaño del efecto pequeño para los síntomas positivos, negativos y psicopatología general.

Dos años después, Newton-Howes y Wood (2013) realizan otro meta-análisis sobre 9 estudios (N=602) en el que comparan la TCC con una terapia no cognitiva (terapia de apoyo) en un único momento temporal (post-terapia), sin encontrar diferencias significativas entre ambas.

Por último, en el meta-análisis de Jauhar y cols (2014) se analizaron 34 estudios en un único momento temporal (post-terapia) con la conclusión de que la TCC sí es efectiva para los síntomas positivos, negativos y en general, pero con un tamaño del efecto pequeño; sin embargo, cuando controlaron los factores de enmascaramiento, aleatorización, pérdida de datos en el resultado, el grupo control utilizado y el sesgo de publicación, el tamaño del efecto resultó no significativo.

2. Eficacia en los procesos emocionales

En lo referente a los procesos emocionales, se revisaron los estudios más impactantes en psicosis y en primeros episodios psicóticos encontrados dentro de los meta-análisis recién nombrados. En total se revisaron 34 estudios

realizados durante los últimos 20 años (ver anexo 1), con un tamaño muestral que osciló entre 12 sujetos evaluados en uno de los estudios y 422 sujetos en dos ensayos.

El tipo de sujetos analizados fue variado: pacientes con esquizofrenia (12 artículos, 3 de ellos con síntomas ansiosos), trastorno psicótico sin especificar (3, uno de ellos por drogas), con síntomas persistentes o resistentes al tratamiento (9), pacientes violentos (1), alucinadores con severidad moderada (1), pacientes agudos hospitalizados (1), con un segundo episodio (1) y con psicosis de inicio reciente (6).

De todos los estudios, 33 analizaron los beneficios de la TCC en este tipo de población sin combinarla con otro tipo de intervención, utilizando 4 de ellos la versión grupal y otro añadiendo un programa específico para la autoestima; por otro lado, en 1 estudio la TCC se combinó con entrenamiento de habilidades sociales. De los 34 estudios, 3 se llevaron a cabo sin comparar con otra muestra y 31 fueron comparados con otros grupos. En la mayoría de los casos, la TCC se comparó con el tratamiento habitual estándar, cuidado rutinario o grupos controles (19 estudios); en otros 5, se contrastaron sus beneficios con una terapia de apoyo o psicoeducación; 5 más usaron otro tipo de terapias (befriending, rehabilitación cognitiva o terapia de actividad social); y 2 se compararon con 2 grupos control a la vez (grupo control y entrenamiento en habilidades para controlar los síntomas, e intervención familiar y tratamiento habitual estándar).

En cuanto a la duración y seguimiento que se realizó durante los ensayos, 5 estudios evaluaron los beneficios únicamente al finalizar la intervención experimental (evaluación post-terapia); en estos casos, la mayoría

de los estudios evaluaron a los 3 meses, aunque algunos superaron ese tiempo, llegando a 9 meses. Por su parte, 29 estudios analizaron tanto al término de la terapia como en el posterior seguimiento a los meses, 7 de ellos evaluando en varios momentos temporales diferentes. La mayor parte de ensayos realizaron esta evaluación al año, siendo el periodo de tiempo de evaluación amplio, desde aproximadamente 2 meses a 60. Además, 4 de estos ensayos evaluaron los beneficios también mientras se realizaba la propia terapia, independientemente de la evaluación de post-terapia y de seguimiento.

Estos 34 estudios que abordan los aspectos emocionales en la psicosis, han examinado la eficacia de la TCC en los niveles de depresión, ansiedad, autoestima y en las dimensiones del delirio. Lo desarrollamos a continuación:

Niveles de depresión: 23 ensayos investigaron la eficacia de la TCC dirigida a tratar la depresión en pacientes con psicosis, hallando mejoras en 17 estudios. En psicosis temprana, solamente se estudió la depresión en 3 ensayos, entre los que 1 obtuvo mejoras, aunque no significativas, y 2 no (ver anexo 1).

En psicosis, se muestran beneficios significativos cuando la TCC se compara con el tratamiento habitual estándar, el cuidado rutinario o cualquier otro control (Halperin y cols, 2000; Turkington y cols, 2002; Hall y Tarrier, 2003; Baker y cols, 2006; Peters y cols, 2010; Lincoln y cols, 2012; Kingsep y cols, 2003; Rathod y cols, 2013; Barrowclough y cols, 2006; Gumley y cols, 2005). De algunos de estos estudios se deben tener en cuenta sus limitaciones. Por ejemplo, los de Halperin y cols (2000) y Hall y Tarrier (2003) contaron con un tamaño muestral algo reducido, de 16 y 25 sujetos respectivamente. Además, junto con el estudio de Turkington y cols del año 2002, los estudios

de Halperin y cols (2000) y Hall y Tarrier (2003) también contaron con un seguimiento reducido (3 meses). Otras limitaciones encontradas fueron la heterogeneidad de la muestra (Hall y Tarrier, 2003), la presencia de diferencias significativas en las medidas basales (Rathod y cols, 2013), la pérdida de datos y los abandonos (Peters y cols, 2010) y, por último, la falta de enmascaramiento de la pertenencia a los grupos de estudio (Gumley y cols, 2005; Peters y cols, 2010). Hay que recalcar que los estudios de Barrowclough y cols (2006) y Gumley y cols (2005) evaluaron aspectos relacionados con la depresión (desesperanza y evaluación negativa de la pérdida, respectivamente) en lugar de la depresión en sí misma.

Por otro lado, también se observan mejoras en TCC cuando se compara con grupos de control activo como la terapia Befriending (Sensky y cols, 2000), intervención familiar (Garety y cols, 2008) y rehabilitación cognitiva (Penadés y cols, 2006). Cuando la intervención es evaluada sin comparar con ningún grupo, Waller y cols (2013), también encuentran mejoras en los niveles de depresión. No obstante, se trata de un estudio con una muestra muy pequeña (12 sujetos).

Finalmente, también se han hallado mejoras, aunque no diferencias significativas, entre la TCC y los grupos control tanto activos (Turkington y Kingdon, 2000; Turkington y cols, 2008) como no activos (Rector y cols, 2003). De estos casos, Turkington y Kingdon (2000) tiene una muestra reducida (18 sujetos) y un periodo de seguimiento de 2 meses. Sin embargo, el estudio de Turkington y cols del año 2008, presenta un seguimiento largo, de 18 meses y 5 años.

En lo referente a los primeros episodios psicóticos, se encuentran mejoras aunque no diferencias significativas entre la TCC y el tratamiento habitual estándar en un estudio (Jackson y cols, 2009). La muestra del mismo presentó niveles iniciales de depresión moderados por lo que la mejora experimentada no es tan apreciable.

Todos estos resultados se mantienen en la evaluación posterior a la terapia (Turkington y cols, 2002; Hall y Tarrrier, 2003) y también en la evaluación de seguimiento (Turkington y Kingdon, 2000; Halperin y cols, 2000; Kingsep y cols, 2003; Penadés y cols, 2006; Baker y cols, 2006; Waller y cols, 2013; Rathod y cols, 2013; Lincoln y cols, 2012; Sensky y cols, 2000; Barrowclough y cols, 2006; Garety y cols, 2008; Peters y cols, 2010).

Enfrente, encontramos algunas investigaciones que no hallan mejoras significativas al comparar con grupos control tanto en psicosis (comparando con grupos control activos - Penn y cols, 2009; Tarrrier y cols, 2001- y con grupos control no activos -Kuipers y cols, 1997; Granholm y cols, 2005; Turkington y cols, 2006; Farhall y cols, 2009-) como en psicosis de inicio reciente (comparando con grupos control no activo -Fowler y cols, 2009- y sin comparar con ningún grupo control -Perry y cols, 2014-). Destacamos el estudio de Turkington y cols del año 2006 que presenta un tamaño muestral de 422 pacientes con síntomas persistentes y moderados. A pesar de que este estudio no halla ventajas de TCC en los niveles de depresión, sí parece que la TCC tiene un efecto protector frente a la depresión, puesto que, cuando el insight era mayor del 25% en ambos grupos (TCC y tratamiento habitual estándar), existía un riesgo de empeoramiento en depresión en el grupo control y no en el grupo experimental.

Ansiedad: se analizaron 6 estudios dirigidos a tratar la ansiedad social y la ansiedad de manera general en psicosis, observando 4 estudios que la reducían y 2 que no lo hacían. En cuanto a los pacientes con primeros episodios psicóticos, se hallaron únicamente 2 estudios, ambos sin apreciar mejoras en ansiedad (ver anexo 1).

En lo referente a la psicosis, se observan mejoras en TCC en relación al tratamiento habitual estándar, el cuidado rutinario o grupos control (Hall y Tarrier, 2003; Peters y cols, 2010; Kingsep y cols, 2003; Halperin y cols, 2000), dándose en dos de los estudios una reducción en la ansiedad social (Kingsep y cols, 2003; Halperin y cols, 2000). Sin embargo, todos ellos presentan algún tipo de limitación: tamaño muestral reducido (Hall y Tarrier, 2003; Halperin y cols, 2000), heterogeneidad de la muestra (Hall y Tarrier, 2003), no enmascaramiento a la pertenencia del grupo, pérdida de datos y tasa elevada de abandonos (Peters y cols, 2010).

En cuanto a la duración de las mejoras, éstas se mantienen en post-terapia (Hall y Tarrier, 2003; Peters y cols, 2010) y en seguimiento (Kingsep y cols, 2003; Halperin y cols, 2000).

En contra, en psicosis no se hallaron diferencias significativas entre los grupos en dos estudios de mayor tamaño muestral (Garety y cols, 2008 (N=301); Farhall y cols, 2009 (N=94). En el caso de Farhall y cols (2009), se debe tener en cuenta el no enmascaramiento de los datos obtenidos en la segunda y tercera evaluación de seguimiento.

Respecto a la psicosis temprana, tampoco se obtuvieron diferencias significativas entre TCC y el tratamiento habitual estándar (Fowler y cols, 2009) ni mejoras cuando no se comparó con un grupo control (Perry y cols, 2014).

Autoestima: se encontraron 5 estudios en psicosis, entre los cuales 3 hallaron mejoras en el grupo de TCC y 2 no. En psicosis de inicio reciente, se examinaron 3 estudios, 2 de ellos con un aumento de la autoestima (ver anexo 1).

En psicosis, se observan mejoras significativas al comparar la TCC con el tratamiento habitual estándar (Hall y Tarrier, 2003; Gumley y cols, 2005; Barrowclough y cols, 2006). Destaca el caso de Hall y Tarrier (2003) debido a que en la misma intervención de TCC se impartió un programa específico para elevar los niveles de autoestima de los pacientes.

En psicosis de inicio reciente, también se encuentran frente al tratamiento habitual estándar (Lecomte y cols, 2008), y también cuando no se compara con ningún grupo (Lecomte y cols, 2015).

Los resultados favorables se mantienen en post-terapia (Lecomte y cols, 2008) y en la evaluación de seguimiento (Hall y Tarrier, 2003; Barrowclough y cols, 2006).

Por el contrario, 3 de los estudios no obtuvieron beneficios significativos ni en psicosis (comparando con un grupo control activo -Penn y cols, 2009- y con un grupo control no activo -Peters y cols, 2010) ni en primeros episodios psicóticos (Jackson y cols, 2009). Sin embargo, algunos de estos estudios tienen limitaciones a tener en cuenta: pérdida de datos, abandonos de los participantes y pertenencia a los grupos de estudio no enmascarada (Peters y cols, 2010) y puntuaciones basales altas en depresión que pueden haber influido negativamente en la autoestima (Jackson y cols (2009).

Dimensiones de los delirios: encontramos 6 ensayos al respecto en psicosis, 5 de ellos con resultados óptimos, es decir, con mejoras en las dimensiones (1 de ellos no significativo). En cuanto a la psicosis de inicio reciente, únicamente aparece 1 estudio que analiza las dimensiones del delirio, en concreto la preocupación por el delirio, y en éste se aprecian mejoras en dicha preocupación (ver anexo 1).

En psicosis, vemos que existen mejoras significativas a favor de TCC al comparar con el tratamiento habitual estándar en el estrés, angustia e impacto emocional que el delirio produce (Garety y cols, 2008; Owen y cols, 2015; Van der Gaag y cols, 2011). Estas mejoras se dieron en pacientes agudos hospitalizados (Owen y cols, 2015) y con síntomas persistentes (Van der Gaag y cols, 2011); además, todo ello fue mantenido en el tiempo (Garety y cols, 2008; Owen y cols, 2015). En el caso del estudio de Garety y cols (2008), esta mejora únicamente se dio cuando los pacientes que recibieron TCC contaban con cuidadores que amortiguaran las emociones negativas.

Cuando el grupo experimental no es comparado con ningún grupo control, también se dio una disminución significativa del estrés global del delirio que se mantiene en la evaluación de seguimiento (Waller y cols, 2013).

Por otra parte, se aprecian mejoras pero no diferencias significativas en TCC frente a intervención familiar en el estrés del delirio y el grado de convicción delirante (Garety y cols, 2008).

En psicosis de inicio reciente, se presenta una reducción de la preocupación por el delirio sin obtener diferencias significativas con el grupo control (psicoeducación) (Haddock y cols, 1999). En este caso, el estudio se dirigió a pacientes con psicosis aguda de inicio reciente.

Contrariamente a todos estos resultados, solo el estudio de Valmaggia y cols (2005) no encuentra resultados favorables en los factores emocionales y cognitivos del delirio al comparar la TCC con terapia de apoyo en psicosis.

En conclusión, se aprecian beneficios a favor de la TCC primordialmente en psicosis. Estas mejoras se dan, principalmente, en la sintomatología clínica, no obstante, también en los procesos emocionales, aunque se ha estudiado en menor medida. En la psicosis temprana, los hallazgos, si bien menores, parecen ir en la línea de los estudios de TCC en psicosis, aunque, las investigaciones sobre los procesos emocionales son bastante escasas todavía.

6. ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN PSICOSIS

El Entrenamiento Metacognitivo (EMC) surge como consecuencia, por un lado, del auge de la importancia de las psicoterapias en el tratamiento de la esquizofrenia en las últimas décadas y, en concreto, de los tratamientos cognitivos conductuales y, por otro lado, de las cada vez mayores y más consistentes evidencias sobre los sesgos cognitivos que se cree que desencadenan, agravan y mantienen los síntomas positivos en esquizofrenia, particularmente los delirios.

Para entender el concepto de EMC es importante primero definir el término metacognición. Dicha palabra puede ser descrita como “una reflexión sobre el propio pensamiento” o como el grado de conciencia y conocimiento que cada uno tiene acerca de sus propios procesos cognitivos, abarcando la manera de evaluar, valorar la información y afrontar las limitaciones cognitivas. De esta forma, el EMC es un nuevo tipo de intervención dirigida a aumentar la conciencia del paciente sobre sus procesos cognitivos, en concreto sobre la presencia y disfuncionalidad de sus sesgos. Aumentar la conciencia sobre estos sesgos nos permite controlarlos, organizarlos, revisarlos, modificarlos y entrenar en estrategias de procesamiento de la información, afrontamiento y solución de problemas con la esperanza de que los síntomas y las recaídas se reduzcan (Moritz y cols, 2013; Naughton y cols, 2012; Moritz y Woodward, 2007).

6.1. Fundamentos: Sesgos Cognitivos en Esquizofrenia

Como ya hemos dicho, desde los años 80 se sabe que los sesgos cognitivos son los causantes del origen y desarrollo de las falsas creencias y que éstas pueden llegar a convertirse en delirios. Por ese motivo, en el año 2007 Moritz y Woodward comienzan a investigar más en profundidad este tema y realizan una revisión de todos los sesgos cognitivos involucrados en la creación de falsas creencias y delirios. Gracias a la investigación de estos autores, se asientan las bases del Entrenamiento Metacognitivo.

Los sesgos cognitivos encontrados fueron: Salto a conclusiones, estilo atribucional, sesgo contra la evidencia disconfirmatoria (BADE), teoría de la mente (ToM) y metamemoria. Los describimos a continuación:

1. Salto a conclusiones

Se trata de un sesgo característico de las personas con delirios, que contribuye a su formación y mantenimiento tanto en la fase aguda de la psicosis como también en fases de remisión y en individuos sanos con trazos esquizoides (Garety y Freeman, 2013; Freeman, 2007).

Para evaluar este sesgo se recurre principalmente a una tarea de razonamiento probabilístico que permite valorar cómo los pacientes recogen información y toman decisiones. Se muestran dos frascos con bolas de dos colores diferentes en cada uno, en 3 pruebas diferentes. La proporción de bolas de los distintos colores en un frasco se invierte en el segundo frasco. La relación de bolas es 85:15 en la primera prueba y en la segunda y tercera, 60:40. El sujeto debe decidir de qué frasco se están extrayendo las bolas, solicitando tantos elementos de prueba (bolas) como necesite para tomar una

decisión (Garety y Freeman, 2013). Con esta prueba se observa que los pacientes con delirios evalúan la información ambigua rápidamente, utilizando pocos datos y llegando a sólidas conclusiones delirantes sin la suficiente evidencia y sin una minuciosa consideración de alternativas o una revisión de la evidencia. De hecho, el porcentaje de pacientes con esquizofrenia que tienen este sesgo es del 40-70% (Moritz y cols, 2010). Asombrosamente, hay datos que sugieren que los pacientes no son conscientes de sus decisiones precipitadas y consideran que toman sus decisiones de manera indecisa y titubeante (Garety y Freeman, 2013; Moritz y Woodward, 2007).

Diferentes estudios corroboran esta información. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Lincoln y sus colaboradores (2010), en el que comparó 71 pacientes con esquizofrenia con 68 controles sanos. El grupo de esquizofrenia se dividió a su vez en 44 personas con síntomas delirantes y 27 con síntomas delirantes pasados, actualmente en remisión. Los resultados demostraron que las personas con delirios tomaban decisiones más precipitadas que los controles sanos y que los pacientes con delirios en remisión.

2. Estilo atribucional

El estilo atribucional hace referencia a las explicaciones que uno da a las causas de resultados positivos o negativos de su vida, es decir, el significado de un acontecimiento dependerá de la atribución que el individuo hace sobre su causa (Fuentes y cols, 2008; Ruiz-Ruiz y cols, 2006; García y cols, 2012). Parece darse de manera más profunda en los pacientes crónicos que en los que presentan un primer episodio psicótico y, al igual que el sesgo anterior,

tampoco se reduce únicamente a escenarios delirantes. (Moritz y Woodward, 2007). Para valorarlo se usan cuestionarios como el de estilo atribucional (ASQ) o el de atribuciones internas, personales y situacionales (IPSAQ) en los que se le pide al paciente que comente cuál es la causa de un evento y el porcentaje en que ese evento es debido a uno mismo, a otra persona o a la situación (Freeman, 2007)

Las investigaciones muestran que los pacientes con esquizofrenia, especialmente de los subtipos paranoides, presentan alteraciones en los estilos atribucionales, encontrando un sesgo externalizador para eventos negativos (Fear y cols, 1996; Krstev y cols, 1999; Lyon y cols, 1994). De hecho, Kraepelin ya advirtió este sesgo en 1909 (Moritz y Woodward, 2007). Más recientemente, Kinderman y Bentall (1996) y Green y cols (2005) observaron en pacientes con esquizofrenia y con delirios de persecución una tendencia a hacer atribuciones externas personales en mayor medida que situacionales. Moritz y Woodward (2007) también mencionan que esto ocurre en pacientes agudos, no solo para eventos negativos sino también para los positivos.

3. Teoría de la mente

ToM hace referencia a la capacidad del paciente para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros (sobre lo que los demás piensan, sus motivaciones, intenciones y deseos) y su capacidad para considerar cómo el contexto situacional conduce a una discrepancia en la comprensión de una situación entre una persona y otra (Moritz y Woodward, 2007; Freeman, 2007). Para su evaluación, se presentan al sujeto una serie de historias y se le plantean dos preguntas. Una pregunta (pregunta ToM) debe contestarse

basándose en el estado mental de uno de los personajes y la otra (pregunta control) sirve para ver si el sujeto ha comprendido la historia (Fuentes y cols, 2008).

El interés inicial en esta área se centró en los niños y en cómo ToM es adquirida en un desarrollo normal y anormal, como sucede en el autismo. Posteriormente, ToM fue extendida a la esquizofrenia, debido, por un lado, a la similitud entre aspectos de la disfunción social en el autismo y algunos tipos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y, por otro lado, debido a algunas ideas que planteaban que las anormalidades en este proceso podían ser la causa de la formación de síntomas clínicos (Green y cols, 2008).

Estudios previos al respecto no aportan datos concluyentes respecto a la presencia o no de déficit en ToM en la esquizofrenia. Por un lado, según los modelos que hablan de tres dimensiones en la sintomatología de la esquizofrenia (positiva, negativa y desorganizada), los pacientes con predominio de síntomas negativos o desorganizados tendrían un mayor déficit en la ejecución de ToM y, además, se dice que para desarrollar ideas delirantes de persecución (síntomas positivos) es necesario tener una ToM libre de deterioro. En esta línea, Brüne (2001) señala que, si la ToM está muy desarrollada, pueden llevarse a cabo demasiadas inferencias sobre las intenciones de los demás y desencadenar interpretaciones erróneas del entorno (Fuentes y cols, 2008; Ruiz-Ruiz y cols, 2006). Sin embargo, por el otro lado, Moritz y Woodward (2007) y Garety y Freeman (2013) hablan de ToM como un punto fundamental en la formación de falsas creencias en la esquizofrenia, encontrando que los déficits en ToM podrían predisponer a los delirios de persecución y de referencia (Garety y Freeman, 2013). Con todo,

tampoco se ha establecido claramente si finalmente estos déficits están relacionados con los delirios de persecución, de referencia, con la desorganización o con la esquizofrenia en general (Garety y Freeman, 2013).

Finalmente, autores recientes concluyen que los déficits en ToM son característicos de la esquizofrenia y, aunque se han encontrado en pacientes con delirios, parece ser que están más asociados con los síntomas negativos y desorganizados que específicamente con los delirios (Garety y Freeman, 2013).

4. Sesgo Contra la Evidencia Desconfirmatoria

Este sesgo se da de manera pronunciada tanto en pacientes con un primer episodio psicótico como en pacientes crónicos, aunque no es exclusivo de ellos ya que también se puede dar en sujetos sanos (Moritz y cols, 2010). Está relacionado con el fracaso en integrar pruebas que puedan refutar una creencia una vez formada, es decir, alude a problemas en la flexibilidad cognitiva.

5. Metamemoria

La metamemoria hace referencia a los problemas de memoria que se dan en la esquizofrenia. Estos pacientes a menudo ven reducida su intensidad a pesar de no ser conscientes de ello (Moritz y cols, 2010).

Los sesgos de metamemoria están relacionados con recuerdos vagos y no muy nítidos. Estos pacientes muestran un exceso de confianza en los errores mientras que, al mismo tiempo, tienen una falta de confianza en las respuestas correctas. Este doble patrón de respuestas puede ser manifestado por el salto a conclusiones explicado anteriormente: la prematura recogida de

información puede llevar a descuidar las señales que indican que la decisión es incorrecta y promover el exceso de confianza en los errores (Moritz y Woodward, 2007). La elaboración pobre y las memorias vagas que exhiben estos pacientes también se dan en otros trastornos psiquiátricos por lo no queda claro que sea algo propio de la psicosis y es más probable que representen un factor de riesgo más que una consecuencia de los síntomas paranoides (Moriz y cols, 2010; Moritz y Woodward, 2007).

6. Estado de ánimo y autoestima

Aunque no se trata de un sesgo cognitivo como tal, consideramos conveniente reflejar en este apartado el estado de ánimo y la autoestima, porque son aspectos importantes que se encuentran alterados en estos pacientes y son otro de los fundamentos que han ayudado a la formación del EMC.

A lo largo de este trabajo hemos descrito cómo el estado de ánimo y la autoestima se encuentran bajos en estos pacientes, contribuyendo de esta forma a dudar de uno mismo, al miedo, los síntomas depresivos y al aislamiento social (www.uke.de/mkt). Así, estos sujetos suelen tener unos estilos de pensamiento con tendencia a la sobregeneralización, a la lectura de pensamiento, a pensamientos catastrofistas, a la supresión completa de pensamientos negativos (que conduce a un aumento de los mismos pensamientos) y a otras formas de distorsiones cognitivas como la comparación con los demás y la tendencia a ser demasiado exigentes (www.uke.de/mkt).

Sin embargo, no todos ellos presentan baja autoestima. Moritz y cols (2006) afirman que los pacientes delirantes tienen más alta autoestima que los pacientes con síntomas remitidos. En concreto suele darse en aquellos pacientes con ideas megalománicas, aunque en estos casos no se trata de una autoestima saludable y suele ser temporal (www.uke.de/mkt). Actualmente existe un debate (Adler y cols, 1929; Bentall y cols, 2001; Kinderman y Bentall, 1996) sobre si el aumento de autoestima es debido a una estrategia de afrontamiento de los delirios disfuncional, como por ejemplo reforzar la importancia subjetiva de uno mismo durante el delirio.

6.2. Estructura y formato del Entrenamiento Metacognitivo

El programa del EMC fue desarrollado inicialmente por el equipo de investigación liderado por el alemán Steffen Moritz en 2007. Su base principal son los fundamentos teóricos del modelo cognitivo conductual de la esquizofrenia pero con un enfoque distinto, en el que también se incluye rehabilitación cognitiva y psicoeducación. Como en la terapia cognitiva, la nueva intervención se enfoca en las ideas delirantes, intentando modificar su infraestructura y de esta forma acceder al núcleo de los síntomas psicopatológicos. Como en la rehabilitación cognitiva, utiliza tareas y ejercicios cognitivos para conseguir un conocimiento sobre estas distorsiones (Moritz y cols, 2011b). Como en la psicoeducación, trata también de educar sobre el trastorno.

El EMC puede darse en un formato grupal (EMC) o individual (EMC+), aunque en nuestro caso la administración ha sido en el marco de una intervención grupal. Este formato grupal está disponible en 33 idiomas,

mientras que el formato individual está traducido a 11 lenguas. Ambos pueden ser obtenidos de manera gratuita a través de la página web www.uke.de/mkt y www.uke.de/mkt_plus. Desde 2009 contamos con la versión española del manual, traducida y adaptada al castellano por María Luisa Barrigón (participante en el proyecto desde el Centro de Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada) y supervisada por el propio Steffen Moritz.

En cuanto al formato grupal, el número de sujetos oscila entre 4 y 10 (Moritz y cols, 2013) con ocho sesiones con una duración máxima de 60 minutos por sesión y llevadas a cabo durante aproximadamente uno o dos meses.

Un dato importante a tener en cuenta es que los pacientes deben tener delirios en el momento de la evaluación o haberlos tenido en el pasado. Así, no es conveniente que los pacientes con delirios muy severos, trastornos del pensamiento formal u hostilidad asistan a este tipo de terapia hasta que estos síntomas desaparezcan, ya que no se beneficiarían de la intervención (www.uke.de/mkt).

6.3. Programa Entrenamiento Metacognitivo

El programa se compone de ocho módulos dirigidos principalmente a los delirios. Estos módulos hablan sobre los errores cognitivos más habituales en esquizofrenia, los cuales pueden llegar a convertirse en delirios (Moritz y cols, 2013).

Cada módulo comienza con elementos psicoeducativos y normalizadores por medio de muchos ejemplos y ejercicios prácticos sobre el

respectivo dominio. Después, en una segunda etapa, los extremos patológicos para cada dominio se destacan: los pacientes son introducidos en cómo los sesgos de pensamiento conducen a problemas en la vida diaria y a veces pueden culminar en delirios. Estos se ilustran con ejemplos de casos de personas con psicosis, dando la oportunidad a los participantes del grupo de intercambiar sus propias experiencias y opiniones. De esta forma, los pacientes aprenden a detectar y desactivar trampas cognitivas y estrategias de afrontamiento disfuncionales, y asimilan nuevas formas útiles para reemplazarlas.

Cada módulo corresponde a un estilo de pensamiento problemático. Estos estilos de pensamiento incorporados en los módulos son: acusar y atribuirse el mérito (módulo 1), salto a conclusiones (módulo 2 y 7), sesgo hacia evidencias disconfirmatorias de creencias iniciales (módulo 3), incapacidad para empatizar con otros o tomar perspectiva (módulo 4 y 6), exceso de confianza en los errores de memoria (módulo 5) y patrones cognitivos depresivos (módulo 8) (www.uke.de/mkt). Su contenido es el siguiente:

Sesión 1 “Acusar y Atribuirse el Mérito”. Se estudian los estilos de atribución del éxito y el fracaso en personas con psicosis. Se enseña al paciente a considerar varias causas en lugar de valorar una única explicación posible. También se destacan las consecuencias negativas de las atribuciones egoístas. Ejercicios realizados: Se contemplan diferentes causas (uno mismo, los demás o las circunstancias) para complejos eventos positivos y negativos (Por ejemplo “Tú suspendiste un examen”).

Sesiones 2 y 7 “Saltar a Conclusiones”. Se analiza cómo las personas con psicosis toman decisiones precipitadamente y con poca información y cómo este hecho causa estrés y se convierte en un gran inconveniente en sus vidas. Ejercicios realizados sesión 2: Se muestran fragmentos de imágenes que representan objetos. Las decisiones apresuradas conducen frecuentemente a los errores y frente a nuevas evidencias rechazan alternativas. Ejercicios realizados sesión 7: Se muestran pinturas. El título correcto puede ser deducido de las cuatro opciones de respuesta pero muchas opciones fomentan las falsas respuestas.

Sesión 3 “Cambiar Creencias”. Se explica la rigidez de las creencias de las personas que presentan psicosis. Los pacientes aprenden a negar juicios firmes hasta que no haya la suficiente evidencia y a considerar puntos de vista alternativos. Ejercicios realizados: Se muestran secuencias de dibujos en orden inverso eliminando la ambigüedad en un complejo escenario. Con cada nueva imagen la verosimilitud de las cuatro alternativas tiene que ser reevaluada.

Sesiones 4 y 6, “Empatizar”. Se comenta la importancia de empatizar y la dificultad de los pacientes con psicosis para detectar y evaluar las expresiones faciales de los demás. En la primera sesión se demuestra que las expresiones faciales pueden ser engañosas a la hora de tomar decisiones y que es necesario no tomar decisiones en caso de falta de evidencia; en la segunda sesión de empatía se enseña a los pacientes que las situaciones sociales frecuentemente no tienen una solución clara y se deben contemplar múltiples opciones antes de tomar una decisión definitiva. Ejercicios realizados sesión 4: Se presentan imágenes de rostros humanos. El grupo debe adivinar el sentimiento que le corresponde. La solución correcta frecuentemente no corresponde a la

primera intuición. Ejercicios realizados sesión 6: Se considera la perspectiva de protagonista dejando a un lado el conocimiento disponible para el observador pero no para el protagonista.

Sesión 5, “Memoria”. Se instruye en cómo los pacientes con un trastorno psicótico suelen tener dificultades para diferenciar recuerdos verdaderos de falsos y tienden a confiar más en los falsos recuerdos. Se enfatiza también el carácter constructivo de la memoria y se motiva a los pacientes a disminuir la confianza en ausencia de evidencia. Ejercicios realizados: Se exponen escenas complejas incitando a los confiados a la falsa memoria de objeto típicos de ese escenario (Por ejemplo, memorizar un balón que no aparece en la imagen).

Sesión 8, “Autoestima y Estado de Ánimo”. Se trata de explicar las estrategias para promover la autoestima con el fin de modificar las distorsiones de pensamiento, las cuales pueden llevar a la depresión. Ejercicios realizados: Se presentan típicas formas de depresión cognitiva (por ejemplo, sobre-generalización) y el grupo da respuestas más positivas y constructivas.

Módulos nuevos. Recientemente se han añadido dos módulos adicionales sobre autoestima y estigma, los cuales no estaban disponibles cuando se llevo a cabo este trabajo y por tanto no se han utilizado.

6.4. Revisión de la eficacia clínica del Entrenamiento Metacognitivo

Debido a la relativa reciente creación del EMC, se ha contado con un número limitado de estudios sobre el tema, enfocados principalmente en esquizofrenia. Sin embargo, dada la buena aceptación que ha tenido, esta intervención ha proliferado enormemente. Actualmente, hay ya cerca de 25 estudios realizados sobre el tema, realizados en su mayoría en formato grupal.

En el momento en el que se realizó este trabajo, no existía ningún estudio enfocado a los primeros episodios psicóticos, no obstante, ya se cuenta con un estudio además de éste.

Desde su creación, los principales objetivos del EMC han sido demostrar su eficacia en la sintomatología clínica, especialmente en los síntomas positivos y los delirios, dejando a un lado los aspectos emocionales. Recientemente, se han llevado a cabo dos meta-análisis que han analizado su eficacia en dichos síntomas (síntomas positivos y delirios). Los resultados encontrados en ambos han resultado dispares (Van Oosterhout y cols, 2016; Eichner y Berna, 2016). Lo veremos a continuación.

En base a la sintomatología clínica, nuestra revisión de artículos se ha centrado en analizar los resultados obtenidos en estos dos meta-análisis y, con respecto a su eficacia sobre los aspectos emocionales, hemos realizado una revisión de artículos incluyendo los encontrados en ambos meta-análisis y también artículos no incluidos en los mismos.

En el anexo 2 se señala esta revisión de artículos en los procesos emocionales. Los estudios que aparecen en el meta-análisis de Van Oosterhout y cols (2016) quedan reflejados mediante el color azul, los reseñados en el de Eichner y Berna (2016), están señalados con el color amarillo y aquellos incluidos en ambos estudios se encuentran en color verde. Los que están en blanco no han aparecido en ninguno de los dos meta-análisis.

1. Eficacia en los síntomas positivos y delirios. Análisis de los meta-análisis.

Como ya hemos apuntado, en el año 2016 se llevaron a cabo dos meta-análisis para analizar el efecto del EMC en los síntomas positivos y delirios. El primero de ellos, realizado por Van Oosterhout y sus colaboradores, analizó 11 estudios con un total de 624 sujetos (EMC=315 y GC=309), el segundo (Eichner y Berna, 2016), analizó 15 estudios con un tamaño muestral de 807 sujetos (EMC=408 y GC=399). Mientras que Van Oosterhout y cols llegaban a la conclusión de que no existía un efecto positivo del EMC en los síntomas positivos y los delirios, Eichner y Berna (2016) concluyeron que el EMC sí tenía un efecto global significativo sobre los síntomas positivos, con un tamaño del efecto de pequeño a moderado.

Por lo que respecta a Van Oosterhout y cols (2016), encontraron que el tamaño del efecto del EMC en los síntomas positivos mostraba una tendencia estadística, sin embargo, con la corrección del sesgo de publicación que llevaron a cabo, la tendencia se redujo a no significativo. Cuando estos resultados se analizaron en función de la calidad metodológica, se observó que los estudios de alta y baja calidad eran no significativos, 4 estudios ciegos fueron significativos pero, con la corrección del sesgo de publicación realizada, el tamaño del efecto disminuyó a no significativo. En cuanto a los delirios, el tamaño del efecto fue no significativo y con la corrección del sesgo de publicación éste también se redujo aún más. Cuando los resultados se analizaron en función de la calidad metodológica, los estudios de alta calidad y ciegos fueron no significativos. Solamente los estudios de baja calidad metodológica mostraron un efecto significativo.

Por lo que respecta al meta-análisis de Eichner y Berna (2016), el tamaño del efecto del EMC en los síntomas positivos se mantuvo de pequeño a moderado tanto para los estudios de bajo riesgo de sesgo como para los estudios de alto riesgo, observándose que los hallazgos eran robustos. En cuanto a los síntomas delirantes, el tamaño del efecto difirió en los estudios de bajo riesgo de sesgo y los de alto riesgo, es decir, las diferencias en el rigor metodológico fueron parcialmente responsables del efecto. Así, cuando solo se consideraron los estudios de bajo riesgo de sesgo, el efecto resultó no significativo (principalmente en el estudio de Van Oosterhout y cols, 2015).

La disparidad de resultados entre ambos meta-análisis puede ser explicada por diversas razones:

- **Heterogeneidad de los datos:** Por un lado, Eichner y Berna (2016) recogieron los estudios teniendo en cuenta la heterogeneidad de los valores así como los posibles sesgos potenciales y de publicación. De esta forma, su muestra fue considerada homogénea, siendo un factor importante a la hora de generalizar los resultados. Por su parte, Van Oosterhout y colaboradores (2016) afirmaron tener una muestra y unos análisis altamente heterogéneos, aspecto que supone un aumento del riesgo de sesgo y que implica que los resultados se ven afectados por otros factores y no sólo por la terapia. Los mismos autores mencionaron que el meta-análisis podía estar sujeto al sesgo de publicación, por lo que sería necesaria su corrección.
- **Metodología:** Mientras que Eicher y Berna (2016) no informaron de una metodología deficiente, Van Oosterhout y sus colaboradores (2016) afirmaron que la metodología utilizada en la mayoría de los estudios revisados sí era

deficiente y que los análisis de sensibilidad realizados para controlar los defectos metodológicos disminuía enormemente el tamaño del efecto.

- **Criterios de exclusión:** El meta-análisis de Van Oosterhout y cols (2016) contó con unos criterios de exclusión más conservadores que el estudio de Eichner y Berna (2016), con la consecuencia de haber eliminado del meta-análisis algunos estudios positivos que no proporcionaban resultados completos en la evaluación pre-test y post-test.

No obstante, a pesar de todas estas diferencias ambos coinciden en mencionar que, en general, el número de estudios de EMC es relativamente pequeño y con poco seguimiento y, por tanto, las pruebas de significación para analizar los subgrupos y las diferencias entre grupos tienen poca potencia.

2. Eficacia en los procesos emocionales

En lo referente a los procesos emocionales, se revisaron 9 estudios realizados durante los últimos seis años en los que se usó el EMC (ver anexo 2).

El tipo de sujeto analizado es variado. Incluye pacientes con esquizofrenia (1 artículo), pacientes estables (1), pacientes con síntomas leves o moderados (1 artículos), con síntomas positivos o delirantes (1), agudos (1), con síntomas persistentes o resistentes al tratamiento (3) y pacientes con psicosis temprana (1).

La intervención realizada dentro de los 9 estudios es el EMC, sin embargo, no todos ellos realizaron exactamente el mismo tipo de entrenamiento, ya que existieron algunas modalidades que pudieron diferir un

poco en la técnica. De todos ellos, 2 utilizaron la versión individualizada de dicho entrenamiento y 7 la versión grupal.

Por otro lado, de los 9 estudios, 2 se realizaron sin comparar con otro grupo y 7 fueron comparados con otras muestras. En 3 de los casos, el EMC se comparó con el tratamiento habitual estándar o grupos controles; en 2 casos, se cotejaron sus efectos con un programa de entrenamiento neuropsicológico (COGPACK); y en los últimos dos casos se comparó con terapia de apoyo (1) y con la misma EMC, pero con un DUP distinto (inferior o superior a 12 meses) (1).

En cuanto a la duración y al seguimiento que se realizó durante los ensayos, 6 estudios evaluaron los beneficios solamente al término del EMC (evaluación post-terapia) con un tiempo mínimo de evaluación posterior a la intervención de 4 semanas y máximo de 8 meses. Por su parte, 3 estudios realizaron tanto la evaluación de post-terapia como la de seguimiento, hallando en 1 de ellos varios momentos temporales evaluados en la medida de seguimiento. La oscilación de tiempo fue amplia, desde 1 mes hasta 36 meses.

Estos 9 estudios comprobaron la eficacia del EMC en los niveles de depresión, ansiedad, autoestima y los aspectos emocionales del delirio. De todos ellos, la mayoría estudiaron los aspectos emocionales del delirio encontrando mejoras en la terapia experimental. Veámoslo a continuación:

Niveles de depresión: encontramos 3 estudios que investigaron dicho aspecto observando 1 estudio con mejoras (Favrod y cols, 2010). Sin embargo, este estudio presenta algunas limitaciones: no enmascaramiento a la pertenencia del grupo, tamaño muestral pequeño (n=18) y ausencia de grupo control. Sus datos de depresión fueron medidos a través de un único ítem

mediante la escala PANSS. Otros dos estudios no hallaron mejoras en depresión cuando el grupo experimental se comparó con tratamiento habitual estándar (Favrod y cols, 2014), o con terapia de apoyo (Briki y cols, 2014). En ambos casos se trató de estudios en donde los sujetos tenían una respuesta parcial al tratamiento o unos síntomas positivos persistentes. El estudio de Favrod y cols (2014) también analizó la depresión a través de un único ítem (escala PANSS). Por su parte, es importante mencionar como limitación en el estudio de Briki y cols (2014) el elevado número de abandonos (ver anexo 2).

Ansiedad: se analizaron 2 estudios. En ninguno se encontraron mejoras. Uno de ellos se comparó con el tratamiento habitual estándar (Favrod y cols, 2014), y otro se llevó a cabo sin comparar con ningún grupo control (Favrod y cols, 2010). Ambos evaluaron la ansiedad mediante el ítem ansiedad de la escala PANSS. Como ya hemos detallado en el análisis de la depresión, ambos estudios presentan una serie de limitaciones extrapolables a este proceso emocional (ver anexo 2).

Autoestima: se hallaron 3 estudios, 2 de ellos con mejoras en la autoestima y 1 de ellos sin mejoras. El estudio que no observó mejoras (Ussorio y cols, 2016), es el único encontrado hasta el momento que ha analizado la eficacia del EMC en la psicosis temprana, en concreto comparando sujetos que tenían un DUP inferior a 12 meses con aquellos cuyo DUP era superior a 12 meses. En este caso se trata de un estudio no aleatorizado. Por otro lado, de entre los estudios que encontraron mejoras en la autoestima, uno de ellos obtuvo beneficios aunque no diferencias significativas entre el EMC y el grupo control que recibió un programa de entrenamiento neuropsicológico -COGPACK- (Moritz y cols, 2013) y el otro

obtuvo mejoras significativas al comparar con este mismo programa COGPACK (Moritz y cols, 2014b). En realidad se trata del mismo estudio: ambos analizaron la misma muestra, de 150 sujetos con síntomas delirantes leves o moderados, sin embargo, el primero de ellos realizó un seguimiento a 6 meses (en el que no encontró diferencias significativas) y el segundo lo amplió a 3 años. Sorprendentemente, las diferencias significativas en la autoestima a favor del EMC aparecieron 3 años después del estudio, no siendo significativas durante la terapia (es el llamado “sleepers effects”) (Moritz y cols, 2014b) (ver anexo 2).

Dimensiones de los delirios: encontramos 6 estudios referentes a las dimensiones del delirio todas ellas evaluadas a través del instrumento de medida PSYRATS delirios. Observamos 5 estudios con mejoras a favor de la terapia y 1 que no presenta mejoras (ver anexo 2).

Específicamente, observamos que existen diferencias significativas a favor del EMC, cuando se compara con el tratamiento habitual estándar o con grupos controles, en la cantidad de estrés que produce el delirio en pacientes delirantes con síntomas leves o moderados (Moritz y cols, 2013, 2014b) y en la intensidad del mismo tanto en pacientes en remisión (Moritz y cols, 2011a) como en pacientes con síntomas leves o moderados (Moritz y cols, 2013, 2014b) y con respuesta parcial al tratamiento (Favrod y cols, 2014). También se dieron diferencias significativas en la cantidad de la preocupación delirante (Moritz y cols, 2013, 2014b; Erawati y cols, 2014), en la duración de la preocupación que el delirio supone (Moritz y cols, 2013, 2014b; Erawati y cols, 2014) y en el grado e intensidad de su repercusión emocional (Erawati y cols, 2014).

Por otro lado, cuando el EMC no es comparado con ningún grupo control, Favrod y cols (2010) encuentran mejoras aunque no significativas en la preocupación y el estrés con los delirios. Estas mejoras se mantienen en el tiempo, incluso perduran en las evaluaciones de seguimiento en aquellos estudios que las realizaron (Moritz y cols, 2013, 2014b; Favrod y cols, 2014).

De todos los estudios analizados, dos presentan limitaciones. En primer lugar, el estudio de Erawati y cols del año 2014, que encuentra diferencias significativas en la preocupación delirante. Los mismos autores Erawati y cols (2016) hablan de que su investigación no posee un diseño óptimo, encontrando, por ejemplo, que en sus resultados se informó de las puntuaciones de cambio pre-post-test pero no se informó de las desviaciones estándar de las puntuaciones de cambio, haciendo necesario imputar la desviación estándar pre-test. En segundo lugar, el estudio de Favrod y cols (2010), que presenta un pequeño tamaño muestral ($n=18$), una ausencia de grupo control y falta de enmascaramiento a la pertenencia del grupo.

Contrariamente, uno de los estudios ya nombrados (Favrod y cols, 2014), que sí observó diferencias significativas en la intensidad del estrés que el delirio producía, no halló dichas diferencias tanto en la cantidad de estrés que el delirio produce como en la preocupación del delirio.

En conclusión, a pesar de los escasos estudios, el EMC ofrece buenos resultados, especialmente en los síntomas psicóticos positivos, en los delirios y en sus principales dimensiones emocionales, en una población de pacientes con esquizofrenia. No obstante, la disparidad entre los dos meta-análisis efectuados nos hace ver que su eficacia en la sintomatología psicótica no está tan clara como se pensaba en un primer momento. En cuanto a los resultados

hallados en el resto de los procesos emocionales estudiados y en la psicosis temprana, debido a la falta de estudios, el limitado tamaño muestral y la escasez de instrumentos de medida específicos, los datos aún son insuficientes para extraer unas primeras conclusiones.

Como se ve, se hace necesario ampliar el estudio del EMC en estas áreas emocionales así como aumentar el abanico de pacientes a los que se realiza dicha terapia, incluyendo por ejemplo, los primeros episodios psicóticos, aspecto que recoge este trabajo.

7. INTERROGANTES

En primer lugar, el EMC se encuentra en una fase temprana de investigación, con un crecimiento e interés cada vez mayor. A mediados del año 2016, se contabilizan cerca de 25 artículos publicados. Los resultados hasta el momento son esperanzadores. Se observan, principalmente, beneficios en los síntomas positivos y los delirios en los pacientes con psicosis.

En segundo lugar, la mayoría de estudios efectuados se han llevado a cabo en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia en poblaciones crónicas: algunos con síntomas en remisión (Moritz y cols, 2011a), otros con síntomas resistentes al tratamiento (Favrod y cols, 2010, 2014; Vitzhum y cols, 2014; Briki y cols, 2014), otros con síntomas psicóticos que van de leves a moderados (Moritz y cols, 2013, 2014b; Erawati y cols, 2014) y otros que han requerido hospitalización (Aghotor y cols, 2010; Kuokannen y cols, 2014), pero muy pocos en primeros episodios psicóticos. De hecho, en el momento en el que se ejecutó este trabajo no se había probado aún este tipo de intervención en primeros episodios y en el momento actual existe un único estudio al respecto (Ussorio y cols, 2016).

En tercer lugar, el EMC se ha diseñado para tratar los síntomas positivos, fundamentalmente los delirios, sin embargo, se desconoce si la intervención es realmente eficaz más allá de dichos síntomas, por ejemplo, en los procesos emocionales. A pesar de obtener algunos resultados favorables en las dimensiones emocionales de los delirios (Moritz y cols, 2011a, 2013), el impacto que el EMC tiene sobre las mismas no es concluyente debido a los pocos estudios hallados. Lo mismo ocurre con la depresión y la autoestima: prácticamente no existen estudios que evalúen directamente estos aspectos,

por lo que se desconoce el efecto del EMC en cuanto a ellos con instrumentos de medida específicos.

Además, se sabe que existe una relación entre los procesos emocionales negativos y los síntomas psicóticos positivos tanto en pacientes con esquizofrenia crónica (Bottlender y cols, 2000) como en pacientes con un primer episodio psicótico (Cotton y cols, 2012). De hecho, los procesos emocionales negativos contribuyen a la formación y mantenimiento de los síntomas psicóticos (Garety y cols, 2001a) y, en concreto, de los delirios (Smith y cols, 2006; Freeman, 2007). Así, la importancia de estos procesos emocionales negativos en los delirios ha quedado plasmada en el mismo programa de EMC en el cual se incluyó un módulo sobre la autoestima y el estado de ánimo.

En último lugar, los estudios sobre el tema se han preocupado de analizar la eficacia del programa de EMC en su conjunto, o, en un caso, en relación al número de sesiones del programa a las que el sujeto asiste (Moritz y cols, 2013). Sin embargo, hasta el momento no se ha examinado el efecto que el módulo dedicado a la autoestima y el estado de ánimo tiene en los procesos emocionales, por lo que se desconoce su influencia e importancia real.

Por tanto, en base a los interrogantes actuales, nos planteamos estudiar en una muestra de población de primeros episodios psicóticos la eficacia del programa completo de EMC en los procesos emocionales de depresión y autoestima y en las dimensiones del delirio, así como la importancia del módulo dedicado a la autoestima y el estado de ánimo en la depresión, la autoestima y las dimensiones del delirio. Además, conociendo la relevancia de

los procesos emocionales negativos en los pacientes con psicosis, abordaremos su prevalencia en la muestra con el objetivo de estudiarla en profundidad.

8. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

8.1. Objetivos

1. Estudiar la prevalencia de los síntomas depresivos, los niveles de autoestima y las dimensiones del delirio en una muestra de pacientes con un primer episodio psicótico.
2. Evaluar la eficacia del programa completo de EMC grupal en los procesos emocionales (depresión, autoestima) y en las dimensiones del delirio en una muestra de pacientes con un primer episodio psicótico.
3. Evaluar la eficacia del módulo 8 sobre autoestima y estado de ánimo en los procesos emocionales (depresión, autoestima) y en las dimensiones del delirio en una muestra de pacientes con un primer episodio psicótico.

8.2. Hipótesis

- 1a. Los síntomas depresivos, medidos con el inventario de depresión de Beck, serán prevalentes en la muestra de pacientes con primeros episodios psicóticos. Esperamos puntuaciones moderadas-graves en la muestra.
- 1b. Los niveles de autoestima, medidos con la escala de autoestima de Rosenberg, serán bajos en la muestra de primeros episodios psicóticos con respecto a la población normal.
- 1c. Los valores de las dimensiones del delirio, medidos con la escala PSYRATS delirios, serán prevalentes en la población de primeros episodios psicóticos. Esperamos puntuaciones medias-elevadas en la muestra.

2a. El grupo EMC mejorará significativamente en los niveles de depresión, autoestima y dimensiones del delirio tanto en la evaluación post-terapia como en el seguimiento con respecto a la evaluación basal.

2b. El grupo psicoeducativo no modificará significativamente los niveles de depresión, autoestima y dimensiones de los delirios tanto en la evaluación post-terapia como en el seguimiento respecto a la basal.

2c. El grupo EMC mejorará significativamente en los niveles de depresión, autoestima y dimensiones de los delirios tanto en la evaluación post-terapia como en el seguimiento con respecto al grupo psicoeducativo.

3. Los pacientes del grupo EMC que realizan el módulo 8 del programa mejorarán los niveles de depresión, autoestima y dimensiones de los delirios con respecto a los pacientes del grupo EMC que no lo realizan.

9. METODOLOGÍA

9.1. Diseño

Se trata de un ensayo clínico longitudinal y multicéntrico en el que un grupo de pacientes recibe el EMC (grupo experimental) y otro grupo recibe en su lugar una intervención psicoeducativa (grupo control), con el mismo número de sesiones y la misma duración. Para la asignación de los sujetos a cada grupo, se ha realizado una aleatorización a través de un listado de números elegidos al azar y según el orden de recaptación en cada centro de referencia.

Además, el evaluador es ciego a la pertenencia del grupo al que pertenece cada sujeto.

9.2. Muestra

Los sujetos estudiados son personas con un episodio de psicosis con una evolución menor a cinco años y pertenecientes a uno de los centros de salud que participan en este estudio: Servicio Andaluz de Jaén, Servicio Andaluz de Málaga, Servicio Andaluz de Granada, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (Sabadell), Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), Centre d' Higiene Mental Les Corts (Barcelona), Institut d' Assistència Sanitària Girona, Parc Sanitari Sant Joan de Déu y el Hospital Clínico de Valencia.

Los criterios de inclusión en el estudio son:

- Presencia de uno de los siguientes diagnósticos según los criterios de DSM-IV-R: esquizofrenia, trastorno psicótico no especificado, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme.
- Menos de 5 años de evolución desde el inicio de los síntomas.
- Puntuación (durante el año previo a la participación en el estudio) igual o superior a 3 en el ítem de delirios, grandiosidad y suspicacia de la subescala PANSS positiva (según criterios Moritz y cols, 2011b)
- Edad comprendida entre 17 y 40 años.

Los criterios de exclusión son:

- Presencia de traumatismo craneoencefálico, demencia o discapacidad intelectual.
- Puntuación en la PANSS igual o superior a 5 en hostilidad y falta de cooperación e igual o superior a 6 en suspicacia.

9.2.1. Tamaño de la Muestra

Tomando como referencia los datos presentados en el artículo de Moritz del año 2011(b), se estimó el cálculo muestral necesario, con un alfa de 0.05, una potencia de 0.8, una diferencia de medias en los momentos en el grupo control de 0.75 en la PANSS positiva y de 2.17 en el grupo experimental, con una desviación estándar de 3.5 y una correlación entre los dos grupos de 0.5, resultando el tamaño muestral necesario de 38 sujetos en cada grupo. También se tomaron en consideración las posibles pérdidas del 20% en los grupos y se consideró como muestra necesaria, finalmente, 92 sujetos.

9.2.2. Descripción de la Muestra

Se reclutaron inicialmente 122 sujetos que cumplían los requisitos de inclusión ya referidos. Todos ellos realizaron la evaluación inicial.

La mayoría de estos pacientes fueron hombres (N=85) con una media de edad de 27,59 años (DT=7,39), con estudios primarios (N=27) y secundarios completados (N=27) y laboralmente desempleados (N=42).

Con respecto a los datos clínicos, esta muestra inicial obtuvo una duración de la psicosis sin tratar (DUP) media de 6,60 meses (DT=15,73). La puntuación de la sintomatología positiva fue 12,21 (DT=4,15) (escala clínica PANSS) y la de los síntomas delirantes, 5,43 (DT=6,57) (escala PSYRATS delirios). Con respecto a la depresión, la puntuación media fue 13,78 (DT=9,09), (escala BDI-II) y para la autoestima (RSE), 27,75 (DT=5,77) (ver tablas 4, 5 y 6).

Sin embargo, la muestra real que permaneció en el estudio una vez finalizada la terapia disminuyó considerablemente debido a los abandonos, obteniendo finalmente una muestra más reducida (N=89).

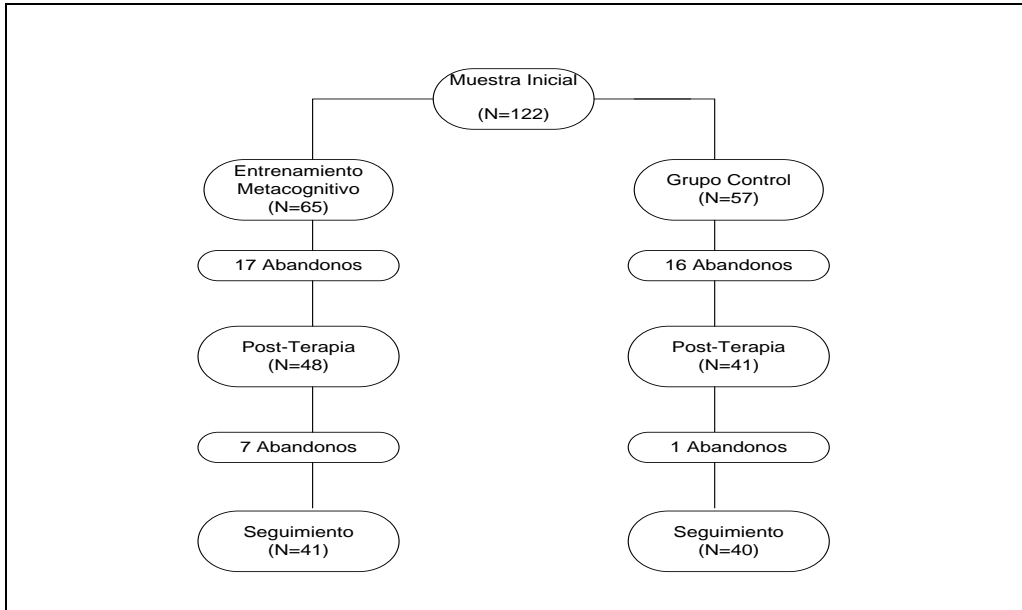


Figura 4. Evolución de la N en el estudio

Como se muestra en la figura 4, la muestra se redujo de 122 sujetos (GE=65; GC=57) a 89 (GE=48; GC=41) en la evaluación posterior a la intervención (33 abandonos) y descendió a 80 (GE=41; GC=40) (42 abandonos en total) al realizar la evaluación de seguimiento. El primer grupo de abandonos (post-terapia) fue debido en un 69,7% a causas no especificadas, en un 18,2 a una decisión propia del paciente, en un 6,1% a una pérdida en el seguimiento, en un 3% a recaídas y en otro 3% a otros motivos distintos a los planteados. En el segundo grupo de abandonos (seguimiento 6 meses después de la intervención), el 10% se debió a una decisión tomada por parte del paciente y en el 90% de los casos se debió a causas no especificadas.

9.2.3. Análisis descriptivo de la muestra inicial y definitiva

Finalmente, los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra inicial y la muestra definitiva analizada se observan en la siguiente tabla.

Tabla 4. Datos variables sociodemográficos: muestra inicial (N=122) y definitiva (N=89)

<i>Variables</i>	<i>Medidas</i>	<i>Muestra Inicial (N=122)</i>	<i>Muestra Definitiva (N=89)</i>
<i>Edad</i>	<i>Media (DT)</i>	27,59 (7,39)	27,93 (7,40)
	<i>Rango</i>	16-47	16-47
	<i>Mediana</i>	27	27
	<i>Rango Intercuartílico (Q3-Q1)</i>	11,25 (32-20,75)	12 (33-21)
<i>Género</i>	<i>Masculino (N)</i>	85	61
	<i>Femenino (N)</i>	37	28
<i>Nivel de Estudios</i>	<i>Primarios Incompletos (N)</i>	17	11
	<i>Primarios Completos (N)</i>	27	17
	<i>Secundarios Incompletos (N)</i>	23	18
	<i>Secundarios Completos (N)</i>	27	21
	<i>Universitarios Incompletos (N)</i>	11	9
	<i>Universitarios Completos (N)</i>	17	13
<i>Situación Laboral</i>	<i>Activo Ocupado (N)</i>	20	16
	<i>Activo Parado(N)</i>	42	25
	<i>Estudiante (N)</i>	20	16
	<i>Ama de Casa (N)</i>	1	1
	<i>Pensionista (N)</i>	11	10
	<i>Incapacidad Laboral (N)</i>	12	10
	<i>Otros (N)</i>	16	11

Tabla 5. Datos variables clínicas (I): muestra inicial (N=122) y definitiva (N=89)

<i>Variables</i>	<i>Medidas</i>	<i>Muestra Inicial (N=122)</i>	<i>Muestra Definitiva (N=89)</i>
<i>DUP (meses)</i>	<i>Media (DT)</i>	6,60 (15,73)	6,63 (16,21)
	<i>Rango</i>	0-123	0-123
	<i>Mediana</i>	1,03	1,03
	<i>Rango Inter cuartilico (Q3-Q1)</i>	5,06 (5,06-0)	6,08 (6,08-0)
<i>PANSS Delirios (P1)</i>	<i>Media (DT)</i>	2,60 (1,41)	2,48 (1,37)
	<i>Rango</i>	1-6	1-6
	<i>Mediana</i>	3	2
	<i>Rango Inter cuartilico (Q3-Q1)</i>	3 (4-1)	2 (3-1)
<i>PANSS Grandiosidad (P5)</i>	<i>Media (DT)</i>	1,61 (1,14)	1,49 (0,97)
	<i>Rango</i>	1-5	1-4
	<i>Mediana</i>	1	1
	<i>Rango Inter cuartilico (Q3-Q1)</i>	1 (2-1)	0 (1-1)
<i>PANSS Suspiciacia (P6)</i>	<i>Media (DT)</i>	2,36 (1,39)	2,38 (1,44)
	<i>Rango</i>	1-6	1-6
	<i>Mediana</i>	2	2
	<i>Rango Inter cuartilico (Q3-Q1)</i>	2 (3-1)	2 (3-1)
<i>PANSS Subescala Positiva</i>	<i>Media (DT)</i>	12,21 (4,15)	11,81 (3,93)
	<i>Rango</i>	7-26	7-23
	<i>Mediana</i>	12	11
	<i>Rango Inter cuartilico (Q3-Q1)</i>	6 (15-9)	5,50 (14-8,50)
<i>PANSS Subescala Negativa</i>	<i>Media (DT)</i>	14,64 (6)	14,54 (6,32)
	<i>Rango</i>	7-32	7-32
	<i>Mediana</i>	13	13
	<i>Rango Inter cuartilico (Q3-Q1)</i>	10,50 (19,50-10)	10 (19-9)
<i>PANSS Subescala Psicopatología General</i>	<i>Media (DT)</i>	27,43 (6,78)	26,66 (6,60)
	<i>Rango</i>	16-44	16-44
<i>PANSS Total</i>	<i>Media (DT)</i>	54,33 (14,31)	53,01 (14,05)
	<i>Rango</i>	30-87	30-83

Tabla 6. Datos variables clínicas (II): muestra inicial (N=122) y definitiva (N=89)

<i>Variables</i>	<i>Medidas</i>	<i>Muestra Inicial (N=122)</i>	<i>Muestra Definitiva (N=89)</i>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i>	<i>Media (DT)</i>	13,78 (9,09)	12,84 (8,03)
	<i>Rango</i>	0-35	0-33
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)</i>	<i>Media (DT)</i>	27,75 (5,77)	27,61 (5,71)
	<i>Rango</i>	13-40	13-40
<i>PSYRATS Delirios Frecuencia Preocupación</i>	<i>Media (DT)</i>	0,93 (1,20)	0,80 (1,20)
	<i>Rango</i>	0-4	0-4
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Intercuartílico (Q3-Q1)</i>	2 (2-0)	1 (1-0)
<i>PSYRATS Delirios. Duración Preocupación</i>	<i>Media (DT)</i>	1 (1,25)	0,84 (1,14)
	<i>Rango</i>	0-4	0-4
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Intercuartílico (Q3-Q1)</i>	2 (2-0)	2 (2-0)
<i>PSYRATS Delirios. Convicción</i>	<i>Media (DT)</i>	1,08 (1,43)	0,98 (1,35)
	<i>Rango</i>	0-4	0-4
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Intercuartílico (Q3-Q1)</i>	2 (2-0)	2 (2-0)
<i>PSYRATS Delirios. Grado Repercusión Emocional</i>	<i>Media (DT)</i>	0,87 (1,21)	0,75 (1,14)
	<i>Rango</i>	0-4	0-4
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Intercuartílico (Q3-Q1)</i>	1,50 (1,50-0)	1 (1-0)
<i>PSYRATS Delirios. Intensidad Repercusión Emocional</i>	<i>Media (DT)</i>	0,83 (1,12)	0,69 (1,02)
	<i>Rango</i>	0-4	0-4
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Intercuartílico (Q3-Q1)</i>	1,50 (1,50-0)	1 (1-0)
<i>PSYRATS Delirios. Interferencia vida cotidiana</i>	<i>Media (DT)</i>	0,72 (0,94)	0,61 (0,87)
	<i>Rango</i>	0-3	0-3
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Intercuartílico (Q3-Q1)</i>	2 (2-0)	1 (1-0)

<i>PSYRATS Delirios Total</i>	<i>Media (DT)</i>	5,43 (6,57)	4,75 (6,13)
	<i>Rango</i>	0-22	0-22
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Inter cuartílico (Q3-Q1)</i>	11 (11-0)	9 (9-0)
<i>PSYRATS Delirios Dimensión Emocional</i>	<i>Media (DT)</i>	3,63 (4,45)	3,08 (4,07)
	<i>Rango</i>	0-16	0-16
	<i>Mediana</i>	0	0
	<i>Rango Inter cuartílico (Q3-Q1)</i>	6'5 (6'5-0)	6 (6-0)

A través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, se comprobó si las variables de estudio cuantitativas seguían una distribución normal, encontrando normalidad en las variables PANSS subescala psicopatología general, PANSS Total, depresión y autoestima, en las cuales se encontró homogeneidad en las varianzas a través de la prueba de Levene. En las restantes variables no se observó normalidad.

Seguidamente se comprobó si existían diferencias significativas entre la muestra inicial de 122 sujetos y la finalmente utilizada de 89 sujetos. Para las variables PANSS subescala psicopatología general, PANSS Total, depresión y autoestima se utilizó la prueba paramétrica T de Student (comparación de medidas independientes); para las variables edad, DUP meses, PANSS subescala positiva, PANSS subescala negativa, ítems frecuencia de la preocupación por el delirio, duración de la preocupación por el delirio, convicción frente al delirio, grado de repercusión emocional del delirio, intensidad de la repercusión emocional del delirio e interferencia en la vida cotidiana del delirio de la escala PSYRATS delirios, PSYRATS delirios total y la variable PSYRATS delirios dimensión emocional se utilizó la prueba no

paramétrica U de Mann-Whitney; y para las variables cualitativas género, nivel de estudios y situación laboral, la prueba Chi Cuadrado.

En relación a esto no se observan diferencias significativas entre la muestra definitiva incorporada al estudio ($n=89$) y los abandonos que finalmente no se incluyeron en el estudio ($n=33$), es decir, ambas muestras, tanto la inicial como la definitiva, son similares. Sucede así tanto en los datos sociodemográficos [edad ($Z= -0,87$; $p= 0,39$), género (Chi Cuadrado= $0,20$; $p= 0,66$), nivel de estudios (Chi Cuadrado= $3,14$; $p=0,68$), situación laboral (Chi Cuadrado= $7,81$; $p=0,25$)] como en las variables clínicas [dup meses ($Z= -3,56$; $p= 0,72$), PANSS subescala positiva ($Z=-1,61$, $p=0,11$), PANSS subescala negativa ($Z=-0,68$, $p=0,49$), PANSS Total ($t=-1,72$, $p=0,09$), Inventario de depresión de Beck ($t=-1,63$, $p=0,11$), Escala de autoestima de Rosenberg ($t=-0,46$, $p=0,65$)], ítem frecuencia de la preocupación por el delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-2,02$, $p=0,44$), ítem duración de la preocupación por el delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-2,10$, $p=0,04$), ítem convicción frente al delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-1,11$, $p=0,27$), ítem grado de repercusión emocional del delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-1,77$, $p=0,08$), ítem intensidad de la repercusión emocional del delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-2,19$, $p=0,03$), ítem interferencia en la vida cotidiana del delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-2,09$, $p=0,04$) y PSYRATS delirios total ($Z=-1,66$, $p=0,10$)] a excepción de las variables clínicas PANSS subescala psicopatología general ($t=-2,14$, $p=0,35$) y PSYRATS delirios dimensiones emocionales ($Z=-2,09$, $p=0,04$), en las que los pacientes que abandonaron el estudio obtienen puntuaciones significativamente más altas que los que sí lo continuaron.

9.3. Instrumentos de Evaluación

- *Cuestionario sociodemográfico y clínico.* Se recogió información básica del paciente tanto sociodemográfica (sexo, edad, nivel de estudios y situación laboral) como clínica (DUP).
- *Escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS)* (Kay y cols, 1987). Fue validada en población española por Peralta y Cuesta en 1992. La PANSS es una entrevista estructurada muy utilizada en la práctica clínica, que evalúa síntomas positivos, negativos y psicopatología general. Dentro de los síntomas positivos la PANSS evalúa los delirios, la desorganización conceptual, el comportamiento alucinatorio, la excitación, la grandiosidad, la suspicacia y la hostilidad que pueda tener el paciente. En cuanto a los síntomas negativos, se analiza el embotamiento afectivo, el retraimiento emocional y social, el contacto pobre, la dificultad de pensamiento abstracto, la ausencia de espontaneidad y de fluidez en la conversación y el pensamiento estereotipado. Y en la psicopatología general se observan las preocupaciones somáticas del paciente, la ansiedad, los sentimientos de culpa, la tensión motora, los manierismos, la depresión, el retraso motor, la falta de colaboración, los contenidos inusuales del pensamiento, la desorientación, la atención deficiente, la ausencia de juicio e insight, los trastornos de la volición, el control deficiente de impulsos, la preocupación y la evitación social activa del paciente.
- *Psychotic Symptoms Rating Scale. PSYRATS* (PSYRATS: Haddock y cols, 1999). Subescala delirios. Esta subescala evalúa 6 dimensiones (cantidad de preocupación sobre el delirio, duración de la preocupación, convicción sobre la idea delirante, cantidad de angustia producida, intensidad de la angustia e interferencia en la vida cotidiana). Dentro de esta escala, hemos creado una

nueva variable como variable dependiente a la cual hemos llamado “PSYRATS delirios dimensión emocional”. El motivo de esta nueva variable es el interés en analizar los aspectos emocionales del delirio no únicamente por separado sino también en su conjunto. Esta nueva variable contiene todas las dimensiones emocionales encontradas dentro de la escala PSYRATS delirios (cantidad y duración de la preocupación sobre el delirio, y cantidad e intensidad de la angustia producida).

- *Inventario para la Depresión de Beck (BDI)*. Esta escala, validada por Sanz y Vázquez en 1998, es autoaplicada y cuenta con 21 ítems que evalúan la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas. Dichos ítems valoran el estado de ánimo del paciente, el pesimismo, los sentimientos de fracaso, la insatisfacción, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el odio a sí mismo, la autoacusación, los impulsos suicidas, los periodos de llanto, la irritabilidad, el aislamiento social, la indecisión, la imagen corporal, la capacidad laboral, los trastornos del sueño, el cansancio, la pérdida de apetito, la pérdida de peso, la hipocondría y la libido del paciente. Una puntuación total de todos los ítems de 0 a 13 indica que no hay depresión o una depresión mínima, de 14 a 19 indica una depresión que oscila de leve a moderada, una puntuación de 20 a 28 sugiere una depresión que va de moderada a grave y una puntuación entre 29 y 63 indica una depresión grave. Con este inventario se evaluó la variable dependiente depresión en este estudio.

- *Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)* (Martín Albó y cols, 2007). La escala consta de 10 ítems que evalúan el nivel de autoestima que tiene el paciente, de entre los cuales 5 son invertidos. La puntuación oscila entre 1 y 4, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. No se

establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el nivel de autoestima según la puntuación obtenida, sin embargo, se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. Con este inventario se evaluó la variable dependiente autoestima.

9.4. Recogida de la información

La evaluación de todos los pacientes se llevó a cabo en tres momentos temporales, administrándose en cada uno de ellos las escalas descritas anteriormente:

- *Evaluación basal previa al inicio del tratamiento* (EMC en el grupo experimental e intervención psicoeducativa en el grupo control).
- *Evaluación post-terapia una vez finalizado el tratamiento* (EMC en el grupo experimental e intervención psicoeducativa en el grupo control).
- *Evaluación de seguimiento realizada a los seis meses de la finalización del tratamiento* (EMC en el grupo experimental e intervención psicoeducativa en el grupo control).

9.5. Programas de Intervención

9.5.1. Entrenamiento Metacognitivo

El programa de EMC ya ha sido explicado previamente en el apartado 6.2 y 6.3., por lo que a continuación daremos unas breves pinceladas a modo de resumen.

El procedimiento que nosotros hemos seguido en este estudio ha sido el original realizado por el mismo Moritz, utilizando el método y materiales

registrados en la página web <http://www.uke.de/mkt>. El programa consistió en ocho sesiones con una duración cada una de 45-60 minutos, finalizándose a los dos meses (una sesión por semana). En nuestro caso, el número de sujetos en cada grupo osciló entre 4 y 8. Las sesiones del programa fueron las siguientes:

- Sesión 1. Acusar y atribuirse el mérito
- Sesión 2. Saltar a las conclusiones (Primera parte)
- Sesión 3. Cambiar creencias
- Sesión 4. Empatizar (Primera parte)
- Sesión 5. Memoria
- Sesión 6. Empatizar (Segunda parte)
- Sesión 7. Saltar a las conclusiones (Segunda parte)
- Sesión 8. Autoestima y estado de ánimo

Al inicio de cada sesión (a excepción de la primera), se llevó a cabo un resumen de los contenidos expuestos en la sesión anterior con el fin de solventar dudas y reforzar el aprendizaje de los puntos clave. Realizado el resumen, se explicaron los aspectos teóricos relativos a la temática correspondiente y, seguidamente, se ilustraron ejemplos prácticos para su completa comprensión, en los cuales los pacientes participaban activamente. Una vez finalizados dichos ejemplos, junto con los pacientes se reflexionó sobre la ineficacia de cada distorsión y se les motivó a cambiar esas formas de pensamiento desadaptativas.

9.5.2. Intervención Psicoeducativa

El grupo control realizó una intervención psicoeducativa, con el mismo número de sesiones que el grupo experimental durante el mismo momento temporal. En las sesiones llevadas a cabo se realizó lo siguiente:

- *Sesión 1. Episodio Psicótico.* Se habló sobre la definición de episodio psicótico y sus repercusiones en la actividad diaria.
- *Sesión 2. Hábitos saludables I: Hábitos tóxicos y medicación.* Se mostraron cuáles eran los hábitos saludables necesarios y se expuso la relación entre los hábitos tóxicos y el uso de la medicación.
- *Sesión 3. Hábitos saludables II: Vulnerabilidad al estrés. Estrategias de manejo del estrés.* Se continuaron exponiendo los hábitos saludables y también se dialogó acerca de la vulnerabilidad al estrés. Además, se mostraron las estrategias de manejo del estrés más apropiadas.
- *Sesión 4. Hábitos saludables III: Estrategias de manejo del estrés.* Se continuaron analizando las estrategias de manejo del estrés apropiadas.
- *Sesión 5. Hábitos saludables IV: Alimentación, actividad física, sueño, sexualidad.* Se explicaron y se solventaron dudas relativas a la alimentación, la actividad física, sueño y sexualidad.
- *Sesión 6. Videoforum película Estigma Social.* Se visionó la película “Estigma Social” de manera que, una vez finalizada la misma, los pacientes pudieron reflexionar abiertamente sobre dicha temática.
- *Sesión 7. Uso del tiempo.* Se dialogó sobre la importancia del tiempo y su buen uso.

- *Sesión 8. Recursos de información laboral y empleo, y de ocio e integración social.* Se comentaron los recursos de formación laboral y de empleo, de ocio y de integración social necesarios.

9.6. Análisis Estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 22.0 del SPSS.

En primer lugar, se comprobó la distribución normal de todas las variables a través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Esta comprobación se realizó para la muestra inicial y para los grupos de estudio (grupo experimental y grupo control). Para las variables que siguieron una distribución normal, se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas (prueba de Levene).

En segundo lugar, se analizó si existían diferencias significativas entre las variables cuantitativas basales de la muestra inicial de 122 sujetos y la definitiva de 89 sujetos. Asimismo, también se analizó la presencia de diferencias significativas basales entre los grupos de estudio en la muestra definitiva. Para las variables que siguieron una distribución normal se utilizó la prueba paramétrica T Student (comparación de medias independientes). Para las variables que no siguieron una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, y para las cualitativas se utilizó la prueba Chi-Cuadrado.

Análisis descriptivo

Primeramente, se describieron todas las variables sociodemográficas y las variables dependientes clínicas del periodo basal. Esta descripción se llevó a

cabo en la muestra inicial y en la muestra definitiva (incluyendo la descripción en cada grupo de estudio).

Por un lado, en las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y frecuencias. Y, por otro lado, las variables cuantitativas se describieron a través de medidas de tendencia central y dispersión: para las variables paramétricas se usaron la media, desviación típica, mínimo y máximo; para las variables no paramétricas se manejó la media y la mediana, y el rango intercuartílico 1 y 3 como medida de dispersión. Además, utilizamos la correlación Pearson para comprobar las relaciones entre las variables.

Comparaciones de grupos

Análisis Intrasujetos

Una vez más, en primer lugar se comprobó la distribución normal de todas las variables para cada grupo a través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Para las variables que siguieron una distribución normal, se volvió a realizar la prueba de homogeneidad de varianzas (prueba de Levene).

Para las variables paramétricas se llevó a cabo un contraste de medias utilizando la prueba t para medidas repetidas mediante comparaciones 2 a 2 (Basal-Post-terapia y Basal-Seguimiento). Para las variables no paramétricas, se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon para 2 muestras relacionadas mediante comparaciones 2 a 2 (Basal-Post-terapia y Basal-Seguimiento).

Análisis Entresujetos

En primer lugar, se calculó las diferencias de medias para cada grupo de estudio. Por un lado, entre las puntuaciones basales y las de post-terapia y, por el otro, entre las puntuaciones basales y las de seguimiento.

Después se siguió el mismo procedimiento anterior comprobando la distribución normal de las diferencias de medias de todas las variables para cada grupo (prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra) y se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas (prueba de Levene) para aquellas que siguieron una distribución normal.

Para las variables paramétricas se llevó a cabo un contraste de medias utilizando la prueba t Student para medidas independientes. Para las variables no paramétricas, se utilizó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney para 2 muestras independientes.

Análisis Entresujetos: Sesión 8

La muestra perteneciente al grupo experimental fue dividida a su vez en dos grupos (aquellos que participaron en la sesión 8 del programa del EMC y aquellos que no participaron). Ante estos dos nuevos grupos, se comprobó la distribución normal de todas las variables para cada grupo a través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra y se llevó a cabo la prueba de homogeneidad de varianzas (prueba de Levene) para aquellas que siguieron una distribución normal. Seguidamente se compararon las diferencias de medias basal-post-terapia y basal-seguimiento mediante la prueba t de Student para las variables paramétricas y mediante la U Mann-Whitney en las variables no paramétricas.

Posteriormente, debido a la variabilidad de asistencia a las sesiones del EMC, se controlaron los resultados a través de una covariable (número de sesiones asistidas). Con este objetivo se realizó un análisis de la covarianza (ANCOVA) para todas las variables dependientes con la finalidad de contrastar las medias entre ambos grupos en los diferentes momentos temporales (post-terapia y seguimiento).

10. RESULTADOS

Los resultados se presentarán de la siguiente manera:

En primer lugar, dentro de la muestra definitiva se volverán a analizar los datos sociodemográficos y clínicos de manera descriptiva, separando los datos por grupos de estudios (experimental y control). Los datos clínicos a describir serán medidas estándar de psicopatología, no relacionadas directamente con el objetivo de esta tesis, y medidas relativas a los procesos emocionales y los delirios, objeto de esta tesis.

En segundo lugar, se estudiará la prevalencia de todas las variables dependientes relativas a los procesos emocionales y los delirios incluidas en el estudio, así como la relación entre ellas.

En tercer lugar, se examinarán los efectos de ambas terapias en los procesos emocionales de interés y dimensiones de los delirios comparando los datos basales con los datos de post-terapia y de nuevo los datos basales con los obtenidos en el seguimiento a 6 meses.

En cuarto lugar se compararán entre sí los resultados obtenidos en dichos aspectos en los dos grupos de estudio, analizando sus diferencias en el momento temporal posterior a la terapia y en el seguimiento a 6 meses.

Y en último lugar, dentro del grupo experimental se contrastarán las diferencias en los resultados en los procesos emocionales y dimensiones de los

delirios entre los sujetos que asistieron al módulo 8 del programa de EMC y aquellos que no asistieron.

10.1. Análisis descriptivo de la muestra definitiva por grupos

Los pacientes reclutados fueron aleatorizados al EMC (grupo experimental, n=48) y a la intervención psicoeducativa (grupo control, n=41). Los análisis descriptivos de ambos grupos se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 7. Datos variables sociodemográficas en ambos grupos (N=89)

<i>Variables</i>	<i>Medidas</i>	<i>Grupo de Estudio</i>	<i>Muestra Definitiva (N=89)</i>
<i>Edad</i>	<i>Media (DT)</i>	Experimental (N=48)	27,25 (7,76)
		Control (N=41)	27,3 (6,96)
	<i>Mediana (Q1-Q3)</i>	Experimental (N=48)	26 (20-32)
		Control (N=41)	29 (34,50-23,50)
<i>Género</i>	<i>Masculino (N)</i>	Experimental (N=48)	32
		Control (N=41)	29
	<i>Femenino (N)</i>	Experimental (N=48)	16
		Control (N=41)	12
<i>Nivel de Estudios</i>	<i>Primarios Incompletos (N)</i>	Experimental (N=48)	7
		Control (N=41)	4
	<i>Primarios Completos (N)</i>	Experimental (N=48)	9
		Control (N=41)	8
	<i>Secundarios Incompletos (N)</i>	Experimental (N=48)	9
		Control (N=41)	9
	<i>Secundarios Completos (N)</i>	Experimental (N=48)	12
		Control (N=41)	9
	<i>Universitarios Incompletos (N)</i>	Experimental (N=48)	4
		Control (N=41)	5
	<i>Universitarios Completos (N)</i>	Experimental (N=48)	7
		Control (N=41)	6

<i>Situación Laboral</i>	<i>Activo Ocupado (N)</i>	Experimental (N=48)	11
		Control (N=41)	5
	<i>Activo Parado (N)</i>	Experimental (N=48)	13
		Control (N=41)	12
	<i>Estudiante (N)</i>	Experimental (N=48)	10
		Control (N=41)	6
	<i>Ama de Casa (N)</i>	Experimental (N=48)	1
		Control (N=41)	0
	<i>Pensionista (N)</i>	Experimental (N=48)	4
		Control (N=41)	6
	<i>Incapacidad Laboral (N)</i>	Experimental (N=48)	6
		Control (N=41)	4
	<i>Otros (N)</i>	Experimental (N=48)	3
		Control (N=41)	8

Tabla 8. Datos variables clínicas (I) en ambos grupos (N=89)

<i>Variables</i>	<i>Medidas</i>	<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Muestra Definitiva (N=89)</i>
<i>DUP (meses)</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	7,38 (19,15)
		Control (N=41)	5,80 (12,42)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=48)	2,57 (6,28)
		Control (N=41)	0,47 (4,05)
<i>PANSS Delirios (P1)</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	2,38 (1,27)
		Control (N=41)	2,61 (1,48)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	2 (2)
		Control (N=57)	3 (3)
<i>PANSS Grandiosidad (P5)</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	1,56 (1,03)
		Control (N=41)	1,41 (0,89)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	1 (0,75)
		Control (N=57)	1 (0)

<i>PANSS Susplicacia (P6)</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	2,35 (1,38)
		Control (N=41)	2,41 (1,53)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	2 (2)
		Control (N=57)	2 (3)
<i>PANSS Subescala Positiva</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	11,77 (3,99)
		Control (N=41)	11,85 (3,91)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=48)	11 (5)
		Control (N=41)	12 (6,50)
<i>PANSS Subescala Negativa</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	14,27 (6,81)
		Control (N=41)	14,85 (5,75)
<i>PANSS Subescala Psicopatología General</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	27,38 (7,37)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=48)	25,50 (11,75)
		Control (N=41)	25,83 (5,55)
<i>PANSS Total</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	53,42 (15,47)
		Control (N=41)	52,54 (12,36)

Tabla 9. Datos variables clínicas (II) en ambos grupos (N=89)

<i>Variables</i>	<i>Medidas</i>	<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Muestra Definitiva (N=89)</i>
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	11,54 (8,14)
		Control (N=41)	14,37 (7,72)
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	27,71 (5,96)
		Control (N=41)	27,49 (5,48)
<i>PSYRATS Delirios. Frecuencia Preocupación</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	0,77 (1,10)
		Control (N=41)	0,83 (1,16)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	0 (1)
		Control (N=57)	0 (1,50)

<i>PSYRATS Delirios. Duración Preocupación</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	0,81 (1,07)
		Control (N=41)	0,88 (1,23)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	0 (1,75)
		Control (N=57)	0 (2)
<i>PSYRATS Delirios. Convicción</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	0,96 (1,35)
		Control (N=41)	1 (1,36)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	0 (2)
		Control (N=57)	0 (2)
<i>PSYRATS Delirios. Grado Repercusión Emocional</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	0,54 (0,82)
		Control (N=41)	1 (1,40)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	0 (1)
		Control (N=57)	0 (2)
<i>PSYRATS Delirios. Intensidad Repercusión Emocional</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	0,52 (0,77)
		Control (N=41)	0,88 (1,23)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	0 (1)
		Control (N=57)	0 (2)
<i>PSYRATS Delirios. Interferencia vida cotidiana</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	0,50 (0,77)
		Control (N=41)	0,73 (0,98)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=65)	0 (1)
		Control (N=57)	0 (2)
<i>PSYRATS Delirios Total</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	4,14 (5,18)
		Control (N=41)	5,42 (7,04)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=48)	0 (9)
		Control (N=41)	0 (11,25)
<i>PSYRATS Delirios Dimensión emocional</i>	Media (DT)	Experimental (N=48)	2,65 (3,33)
		Control (N=41)	3,59 (4,78)
	Mediana (Rango Intercuartílico)	Experimental (N=48)	0 (5)
		Control (N=41)	0 (7,5)

A través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra comprobamos para cada grupo si las variables de estudio

cuantitativas seguían una distribución normal, encontrando normalidad en las variables PANSS subescala negativa, PANSS Total, depresión y autoestima. A través de la prueba de Levene, se vio que las varianzas eran homogéneas. En el resto de variables no se observó normalidad.

Seguidamente comprobamos si existían diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Para las variables PANSS subescala negativa, PANSS Total, depresión y autoestima se utilizó la prueba paramétrica T de Student (comparación de medidas independientes). Para las variables edad, DUP meses, PANSS subescala positiva, PANSS subescala psicopatología general, ítems frecuencia de la preocupación por el delirio, duración de la preocupación por el delirio, convicción frente al delirio, grado de repercusión emocional del delirio, intensidad de la repercusión emocional del delirio e interferencia en la vida cotidiana del delirio de la escala PSYRATS delirios, PSYRATS delirios total y la variable PSYRATS delirios dimensión emocional, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Y para las variables cualitativas género, nivel de estudios y situación laboral, la prueba Chi Cuadrado.

Con respecto a ello, ambos grupos de estudio (grupo experimental y grupo control) resultaron equivalentes en todas las variables sociodemográficas [edad ($Z = -1,12$; $p = 0,26$), género (Chi Cuadrado = $0,17$; $p = 0,68$), nivel de estudios (Chi Cuadrado = $0,95$; $p = 0,97$), situación laboral (Chi Cuadrado = $6,86$; $p = 0,34$)] y también en todas las variables clínicas [dup meses ($Z = -1,286$; $p = 0,20$), PANSS subescala positiva ($Z = -0,17$, $p = 0,87$), PANSS subescala negativa ($t = 0,43$, $p = 0,67$), PANSS subescala psicopatología general ($Z = -0,70$, $p = 0,48$), PANSS Total ($t = -0,30$, $p = 0,77$), Inventario de depresión de Beck ($t = 1,67$,

$p=0,10$), Escala de autoestima de Rosenberg ($t=-0,18$, $p=0,86$), ítem frecuencia de la preocupación por el delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-0,09$, $p=0,93$), ítem duración de la preocupación por el delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=0,00$, $p=1,00$), ítem convicción frente al delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-0,03$, $p=0,97$), ítem grado de repercusión emocional del delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-1,10$, $p=0,27$), ítem intensidad de la repercusión emocional del delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-0,99$, $p=0,32$), ítem interferencia en la vida cotidiana del delirio de la escala PSYRATS delirios ($Z=-0,47$, $p=0,63$), PSYRATS delirios total ($Z=-0,472$, $p=0,64$) y PSYRATS delirios dimensión emocional ($Z=-0,52$, $p=0,60$)]. Es decir, resultaron comparables entre sí.

10.2. Procesos emocionales

10.2.1. Prevalencia de los síntomas depresivos

Se midió la sintomatología depresiva con el inventario de depresión de Beck (BDI-II). Las puntuaciones de corte que estableció Beck permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. En la Tabla 10 y el gráfico 3 se presentan los resultados del análisis de porcentajes y frecuencias (% , N). Resulta destacable que el 44,9% de la muestra de pacientes con primeros episodios psicóticos presenta síntomas depresivos leves-moderados y que un 4,5% presenta síntomas graves.

Tabla 10. Niveles basales de los síntomas depresivos en la muestra definitiva (N=89)

<u>Síntomas Depresivos</u>	<u>Mínima Depresión</u> (%, N)	<u>Depresión Leve-Moderada</u> (%, N)	<u>Depresión Moderada-Grave</u> (%, N)	<u>Depresión Grave</u> (%, N)
<i>Muestra Definitiva (N=89)</i>	34,8 (31)	44,9 (40)	15,7 (14)	4,5 (4)

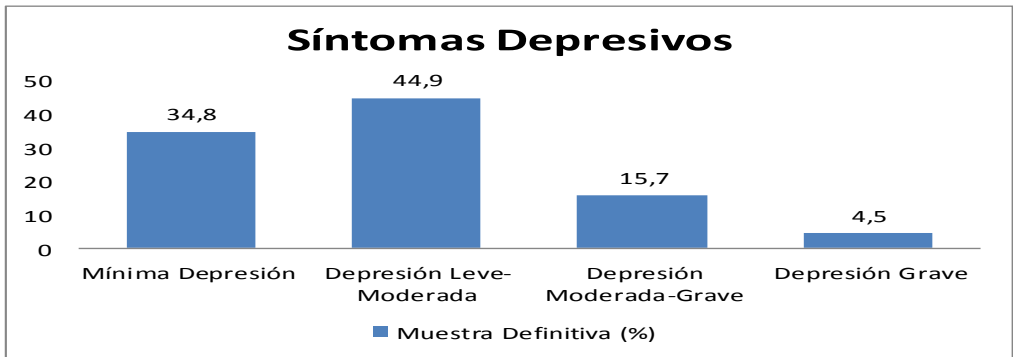


Gráfico 3. Porcentajes basales de los síntomas depresivos en la muestra definitiva (N=89)

Además, se observó si de entrada existía alguna relación entre las puntuaciones altas en depresión y el resto de variables objeto de estudio (ver tablas 11 y 12). A través de la correlación de Pearson, encontramos una relación significativa y negativa con la autoestima y significativa y positiva con todas las dimensiones de los delirios. Es decir, hallamos que los pacientes con mayores niveles de depresión tienen una autoestima más negativa que los pacientes con menor depresión, y viceversa. Respecto a las dimensiones de los delirios, observamos que, cuando los niveles de depresión son elevados, la cantidad y duración de la preocupación delirante, la convicción frente al delirio, la cantidad e intensidad de angustia respecto al delirio y la interferencia con su vida cotidiana son mayores que en aquellos sujetos en los que los niveles de depresión son bajos. Lo mismo sucede a la inversa.

Tabla 11. Correlación entre Depresión y Autoestima

		<i>Autoestima (Basal)</i>
<i>Depresión (Basal)</i>	Correlación de Pearson	-,627 ^{**}
	Sig. (bilateral)	0,00^{**}

** p ≤ 0,01 ; * 0,05 ≤ p > 0,01

Tabla 12. Correlación entre Depresión y PSYRATS Delirios

		<i>PSYRATS Delirios (Basal)</i>							
		<i>Frec.</i>	<i>Durac</i>	<i>Convic</i>	<i>Grado. Rep. Emoc</i>	<i>Int Rep. Emoc</i>	<i>Interf vida</i>	<i>Tot.</i>	<i>Dim. Emoc.</i>
<i>Depresión (Basal)</i>	C. Pearson	,285	,309	,345	,491	,502	,385	,425	,428
	Sig.	0,01^{**}	0,00^{**}	0,00^{**}	0,00^{**}	0,00^{**}	0,00^{**}	0,00^{**}	0,00^{**}

** p ≤ 0,01 ; * 0,05 ≤ p > 0,01

10.2.2. Autoestima

La autoestima fue medida con la escala de autoestima de Rosenberg. Teniendo en cuenta que los valores oscilan entre 10 y 40, siendo 10 la autoestima más baja y 40 la más alta, se observa que la muestra basal definitiva presenta unos niveles medios de autoestima de 27,61 (DT= 5,71).

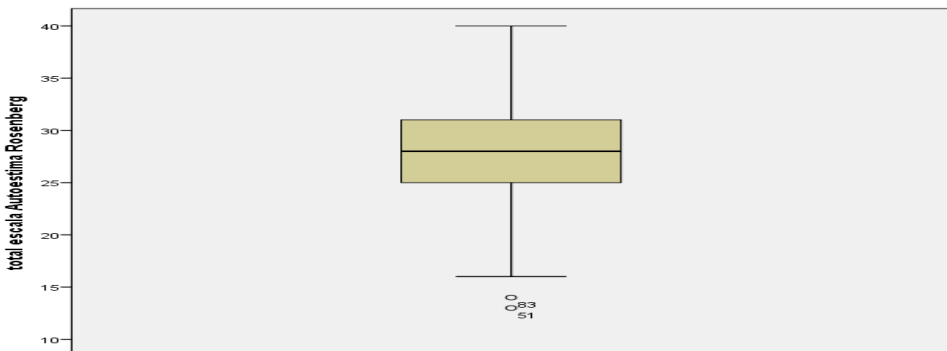


Gráfico 4. Diagrama de cajas y bigotes Autoestima basal (N=89)

Como se aprecia en el gráfico, el 50% de los casos centrales se encuentran entre las puntuaciones 24,50 y 31. Observamos dos casos atípicos extremos por debajo de 24,50 que no corresponden al rango intercuartílico. Es decir, estos dos sujetos presentan puntuaciones muy por debajo con respecto al resto de sujetos.

En el estudio de los resultados también se ha tenido en cuenta un análisis de los factores que componen la escala de autoestima de Rosenberg. Encontramos dos factores: autoestima positiva, relativa a la satisfacción personal (correspondiente a 5 ítems) y autoestima negativa, relativa a la devaluación que realiza cada uno de sí mismo (correspondiente a otros 5 ítems) (Huang y Dong, 2012). Si se computa cada uno de ellos por separado, se aprecia que, en general, los sujetos del estudio poseen una valoración de sí mismos más positiva que negativa. Frente a los ítems que mencionaban sentirse satisfechos consigo mismos, ser una persona de valía, tener buenas cualidades, tener una actitud positiva hacia uno mismo y ser capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría, el 89,9% de los sujetos estaban de acuerdo o muy de acuerdo; frente a los ítems con valoración negativa, en los que se mencionaba sentirse inútil, sin respeto hacia uno mismo, con sentimientos de fracaso, sin ningún aspecto por el que sentirse orgulloso y con pensamientos de falta de valía hacia uno mismo, un porcentaje menor estaba de acuerdo o muy de acuerdo (18%). Veámoslo en la siguiente tabla.

Tabla 13. Valoración positiva y negativa de la autoestima basal (N=89)

	<u>Autoestima Valoración Positiva</u> <u>(%,N)</u>	<u>Autoestima Valoración Negativa</u> <u>(%,N)</u>
<i>Muy de acuerdo</i>	32,6 (29)	3,4 (3)
<i>De acuerdo</i>	57,3 (51)	14,6 (13)
<i>En desacuerdo</i>	10,1 (9)	59,6 (53)
<i>Muy en desacuerdo</i>	0 (0)	22,5 (20)

Como en el caso anterior, también se ha tratado de averiguar si existe alguna relación entre la baja autoestima y el resto de variables objeto de estudio a través de la correlación de Pearson. Como hemos visto, existe una correlación significativa y negativa entre la autoestima y la depresión ($r=-0,627$, $p=0,00$), lo cual nos indica que los sujetos con menor autoestima tienen una mayor depresión respecto a los sujetos con una autoestima mayor (ver tabla 11). En cuanto a las dimensiones de los delirios, observamos que existe una relación significativa y negativa entre la autoestima y las dimensiones del delirio. En concreto, los sujetos con más baja autoestima se preocupan con mayor frecuencia y duración por sus delirios y la cantidad e intensidad de su angustia es mayor que en aquellos sujetos con una autoestima más alta. Lo mismo sucede a la inversa. Destaca que la relación entre la autoestima y las dimensiones de los delirios se da principalmente en las dimensiones emocionales. Su relación con el ítem convicción delirante e interferencia en la vida cotidiana no es significativa, aunque sí presenta una tendencia a la significación (ver tabla 14).

Tabla 14. Correlación entre Autoestima y PSYRATS Delirios

		<i>PSYRATS Delirios (Basal)</i>							
		<i>Frec.</i>	<i>Durac</i>	<i>Convic</i>	<i>Grado. Rep. Emoc</i>	<i>Int Rep. Emoc</i>	<i>Interf Vida</i>	<i>Tot.</i>	<i>Dim. Emoc.</i>
<i>Autoestima (Basal)</i>	C. Pearson	-0,236	-0,298	-0,19	-0,273	-0,318	-0,193	-0,283	-0,305
	Sig.	0,03*	0,01**	0,08	0,01**	0,00**	0,07	0,01**	0,00**

** $p \leq 0,01$; * $0,05 \leq p < 0,1$

10.2.3. Dimensiones de los delirios

Se ha optado por un abordaje dimensional de los delirios a través de la escala PSYRATS Delirios debido a que, de manera general, aporta una mayor información emocional que el ítem delirios de la escala PANSS. Además, como ya hemos descrito previamente, se han aislado los ítems relativos a la emoción en una única variable con el mismo fin.

Las puntuaciones de la escala PSYRATS Delirios oscilan entre 0 y 24 (puntuación entre 0 y 4 para cada ítem). La puntuación media en la muestra utilizada finalmente (N=89) es de 4,75 (DT=6,13), oscilando cada ítem entre 0,61 y 0,98. En cuanto a la variable creada sobre los aspectos emocionales (PSYRATS delirios dimensión emocional), las puntuaciones oscilan entre 0 y 16, habiéndose obtenido una media de 3,08 (DT=4,07). Los resultados de todas las dimensiones de los delirios se presentan en los gráficos siguientes, aportando también la dispersión de los datos.

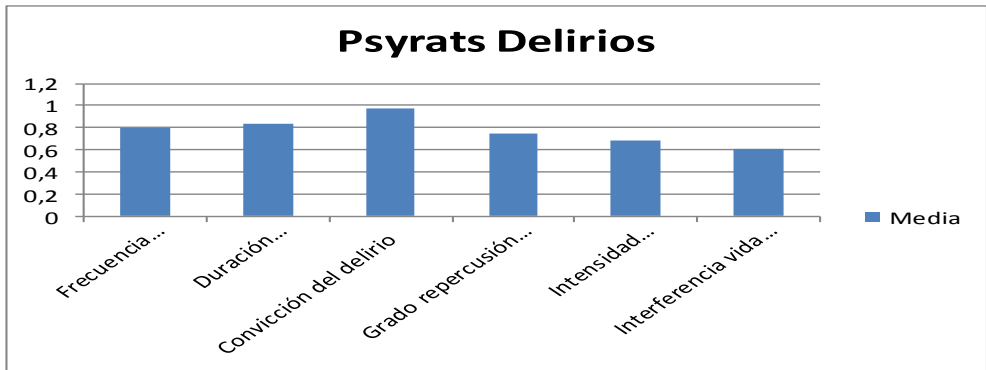


Gráfico 5. Puntuaciones medias basales de las dimensiones de los delirios

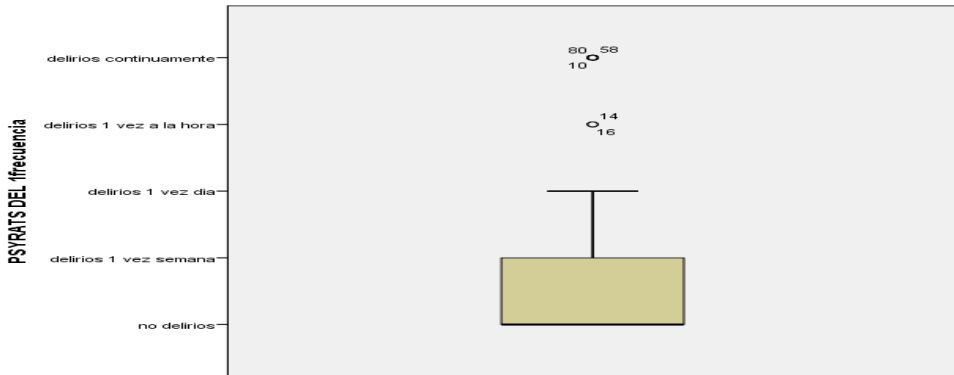


Gráfico 6. Diagrama de cajas y bigotes de la frecuencia de los delirios de la escala PSYRATS Delirios en la muestra definitiva (N=89)

En el gráfico 6, observamos que el 75% de los casos afirman no pensar en sus delirios o, como máximo, pensar en ellos una vez por semana; de hecho, de este 75%, el 50% inferior refiere no pensar en sus delirios. El 25% de los casos superiores menciona pensar en sus delirios una vez al día. Fuera del rango normal, observamos 5 sujetos con puntuaciones atípicamente altas, de los cuales un sujeto refiere pensar en sus delirios una vez cada hora y 4, piensan en ellos constantemente.

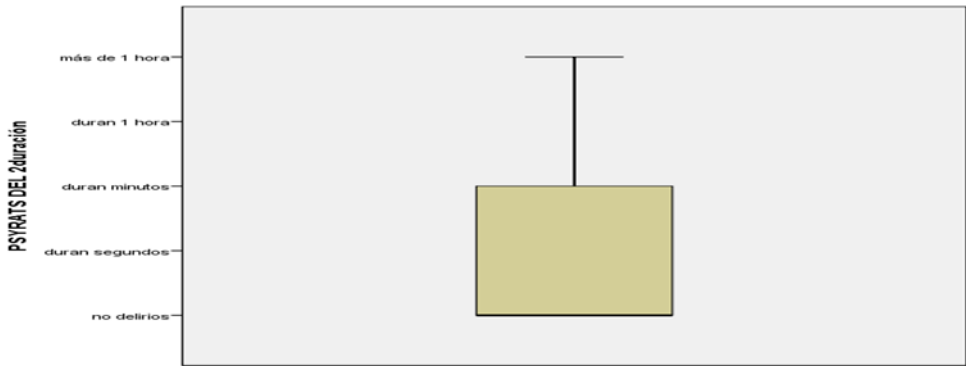


Gráfico 7. Diagrama de cajas y bigotes de la duración de la preocupación de los delirios de la escala PSYRATS Delirios en la muestra definitiva (N=89)

En el gráfico 7, el 75% de los sujetos afirman que los pensamientos sobre sus creencias duran como máximo unos minutos. De este 75%, el 50% inferior sencillamente no refiere presentar delirios actualmente. El 25% de los casos superiores señalan que sus delirios duran más de una hora.

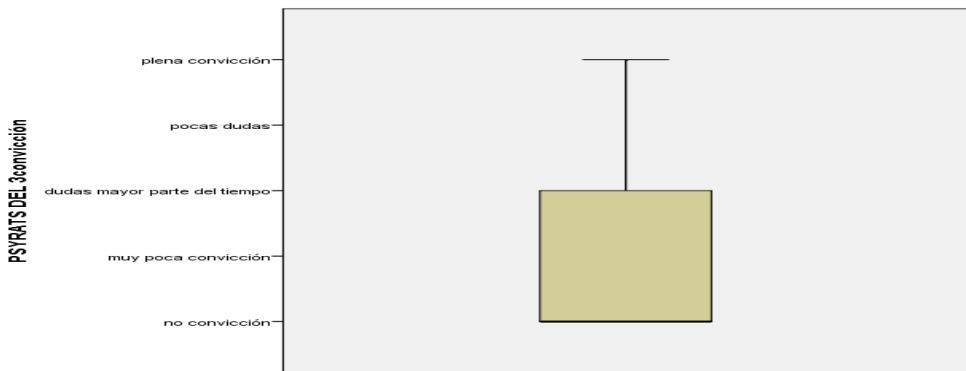


Gráfico 8. Diagrama de cajas y bigotes de la convicción de los delirios de la escala PSYRATS Delirios en la muestra definitiva (N=89)

Respecto al gráfico 8, el 75% de los sujetos afirman no estar convencidos de sus creencias, tener muy poca convicción sobre la realidad de éstas o tener algunas dudas al respecto. De este 75%, el 50% inferior directamente afirma no tener ninguna convicción al respecto.

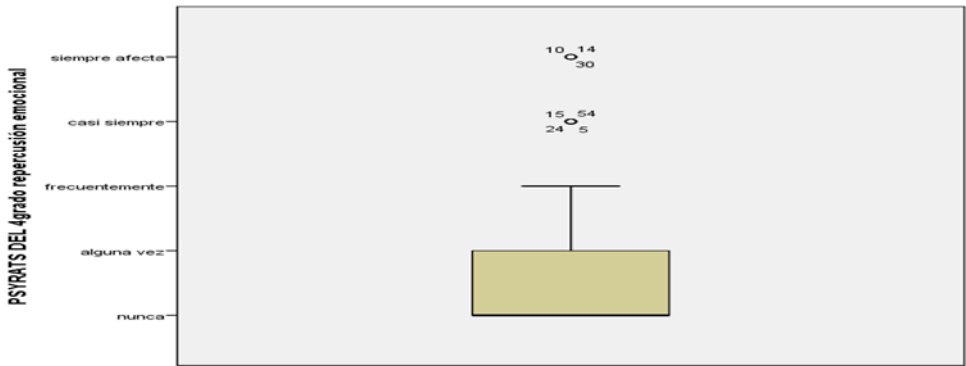


Gráfico 9. Diagrama de cajas y bigotes del grado de repercusión emocional de los delirios de la escala PSYRATS Delirios en la muestra definitiva (N=89)

En el gráfico 9, observamos que el 75% de los casos afirman que sus creencias no les provocan angustia o les provocan alguna vez angustia; de hecho, de este 75%, el 50% inferior refiere que sus delirios no le producen angustia. El 25% de los casos superiores señalan que les producen angustia frecuentemente. Por otro lado, observamos también 7 sujetos con puntuaciones atípicamente altas, a los que las creencias les producen angustia casi siempre (4 sujetos) o siempre (3 sujetos).

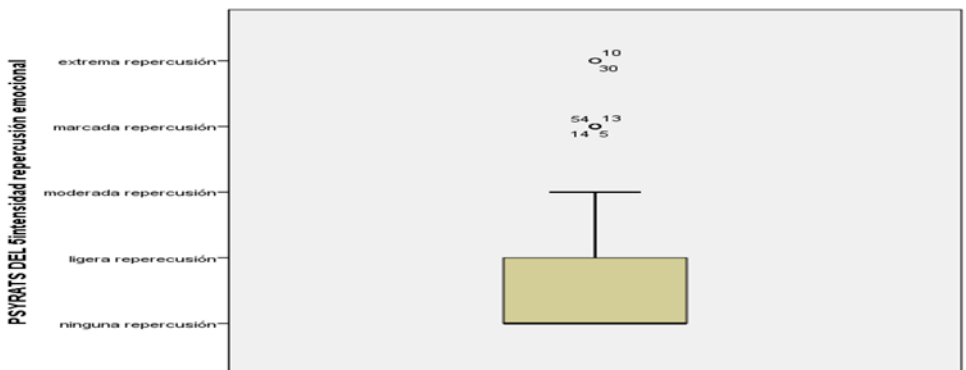


Gráfico 10. Diagrama de cajas y bigotes de la intensidad de la repercusión emocional de los delirios de la escala PSYRATS Delirios en la muestra definitiva (N=89)

En el gráfico 10, el 75% de los sujetos refieren que los delirios no les producen ninguna repercusión emocional (angustia) o de manera ligera. De este 75%, el 50% de los casos inferiores mencionan no producirles ninguna repercusión emocional y al 25% de los casos superiores les produce una angustia moderada. Fuera del rango normal, observamos que 6 sujetos presentan puntuaciones atípicamente altas, entre los que 4 sujetos cuentan con una marcada repercusión emocional y 2 una repercusión emocional extrema.

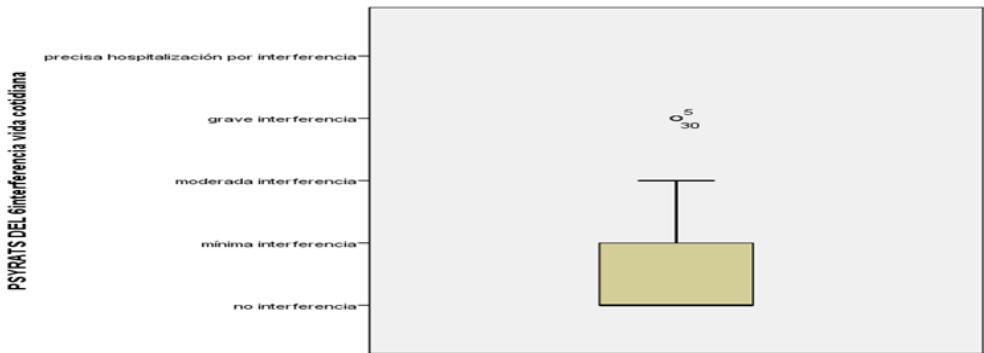


Gráfico 11. Dispersión y simetría de la interferencia con la vida cotidiana de los delirios de la escala PSYRATS Delirios en la muestra definitiva (N=89)

En el gráfico 11, vemos que en el 75% de los sujetos los delirios tienen una mínima interferencia en sus vidas cotidianas o no tienen ninguna interferencia. Dentro de este 75%, el 50% inferior afirma directamente que sus delirios no interfieren con su vida. El 25% de los casos superiores sí refieren que sus creencias interfieren con su vida cotidiana de una manera moderada. Además, se visualizan 2 sujetos con puntuaciones extremadamente altas, los cuales señalan que sus delirios interfieren gravemente en sus vidas cotidianas.

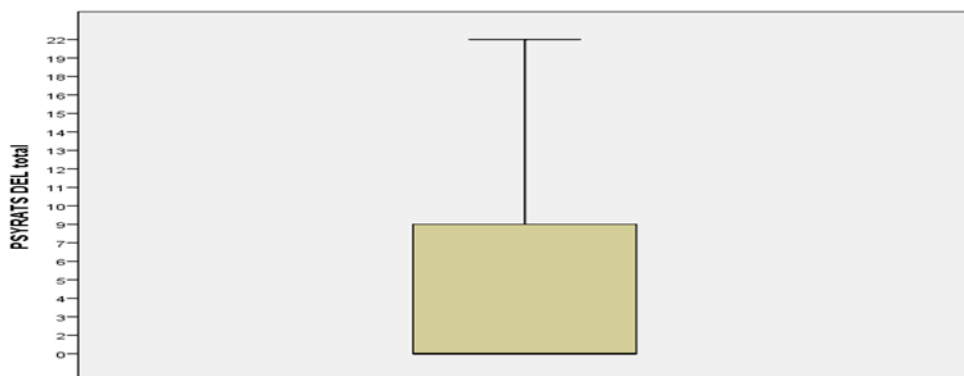


Gráfico 12. Dispersión y simetría de las puntuaciones basales de la escala PSYRATS Delirios total en la muestra definitiva (N=89)

Por lo que respecta al gráfico 12, el 75% de los sujetos se encuentran entre las puntuaciones 0 y 9. De este 75%, el 50% inferior tiene puntuaciones de 0. El 25% de los casos superiores presentan puntuaciones que oscilan entre 9 y 22, siendo 24 la puntuación máxima posible.

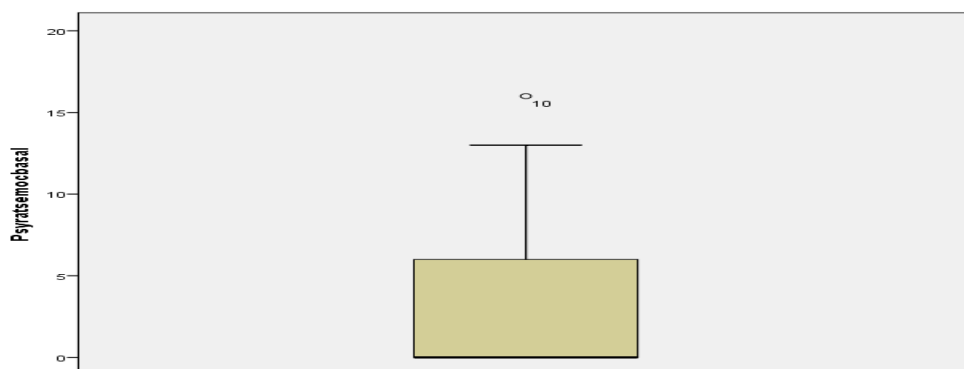


Gráfico 13. Dispersión y simetría de las puntuaciones basales de la escala PSYRATS Delirios dimensión emocional en la muestra definitiva (N=89)

En cuanto al gráfico 13, el 75% de los sujetos se localizan entre las puntuaciones 0 y 6. Dentro de este 75%, el 50% inferior presenta puntuaciones de 0. Por su parte, el 25% superior cuenta con puntuaciones entre 6 y 13,

siendo 16 la puntuación máxima posible. Además, encontramos un sujeto con una puntuación atípicamente alta, fuera del rango intercuartílico.

10.3. Efecto de la terapia en cada grupo

A través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov, se comprobó la distribución de normalidad de las variables objeto de estudio (depresión, autoestima, ítems frecuencia y duración de la preocupación delirante, convicción del delirio, grado e intensidad de la repercusión emocional e interferencia en la vida cotidiana de la escala PSYRATS delirios, puntuación total de la misma escala y variable PSYRATS delirios dimensión emocional), con el resultado de que sólo 2 siguieron una distribución normal (depresión y autoestima). Para ellas se comprobó que las varianzas eran homogéneas a través de la prueba de Levene. Para la depresión y la autoestima se llevó a cabo un contraste de medias con la prueba t para medidas repetidas, mediante comparaciones dos a dos (basal-post-terapia y basal-seguimiento) y en el resto de variables se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para dos muestras relacionadas mediante comparaciones dos a dos (basal-post-terapia y basal-seguimiento).

10.3.1. Grupo Experimental o EMC

Por lo que respecta a los resultados hallados tras la comparación basal-post-terapia, no se observan resultados significativos para ninguna de las variables analizadas (depresión, autoestima, escala PSYRATS delirios y PSYRATS delirios dimensión emocional).

En cuanto a los resultados encontrados tras la comparación basal-seguimiento, se muestran resultados significativos en la variable depresión ($t=2,16$; $p=0,04$), en la variable autoestima ($t=-2,35$; $p=0,02$), en la frecuencia de la preocupación por los delirios ($Z=-2,14$; $p=0,03$), en la duración de la preocupación de los delirios ($Z=-2,07$; $p=0,04$) y en la convicción de los delirios ($t=-2,98$; $p=0,00$). Para el resto de variables dependientes analizadas no se han encontrado diferencias significativas (ítems grado e intensidad de la repercusión emocional e interferencia en la vida cotidiana, puntuación total de la escala PSYRATS delirios y variable PSYRATS delirios dimensión emocional). Estos datos quedan plasmados en la tabla 15 y en los gráficos siguientes:

Tabla 15. Diferencias en las variables de estudio dentro del grupo EMC en los diferentes momentos temporales

<i>Entrenamiento Metacognitivo</i>					
	<i>Basal</i>	<i>Post-Terapia</i>	<i>Dif. Intrasujetos con Pre (p)</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Dif. Intrasujetos con Pre (p)</i>
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)	
<i>Depresión (BDI-II)</i>	11,54 (8,14)	12,23 (9,48)	0,608	9,52 (8,51)	0,041*
<i>Autoestima (RSE)</i>	27,71 (5,96)	27,69 (6,20)	0,974	29,20 (5,56)	0,024*
<i>*PSY. DEL. Frecuencia</i>	0,77 (1,10)	0,58 (0,94)	0,199	0,35 (0,80)	0,032*
<i>*PSY. DEL. Duración</i>	0,81 (1,07)	0,67 (1,02)	0,393	0,40 (0,78)	0,039*
<i>*PSY. DEL. Convicción</i>	0,96 (1,35)	0,69 (1,22)	0,122	0,40 (0,87)	0,003**

<i>*PSY. DEL. Grado Repercusión Emocional</i>	0,54 (0,82)	0,58 (1,05)	0,935	0,48 (1,01)	0,689
<i>*PSY. DEL. Intensidad Repercusión Emocional</i>	0,52 (0,77)	0,50 (0,90)	0,856	0,45 (0,93)	0,712
<i>*PSY. DEL. Interferencia Vida Cotidiana</i>	0,50 (0,77)	0,42 (0,79)	0,470	0,40 (0,87)	0,590
<i>*PSY. DEL. Total</i>	4,14 (5,18)	3,44 (5,33)	0,506	2,48 (4,83)	0,127
<i>*PSY. DEL. Dimensiones emocionales</i>	2,65 (3,33)	2,33 (3,57)	0,400	1,68 (3,35)	0,120

*análisis realizados con la prueba no paramétrica Wilcoxon.

** $p \leq 0,01$; * $0,05 \leq p < 0,1$

Variables con resultados significativos:

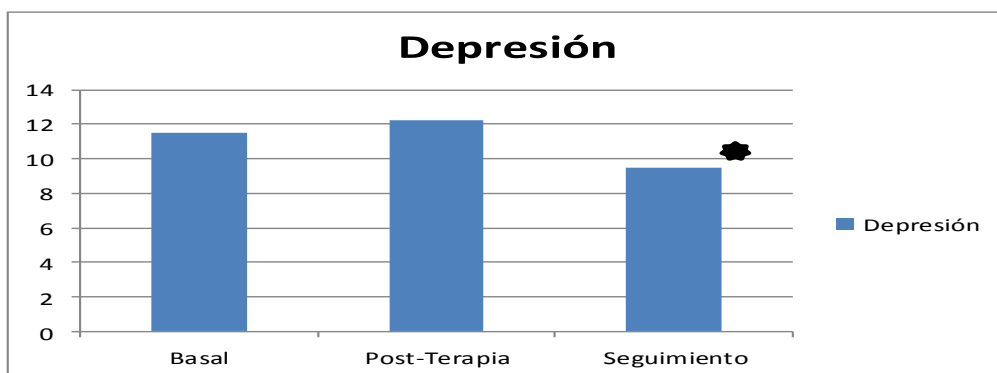


Gráfico 14. Puntuaciones medias de los síntomas depresivos en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

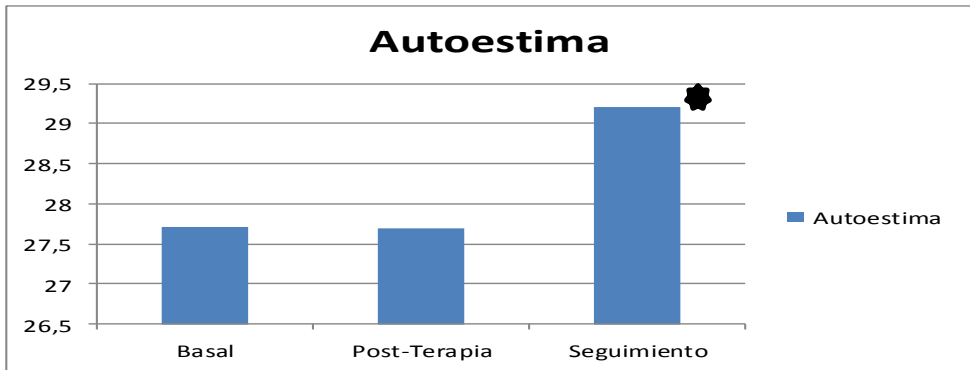


Gráfico 15. Puntuaciones medias de la autoestima en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

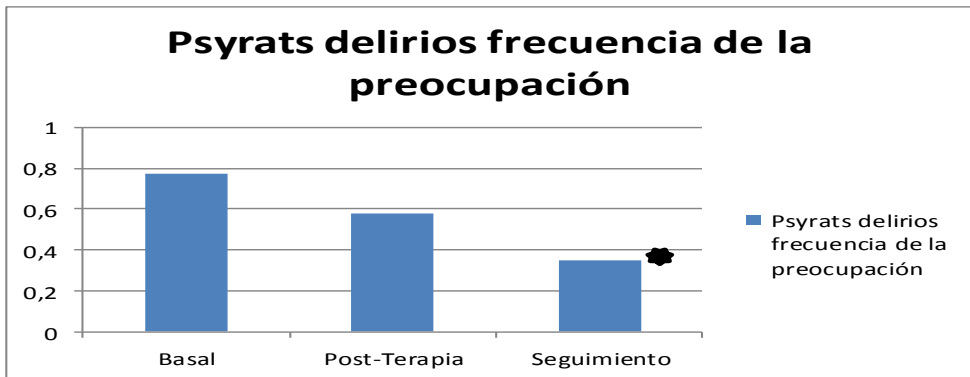


Gráfico 16. Puntuaciones medias del ítem frecuencia de la preocupación por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

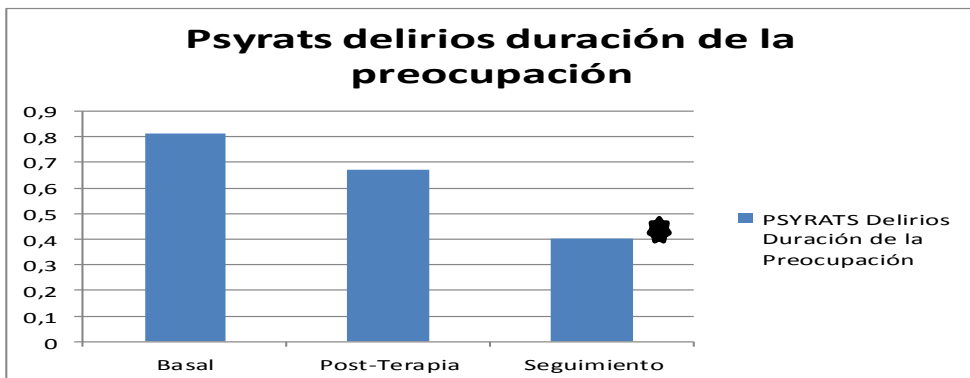


Gráfico 17. Puntuaciones medias del ítem duración de la preocupación por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

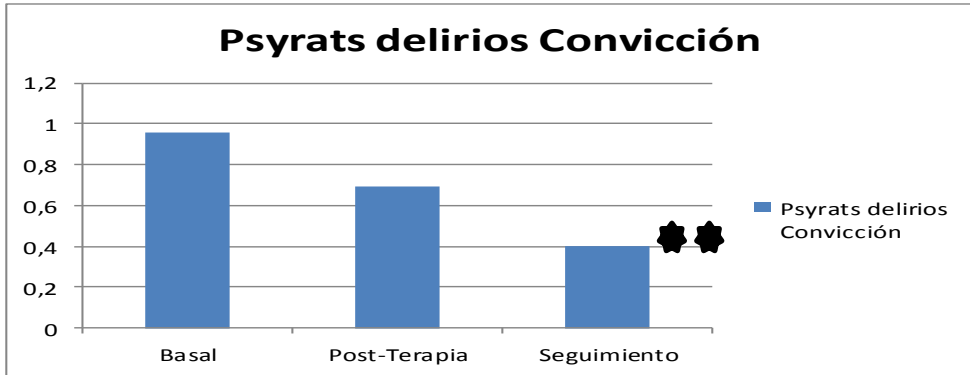


Gráfico 18. Puntuaciones medias de la convicción frente al delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

Variables con resultados no significativos:



Gráfico 19. Puntuaciones medias del grado de repercusión emocional por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

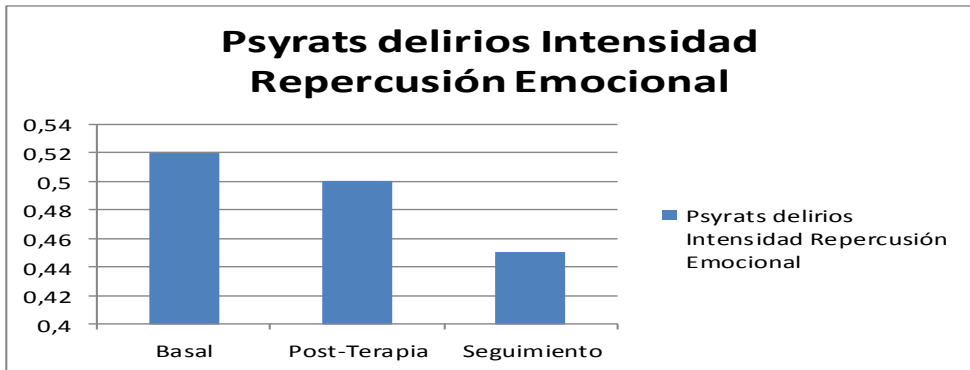


Gráfico 20. Puntuaciones medias de la intensidad de la repercusión emocional por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

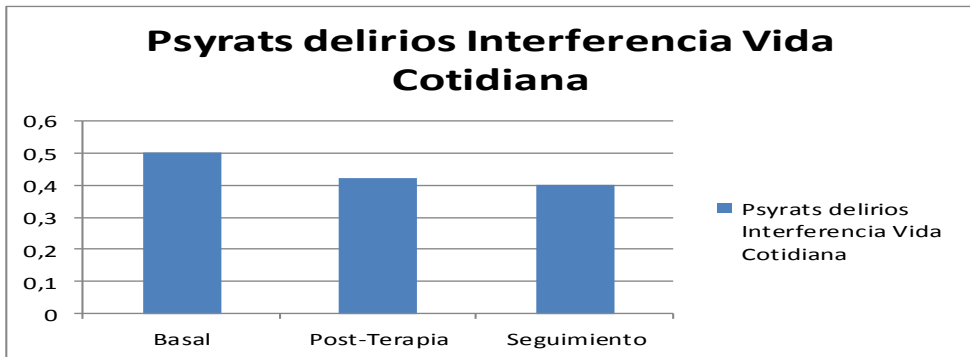


Gráfico 21. Puntuaciones medias de la interferencia del delirio en la vida cotidiana en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

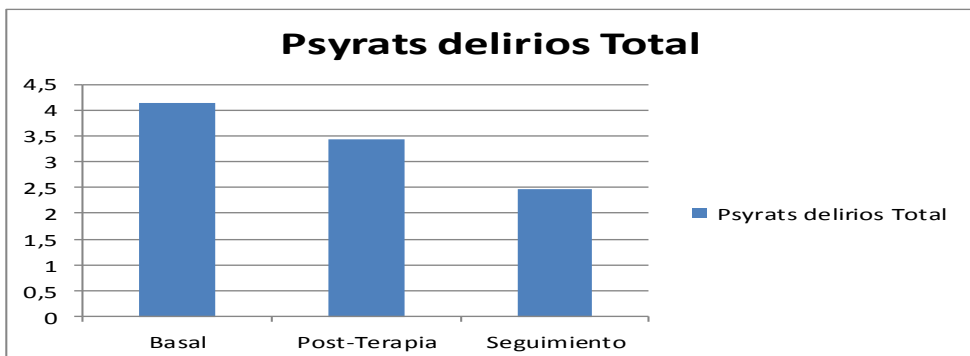


Gráfico 22. Puntuaciones medias totales de los delirios en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

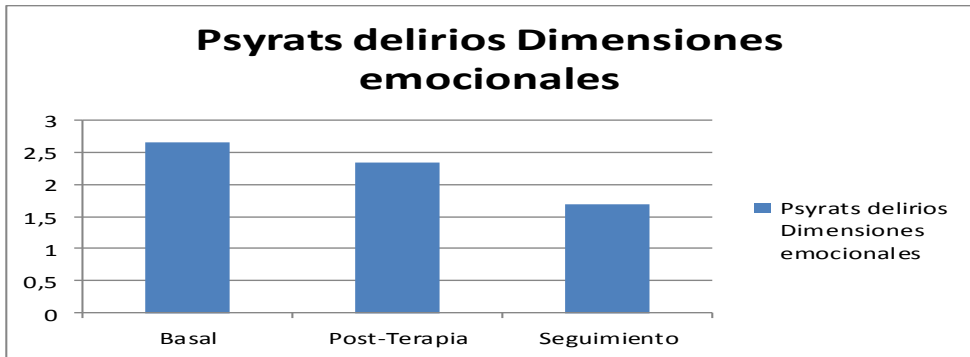


Gráfico 23. Puntuaciones medias de la dimensión emocional del delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo EMC

10.3.2. Grupo Control o Psicoeducativo

En lo referente a los resultados hallados una vez realizada la comparación basal-post-terapia, se obtienen mejoras significativas en la convicción de los delirios ($Z=-2,67$; $p=0,01$). Para las demás variables analizadas no se han observado diferencias significativas (depresión, autoestima, ítems frecuencia y duración de la preocupación delirante, grado e intensidad de la repercusión emocional, interferencia en la vida cotidiana de los delirios y variable PSYRATS delirios dimensión emocional).

Respecto a los resultados encontrados tras la comparación basal-seguimiento, no se presentan mejoras significativas para ninguna de las variables analizadas (depresión, autoestima, ítems frecuencia de la preocupación delirante, duración de la preocupación delirante, grado e intensidad de la repercusión emocional, interferencia en la vida cotidiana del delirio y la variable PSYRATS delirios dimensión emocional). No obstante, existe una tendencia a la significación en la convicción del delirio ($Z=-1,82$;

$p=0,07$). Estos datos quedan reflejados en la tabla 16 y en los gráficos siguientes:

Tabla 16. Diferencias en las variables de estudio dentro del grupo psicoeducativo en los diferentes momentos temporales

<i>Psicoeducativo</i>					
	<i>Basal</i>	<i>Post-Terapia</i>	<i>Dif. Intrasujetos con Pre</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Dif. Intrasujetos con Pre</i>
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)	
<i>Depresión (BDI-II)</i>	14,37 (7,72)	13,96 (11,04)	0,772	12,25 (9,27)	0,539
<i>Autoestima (RSE)</i>	27,49 (5,48)	28,24 (6,24)	0,484	28,46 (5,58)	0,342
<i>*PSY. DEL. Frecuencia</i>	0,83 (1,16)	0,71 (1,06)	0,470	0,77 (1,01)	0,935
<i>*PSY. DEL. Duración</i>	0,88 (1,23)	0,85 (1,28)	0,855	0,77 (1,01)	0,609
<i>*PSY. DEL. Convicción</i>	1 (1,36)	0,68 (1,04)	0,008**	0,72 (0,94)	0,069
<i>*PSY. DEL. Grado Repercusión Emocional</i>	1 (1,40)	0,80 (1,23)	0,194	0,74 (1,04)	0,254
<i>*PSY. DEL. Intensidad Repercusión Emocional</i>	0,88 (1,23)	0,83 (1,18)	0,714	0,62 (0,85)	0,106
<i>*PSY. DEL. Interferencia Vida Cotidiana</i>	0,73 (0,98)	0,71 (1,00)	0,763	0,64 (0,93)	0,714
<i>*PSY. DEL. Total</i>	5,42 (7,04)	4,59 (6,45)	0,288	4,18 (5,23)	0,139

<i>*PSY. DEL. Dimensiones emocionales</i>	3,59 (4,78)	3,20 (4,56)	0,442	2,90 (3,63)	0,341
---	-------------	-------------	-------	-------------	-------

*análisis realizados con la prueba no paramétrica Wilcoxon.

** $p \leq 0,01$; * $0,05 \leq p < 0,1$

Variables con resultados con tendencia a la significación:

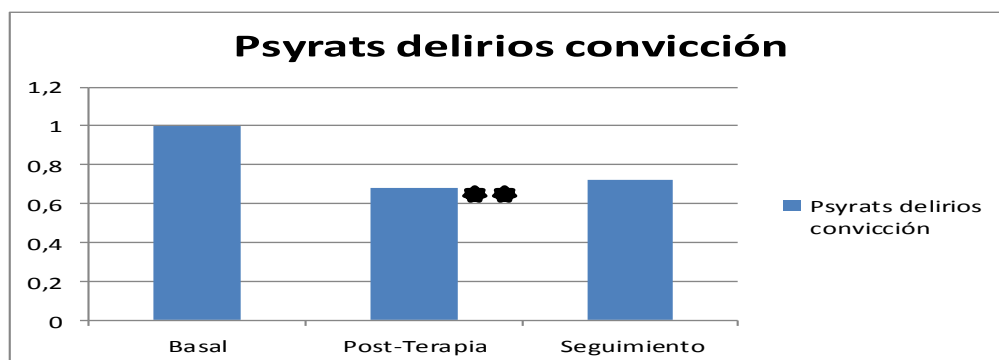


Gráfico 24. Puntuaciones medias de la convicción frente al delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

En este caso la evaluación post-terapia resulta significativa, sin embargo, en el seguimiento la significación disminuye hasta una tendencia a la significación.

Variables con resultados no significativos:

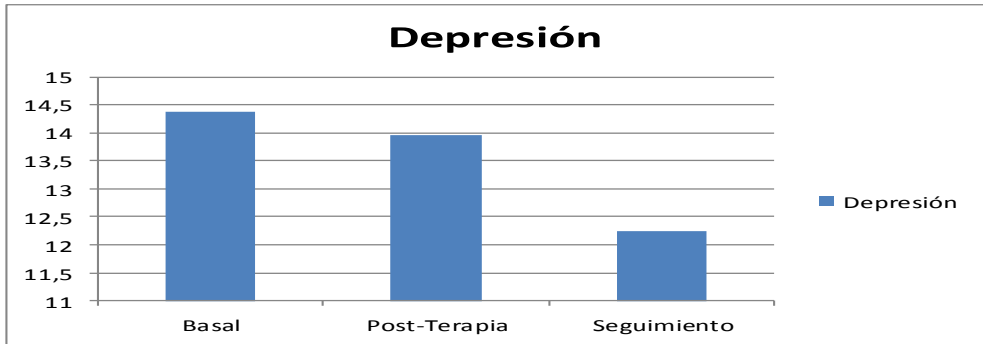


Gráfico 25. Puntuaciones medias de los síntomas depresivos en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

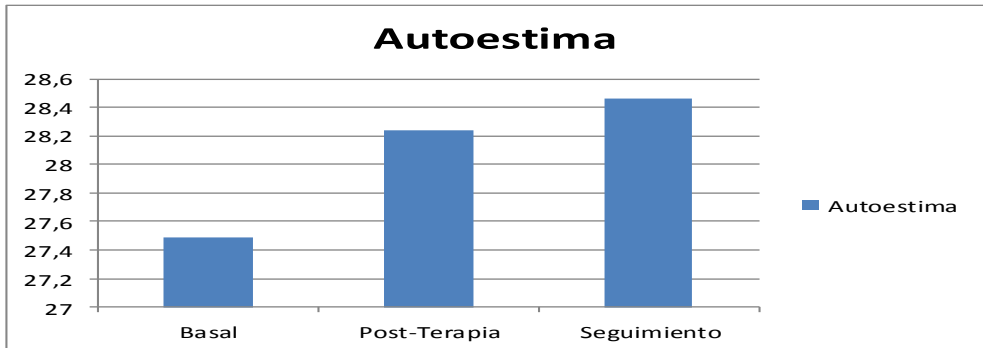


Gráfico 26. Puntuaciones medias de la autoestima en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

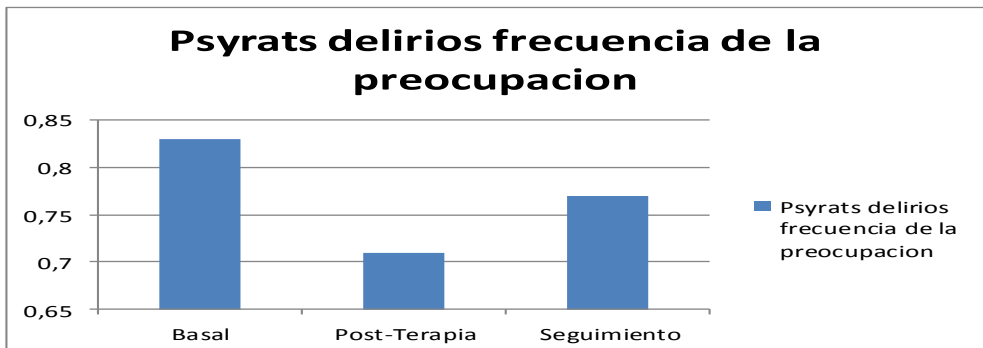


Gráfico 27. Puntuaciones medias del ítem frecuencia de la preocupación por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

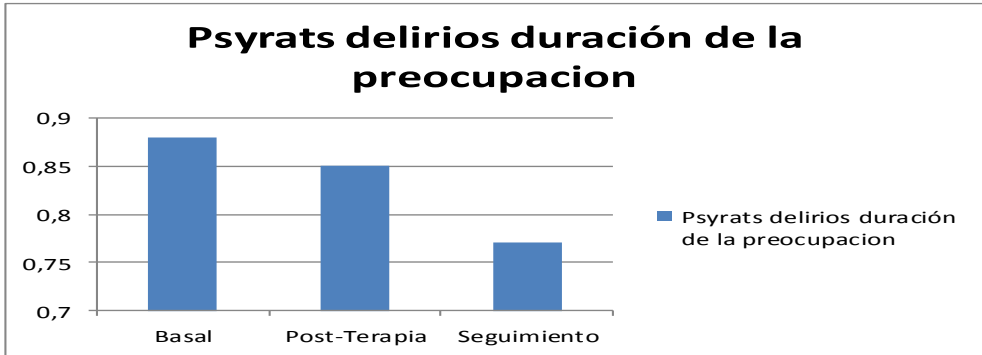


Gráfico 28. Puntuaciones medias del ítem duración de la preocupación por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

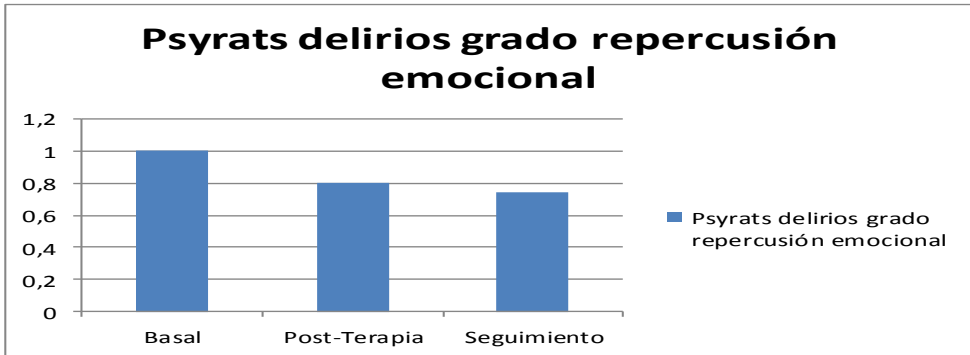


Gráfico 29. Puntuaciones medias del grado de repercusión emocional por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

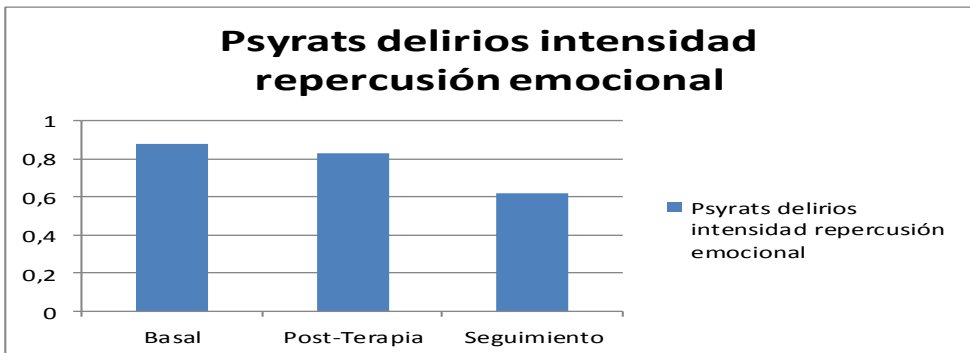


Gráfico 30. Puntuaciones medias de la intensidad de la repercusión emocional por el delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

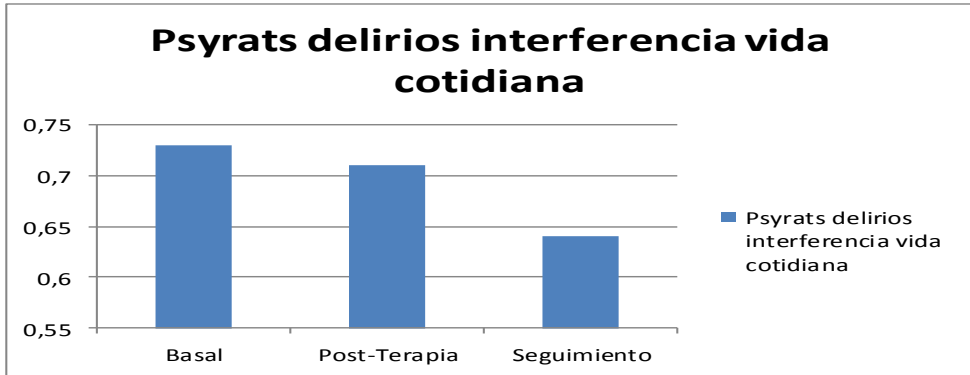


Gráfico 31. Puntuaciones medias de la interferencia del delirio en la vida cotidiana en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

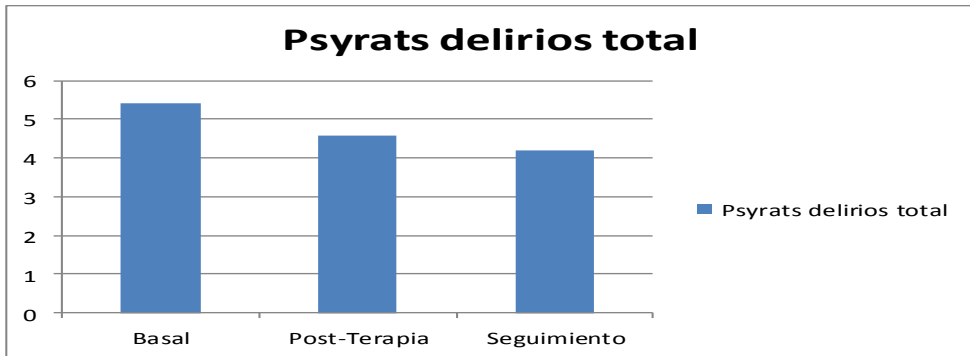


Gráfico 32. Puntuaciones medias totales de los delirios en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

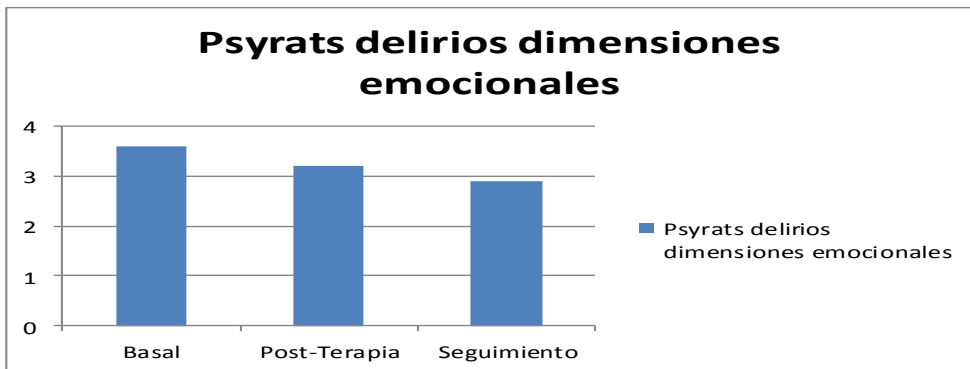


Gráfico 33. Puntuaciones medias de la dimensión emocional del delirio en los diferentes momentos temporales en el grupo psicoeducativo

10.4. Comparación entre grupos

En primer lugar se llevó a cabo el cálculo de las diferencias de medias en todas las variables dependientes analizadas y en todos los sujetos de la muestra. Por un lado, se calculó la diferencia entre la media obtenida en el periodo basal y en post-terapia y, por otro lado, entre el periodo basal y el seguimiento a 6 meses.

En segundo lugar, comprobamos si las variables creadas seguían una distribución normal mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov, hallando normalidad únicamente en la diferencia de medias basal-post-terapia y basal-seguimiento de la depresión y la autoestima. También se comprobó que las varianzas eran homogéneas a través de la prueba de Levene. El resto de nuevas variables no siguieron una distribución normal.

En tercer lugar, se compararon las diferencias de medias extraídas en ambos grupos con el objetivo de observar si un grupo difería significativamente del otro tras la intervención o en el seguimiento. La comparación de las diferencias de medias en depresión y autoestima se llevó a cabo a través de un contraste de medias, utilizando la prueba t Student para medidas independientes y para el resto de variables (frecuencia y duración de la preocupación por el delirio, convicción del delirio, grado e intensidad de la repercusión emocional e interferencia en la vida cotidiana de la escala PSYRATS delirios, puntuación total de la misma escala y la variable PSYRATS delirios dimensión emocional) se utilizó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney para dos muestras independientes.

Los resultados hallados tras las comparaciones nos indican que, en lo referente a las diferencias de medias basal-post-terapia, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos de estudio.

Respecto a las diferencias de medias basal-seguimiento, tampoco se observan diferencias significativas entre los grupos; no obstante, se visualiza una tendencia a la significación en la variable frecuencia de la preocupación de los delirios ($Z=-1,85$; $p=0,07$) y en la duración de la preocupación de los delirios ($Z=-1,74$; $p=0,08$). Estos datos quedan reflejados en las tablas 17 y 18.

Tabla 17. Diferencias entre el grupo EMC y psicoeducativo en la evaluación post-terapia respecto de la basal en las variables de estudio

	<i>Basal</i>		<i>Post-Terapia</i>		<i>Dif. Entregrupos Pre-Post</i>
	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	<i>p</i>
	Media	Media	Media	Media	
<i>Dif. Depresión (BDI-II)</i>	11,54	14,37	12,23	13,96	0,988
<i>Dif. Autoestima (RSE)</i>	27,71	27,49	27,69	28,24	0,520
<i>*Dif. PSY. DEL. Frecuencia</i>	0,77	0,83	0,58	0,71	0,542
<i>*Dif. PSY. DEL. Duración</i>	0,81	0,88	0,67	0,85	0,470
<i>*Dif. PSY. DEL. Convicción</i>	0,96	1	0,69	0,68	0,394

<i>*Dif. PSY. DEL. Grado Repercusión Emocional</i>	0,54	1	0,58	0,80	0,174
<i>*Dif. PSY. DEL. Intensidad Repercusión Emocional</i>	0,52	0,88	0,50	0,83	0,811
<i>*Dif. PSY. DEL. Interferencia Vida Cotidiana</i>	0,50	0,73	0,42	0,71	0,816
<i>*Dif. PSY. DEL. Total</i>	4,14	5,42	3,44	4,59	0,811
<i>*Dif. PSY. DEL. Dimensión emocional</i>	2,65	3,59	2,33	3,20	0,944

*análisis realizados con la prueba no paramétrica U Mann-Whitney.

** $p \leq 0,01$; * $0,05 \leq p < 0,01$

Tabla 18. Diferencias entre el grupo EMC y psicoeducativo en la evaluación de seguimiento a 6 meses respecto de la basal en las variables de estudio

	<u>Basal</u>		<u>Seguimiento</u>		<u>Dif. Entregrupos Pre-Seg</u>
	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>	<i>p</i>
<i>Dif. Depresión (BDI-II)</i>	11,54	14,37	9,52	12,25	0,503
<i>Dif. Autoestima (RSE)</i>	27,71	27,49	29,20	28,46	0,922

<i>*Dif. PSY. DEL. Frecuencia</i>	0,77	0,83	0,35	0,77	0,065
<i>*Dif. PSY. DEL. Duración</i>	0,81	0,88	0,40	0,77	0,081
<i>*Dif. PSY. DEL. Convicción</i>	0,96	1	0,40	0,72	0,276
<i>*Dif. PSY. DEL. Grado Repercusión Emocional</i>	0,54	1	0,48	0,74	0,828
<i>*Dif. PSY. DEL. Intensidad Repercusión Emocional</i>	0,52	0,88	0,45	0,62	0,612
<i>*Dif. PSY. DEL. Interferencia Vida Cotidiana</i>	0,50	0,73	0,40	0,64	0,959
<i>*Dif. PSY. DEL. Total</i>	4,14	5,42	2,48	4,18	0,599
<i>*Dif. PSY. DEL. Dimensión emocional</i>	2,65	3,59	1,68	2,90	0,403

*análisis realizados con la prueba no paramétrica U Mann-Whitney.

** $p \leq 0,01$; * $0,05 \leq p < 0,01$

A continuación analizamos gráficamente en ambos grupos el comportamiento de las variables en post-terapia y en el seguimiento a 6 meses.

Variables con resultados con tendencia a la significación:

Tabla 19. Comparación del ítem frecuencia de la preocupación del delirio de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios Frecuencia Preocupación Delirio</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	0,77	0,58	0,35
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	0,83	0,71	0,77

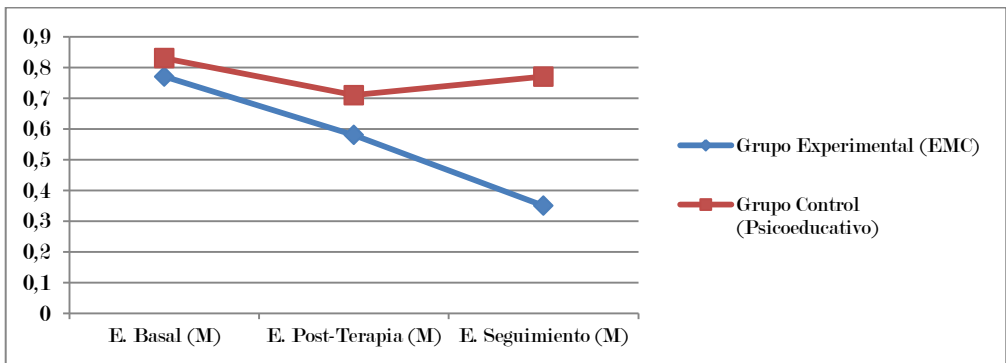


Gráfico 34. Comparación del ítem frecuencia de la preocupación del delirio de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

Como se aprecia en el gráfico, ambos grupos parten en la evaluación basal de puntuaciones similares en cuanto a la cantidad de preocupación acerca del delirio y en la evaluación post-terapia se reducen ligeramente. Sin embargo, en el seguimiento a 6 meses existe un cambio, mientras que las puntuaciones del grupo control siguen siendo similares, aumentando ligeramente, las del grupo experimental se reducen aún más.

Tabla 20. Comparación del ítem duración de la preocupación de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios Duración Preocupación</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	0,81	0,67	0,4
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	0,88	0,85	0,77

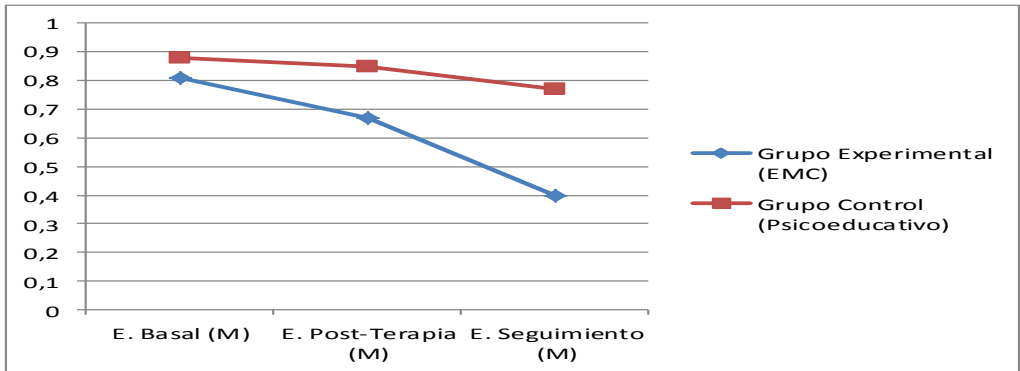
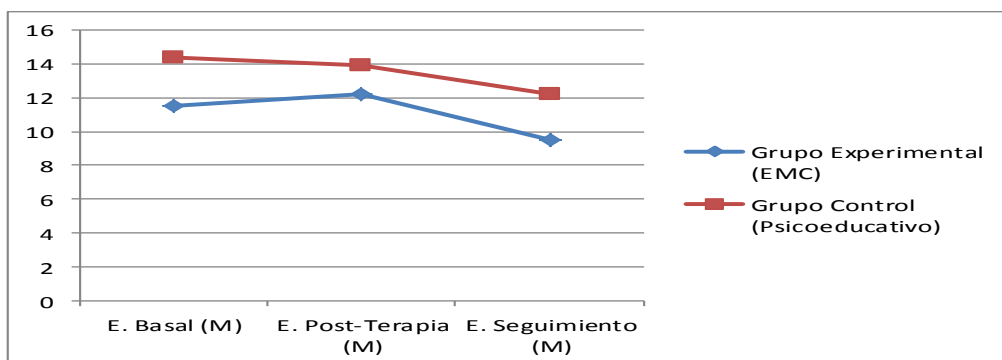


Gráfico 35. Comparación del ítem duración de la preocupación de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

En el caso de la duración de la preocupación acerca de los delirios, los resultados son similares a los de la frecuencia de la preocupación. En la evaluación basal, las puntuaciones de ambos grupos se asemejan entre sí. En la evaluación post-terapia, el grupo control mantiene sus puntuaciones y el grupo control las reduce. En el seguimiento a 6 meses, ambos grupos disminuyen sus puntuaciones. No obstante, mientras que en el grupo control apenas existe una ligera reducción, el grupo experimental presenta un descenso de las puntuaciones más marcado.

Variables con resultados no significativos:**Tabla 21. Comparación de los síntomas depresivos entre los dos grupos en las tres evaluaciones**

<u>Depresión (BDI-II)</u>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	11,54	12,23	9,52
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	14,37	13,96	12,25

**Gráfico 36. Comparación de los síntomas depresivos entre los dos grupos en las tres evaluaciones**

Como se aprecia en el gráfico, en cuanto a los síntomas depresivos, en ambos grupos aparecen ligeras variaciones en las puntuaciones a lo largo de las evaluaciones, sin encontrarse una clara diferencia.

Tabla 22. Comparación de la autoestima entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<u>Autoestima (RSE)</u>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	27,71	27,69	29,20
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	27,49	28,24	28,46

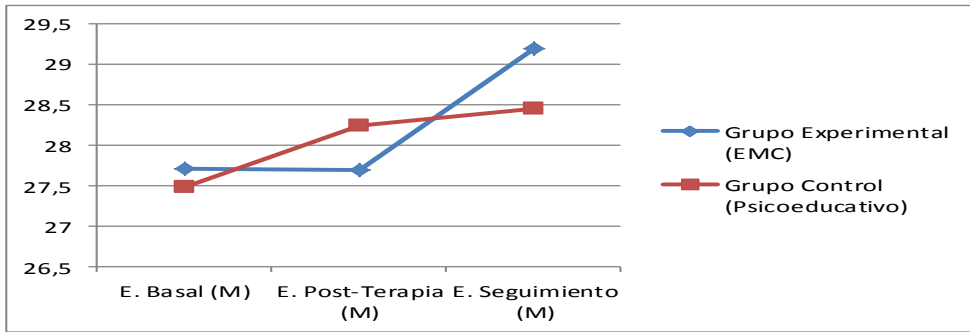


Gráfico 37. Comparación de la autoestima entre los dos grupos en las tres evaluaciones

Tal y como sucede en la depresión, a lo largo de las evaluaciones realizadas sobre la autoestima se aprecian ligeras variaciones en las puntuaciones sin hallar una diferencia clara entre ambos grupos.

Tabla 23. Comparación del ítem convicción de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios Convicción</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	0,96	0,69	0,4
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	1	0,68	0,72

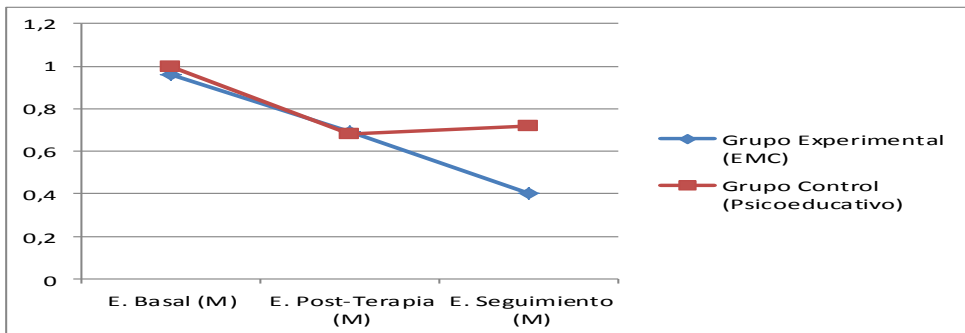


Gráfico 38. Comparación del ítem convicción de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

Las puntuaciones basales en convicción delirante son idénticas y ambos grupos disminuyen sus puntuaciones en la evaluación post-terapia. En la evaluación de seguimiento, el grupo control permanece igual, mientras que el grupo experimental disminuye sus puntuaciones, sin llegar a observarse diferencias significativas entre ambos.

Tabla 24. Comparación del ítem grado de repercusión emocional de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios Grado de Repercusión Emocional</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	0,54	0,58	0,48
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	1	0,8	0,74

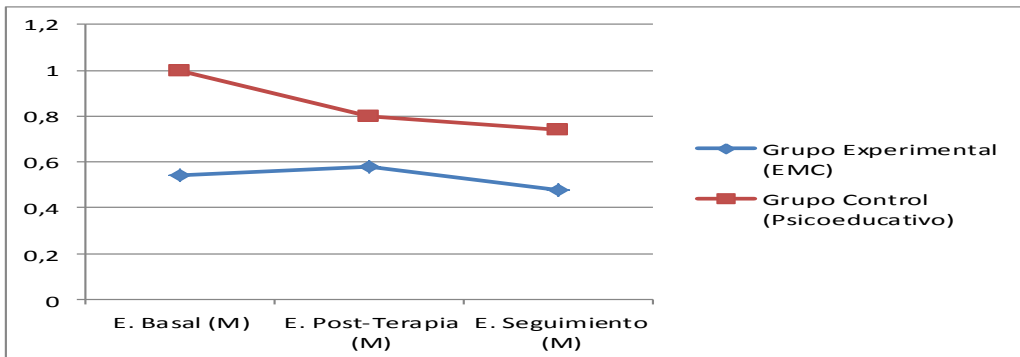


Gráfico 39. Comparación del ítem grado de repercusión emocional de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

Respecto al grado de repercusión emocional frente al delirio, ambos grupos reducen levemente sus puntuaciones en la evaluación de seguimiento

respecto de la basal, sin embargo, no existen diferencias significativas entre ambos.

Tabla 25. Comparación del ítem intensidad de la repercusión emocional de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios Intensidad de Repercusión Emocional</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	0,52	0,5	0,45
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	0,88	0,83	0,62

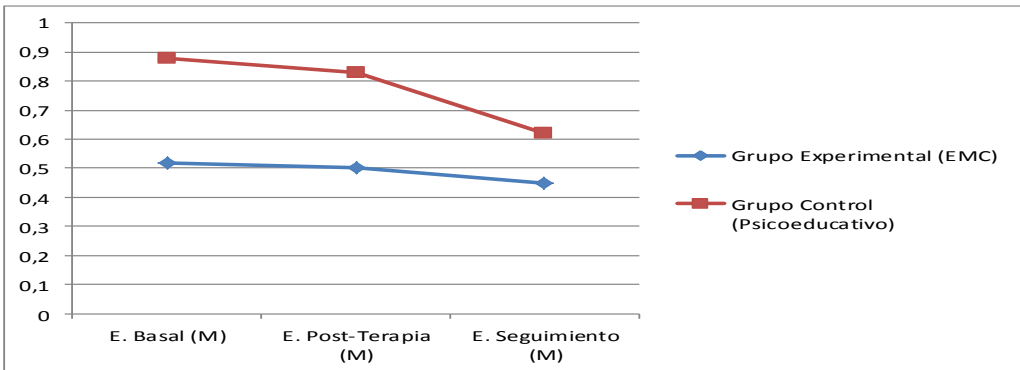


Gráfico 40. Comparación del ítem intensidad de la repercusión emocional de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

Respecto a la intensidad de la repercusión emocional frente al delirio, el grupo control reduce sus puntuaciones a lo largo de los diferentes momentos temporales, mientras que en el grupo experimental prácticamente no se aprecia ninguna reducción. Sin embargo, no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 26. Comparación del ítem interferencia en la vida cotidiana de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios interferencia Vida Cotidiana</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	0,5	0,42	0,4
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	0,73	0,71	0,64

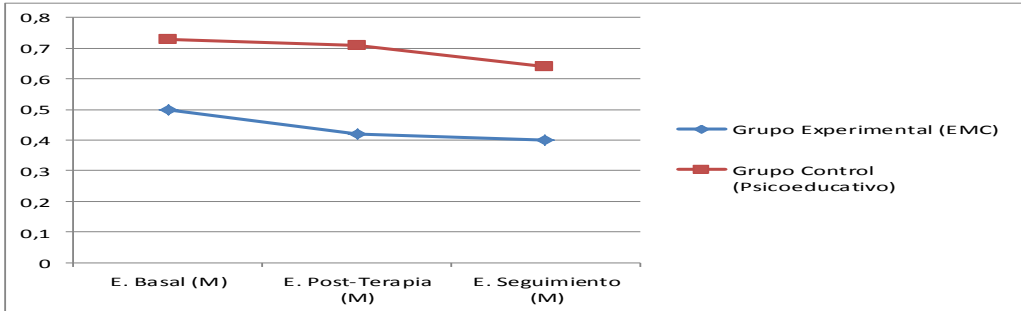


Gráfico 41. Comparación del ítem interferencia en la vida cotidiana de la escala PSYRATS Delirios entre los dos grupos en las tres evaluaciones

En el ítem interferencia del delirio en la vida cotidiana, ambos grupos presentan ligeras reducciones en los diferentes momentos temporales sin obtener diferencias significativas entre ambos.

Tabla 27. Comparación de la escala PSYRATS Delirios total entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios Total</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	4,14	3,44	2,48
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	5,42	4,59	4,18

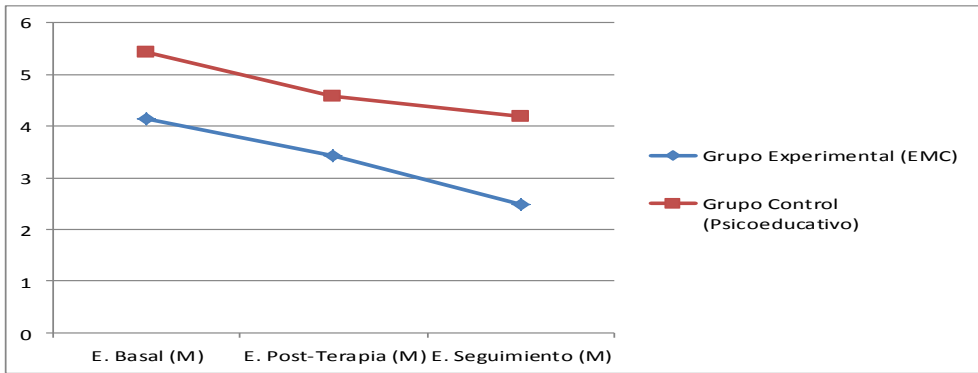


Gráfico 42. Comparación de la escala PSYRATS Delirios total entre los dos grupos en las tres evaluaciones

Como en el caso anterior, en esta variable ambos grupos reducen sus puntuaciones en post-terapia y seguimiento de manera similar, sin apreciarse diferencias significativas entre ellos.

Tabla 28. Comparación de la escala PSYRATS Delirios Dimensión Emocional entre los dos grupos en las tres evaluaciones

<i>PSYRATS Delirios Dimensión Emocional</i>				
	<i>Momento temporal evaluaciones</i>	<i>E. Basal (M)</i>	<i>E. Post-Terapia (M)</i>	<i>E. Seguimiento (M)</i>
<i>Grupos de Estudio</i>	<i>Grupo Experimental (EMC)</i>	2,65	2,33	1,68
	<i>Grupo Control (Psicoeducativo)</i>	3,59	3,2	2,9

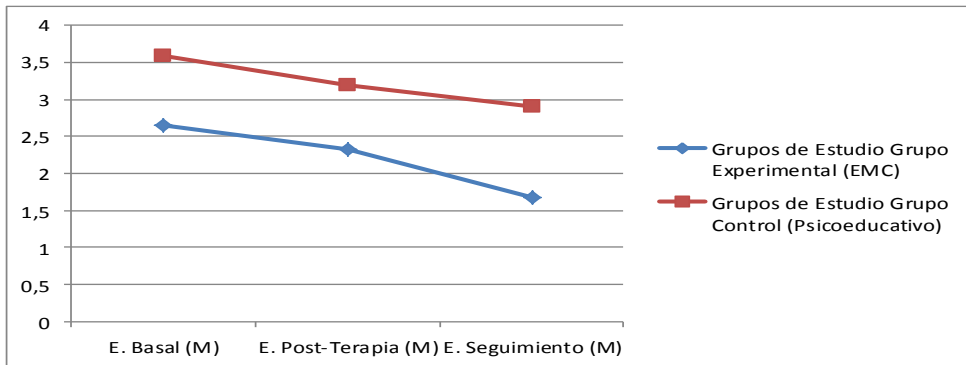


Gráfico 43. Comparación de la escala PSYRATS Delirios Dimensión Emocional entre los dos grupos en las tres evaluaciones

Por último, en el caso de la dimensión emocional de los delirios sigue observándose un descenso similar en las puntuaciones de los dos grupos, sin diferencias significativas entre ambos.

10.5. Comparación EMC: Realización o no del módulo 8

Dentro del grupo experimental se impartió el programa de EMC. Este programa se compuso de ocho módulos impartidos en ocho sesiones, el último de los cuales trató la autoestima y el estado de ánimo. Sin embargo, no todos los pacientes asistieron a todos ellos y, en concreto, al módulo 8. Esta diferencia nos permite valorar el efecto específico que tiene este módulo en los procesos emocionales y las dimensiones de los delirios al comparar los resultados entre aquellos que asistieron y los que no.

Como se observa en la tabla 29, a nivel descriptivo encontramos que 33 sujetos realizaron este módulo, mientras que 15 sujetos no. Los 33 sujetos que sí lo realizaron acudieron como mínimo a 4 módulos (la mitad del programa) y 20 de ellos asistieron prácticamente a todos ellos (7-8). El porcentaje de asistencia al módulo 8 fue del 68,75%.

Tabla 29. Número de módulos realizados del programa EMC

		<i>Módulo 8</i>		<i>Total</i>
		<i>Sujetos que hacen el módulo</i>	<i>Sujetos que no hacen el módulo</i>	
<i>Número de módulos</i>	1	0	1	1
	2	0	0	0
	3	0	2	2
	4	1	1	2
	5	6	1	7
	6	6	1	7
	7	10	0	10
	8	10	0	10
	Valores Perdidos	0	9	
Total		33	15	48

Para valorar si existen diferencias significativas en los procesos emocionales y en las dimensiones de los delirios entre ambas categorías (asistencia a módulo 8 y no asistencia) en los diferentes momentos temporales (post-terapia y seguimiento a 6 meses), en primer lugar se comprobó la distribución de normalidad de las diferencias de medias (basal-post-terapia y basal-seguimiento) de todas las variables dependientes a través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Solamente las diferencias de medias de la depresión y la autoestima seguían una distribución normal. Para ellas, se comprobó con la prueba de Levene que las varianzas eran homogéneas. Para el resto de diferencias de medias no se observó normalidad.

Una vez comprobada la normalidad, se analizó si las dos categorías eran comparables entre sí a través de la prueba t Student para medidas independientes en el caso de las diferencias de medias de la depresión y la

autoestima. Y, en el caso de las diferencias de medias del resto de variables dependientes (frecuencia y duración de la preocupación por el delirio, convicción del delirio, grado e intensidad de la repercusión emocional e interferencia en la vida cotidiana de la escala PSYRATS delirios, puntuación total de la misma escala y la variable PSYRATS delirios dimensión emocional), a través de la prueba no paramétrica U Mann-Whitney para dos muestras independientes. El resultado fue que ambas categorías eran similares y comparables entre sí en todas las variables estudiadas [depresión ($t=-1,93$, $p=0,06$), autoestima ($t=1,28$, $p=0,21$), frecuencia de la preocupación por el delirio ($Z=-0,96$, $p=0,34$), duración de la preocupación por el delirio ($Z=-1,26$, $p=0,21$), convicción frente al delirio ($Z=-0,92$, $p=0,36$), grado de repercusión emocional del delirio ($Z=-1,11$, $p=0,27$), intensidad de la repercusión emocional del delirio ($Z=-1,10$, $p=0,27$), interferencia en la vida cotidiana del delirio ($Z=-1,39$, $p=0,17$), puntuación total PSYRATS delirios ($Z=-1,32$, $p=0,19$) y PSYRATS delirios dimensión emocional ($Z=-1,17$, $p=0,24$)].

Tras esta comprobación, se procedió a comparar ambas categorías a través de las diferencias de medias (basal-post-terapia y basal-seguimiento) para cada variable dependiente. Como se observó una alta variabilidad en la asistencia a todas las sesiones, aspecto que podría interferir en los resultados, se determinó controlar dichos resultados mediante la covariable “número de sesiones realizadas”. Una vez controlada dicha variable, observamos que, por lo que respecta a las diferencias de medias basal-post-terapia, no existen diferencias significativas entre las dos categorías. Lo mismo ocurre para las diferencias de medias basal-seguimiento. Estos datos quedan reflejados en la tabla 30.

Tabla 30. Diferencias de medias en la evaluación post-terapia y seguimiento entre los que realizaron la sesión 8 y los que no la realizaron

<i>Variables</i>			<i>F</i>	<i>Sig.</i>
<i>Dif. Depresión (BDI-II)</i>	Post-terapia	N Sesiones	2,339	,137
		Sesión 8	1,945	,174
	Seguimiento	N Sesiones	,134	,718
		Sesión 8	,175	,680
<i>Dif. Autoestima (RSE)</i>	Post-terapia	N Sesiones	1,578	,216
		Sesión 8	,492	,487
	Seguimiento	N Sesiones	1,639	,208
		Sesión 8	,291	,593
<i>*Dif. PSY. DEL. Frecuencia</i>	Post-terapia	N Sesiones	1,044	,312
		Sesión 8	1,123	,295
	Seguimiento	N Sesiones	,019	,891
		Sesión 8	,020	,890
<i>*Dif. PSY. DEL. Duración</i>	Post-terapia	N Sesiones	,410	,525
		Sesión 8	,678	,415
	Seguimiento	N Sesiones	,349	,558
		Sesión 8	,188	,667

<i>*Dif. PSY. DEL. Convicción</i>	Post-terapia	N Sesiones	,373	,544
		Sesión 8	,405	,528
	Seguimiento	N Sesiones	,089	,767
		Sesión 8	,002	,967
<i>*Dif. PSY. DEL. Grado Repercusión Emocional</i>	Post-terapia	N Sesiones	,071	,792
		Sesión 8	,006	,939
	Seguimiento	N Sesiones	,150	,701
		Sesión 8	,036	,850
<i>*Dif. PSY. DEL. Intensidad Repercusión Emocional</i>	Post-terapia	N Sesiones	,184	,670
		Sesión 8	,087	,770
	Seguimiento	N Sesiones	,131	,720
		Sesión 8	,029	,865
<i>*Dif. PSY. DEL. Interferencia Vida Cotidiana</i>	Post-terapia	N Sesiones	,150	,701
		Sesión 8	,023	,881
	Seguimiento	N Sesiones	,466	,499
		Sesión 8	,038	,846
<i>*Dif. PSY. DEL. Total</i>	Post-terapia	N Sesiones	,676	,416
		Sesión 8	,786	,381
	Seguimiento	N Sesiones	,139	,712
		Sesión 8	,062	,805

<i>*Dif. PSY. DEL. Dimensión Emocional</i>	Post-terapia	N Sesiones	0,33	0,57
		Sesión 8	0,52	0,48
	Seguimiento	N Sesiones	0,04	0,85
		Sesión 8	0,03	0,87

** $p \leq 0,01$; * $0,05 \leq p < 0,01$

11. DISCUSIÓN

El EMC es una terapia de relativa reciente creación que está obteniendo buenos resultados en los síntomas positivos de la psicosis y que, además, deriva de la TCC, en la cual su eficacia ya ha sido demostrada. Sin embargo, sus efectos en los procesos emocionales todavía no están tan claros.

Basándonos en los objetivos planteados en este trabajo, hemos centrado la discusión en dos puntos:

El primer punto son los datos descriptivos. Teniendo en cuenta la importancia de los aspectos emocionales en la psicosis (Garety y cols, 2001a), hemos abordado descriptivamente los aspectos emocionales de interés (síntomas depresivos, autoestima) y dimensiones del delirio (por su abordaje emocional) en una muestra de pacientes con un primer episodio psicótico.

El segundo punto son los datos de eficacia, los cuales a su vez se han distribuido en cuatro apartados. En el primer apartado, hemos analizado si el grupo de estudio EMC consigue una mejora en los aspectos emocionales a los 6 meses de la intervención. En el segundo apartado, se ha analizado si el grupo perteneciente a la terapia psicoeducativa no presenta mejora en dichos aspectos 6 meses después de la intervención. En el tercer apartado, se ha analizado si el programa completo de EMC, el cual se compone de 8 módulos, es significativamente superior a la terapia psicoeducativa en el

tratamiento de estos procesos emocionales y dimensiones del delirio. Y en el cuarto apartado hemos analizado el impacto del módulo 8 (autoestima y estado de ánimo) en el grupo EMC, sobre la depresión, autoestima y dimensiones del delirio.

Además, en último lugar, hemos detallado cuáles son las fortalezas y limitaciones de la presente tesis, así como algunas recomendaciones a tener en cuenta en futuras investigaciones.

A continuación discutimos los resultados de las hipótesis.

11.1. Datos Descriptivos

Síntomas depresivos

En conjunto, la muestra presenta síntomas de depresión ($M=12,84$, $SD=8,03$). A nivel general, observamos que más de un 65% de la muestra padece síntomas depresivos en alguno de sus niveles (ausente o mínima depresión 34,8%, depresión leve-moderada 44,9%, depresión moderada-grave 15,7%, depresión grave 4,5%), comprendiendo aspectos tales como bajo estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso e insatisfacción, entre otros.

Encontramos datos similares en la literatura actual que afirman que los síntomas depresivos son comunes en la psicosis y, específicamente, en los pacientes con un primer episodio psicótico. En concreto, el estudio de Cotton y cols realizado en el año 2012 observó en una muestra de 405 pacientes con un primer episodio psicótico que un 26,2% (106 sujetos) presentaba unos síntomas depresivos de moderados a graves. En nuestro caso los porcentajes

de depresión moderada-grave fueron algo inferiores a los de Cotton y cols (15,7%). Sin embargo, una gran mayoría de nuestra muestra presentó síntomas depresivos en alguno de sus niveles, apoyando lo que apunta la literatura previa al respecto.

Esta prevalencia en los pacientes con un primer episodio psicótico también se ha visto cuando éstos presentan un diagnóstico de depresión en lugar de síntomas depresivos, encontrando tasas comprendidas entre el 17 y el 83% (Sandhu y cols, 2013; Addington y cols, 1998; Upthegrove y cols, 2010; Sánchez-Gistau y cols, 2014). Como se ve, la presencia de síntomas depresivos e incluso de comorbilidad es habitual en los pacientes con un primer episodio psicótico.

Otro dato obtenido en nuestro trabajo es la relación entre los síntomas depresivos y la autoestima. En nuestro estudio se observa que cuanto mayores síntomas depresivos tienen los sujetos, menor autoestima tienen, y viceversa. De hecho, esta relación ha sido puesta de manifiesto ya por autores anteriores como Karatzias y sus colaboradores (2007), que relacionan los síntomas depresivos con la baja autoestima en psicosis temprana.

Autoestima

En general, la muestra de pacientes que hemos analizado presenta una autoestima media ($M=27,61$, $SD=5,71$), aunque sí es cierto que estos pacientes poseen una valoración de sí mismos más positiva que negativa: tan sólo el 18% de la muestra afirma sentirse inútil, sin respeto hacia uno mismo, con sentimientos de fracaso, sin ningún aspecto por el que sentirse orgulloso y con pensamientos de falta de valía hacia uno mismo, mientras que casi un 90% de

la muestra considera ser una persona de valía con buenas cualidades, con una actitud positiva hacia uno mismo y que es capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría.

No obstante, en la literatura existente al respecto los resultados encontrados hablan de que la autoestima en los pacientes con un trastorno psicótico presenta unos niveles bajos, tanto en fases iniciales (Haug y cols, 2016) como en fases posteriores (Hall y Tarrier, 2003; Silverstone, 1991; Freeman y cols, 1998; Lecomte y cols, 1999).

En este trabajo también hemos observado que existe una relación bidireccional, negativa y significativa entre los niveles de autoestima y algunas dimensiones de los delirios ($p \leq 0,03$): cuanto menores son los niveles de autoestima, mayor presencia de delirios existe (concretamente mayor frecuencia y duración de la preocupación por el delirio, grado e intensidad de la repercusión emocional, delirios en general y dimensión emocional del delirio en conjunto), y viceversa.

Respecto a ello, investigaciones anteriores apoyan este dato afirmando que la baja autoestima está relacionada con la presencia de delirios (Haug y cols, 2016; Garety y cols, 2001a; Freeman, 2007; Fowler, 2000; Barrowclough y cols, 2003; Smith y cols 2006). De todas ellas, destacamos el estudio noruego realizado por Haug y cols en el año 2016, por su similitud con este trabajo. El estudio analizó la asociación entre las propias experiencias anómalas, la autoestima y los síntomas depresivos en una muestra de 55 pacientes con un primer episodio psicótico y obtuvo que la asociación negativa entre la baja autoestima y los delirios también se da en la psicosis temprana y no solo en fases más avanzadas. Sus puntuaciones medias en experiencias anómalas

fueron similares a las encontradas en esquizofrenia ($M=25,5$; $SD=9,7$). En nuestro caso, las puntuaciones en los delirios fueron leves ($M=4,74$; $SD=6,13$). En cuanto a la autoestima, las puntuaciones medias del estudio noruego fueron de 21,4 ($SD=6,2$) y las del presente trabajo fueron de 27,61 ($SD=5,71$). Las diferencias con este trabajo en la autoestima podrían deberse al tiempo transcurrido entre el inicio de la psicosis y el momento en el que se inició el tratamiento. Mientras que en el estudio noruego el DUP es extremadamente largo, de 30,5 meses, el DUP de este trabajo es de 6,63 meses. Este hecho podría haber facilitado una reducción de los delirios y un aumento de la autoestima. Como se sabe, existen estudios que relacionan el periodo DUP con la evolución del trastorno: una menor duración DUP reduce los síntomas psicóticos agudos y mejora el funcionamiento y calidad de vida en general (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Quizás si el periodo DUP de este trabajo hubiera sido más extenso los niveles de delirios y autoestima hubieran sido similares al resto de estudios.

Sin embargo, a pesar de las diferencias, lo que sí es cierto es que la relación entre ambas variables existe y es una relación negativa y significativa en primeros episodios psicóticos y en esquizofrenia, tal y como se indica en el presente trabajo y en trabajos anteriores (Haug y cols, 2016; Garety y cols, 2001a; Freeman, 2007; Fowler, 2000; Barrowclough y cols, 2003; Smith y cols 2006).

Dimensiones del delirio

Pese a que el delirio es uno de los síntomas más comunes en la esquizofrenia (Freeman y cols, 2014), en nuestro trabajo, debido a que se trata

de un grupo de pacientes jóvenes con una corta evolución del trastorno y que han seguido un tratamiento ambulatorio específico (es decir, se trata de una muestra muy controlada desde sus inicios), las puntuaciones son leves. La muestra presenta poca sintomatología delirante en general ($M=4,75$; $SD=6,13$). Lo mismo sucede si lo desglosamos ítem por ítem (frecuencia de la preocupación por el delirio, $M=0,80$; $SD=1,20$; duración de la preocupación por el delirio, $M=0,84$; $SD=1,14$; convicción frente al delirio, $M=0,98$; $SD=1,35$; grado de repercusión emocional del delirio, $M=0,75$; $SD=1,14$; intensidad de la repercusión emocional del delirio, $M=0,69$; $SD=1,02$; e interferencia en la vida cotidiana, $M=0,61$; $SD=0,87$). Y sucede también si sólo se tienen en cuenta las dimensiones emocionales del mismo ($M=3,08$; $SD=4,07$). Esto significa que la mayoría de pacientes evaluados piensan poco en sus delirios y están muy poco convencidos de la veracidad de esas creencias delirantes. Además, éstas les producen poca angustia y la interferencia en su vida cotidiana es mínima.

Existen autores que han estudiado el delirio de manera unidimensional como, por ejemplo, Tarrier y cols (2001). Sin embargo, en este trabajo se ha tratado el delirio desde una perspectiva multidimensional aportando una mayor información al respecto. Encontramos un estudio que, como el nuestro, analizó el delirio de manera multidimensional. Se trata del realizado por Ho-wai So y cols del año 2015, quienes evaluaron las dimensiones convicción, angustia y preocupación por el delirio en una muestra de 70 pacientes con un primer episodio psicótico comparando dicho grupo con un grupo de sujetos no clínicos con experiencias psicóticas ($N=12$) y otro grupo de sujetos sanos ($N=642$). Sus resultados demostraron que los pacientes con un primer episodio psicótico estaban más convencidos, preocupados y angustiados por

sus delirios que el resto de sujetos no clínicos y que las puntuaciones en estas dimensiones eran más relevantes que el número absoluto de delirios. Con esta investigación observamos que, como apuntábamos en este trabajo, el estudio de las dimensiones de los delirios da mayor información y es más relevante en los primeros episodios psicóticos que analizar la gravedad de los delirios como síntoma unidimensional. No obstante, el estudio de Ho-Wai So y cols (2015) ha analizado tan solo tres dimensiones, mientras que en nuestro caso hemos analizado seis. Además, ellos usaron un instrumento de medida distinto al nuestro (Inventario de experiencias delirantes de Peters) y se centraron en comparar varios grupos de estudio, mientras que en nuestro caso nos centramos en un análisis descriptivo, por lo que no es posible comparar claramente las puntuaciones medias obtenidas en cada dimensión. Únicamente podemos decir que no existen grandes diferencias entre las dimensiones de los delirios, siendo sus medias parecidas.

Otro dato importante recogido en nuestro estudio es la relación entre los delirios y los síntomas depresivos. Hemos obtenido una relación significativa y positiva entre todas las dimensiones de los delirios y los síntomas depresivos, con una significación en cada ítem inferior a $p=0,01$, lo cual nos indica que la cantidad y duración de la preocupación delirante, la convicción frente al delirio, la cantidad e intensidad de angustia respecto al delirio y la interferencia con su vida cotidiana son mayores cuanto mayores son los síntomas depresivos y lo mismo sucede para los delirios en general y sus dimensiones emocionales en conjunto. Asimismo, estos datos podemos observarlos en el estudio previo sobre primeros episodios psicóticos realizado por Haug y cols (2016), ya explicado previamente, sobre la asociación entre las experiencias anómalas, los síntomas depresivos y la autoestima. Dicho autor

explica que las experiencias anómalas contribuyen a una baja autoestima y que esto, a su vez, aumenta el riesgo de presentar síntomas depresivos, encontrando una relación entre las tres variables, como también se observa en nuestro trabajo.

Además, nuestros resultados son también apoyados por la literatura actual que recalca el papel central que tiene la emoción en el delirio (Garety y cols, 2001a), y la relación positiva entre los delirios y los procesos emocionales como la depresión (Freeman, 2007, Freeman y cols, 2012; Garety y cols, 2001a) y negativa entre los delirios y el bienestar psicológico (Freeman y cols, 2014).

11.2. Datos de Eficacia

Eficacia del EMC en síntomas depresivos, autoestima y dimensiones del delirio

El grupo que realizó el EMC obtuvo una mejora significativa tanto en los síntomas depresivos, como en la autoestima y algunas dimensiones de los delirios (frecuencia y duración de la preocupación hacia el delirio y convicción sobre la veracidad de éste) a los 6 meses de la intervención.

Respecto a los síntomas depresivos, los resultados en la evaluación de post-terapia no fueron significativos, obteniéndose incluso un ligero aumento en la media en depresión, sin embargo, a los 6 meses de la intervención los síntomas depresivos del grupo disminuyeron significativamente ($p=0,04$). Esto sugiere que el EMC mejora la gravedad y los niveles de depresión del sujeto,

pudiendo darse mejoras en aspectos tales como el estado de ánimo, el pesimismo, los sentimientos de fracaso y culpa o la insatisfacción entre otros.

Una de las hipótesis por las que podrían haberse dado dichas mejoras es la relativa al tipo de enfoque del EMC. Se trata de una terapia con un enfoque muy normalizador desde el que se ayuda a los pacientes a darse cuenta de sus errores de pensamiento, a ser conscientes de su enfermedad y a tranquilizarse eliminando el posible estigma de la enfermedad. En consecuencia, ellos se pueden sentir más animados y esperanzados para entender cómo es el funcionamiento de los sesgos cognitivos, buscar formas de mejorarlos y, de esta manera, favorecer la disminución de la depresión. Esta idea no es nueva, ya en 2006 Turkington y sus colaboradores realizaron un estudio en el que se impartieron 6 sesiones de TCC durante 2-3 meses a 422 sujetos con psicosis con síntomas persistentes. En ellas se hizo hincapié en normalizar la enfermedad, mejorando la comprensión sobre la psicosis, desarrollando habilidades de afrontamiento de sus síntomas y ayudándolos a tener un mayor control sobre su enfermedad. Así, en sus resultados se observó que cuando la TCC aumentaba el insight de los pacientes, la depresión aminoraba, argumentando que la terapia tenía un efecto protector sobre la depresión. Este dato resulta importante puesto que años atrás se había estudiado en un meta-análisis de 40 artículos que existe una fuerte asociación positiva y significativa entre la depresión y el insight (Mintz y cols, 2003), observando que los sujetos que son conscientes de su enfermedad son más propensos a experimentar depresión que los que no lo son (Siris y Bench, 2003). De esta forma, se pone de manifiesto que las terapias EMC y TCC, que presentan formas de trabajar similares dedicando una parte importante de la terapia a la normalización de los sesgos cognitivos (EMC) y de los síntomas

(TCC), tienen un efecto protector frente a los síntomas depresivos o depresión.

Respecto a la literatura previa, pocos estudios han analizado el efecto de la EMC y la TCC sobre los síntomas depresivos de manera intragrupal y, por lo tanto, los resultados de este estudio son poco comparables con investigaciones previas. Aun así, nuestros datos son apoyados por el estudio de Favrod y cols (2010) sobre EMC. Ellos encontraron mejoras significativas en depresión a los 8 meses, las cuales atribuyeron a la novedad de la terapia. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la variable depresión se evaluó con tan sólo un ítem de la escala PANSS y, por lo tanto, no se analizaron meticulosamente los síntomas depresivos como en nuestro caso, en el cual utilizamos un instrumento específico para medir la depresión (Inventario de depresión de Beck). Por su parte, Garety y cols (2008) evaluaron los efectos de la TCC en una muestra de 301 pacientes con un segundo episodio psicótico mediante la misma escala que este estudio encontrando mejoras significativas a los 2 años. Así, el estudio previo da valor a nuestros resultados y nos hacen seguir esta línea. Aunque nuestros resultados se han dado en una muestra de pacientes con un primer episodio psicótico y no con un segundo episodio, es sabido que los niveles de depresión son más altos en los primeros episodios psicóticos (Sönmez y cols, 2013; Sánchez-Gistau y cols, 2014) por lo que las mejoras en este tipo de pacientes tienen un valor añadido. Otros autores, Waller y cols (2013), también estudiaron los efectos de la TCC y obtuvieron los mismos resultados.

En relación a la autoestima, los valores en la evaluación de post-terapia permanecen iguales que en la evaluación basal, siendo no significativa la

diferencia; no obstante, 6 meses después de la intervención, ésta aumenta significativamente ($p=0,02$). Todo ello sugiere que el EMC mejora la valoración que los sujetos tienen de sí mismos, es decir, la autoestima.

Este aumento de autoestima podría estar relacionado con la disminución que acabamos de observar de los síntomas depresivos. Además, como ya dijimos anteriormente, en nuestros datos hemos obtenido una correlación inversa y significativa entre la depresión y la autoestima ($r=-,627^{**}$, $p<0,001$). En esta línea, Freeman (2007) corrobora que existe una relación circular entre la depresión, la baja autoestima y también con la presencia de delirios. Las mejoras halladas en una de las variables repercutirán en las otras dos. Así, como ocurre en este estudio, si obtenemos unos síntomas depresivos más reducidos a los 6 meses de la intervención, la autoestima mejorará al haber una relación inversa y significativa entre ambas.

De entre los pocos trabajos que han analizado el efecto del EMC y la TCC sobre la autoestima de manera intragrupal, nuestros resultados (significación a los 6 meses de seguimiento) siguen la línea del ensayo de Lecomte y cols (2015). Estos autores estudiaron la autoestima en una muestra de 66 pacientes con psicosis temprana a los 9 meses tras realizar la TCC grupal, hallando mejoras significativas en la autoestima. Ellos atribuyeron las causas de dicha mejora a aspectos propios de la terapia como la alianza terapéutica, la cohesión y el optimismo de los pacientes frente a la terapia. En contra de nuestros hallazgos, un estudio de los autores Ussorio y cols (2016), a pesar de ser el único que coincide con el nuestro en el tipo de sujeto analizado (psicosis temprana) y en el tipo de terapia realizada (EMC), no descubre mejoras significativas en la autoestima tras 4 meses de intervención. No

obstante, en este estudio no hubo aleatorización y, por lo tanto, la muestra podría estar sesgada.

Con respecto a las dimensiones de los delirios, tanto la frecuencia y duración de la preocupación por el delirio como su convicción frente al delirio no redujeron sus puntuaciones significativamente en post-terapia respecto a las obtenidas al inicio de la terapia y, sin embargo, a los 6 meses de seguimiento sí se redujeron significativamente. La frecuencia de la preocupación por el delirio obtuvo una significación de $p=0,03$, la duración de la preocupación por el delirio, de $p=0,04$ y la convicción frente al delirio, de $p=0,003$. Todo ello sugiere que el EMC mejora la frecuencia y duración de la preocupación sobre el delirio, y la firmeza de sus convicciones sobre éste, esto es, se dan menos preocupaciones por el delirio gracias al EMC, éstas tienen una duración inferior y los sujetos están menos convencidos de la veracidad de sus creencias delirantes. Así, la mejora que hemos observado sigue la línea de autores como Moritz y cols, que realizaron una revisión en el año 2014(a) concluyendo que el EMC contribuye a reducir los delirios de los pacientes. Si bien es cierto que ellos hacen referencia al delirio en general y no específicamente a las dimensiones que lo componen.

Por otro lado, como dijimos previamente, en este estudio hallamos una relación directa y significativa entre todas las dimensiones del delirio y los síntomas depresivos ($p\leq 0,01$ en todos sus ítems) y una relación inversa y significativa fundamentalmente entre las dimensiones emocionales del delirio y la autoestima ($p\leq 0,03$ en frecuencia y duración de la preocupación por el delirio, grado e intensidad de la repercusión emocional, puntuación total de delirios y dimensión emocional del delirio). Así se observa que, como ya

dijimos, existe una importante relación entre las tres variables. Por lo tanto, la disminución de la frecuencia y duración de la preocupación por el delirio parecen estar relacionadas con las mejoras experimentadas en depresión y en autoestima. Esta posible relación entre dichas variables ya fue puesta de manifiesto por Freeman en el año 2007. Este autor hablaba de una relación circular entre ellas, aunque enfocando el delirio como un factor unidimensional y no orientándose a las dimensiones del mismo. Así, según nuestros datos, esta relación es la misma a nivel multidimensional y fundamentalmente en las dimensiones emocionales del delirio.

Con respecto a la literatura previa, encontramos algunos estudios con resultados similares (significación a los 6 meses de intervención en la frecuencia y duración de la preocupación por el delirio y en la convicción sobre el delirio). El estudio de Favrod y cols (2014), que evaluó la eficacia del EMC en pacientes con respuesta parcial a la medicación, obtuvo una mejora significativa en convicción sobre el delirio (pero no en frecuencia y duración de la preocupación por el delirio) a los 2 y 6 meses, atribuyendo las mejoras al enfoque no invasivo del EMC. Por su parte, Erawati y cols (2014), evaluaron la eficacia del EMC en pacientes con esquizofrenia y obtuvieron diferencias significativas pre-post (6 semanas) tanto en la frecuencia, duración de la preocupación y convicción como en el resto de dimensiones del delirio. Si bien es cierto que este estudio presenta ciertas limitaciones en el diseño. Por último, Favrod y cols (2010) encontraron una mejora no significativa a los 8 meses en una muestra de 18 pacientes con síntomas persistentes en la preocupación y convicción sobre el delirio.

En definitiva, el hecho de que las mejoras halladas en los procesos emocionales (depresión y autoestima) y dimensiones de los delirios (frecuencia y duración de la preocupación y convicción sobre el delirio) se den a los 6 meses de la intervención, y no nada más finalizar la terapia, supone una mejora tardía. El programa no es fundamentalmente teórico y requiere una práctica constante, por lo que esta mejora tardía supone una interiorización de sus enseñanzas que se da poco a poco, practicando la detección y corrección de los propios sesgos cognitivos, de manera que se vayan interiorizando y consolidando los conceptos en el tiempo. De esta forma, a través de la práctica, aparece un beneficio en los síntomas depresivos, en la autoestima, en la preocupación por el delirio y en la convicción sobre la realidad del delirio.

En lo referente al resto de variables analizadas (grado de repercusión emocional, intensidad de la repercusión emocional, interferencia en la vida cotidiana, puntuación total de la escala PSYRATS Delirios y variable PSYRATS delirios dimensión emocional), no se obtuvieron mejoras significativas para ninguna de ellas. Los niveles de significación en dichas variables fueron superiores a 0,1 en todos los casos. Esto sugiere que el EMC no afecta a la angustia experimentada cuando tienen lugar los delirios (tanto a la frecuencia de aparición de la angustia como a su intensidad y gravedad), a la interferencia en el funcionamiento en su vida cotidiana, ni tampoco al conjunto de las dimensiones del delirio.

Respecto a la literatura previa, los autores Favrod y cols (2010) tampoco encontraron mejoras significativas intragrupo en la angustia que produce el delirio tras la aplicación del EMC. Sin embargo, sí encontraron mejoras significativas al analizar los delirios de manera global mediante la

misma escala que nosotros (PSYRATS delirios), las cuales atribuyeron a la novedad de la terapia. Años después, Favrod y cols (2014) también obtuvieron resultados similares. Tampoco encontraron mejoras significativas en la cantidad (post-terapia y seguimiento) e intensidad de la angustia (post-terapia) y en la interferencia en la vida cotidiana (post-terapia y seguimiento), aunque sí las encontraron en la puntuación global de los delirios (post-terapia y seguimiento).

Eficacia de la terapia psicoeducativa en síntomas depresivos, autoestima y dimensiones del delirio

En contra de lo esperado, el grupo que recibió la terapia psicoeducativa presentó una mejora significativa en el ítem convicción frente al delirio en la evaluación de post-terapia, nada más finalizar la terapia ($p=0,01$). Sin embargo, 6 meses después de la intervención las puntuaciones cambiaron y su significación desapareció, hallando entonces una tendencia a la significación ($p=0,07$). Esto significa que la terapia psicoeducativa tiene cierto efecto en la convicción delirante, reduciendo significativamente los niveles de firmeza de sus creencias al terminar la terapia, pero que este efecto se reduce a los 6 meses.

Respecto a la literatura previa, encontramos trabajos anteriores en diferentes guías clínicas que han analizado la eficacia de la terapia psicoeducativa en sujetos con esquizofrenia y, como en nuestro estudio, en primeros episodios psicóticos y no encuentran datos similares a los nuestros. Los estudios al respecto afirman que el mecanismo de acción de la terapia psicoeducativa se centra en la reducción de recaídas, síntomas negativos,

adherencia al tratamiento y funcionamiento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Vega y cols, 2014) y no en la reducción de aspectos incluidos dentro de los síntomas positivos, como puede ser la convicción delirante. Si bien es cierto que la mejora en la adherencia al tratamiento puede tener como consecuencia la reducción de los síntomas positivos.

Por lo que respecta al resto de variables analizadas (depresión, autoestima, frecuencia y duración de la preocupación delirante, grado e intensidad de la repercusión emocional del delirio, interferencia en la vida cotidiana del delirio, puntuación total de la escala PSYRATS delirio y variable PSYRATS dimensión emocional), éstas no presentaron mejoras significativas ni en post-terapia ni en seguimiento, encontrando significaciones superiores a 0,10 tal y como se había hipotetizado. En línea con nuestros resultados, las guías clínicas actuales que ya hemos nombrado (NICE, 2014 y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) tampoco encuentran mejoras tras la terapia psicoeducativa en las variables nombradas. Tal y como acabamos de ver, su mecanismo de acción se centra en otro tipo de aspectos. Sin embargo, una revisión sistemática de rigor metodológico, realizada por Vega y cols (2014) y amparada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, estudió la terapia psicoeducativa junto con tratamiento psicológico en una muestra de pacientes similar a la nuestra en tamaño y tipo de sujeto (94 pacientes con un primer episodio psicótico) y sí encontró mejoras significativas en el grupo que recibió terapia psicoeducativa en los procesos emocionales, concretamente en los síntomas depresivos, encontrando a los 6 meses niveles no clínicos y contrariando de esta forma los resultados expuestos en nuestro estudio. Aunque este estudio tiene una limitación importante pues no se especifica qué tipo de tratamiento psicológico ha sido realizado junto con la terapia

psicoeducativa. Por tanto, es difícil saber si las mejoras en la sintomatología depresiva son debidas a la terapia psicoeducativa, al tratamiento psicológico sin especificar o si se deben a la combinación de ambas terapias.

Eficacia del EMC frente a la terapia psicoeducativa en síntomas depresivos, autoestima y dimensiones del delirio

El grupo que recibió el EMC no fue significativamente superior al grupo que recibió la terapia psicoeducativa en ninguna de las variables analizadas (depresión, autoestima, frecuencia y duración de la preocupación por el delirio, convicción del delirio, cantidad e intensidad de la angustia sufrida por el delirio, puntuación total de la escala PSYRATS delirios y variable PSYRATS delirios dimensión emocional) ni en la evaluación de post-terapia ni en la evaluación de seguimiento. Sin embargo, sí hubo una tendencia a la significación en favor del EMC a los 6 meses de la intervención en las variables frecuencia de la preocupación por el delirio ($p=0,07$) y duración de la preocupación por el delirio ($p=0,08$). Previamente ambas variables obtuvieron mejoras significativas en el grupo que recibió el EMC en el seguimiento a 6 meses ($p=0,03$ y $p=0,04$ respectivamente) pero, como acabamos de ver, cuando el EMC se comparó con la terapia psicoeducativa la significación disminuyó hasta llegar a una tendencia a la significación. Esta tendencia nos indica que, aunque con una probabilidad de error debido al azar algo mayor a lo que consideramos como válido para aceptar nuestra hipótesis (7 y 8% respectivamente), es posible que el EMC tenga un efecto mayor que la terapia psicoeducativa a la hora de reducir el tiempo (tanto cantidad como duración) que los pacientes dedican a pensar en sus creencias delirantes.

Respecto a la literatura previa, 6 estudios evaluaron la eficacia del EMC sobre los síntomas delirantes mediante la escala PSYRATS delirios (Moritz y cols, 2011a, Moritz y cols, 2013, 2014b, Favrod y cols, 2014, Briki y cols, 2014 y Erawati y cols, 2014), pero sólo 4 de ellos analizaron las dimensiones de los delirios (Moritz y cols, 2011a, Moritz y cols, 2013, Favrod y cols, 2014 y Erawati y cols, 2014).

De estos 4, Moritz y cols (2013) y Erawati y cols (2014) sí encontraron mejoras significativas respecto al grupo control en la frecuencia y duración de la preocupación por el delirio. En concreto, Moritz y cols (2013), que compararon el EMC con un programa de entrenamiento cognitivo (Cogpack) en una muestra de 150 pacientes con síntomas leves o moderados mediante tres medidas temporales (basal, post-terapia 1 mes y seguimiento a 6 meses), hallaron diferencias significativas a favor del EMC al finalizar la terapia y en el seguimiento, mientras que en nuestro caso obtenemos una tendencia a la significación en la evaluación de seguimiento. No obstante, nuestros resultados siguen la línea de este estudio, el cual es un ensayo clínico aleatorizado y ciego a la pertenencia del grupo con amplio rigor metodológico y un tamaño muestral competente. Por su parte, el estudio de Erawati y cols (2014) comparó el EMC (la versión individual) con un grupo control en 52 pacientes con esquizofrenia mediante dos medidas temporales (basal y post-terapia 6 semanas), hallando diferencias significativas en la frecuencia y duración de la preocupación por el delirio. Este estudio también está en consonancia con nuestros resultados, aunque tan solo se pueden apreciar las diferencias a las 6 semanas. Además, los mismos autores comentan como limitación que el diseño del estudio no fue óptimo y recomiendan en futuras investigaciones un diseño controlado y aleatorio. Por contra, Moritz y cols (2011a) y Favrod y cols

(2014), no hallaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en dichas dimensiones (frecuencia y duración de la preocupación por el delirio) aunque sí observaron diferencias significativas en otras. Moritz y cols (2011a) en un estudio de 36 pacientes en remisión observaron mejoras significativas a los 2 meses en los pacientes que recibieron el EMC, con respecto al grupo que recibió el tratamiento habitual estándar, en la intensidad de la repercusión emocional del delirio. Por su parte, Favrod y cols (2014) afirmaron que el EMC era superior al tratamiento habitual estándar a los 6 meses en una muestra de 52 pacientes con respuesta parcial a la medicación en la convicción sobre el delirio y la intensidad del grado de repercusión emocional de éste. Ellos atribuyeron las mejoras a la propia consciencia sobre los sesgos cognitivos, a la mejora del aprendizaje y a la capacidad del EMC de reducir la resistencia al tratamiento al abordar los síntomas desde una perspectiva no insultante que permite al paciente integrar sus experiencias psicóticas en su personalidad.

Como ya hemos dicho, para el resto de variables analizadas no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos de estudio. A continuación se revisarán estos datos en función de las hipótesis de nuestro estudio.

En cuanto a los síntomas depresivos, la comparación entre grupos de las diferencias de medias basal-post-terapia obtuvo una significación de $p=0,99$ y en las diferencias de medias basal-seguimiento a 6 meses, de $p=0,50$. Esta falta de diferencias significativas nos informa que el EMC no es mejor terapia (es decir, no es más eficaz) que la terapia psicoeducativa en el tratamiento y

reducción de los síntomas depresivos. Estos datos resultan llamativos puesto que, a pesar de haber obtenido mejoras significativas dentro del grupo que recibió el EMC a los 6 meses de seguimiento ($p=0,04$) y no haberlas encontrado en el grupo que recibió la terapia psicoeducativa ($p=0,54$), cuando las diferencias de medias en ambos grupos son comparadas, no son significativas.

Se nos ocurren tres posibilidades para explicar estas diferencias: En primer lugar, podrían deberse a que el efecto del EMC no es lo suficientemente grande como para observar diferencias. Ya ocurrió así en el estudio de Turkington y Kingdon (2000), en el que se comparó la TCC con otra terapia activa llamada Befriending. Ellos también encontraron mejoras significativas en los niveles de depresión del grupo experimental pero éstas no fueron lo suficientemente grandes como para asegurar que la terapia experimental era más efectiva que la terapia control. En segundo lugar, también es posible que ambos grupos mejoren sus síntomas depresivos a los 6 meses y, por lo tanto, el efecto del EMC quede enmascarado por el efecto de la terapia psicoeducativa. Un ejemplo de esto es el estudio de Turkington y cols (2008) en el cual se analizó la eficacia de la TCC frente a la terapia Befriending. Ambos grupos de estudio obtuvieron mejoras significativas en sus niveles de depresión pero no se hallaron diferencias significativas. Y, en tercer lugar, dichas diferencias pueden ser debidas a las diferencias entre las varianzas de cada grupo de estudio. El grupo que recibió la terapia psicoeducativa contó con una varianza ligeramente superior al grupo que recibió el EMC tanto en la evaluación de post-terapia como en la de seguimiento, lo que puede haber interferido en los resultados. En un estudio del año 1999, Haddock y sus colaboradores analizaron el efecto que tuvo la TCC frente a la terapia

psicoeducativa en una muestra de pacientes con una psicosis aguda de inicio reciente hallando mejoras significativas en cada grupo en los síntomas pero sin obtener diferencias significativas entre ellos. Ellos interpretaron que una de las causas de esta ausencia podía ser la diferencia en las varianzas de ambos grupos en los diferentes momentos temporales, argumentando que cada terapia podía tener un efecto distinto en los pacientes, si bien es cierto que la diferencias en sus varianzas fueron mucho mayores que en nuestro caso.

Con respecto a la literatura previa encontrada, dos estudios analizaron la eficacia del EMC en los niveles de depresión de los pacientes encontrando resultados similares a los de este trabajo (ausencia de diferencias significativas) (Favrod y cols, 2014 y Briki y cols, 2014): El estudio de Favrod y cols (2014) comparó la eficacia del EMC frente al tratamiento habitual estándar en una muestra de 52 pacientes con respuesta parcial a la medicación. Ellos usaron el ítem depresión de la escala PANSS para ello. Así, hay que tener en cuenta que, aunque esta escala es muy utilizada en la práctica clínica, no es la más apropiada para estudiar en detalle los niveles de depresión ya que no permite analizar aspectos relativos a la misma como, por ejemplo, el estado de ánimo, el pesimismo o el fracaso. Por su parte, Briki y cols, analizaron el EMC frente a la terapia de apoyo en una muestra de 50 pacientes con síntomas positivos persistentes a los 2 meses de la intervención. Aunque no obtuvieron diferencias significativas entre los grupos de estudio, sí mencionan que los niveles de depresión se mantuvieron estables. Argumentaron que el módulo sobre estado de ánimo y autoestima del programa EMC podía haber ayudado a mantener estables sus niveles de depresión.

Por otro lado, en contra de nuestros resultados (ausencia de diferencias significativas) otros trabajos dirigidos a investigar los niveles de depresión en la TCC sí han encontrado diferencias significativas entre los grupos de estudio (Sensky y cols, 2000 y Penadés y cols, 2006). Sensky y cols (2000) compararon la eficacia de la TCC frente a la terapia Befriending en los niveles de depresión en una muestra de 90 pacientes resistentes al tratamiento a través de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale con un tiempo de seguimiento de 9 meses, mientras que Penadés y cols (2006) compararon la eficacia de la TCC frente a la de la rehabilitación cognitiva en 40 pacientes con esquizofrenia crónica a través del ítem depresión de la escala PANSS con un tiempo de seguimiento de 6 meses. Las diferencias de nuestro trabajo con el primer estudio (Sensky y cols, 2000) podrían deberse al tipo de terapia control realizada. La terapia usada por Sensky y cols (2000) (Befriending) es una terapia activa centrada principalmente en el apoyo social y en las relaciones interpersonales de alta calidad, en la cual los temas son enfocados sobre aspectos no psicóticos (ocio, actividades cotidianas, deportes etc). Así, este tipo de terapia, mucho más centrada que la terapia control utilizada en el presente estudio en el apoyo social y las relaciones interpersonales puede haber fortalecido los lazos en el grupo de manera que los pacientes se sientan más animados y con más ilusiones en su vida diaria y, en consecuencia, haya resultado más eficaz que la psicoeducación en la reducción de los niveles de depresión. No obstante, se trata de una hipótesis, ya que no todos los estudios que han utilizado la terapia Befriending han obtenido los mismos resultados (Turkington y Kingdon, 2000; Turkington y cols, 2008). En cuanto a las diferencias halladas con el estudio de Penadés y cols (2006), podrían deberse a la forma de evaluar la depresión. Como hemos dicho, ellos midieron los

niveles de depresión a través de un único ítem de la escala PANSS mientras que en nuestro caso, usamos una escala específica para ello.

Además de esto, a nivel general, un meta-análisis realizado por Wykes y cols (2008) sobre la eficacia de la TCC frente a grupos control también obtuvo resultados contrarios a los nuestros, ya que estos autores observaron diferencias significativas en el humor con un tamaño del efecto modesto, sin embargo, dejan claro que el tamaño del efecto está muy influido por el rigor metodológico de manera que no sería raro encontrar una baja significación en estudios con alto control de sesgos, como ocurre en este trabajo.

Por lo que respecta a la autoestima, la comparación de las diferencias de medias entregrupos en basal-post-terapia obtuvo una significación de $p=0,52$ y en basal-seguimiento a 6 meses, de $p=0,92$. La ausencia de diferencias significativas nos indica que el EMC no es más eficaz que la terapia psicoeducativa en la mejora de la autoestima. Así, como sucedía en el caso de los síntomas depresivos, la autoestima también presentó mejoras significativas en el grupo que recibió el EMC a los 6 meses de seguimiento ($p=0,02$), mientras que el grupo que recibió la terapia psicoeducativa no las presentó ($p=0,34$). Sin embargo, cuando las diferencias de medias (basal-post-terapia y basal-seguimiento) en ambos grupos fueron comparadas, éstas fueron no significativas.

Encontramos dos motivos por los que ha podido suceder esto, que ya apuntábamos en el apartado de síntomas depresivos. En primer lugar, este hecho podría indicar que la magnitud del cambio del grupo que recibió el EMC no es lo suficientemente grande como para observar diferencias entre ambos grupos de estudio (como ya vimos que ocurría en el estudio de

Turkington y Kingdon del año 2000). Y, en segundo lugar, también podría señalar que ambos grupos mejoran la autoestima a los 6 meses de manera que el efecto del EMC queda enmascarado (como vimos que sucedió en el estudio de Turkington y cols del año 2008). Además, otro punto a destacar es que el EMC podría necesitar un periodo de aprendizaje y de práctica constante para que se observara un cambio significativo en los niveles de autoestima, de manera que cuanto más práctica, mayores beneficios. De esta forma, estaríamos hablando de un efecto tardío, no inmediatamente después de finalizar la terapia.

Respecto a las investigaciones previas, encontramos estudios similares a los nuestros, que tampoco obtienen diferencias significativas en la autoestima entre los grupos de estudio, a los 6 meses. Dos de ellos (Moritz y cols, 2013, 2014b) analizaron la eficacia del EMC respecto de una terapia activa (Cogpack) en una muestra de 150 pacientes con síntomas delirantes leves o moderados. En el estudio del año 2013 se realizó un seguimiento a 6 meses después de la intervención sin obtener diferencias significativas entre el grupo que recibió el EMC y el que recibió la terapia Cogpack. Al año siguiente, este mismo grupo de investigadores publicó otro estudio en el que analizaron los resultados, en esa misma muestra, 3 años después. Inesperadamente, obtuvieron diferencias significativas a favor del grupo que recibió el EMC en la autoestima. A este suceso lo llamaron “sleepers effects”. En nuestro trabajo, tampoco observamos diferencias significativas entre los grupos a los 6 meses pero no podemos asegurar que más adelante no aparezca también un “efecto dormido”. En el estudio de 2014(b), Moritz y cols argumentaron que el efecto tardío podía haberse dado por dos motivos: Por un lado, comentaron que los pacientes podrían haber aplicado lo aprendido en el programa EMC en sus

propias experiencias vitales durante un largo periodo de tiempo después de la intervención, estando más alerta sobre la presencia de sesgos cognitivos y este hecho habría podido influir positivamente en su comportamiento, sus relaciones sociales y su autoestima. Por otro lado, también hablaron de que el programa podría haber ayudado a desestigmatizar la enfermedad, contribuyendo a minimizar los síntomas psicóticos y, en consecuencia, reducir el estrés, la culpa y el estigma. Así, estamos de acuerdo con ellos en que a los sujetos que asisten al programa EMC, les gusta y se divierten practicándolo (esto es, tienen un alto grado de aceptación del programa), cada vez están más alerta de sus sesgos cognitivos y que esto favorece la autoestima. Asimismo, la literatura existente revela que esta buena aceptación se da en un gran porcentaje de pacientes, al menos de pacientes con esquizofrenia (3 de cada 4 pacientes la recomiendan) y que esto, vista la mala motivación que suele darse en este tipo de pacientes, es un factor importante para mejorar la adherencia a la terapia (Eichner y Berna, 2016). Con la aceptación del EMC, los pacientes están más abiertos a él, a darse cuenta de los errores cognitivos, a tranquilizarse y a intentar corregirlos cada vez más, de manera que, con el paso del tiempo y de la práctica, los pacientes tienen un mayor control sobre sus sesgos y, en consecuencia, su autoestima mejora. No obstante, respecto a la posibilidad de que aparezca un “efecto dormido” se hacen necesarios más estudios en esa dirección para llegar a conclusiones sólidas.

En cuanto a las dimensiones de los delirios, a excepción de la tendencia a la significación encontrada en la frecuencia y en la duración de la preocupación por el delirio (ya explicado en un apartado anterior), la comparación de las diferencias de medias de los grupos en el resto de dimensiones del delirio ha resultado no significativa en los diferentes

momentos temporales. Estos datos nos indican que el EMC no es superior a la terapia psicoeducativa en el tratamiento y reducción de las dimensiones de los delirios ($p=0,60$) y sus dimensiones emocionales ($p=0,40$), en concreto, en la convicción acerca de la veracidad del delirio ($p=0,47$), en la cantidad de angustia presentada ($p=0,17$), en la intensidad de la angustia experimentada ($p=0,81$) y en la interferencia en la vida cotidiana ($p=0,82$). Destacamos los resultados sobre la convicción puesto que presentó mejoras significativas tanto en el grupo que recibió el EMC como en el grupo que recibió la terapia psicoeducativa cuando se analizaron por separado. La diferencia en ambas terapias fue que el EMC la mejoró significativamente a los 6 meses de seguimiento ($p=0,003$), mientras que la terapia psicoeducativa la mejoró significativamente nada más finalizar la terapia ($p=0,01$) y esta mejora se redujo a los 6 meses hasta llegar a una tendencia a la significación ($p=0,07$). Sin embargo, aunque ambas terapias mejoraron significativamente la convicción hacia el delirio ninguna fue superior a la otra cuando se compararon.

La falta de diferencias significativas entre ambos grupos puede ser debida a tres causas: Una primera causa, vista ya previamente, puede ser la ya mencionada magnitud del efecto del EMC. Esta magnitud puede que no sea suficientemente grande como para presentar mejoras frente a la terapia psicoeducativa. Una segunda causa, también nombrada anteriormente, hace referencia a que ambos grupos mejoren sus síntomas delirantes enmascarando de esta forma la eficacia del EMC. Y, por último, la tercera causa posible es el “efecto suelo”. Este efecto hace referencia a la presencia de puntuaciones basales muy reducidas en ambos grupos. En este caso, las puntuaciones basales en las dimensiones de los delirios sí lo fueron (ver tabla 9), indicando una sintomatología delirante leve ya al inicio del estudio. Este dato fue producto de

los criterios de inclusión utilizados, pues se incluyeron sujetos con una puntuación en el año previo al estudio de 3 o más en delirios en la escala PANSS aunque en el momento del mismo éstos se hubieran reducido a veces notablemente. Así, este dato ha podido enmascarar los resultados de forma que, aunque el EMC tenga un efecto positivo en los delirios, las diferencias entre las medidas de post-terapia y seguimiento frente a las basales serán más reducidas que si los sujetos presentaran inicialmente puntuaciones más altas. A la misma apreciación han llegado diferentes autores que han estudiado el efecto del EMC en esquizofrenia (Moritz y cols, 2011a, Naughton y cols, 2012, Aghotor y cols, 2010).

Respecto a los estudios previos, a diferencia de nuestros hallazgos, en general los datos son positivos. La revisión de 16 estudios sobre la eficacia del EMC en la esquizofrenia realizada por Moritz y cols en el año 2014(a) menciona que, en general, el EMC es eficaz en la reducción de la sintomatología delirante.

Como ya hemos comentado previamente, dentro de los trabajos revisados sobre EMC encontramos 6 que analizan los delirios mediante la escala PSYRATS (Moritz y cols, 2011a, Moritz y cols, 2013, 2014b, Favrod y cols, 2014 y Briki y cols, 2014, Erawati y cols, 2014). Sin embargo, sólo 4 de ellos analizaron las dimensiones de los delirios.

En cuanto a los que analizaron los delirios de manera general (Moritz y cols, 2014b, Briki y cols, 2014), Moritz y cols (2014b), en una muestra de 150 pacientes con síntomas delirantes en la que se comparó el EMC con una terapia activa llamada Cogpack, observaron diferencias significativas en los síntomas delirantes a los 3 años a favor del EMC. Por su parte, Briki y cols

(2014), en un estudio de 50 pacientes con síntomas positivos persistentes, compararon el EMC con la terapia de apoyo obteniendo mejoras significativas a los 2 meses en el grupo que recibió el EMC con respecto al grupo control.

Por otro lado, todos los que sí analizaron las dimensiones del delirio (Moritz y cols, 2011a, Moritz y cols, 2013, Erawati y cols, 2014 y Favrod y cols, 2014), encontraron diferencias significativas entre los grupos a favor del EMC en alguna de sus dimensiones. Moritz y cols (2011a), en una muestra de 36 pacientes en remisión, encontraron mejoras significativas a los 2 meses en la intensidad de la repercusión emocional del delirio (EMC vs Tratamiento habitual estándar). En el año 2013, el mismo autor junto con sus colaboradores, obtuvo en una muestra de 150 pacientes con síntomas delirantes leves o moderados que el EMC era más eficaz que el programa Cogpack en la reducción de todas las dimensiones del delirio a los 6 meses de seguimiento (a excepción de la interferencia en la vida cotidiana en la cual se obtuvo una tendencia a la significación). Por su parte, Erawati y cols (2014) obtuvieron que el EMC era superior a un grupo control no activo 6 semanas después de la intervención en todas las dimensiones del delirio. Por último, Favrod y cols (2014) analizaron una muestra de 52 pacientes con respuesta parcial a la medicación hallando que el EMC era superior al tratamiento habitual estándar a los 6 meses en la convicción sobre el delirio y la intensidad del grado de repercusión emocional de éste gracias a la consciencia sobre sus sesgos cognitivos, a la mejora del aprendizaje y a la capacidad del EMC de reducir la resistencia al tratamiento.

Así pues, aunque en este trabajo no se puede afirmar que el EMC es superior a la terapia psicoeducativa en todas las dimensiones del delirio, si es

cierto que hemos obtenido una tendencia a la significación en dos de dichas dimensiones (frecuencia y duración de la preocupación sobre el delirio). Por tanto, estos resultados siguen la línea de los últimos estudios y revisiones realizados hasta el momento. No obstante, somos conscientes de que las diferencias con todos ellos pueden haberse acentuado debido al efecto suelo y serían necesarias más investigaciones al respecto.

Eficacia del módulo 8 del programa de EMC en los síntomas depresivos, autoestima y dimensiones del delirio

El programa EMC se compuso de 8 módulos impartidos durante 8 sesiones relacionadas con los sesgos cognitivos propios de estos pacientes. Una de ellas, la última, se dedicó a tratar temas relativos al objeto de esta tesis, en concreto a aspectos relacionados con el estado de ánimo y la autoestima. Dentro del grupo que recibió el EMC (N=48) dividimos la muestra entre aquellos que asistieron a la sesión 8 (N=33) y aquellos que no asistieron a esta sesión (N=15) para valorar si existían diferencias significativas entre ambos subgrupos en las variables objeto de estudio.

Los resultados demuestran que no existen diferencias significativas entre ellos en los síntomas depresivos, autoestima y dimensiones de los delirios ni en la evaluación de post-terapia (p entre 0,17 y 0,88 en todas las variables) ni en el seguimiento a 6 meses (p entre 0,59 y 0,97 en todas las variables). Hay que tener en cuenta que todos los sujetos que realizaron la sesión 8 habían acudido a un alto porcentaje de sesiones (68,75%) por lo que no se puede apreciar claramente qué hubiera pasado si únicamente hubieran asistido a la sesión 8. No obstante, para paliar este hecho, los resultados fueron

controlados por el número de sesiones realizadas pero, como hemos visto, no se obtuvieron diferencias significativas.

En definitiva, todo esto significa que el módulo 8 no es más eficaz que el resto de módulos en el tratamiento y reducción de los síntomas depresivos, la autoestima y las dimensiones de los delirios. Es decir, el hecho de que los pacientes hayan acudido o no a esta sesión no influyó de manera decisiva e independiente en las puntuaciones de dichas variables sino que las mejoras que se han obtenido son debidas al programa EMC completo.

Hasta donde sabemos, no existe ningún estudio que haya analizado el efecto que cada módulo tiene en los procesos emociones (depresión y autoestima) y en las dimensiones del delirio, solamente encontramos artículos que nombran la eficacia del programa EMC en su conjunto. Aunque no directamente relacionado con este tema, sí que existe un estudio sobre pacientes con síntomas leves o moderados, un tamaño muestral amplio ($n=150$) y una evaluación de seguimiento de 6 meses (Moritz y cols, 2013), que revisa el efecto de los módulos del programa EMC en los síntomas positivos, encontrando una relación entre las mejoras halladas en la subescala positiva de la variable PANSS y el número de sesiones realizadas del programa. Ellos encontraron que cuantas más sesiones se habían realizado, más mejoras se habían encontrado en los síntomas positivos. En general, los datos de Moritz y cols (2013) parecen tener que ver con un efecto de aprendizaje acumulativo, es decir, a mayor asistencia, el aprendizaje experimentado en cada sesión se acumula.

A modo de resumen final, este estudio concluye que, en una muestra de pacientes jóvenes con un primer episodio psicótico, la prevalencia de los

síntomas depresivos es leve-moderada, con una imagen de sí mismos (autoestima) relativamente conservada y con una sintomatología delirante presente pero de forma leve en el momento de la evaluación. Además, cuanto más depresión tienen los sujetos menor autoestima y mayores síntomas delirantes presentan.

Por otra parte, hemos podido comprobar que la aplicación del programa completo de EMC en estos sujetos disminuye los síntomas depresivos, mejora la autoestima y disminuye la frecuencia y duración de la preocupación sobre el delirio y la convicción frente a éste. Hemos visto también que el módulo 8 no influye más que el resto de módulos en esa mejora. En cuanto a la terapia psicoeducativa, logra cierta mejora en la convicción frente al delirio pero los resultados no se mantienen en el seguimiento a 6 meses. Sin embargo, hemos obtenido que el EMC no es superior a la terapia psicoeducativa en la mejora de dichas variables. Únicamente apreciamos una tendencia a la significación en la frecuencia y duración de la preocupación sobre el delirio a los 6 meses de seguimiento.

De esta forma, aunque sí obtenemos mejoras significativas al aplicar el EMC en pacientes con un primer episodio psicótico, cuando el EMC es comparado con la terapia psicoeducativa estas mejoras no se mantienen, por lo que necesitaríamos hacer más estudios al respecto para llegar a conclusiones más sólidas.

11.3. Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación

11.3.1. Fortalezas

En términos de fortalezas, este trabajo presenta una serie de aspectos que lo convierten en un estudio potente con rigor metodológico.

En primer lugar, el diseño. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en múltiples centros de salud mental de España, en el que todos los participantes presentaron características similares (principalmente menos de 5 años desde el inicio de los síntomas y una puntuación durante el año previo igual o superior a 3 en el ítem delirios de la subescala positiva de la PANSS) tratando así que la muestra fuera homogénea. Además, la inclusión de estos sujetos en el grupo experimental o en el grupo control se aleatorizó mediante una lista de números elegidos al azar y en función del orden de captación en su centro de referencia. Y ambos grupos recibieron las mismas sesiones totales, con la misma frecuencia y duración semanal. Además de esto, para que los grupos fueran tratados exactamente igual y evitar sesgos en la evaluación (como, por ejemplo, la tendencia a inflar los resultados del grupo experimental), los evaluadores del estudio no conocieron la pertenencia de los sujetos a cada grupo, es decir, fueron ciegos a la misma.

En segundo lugar, el tamaño de la muestra y la relativa baja tasa de abandonos. Como sabemos, definir el tamaño muestral adecuado para realizar un buen estudio experimental es uno de los aspectos fundamentales a la hora de iniciar una investigación. Por ello, nosotros hemos tomado como referencia

un estudio de Moritz del año 2011(b). En función de este estudio, el cálculo del tamaño muestral necesario para que el estudio fuera representativo de la población con un porcentaje de error en la precisión del 5% fue de 76 sujetos (38 en cada grupo). Si observamos nuestros datos, vemos que el tamaño de la muestra del presente trabajo cumple este requisito ya que contamos con 89 sujetos (48 sujetos en el grupo experimental y 41 en el grupo control). Además, se tomó en consideración unas posibles pérdidas muestrales del 20% (es decir, 15 sujetos) subiendo el tamaño muestral necesario a 92 sujetos en caso del 20% de pérdidas. Sin tener en cuenta el tamaño muestral inicial de 122 sujetos, con el que finalmente decidimos no trabajar, y centrándonos directamente en aquellos sujetos que realizaron como mínimo 2 evaluaciones (N=89), la pérdida muestral de nuestro trabajo fue prácticamente del 10% (8 sujetos), por lo que podemos considerar que tanto el tamaño muestral como el porcentaje de abandonos son adecuados para considerar el estudio como representativo de la población de primeros episodios psicóticos y se puede considerar como una fortaleza.

Y en tercer lugar, los aspectos innovadores del trabajo. Este estudio cuenta con algunos aspectos que no han sido estudiados previamente y le dan un valor añadido: 1) Por un lado, se trata de uno de los primeros ensayos que han examinado la efectividad de la nueva terapia en la psicosis temprana, esto es, durante los primeros cinco años de trastorno. En los pocos años de estudio del EMC (unos diez años de antigüedad), la mayoría de los ensayos realizados hasta el momento han analizado la eficacia de la intervención en pacientes con esquizofrenia y no, como en nuestro caso, en una psicosis incipiente. Como se observa en la literatura, los tratamientos implantados de manera temprana pueden ser determinantes en la evolución y la recuperación del paciente y, por

ello, esta novedad en el EMC es importante y gana peso frente al tipo de sujeto analizado por autores anteriores. 2) Por otro lado, es la primera vez que un estudio compara la eficacia de esta terapia con la terapia psicoeducativa. Los estudios previos a éste, han analizado el EMC o bien en solitario o bien comparándolo con grupos control a los que se les ofreció el tratamiento habitual estándar o grupos a los que se les impartió un programa de entrenamiento neuropsicológico, pero, por el momento, ninguno lo comparó con el mismo tipo de intervención con el que lo comparamos nosotros. 3) Además, este estudio es uno de los primeros acerca del EMC que se ha centrado fundamentalmente en los aspectos emocionales de la psicosis (depresión, autoestima y aspectos emocionales de los delirios), con un tamaño muestral representativo de la población y habiendo utilizado unos instrumentos de medida específicos. Los análisis de estos aspectos son importantes puesto que siguen las tendencias investigadoras que ven que la emoción tiene un papel central en el origen y mantenimiento de los delirios y la psicosis (Garety y cols, 2001a) y, sin embargo, existen pocos estudios en EMC anteriores a éste que hayan evaluado los procesos emocionales. 4) Por último, hasta el momento no existe ningún estudio que haya investigado el efecto que tiene cada módulo del programa EMC en los síntomas ni en los procesos emocionales de los pacientes, ni tampoco se ha estudiado si existe algún módulo más importante que otro. En nuestro caso, como nuestro objetivo principal son los procesos emocionales, hemos analizado el efecto que tiene el módulo 8 dedicado a la autoestima y el estado de ánimo y si tiene una importancia mayor que el resto de módulos en lo que a la mejora de los procesos emocionales se refiere.

11.3.2. Limitaciones

A pesar de ser un estudio experimental correctamente realizado y con fortalezas importantes, también cuenta con una serie de limitaciones:

En primer lugar, el tipo de control utilizado. Este podría estar interfiriendo en la visibilidad de las mejoras en EMC al favorecerse también la recuperación de los sujetos en el grupo control a través de la terapia psicoeducativa. Mientras que la mayoría de estudios previos (a excepción del estudio de Moritz y cols, 2013, 2014b quienes compararon el EMC con un entrenamiento neuropsicológico) contrastaron la eficacia del EMC con grupos control no activos o con un tratamiento habitual estándar (tratamiento farmacológico) sin intervención psicológica, en nuestro caso hemos comparado la terapia experimental con un grupo de control activo, la intervención psicoeducativa. Esto implica que a los sujetos del grupo control se les ha ofrecido una intervención destinada a dar información y educación sobre el diagnóstico, tratamiento, los recursos, el pronóstico, las estrategias de afrontamiento y sobre los propios derechos de manera que los sujetos tengan una amplia información sobre el trastorno que sufren y puedan actuar en consecuencia. Además, el simple hecho de asistir a una terapia activa, independientemente de cuál sea, ya facilita una serie de cambios favorables en el sujeto que son debidos a aspectos como el contacto entre el paciente y el terapeuta, el vínculo que se crea entre ambos, el sentimiento de pertenencia a un grupo y el intercambio de opiniones y experiencias entre los miembros, los cuales no se obtienen en un grupo control no activo. De esta forma, las diferencias entre ambos grupos son más difíciles de detectar ya que ambos presentan beneficios.

En segundo lugar, el “efecto suelo”, es decir, la presencia de puntuaciones iniciales pequeñas para ambos grupos. A nivel general, estas bajas puntuaciones de partida lo que indican es que los participantes tenían una sintomatología ya reducida al inicio del estudio, lo que puede limitar la visibilidad de los efectos beneficiosos del EMC. Al ser estas puntuaciones inicialmente reducidas, aunque el EMC haya sido eficaz, la mejora experimentada no es tan apreciable como en los estudios en los que los pacientes contaban con unos síntomas iniciales más evidentes. Estos mismos datos se pueden observar en estudios previos sobre EMC en los que el tipo de sujeto analizado se encuentra estable, con poca sintomatología y no hay ventaja del EMC sobre el grupo control (Moritz y cols, 2011a, Naughton y cols, 2012, Aghotor y cols, 2010).

La tercera limitación es el tiempo de seguimiento. Aunque nuestro tiempo de seguimiento han sido 6 meses y es un periodo de tiempo bastante aceptable, en función de lo observado en estudios previos, es probable que no sea suficiente para asegurar que no existen diferencias significativas entre los grupos. Como hemos visto, se conocen estudios que han analizado los beneficios del EMC con un seguimiento de 6 meses y 3 años en los que a los 6 meses de intervención no habían aparecido mejoras y sin embargo a los 3 años sí (Moritz y cols, 2013, 2014b).

La cuarta limitación hace referencia al instrumento de medida utilizado para evaluar la autoestima. A pesar de que la escala de autoestima de Rosenberg es el instrumento de medida más frecuentemente usado en estos pacientes, cuenta con pocos ítems (10 ítems) divididos en dos factores (la autoestima positiva y la autoestima negativa), los cuales únicamente hacen

referencia a una autoestima global. Bajo nuestro punto de vista, esto es una limitación ya que no se ha podido extraer información sobre los componentes de la autoestima que se encuentran más afectados en los pacientes, tan solo hemos podido extraer información general al respecto.

11.3.3. Futuras líneas de investigación

En cuanto a las recomendaciones para estudios futuros, en primer lugar, sería deseable comparar el grupo que recibe el EMC con grupos controles no activos, en los cuales los sujetos reciban un tratamiento habitual estándar para observar mejor los beneficios y evitar enmascaramientos.

En segundo lugar, sería interesante modificar el criterio de inclusión. Como hemos mencionado, los pacientes de nuestra muestra se encontraban bastante estables por lo que, para estar completamente seguros de la eficacia del EMC, sería conveniente modificar dichos criterios de manera que en el momento de la inclusión los sujetos contaran con niveles de delirios moderados. Además, sería recomendable también que contaran con tasas de depresión de moderadas a altas y baja autoestima.

En tercer lugar, proponemos ampliar el intervalo de seguimiento a 3 años, como ya han hecho estudios previos, para llevar un mayor control de los efectos de la terapia.

En cuarto lugar, sugerimos en próximos trabajos evaluar, junto con los ya analizados, otros procesos emocionales no evaluados en éste pero que tienen prevalencia en la psicosis y parecen estar relacionados con la aparición y el mantenimiento de los delirios (Garety y cols, 2001a). Estos procesos

emocionales son la ansiedad (principalmente ansiedad social), la preocupación y el insomnio.

En quinto y último lugar, planteamos utilizar en futuras ocasiones la escala de autoestima Self-esteem Rating Scale (SERS) que, a diferencia de la escala de autoestima de Rosenberg, analiza la autoestima de manera multidimensional. Esta escala consiste en 40 ítems (20 positivos y 20 negativos) que valoran múltiples aspectos de la autoestima como, por ejemplo, la valía personal, la competencia social, la habilidad para resolver problemas, la habilidad intelectual, la autocompetencia y la valía comparada con los otros (Lecomte y cols, 2006).

12. CONCLUSIONES

- La prevalencia de síntomas depresivos en la muestra de población de primeros episodios psicóticos se distribuye de la siguiente manera: El 44,9% tenía síntomas depresivos leves o moderados, el 15,7% moderados-graves y el 4,5% graves.
- Los niveles de autoestima no son bajos encontrándose dentro de la normalidad ($M= 27,61$; $SD=5,71$. Rango= 10-40)
- Los valores de las dimensiones de la escala PSYRATS Delirios tienen una prevalencia de 4,75 puntos sobre 24 en la muestra de población de primeros episodios psicóticos ($M\text{ total}= 4,75$; $SD=6,13$).
- El EMC mejora significativamente los síntomas depresivos a los 6 meses de seguimiento ($p=0,04$) respecto de la evaluación basal.
- El EMC mejora muy significativamente la autoestima a los 6 meses de seguimiento ($p=0,02$) respecto de la evaluación basal.
- El EMC mejora significativamente la frecuencia y duración de la preocupación delirante ($p=0,03$ y $p=0,04$ respectivamente) y la convicción acerca de la realidad del delirio a los 6 meses de seguimiento ($p=0,00$) respecto de la evaluación basal pero no el resto de dimensiones del delirio.
- La terapia psicoeducativa no mejora significativamente los síntomas depresivos ni autoestima tanto en la evaluación post-terapia ($p=0,77$ y $p=0,48$ respectivamente) como a los 6 meses de seguimiento ($p=0,53$ y $p=0,34$) respecto de la evaluación basal.

- La terapia psicoeducativa mejora significativamente la convicción acerca de la realidad del delirio en la evaluación post-terapia ($p=0,01$) pero no a los 6 meses de intervención ($p=0,07$) respecto de la evaluación basal. El resto de dimensiones del delirio no mejoran.
- El EMC no mejora significativamente los síntomas depresivos ni autoestima respecto a la terapia psicoeducativa ni en post-terapia ($p=0,99$ y $p=0,52$ respectivamente) ni a los 6 meses de seguimiento ($p=0,50$ y $p=0,92$ respectivamente).
- El EMC no mejora significativamente las dimensiones del delirio respecto a la terapia psicoeducativa ni en post-terapia ($p=0,81$) ni a los 6 meses de seguimiento ($p=0,60$) pero existe una tendencia a la significación en la frecuencia ($p=0,06$) y duración de la preocupación delirante ($p=0,08$) a favor del EMC a los 6 meses de seguimiento.
- Los sujetos del grupo EMC que realizan el módulo 8 no mejoran significativamente en los síntomas depresivos, autoestima y dimensiones de los delirios con respecto a los sujetos del grupo EMC que no realizan el módulo 8 ni en post-terapia ($p=0,17$ y $p=0,68$ y $p=0,38$ respectivamente) ni en seguimiento ($p=0,49$, $p=0,59$ y $0,80$ respectivamente).

13. REFERENCIAS

- Achim, A.M., Ouellet, R., Roy, M.A. y Jackson, P.L. (2011). Assessment of empathy in first-episode psychosis and meta-analytic comparison with previous studies in schizophrenia. *Psychiatric Res*, 190(1), pp.3-8.
- Addington, D., Addington, J. y Patten, S. (1998). Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 172, pp.90-92.
- Addington, D., McKenzie, E., Addington, J., Patten, S., Smith, H., y Adair, C. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Interv Psychia*, 1, pp.157-167.
- Addington, J. y Addington, D. (2008). Outcome after discharge from an early psychosis program. *Schizophr Res*, 106, pp.363-366.
- Addington, J., Leriger, E. y Addington, D. (2003). Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Can. J. Psychiatry*, 48, pp.204-207.
- Adler, A. (1929). Melancholia and paranoia. En Adler, A. (ed.). *The practice and theory of individual psychology*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M. y Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 41, pp.207-211.
- Alcántara, J. (1990). *Como educar la autoestima*. Ediciones CEAC. Barcelona, España
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5º ed.)*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Ampalam, P., Deepthi, R. y Vadaparty, P. (2012). Schizophrenia-Insight, Depression: A correlation study. *Indian J. Psychol. Med*, 34 (1), pp.44-48.
- An der Heiden, W., Könnecke, R., Maurer, K., Ropeter, D. y Häfner, H. (2005). Depression in the long-term course of schizophrenia. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, 255, pp.174-184.

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2009). *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Baker, A., Bucci, S., Lewin, T.J., Kay-Lambkin, F., Constable, P.M. y Carr, V.J. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 188, pp.439-448.
- Barrett, E., Sundet, K., Faerden, A., Agartz, I., Bratlien, U., Romm, K.,...Melle, I. (2010). Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophr Res*, 123 (2-3), pp.257-262.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C. y Gregg, L. (2006). Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 189, pp.527-532.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L. y Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *J Abnorm Psychol*, 112(1), pp.92-99.
- Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev*, 21, pp.1143-1192.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behav Res Ther*, 32, pp. 331-341.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschloeger, J., Le Quach, P., ...Nordentoft, M. (2008). Five year follow-up of a randomized multicenter treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Arch Gen*, 65(7), pp.762-771.
- Bertolote, J. y McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br. J. Psychiatry*, 187, pp.s116-s119.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 182, pp.373-375.
- Birchwood, M. (2007). The critical period for early intervention. En M. Birchwood, D. Fowler y C. Jackson (eds.). *Early Intervention in Psychosis. A guide to concepts, evidence and Interventions* (pp.28-57). Chichester: Wiley Series in Clinical Psychology.

- Birchwood, M. y Iqbal, Z. (1998). Depression and suicidal thinking in psychosis. En T.Wykes, N. Tarrrier y S. Lewis (eds). *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J. y Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br.J. Psychiatry*, 197, pp.350-356.
- Blanchard, J. y Cohen, A. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: Implications for assessment. *Schizophr. Bull*, 32(2), pp.238-245.
- Bottlender, R., Strauß, A. y Möller, H.J. (2000). Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients. *Acta Psychiat. Scand*, 101, pp.153-160.
- Brabban, A. y Shiers, D. (2012). *IRIS Guidelines - Early Intervention in Psychosis*.
- Bravo, M.F. (2007). Trastornos psicóticos: tratamientos psicosociales. En M. Roca (coord.), *Trastornos Psicóticos* (pp. 821-852). Barcelona: Ars Medica.
- Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J., Netillard, C., ...Vandel, P. (2014). Metacognitive training for schizophrenia: A multicenter randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 157, pp.99-106.
- Brown, G.W., Bifulco, A., Veiel, H.O. y Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. II. Social correlates of self-esteem. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 25(5), pp.225-34.
- Brown, G.W., Monck, E., Carstairs, G., Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br.J Prev Soc Med*, 16, pp.55-68.
- Brüne, M. (2001). Social cognition psychopathology in an evolutionary perspective. *Psychopatology*, 34, pp.85-94.
- Cassidy, C., Schmitz, N., Norman, R., Manchanda, R. y Malla, A. (2008). Long-term effects of a community intervention for early identification of first-episode psychosis. *Acta Psychiat. Scand*, 117, pp.440-448.
- Cavelti, M., Beck, E., Kvrjic, S., Kossowsky, J. y Vauth, R. (2012). The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *J. Clin. Psychol*, 68 (4), pp. 462-476.

- Cavieres, A. y Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*, 43 (2), pp.97-108.
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (2015). *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia*. Informe de consenso de recomendaciones.
- Clark, D y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao. España.
- Cotton, S., Lambert, M., Schimmelmann, B., Mackinnon, A., Gleeson, J., Berk, M.,...Conus, P. (2012). Depressive symptoms in first episode schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr Res*, 134, pp.20-26.
- Crespo, J.M., Soria, V., Hernández, R.M. y Vallejo, J. (2007). Psicosis y trastornos afectivos. En M. Roca (coord.), *Trastornos Psicóticos* (pp. 583-604). Barcelona: Ars Medica.
- Dell'Osso, B., Glick, I.D., Baldwin, D.S. y Altamura, A.C. (2013). Can long-term outcomes be improved by shortening the duration of untreated illness in psychiatric disorders? A conceptual framework. *Psychopathology*, 46 (1), pp.14-21.
- Drake, R.J., Pickles, A., Bentall, R.P., Kinderman, P., Haddock, G., Tarrier, N. y Lewis, S.W. (2004). The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med*, 34(2), pp.285-292.
- Durham, R.C., Guthrie, M., Morton, V., Reid, D., Treliving, D., Fowler, D., ...Macdonald, R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms: Results to 3-month follow-up. *Br. J. Psychiatry*, 182, pp.303-311.
- Eichner, C. y Berna, F. (2016). 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*, pii: sbv225.
- Erawati, E., Keliat, B., Helena, N. y Hamid, A. (2014). The influence of metacognitive training on delusion severity and metacognitive ability in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21, pp.841-847..
- Farhall, J., Freeman, N.C., Shawyer, F. y Trauer, T. (2009). An effectiveness trial of cognitive behaviour therapy in a representative sample of outpatients with psychosis. *Br. J. Clin. Psychol*, 48, pp.47-62.

- Favrod, J., Marie, A., Bardy, S., Pernier, S. y Bonsack, C. (2010). Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 67(2), pp.401-407.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., ...Bonsack, C. (2014). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *Eur Psychiatry*.
- Fear, C., Sharp, H. y Healy, D. (1996). Cognitive processes in delusional disorders. *Br. J. Psychiatry*, 168(1), pp.61-67.
- Foussias, G. y Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. *Schizophr. Bull*, 36(2), pp.359-369.
- Fowler, D. (2000). Cognitive Behavior Therapy for Psychosis: From Understanding to Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4 (2), pp.199-215.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., ...Jones, P.B. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform Study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). *Psychol Med*, 39, pp.1627-1636.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev*, 27, pp.425-457.
- Freeman, D. y Garety, P. A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: An exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 27, pp.47-62.
- Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P., ... Hadley, C. (1998). The London-Est Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis IV: Self-esteem and persecutory delusions. *Br. J. Clin. Psychol*, 37, pp.415-430.
- Freeman, D., Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Bebbington, P.E. y Dunn, G. (2007). Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behav Res Ther*, 45, pp.89-99.
- Freeman, D., Stahl, D., McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Wiles, N., ...Bebbington, P. (2012). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 47, pp.1195-1203.

- Freeman, D., Startup, H., Dunn, G., Wingham, G., Cernis, E., Evans, N., ...Kingdon, D. (2014). Persecutory delusions and psychological well-being. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 49, pp.1045-1050.
- Fuentenebro, F., Díez-Algría, C., Nieto, M. y Valiente, C. (2005). Conceptos actuales del delirio. En Vallejo, J. y Leal, C. (2005). *Tratado de psiquiatría. Volumen I* (pp.973-997). Barcelona: Ars Medica.
- Fuentes, I., Ruiz-Ruiz, J.C., García, S., Soler, M.J. y Dasí, C. (2008). Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Información Psicológica*, 93, pp.53-64.
- García, H., Tirapu, J. y López-Goñi, J.J. (2012). Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (1), pp.39-51.
- García, I., Fresán, A., Medina-Mora, E. y Ruiz, G. (2008). Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPTN) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 31, pp.479-485.
- Garety, P. y Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *Br. J. Psychiatry*, 203, pp.327-333.
- Garety, P., Fowler, D. y Kuipers, L. (2001b). Cognitive-behavioural therapy, in comprehensive care of schizophrenia. En: J.A. Liberman y R.M. Murray (eds). *A textbook of clinical management*, (pp.95-108). London: Martin Dunitz.
- Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G. y Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptoms reduction in psychosis: randomized controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 192, pp.412-423.
- Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P. (2001a). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med*, 31, pp.189-195.
- Gleeson, J.F.M. y McGorry, P. (2005). *Intervenciones Psicológicas en la psicosis temprana: un manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- González, M.A., Fernández, A. y Oraá, R. (2005). Tratamientos Psiquiátricos. Terapeúticas Psicológicas. Introducción. Principios generales. Evaluación. En Vallejo, J. y Leal, C. (2005). *Tratado de psiquiatría. Volumen II* (pp.973-997). Barcelona: Ars Medica.

- González-Ortega, I., Alberich, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., Barbeito, S., Vega, P., Ruiz de Arzúa, S., ...González-Pinto, A. (2011). Funcionamiento psicosocial en pacientes con primeros episodios psicóticos: seguimiento a 1 año. *Psiquiatría.com*, 15 (34).
- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Auslander, L.A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., ...Jeste, D.V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 162, pp.520-529.
- Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti L.,... David, A. (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 189, pp.508-514.
- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia. New approaches conference. *Schizophr. Bull*, 32, pp.882-887.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., ...Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr. Bull*, 34(6), pp.1211-1220.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salut Mental, coordinació. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.
- Gumley, A., Karatzias, A., Power, K., Reilly, J., McNay, L. y O'Grady, M. (2005). Early intervention for relapse in schizophrenia: impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *Br. J. Clin. Psychol*, 00, pp.1-16.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J.J., Dunn, G., Novaco, R.W. y Tarrier, N. (2009). Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomized controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 194, pp.152-157.
- Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A.P., Hopkins, R., Drake, R. y Lewis, S. (1999). A pilot evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 34, pp.254-258.

- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. y Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*, 29(4), pp.879-889.
- Häfner, H. (2015). What is schizophrenia? 25 years of research into schizophrenia - the Age Beginning Course Study. *World J Psychiatry*, 5 (2), pp.167-169.
- Häfner, H. y An der Heiden, W. (1997). Epidemiology of schizophrenia. *Can. J. Psychiatry*, 42 (2), pp.139-151.
- Häfner, H. y An der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, 249, suppl 4, 14-26.
- Häfner, H., Maurer, K. y An der Heiden, W. (2013). ABC Schizophrenia study: an overview of results since 1996. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 48 (7), pp.1021-1031.
- Häfner, H., Maurer, K., Ruhrmann, S., Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Wagner, M., ... Wölwer W. (2004). Early Detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, 254, pp.117-128.
- Hall, P. y Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther*, 41, pp.317-332.
- Halperin, S., Nathan, P., Drummond, P. y Castle, D. (2000). A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 34, pp.809-813.
- Hartley, S., Barrowclough, C. y Haddock, G. (2013). Anxiety and depression in psychosis: asystematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiat. Scand*, 128, pp.327-346.
- Hastrup, L., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Peterson, L., ...Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomized controlled trial (the OPUS study). *Br. J. Psychiatry*, 202, pp.35-41.
- Haug, E., Øie, M., Andreassen, A., Bratlien, U., Romm, R., Møller, P. y Melle, I. (2016). The Association between Anomalous Self-experiences, Self-esteem and Depressive Symptoms in First Episode Schizophrenia. *Front Hum Neurosci*, 10, pp.557.

- Henry, L., Amminger, G., Harris, M., Yuen, H., Harrigan, S. y Prosser, A. (2008). The EPPIC long term follow-up study of first episode psychosis: clinical and functional long-term outcome. *Schizophr Res*, 102, pp.1-3, suppl 2, 213.
- Huang, C. y Dong, N. (2012). Factor Structures of the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Meta-Analysis of Pattern Matrices. *Eur J Psychol Assess* 28(2), pp.132-138.
- Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., ...Birchwood, M. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomized controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behav Res Ther*, 47, pp.454-462.
- Jauhar, S., McKenna, P., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. y Laws, K.R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br. J. Psychiatry*, 204, pp.20-29.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T., ...Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. OPUS trial. *Br. J. Psychiatry*, 187(48), pp.85-90.
- Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B., Gouliacov, G., Jeppesen, P. y Kassow, P. (2000). Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study. Rationale and design of the trial. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 35, pp.283-287.
- Karatzias T., Gumley A., Power K., O'Grady, M. (2007). Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 48, pp.371-375.
- Kay, S., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 13(2).
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B. y David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 312, pp.345-349.
- Kinderman, P. y Bentall, R.P. (1996). A new measure of casual locus: The internal, personal and situational attributions questionnaire. *Pers. Individ. Dif*, 20, pp.261-264.
- Kirkbride, J.B., Errazuriz, A., Croudace, T.J., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, J., y cols. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PLoS One*, 7(3):e31660.

- Klingsep, P., Nathan, P., Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res*, 63, pp.121-129.
- Krstev, H., Jackson, H. y Maude, D. (1999). An investigation of attributional style in first-episode psychosis. *Br.J. Clin. Psychol*, 38, pp.181-194.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. y Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. *Br.J. Psychiatry*, 171, pp.319-327.
- Kuokkanen, R., Lappalainen, R., Repo-Tiihonen, E. y Tiihonen, J. (2014). Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: A randomized controlled feasibility trial. *Crim Behav Ment Heal*.
- Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J.O., Melle, I., ...Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiat. Scand*, 103, pp.323-334.
- Lecomte, T., Corbière, M., Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Res*, 143, pp.99-108.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A., Wilde, J., Leclerc, C. y Richard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis*, 187 (7), pp.406-413.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. y Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis. Results of a randomized controlled trial. *J. Nerv. Ment. Dis*, 196(12).
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Nicole, L. y Abdel Baki, A. (2015). Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychol Psychother-T*, 88 (2), pp.163-177.
- Lenior, M.E., Dingemans, P.M., Linszen, D.H., De Haan, L. y Schene, A.H. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br.J. Psychiatry*, 179, pp.53-58.
- Li, Z., Guo, Z., Wang, N., Xu, Z., Qu, Y., Wang, X., ...Kingdom, D.(2014). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicenter randomized controlled trial in Beijing, China. *Psychol Med*.

- Lieberman, J.A., Alvir, J.M., Koreen, A., Geisler, S., Chakos, M., Sheitman, B. y Woerner, M. (1996). Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 14:S13-S21.
- Lincoln, T.M., Ziegler, M., Mehl, S. y Rief, W. (2010). The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. *J Abnorm Psychol*, 119(1), pp.40-49.
- Lincoln, T.M., Ziegler, M., Mehl, S., Kesting, M.L., Lüllmann, E., Westermann, S. y Rief, W. (2012). Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: a randomized clinical practice trial. *J. Consult. Clin. Psychol*, 80 (4), pp.674-686.
- Lynch, D., Laws, K.R. y McKenna, P.J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med*, 40, pp.9-24.
- Lyon, H.M., Kaney, S. y Bentall, R.P. (1994). The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution tasks. *Br.J. Psychiatry*, 164, pp.637-646.
- Lysaker, P.H., Davis, L.W., Lightfoot, J., Hunter, N. y Stasburger, A. (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*, 80(2-3), pp.163-171.
- Majadas, S., Olivares, J., Galan, J. y Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 53, pp.145-151.
- Malla, A., Normal, R., Manchanda, R., Mclean, T., Harricharan, R., Cortese, ...Scholten, D. (2002). Status of patients with first episode psychosis after one year of phase specific community-oriented treatment. *Psych Serv*, 53, pp.458-463.
- Malla, A., Schmitz, N., Norman, R., Archie, S., Windell, D., Roy, P. y Zipursky, R. (2007). A multisite Canadian study of outcome of first-episode psychosis treated in publicly funded early intervention services. *Can.J. Psychiatry*, 52, pp.563- 571.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *Span J Psychol*, 10(2), pp.458-467.
- Martindale, B.V., Mueser, K.T., Kuipers, E., Sensky, T. y Green, L. (2003). Psychological treatments for schizophrenia. En S.R. Hirsch y D. Weinberger (eds.), *Schizophrenia* (pp. 142-167). Oxford: Blackwell Science Ltd.

- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol. Psychiatry*, 46(7), pp.899-907.
- McCrone , P., Craig, T.K., Power, P. y Garety, P.A. (2010). Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 196, pp.377-382.
- McCrone, P., Knapp, M. y Dhanasiri, S. (2009). Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early Interv Psychia*, 3, pp.266-273.
- McGlashan, T.H. (1988). A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 14, pp.515-542.
- McGorry, P., Hickie, I.B., Yung, A.R., Pantelis, C. y Jackson, H.J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry*, 40 (8), pp.616-622.
- McGorry, P.D. (2010). Staging in neuropsychiatry: a heuristic model for understanding, prevention and treatment. *Neurotox Res*, 18, pp.244-255.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. y Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull*, 22(2), pp.305-326.
- McGorry, P.D., Yung, A.R. y Phillips, L.J. (2003). The "close-in" or Ultra High-Risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr. Bull*, 29, pp.771-790.
- McGrath, J. (2005). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiat. Scand*, 111(1), pp.4-11.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. y Chant D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2(13).
- McKenna, P. y Kingdon, D. (2014). Has cognitive behavioural therapy for psychosis been oversold? *BMJ*, 348:g2295.
- Melle, I., Larsen, T., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J., Opjordsmoen, S., ...McGlashan, T. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia. Two year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiat*, 65(6), pp.634-640.

- Mingote, J.C., Del Pino, P., Huidobro, A., Gutierrez, D., De Miguel, I. y Galvez, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: Diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53 (208).
- Mintz, A., Dobson, K. y Romney, D. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 61, pp.75-78.
- Modinos, G. y McGuire, P. (2015). The prodromal phase of psychosis. *Curr Opin Neurobiol*, 30, pp.100-105.
- Mora, M. y Raich, R. (2006). *Autoestima (Psicología clínica. Guías de intervención)*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Morales, N., Tizón, J.L., Cabré, V. y Artigue, J. (2012). Estudio de la calidad de vida en pacientes con psicosis incipiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr*, 32 (116).
- Moritz, S. y Woodward, T. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry*, 20, pp.619-625.
- Moritz, S., Andreou, C., Scheneider, C., Wittekind, C., Menon, M., Balzan, R., ... Woodward, T. (2014a). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clin Psychol Rev*, 34, pp.358-366.
- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., ... Woodward, T.S. (2011a). Further evidence for the efficacy of metacognitive group training in schizophrenia. *Behav Res Ther*, 49, pp.151-157.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Andreou, C., Bohn, F., Hottenrott, B., Leighton, L., ... Roesch-Ely, D. (2014b). Sustained and “Sleepers” Effects of group metacognitive training for schizophrenia. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., ... Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophr Res*, 151, pp.61-69.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F. y Woodward, T.S. (2011b). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychol Med*, 41, pp.1823-1832.

- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R. y Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 23, pp.561-569.
- Moritz, S., Werner, R. y Von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: A study with the Implicit Association Test. *Cogn Neuropsychiatry*, 11, pp.402-415.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in adults: treatment and management*.
- Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S. y Kennedy, H. (2012). Effects of group metacognitive training (MCT) on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital: a prospective-cohort waiting list controlled study. *BMC Research Notes*.
- Newton-Howes, G. y Wood, R. (2013). Cognitive behavioural therapy and the psychopathology of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother-T*, 86 (2), pp.127-138.
- Norman, R., Windell, D., Lynch, J. y Manchanda, R. (2011). Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in the psychotic disorders. *Schizophr Res*, 133 (1-3), pp.3-7.
- Obiols, J. (2008). *Manual de psicopatología general*. Ed. Biblioteca nueva. Madrid. España.
- Oosthuizen, P., Emsley, R., Niehaus, D., Koen, L. y Chiliza, B. (2006). The relationships between depression and remission in first-episode psychosis. *World Psychiatry*, 5(3), pp.172-176.
- Owen, M., Sellwood, W., Kan, S., Murray, J. y Sarsam, M. (2015). Group CBT for psychosis: A longitudinal, controlled trial with inpatients. *Behav Res Ther*, 65, pp. 76-85.
- Pekkala, E. y Merinder, L. (2007). Psicoeducación para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Penadés, R., Catalán, R., Salamero, M., Boget, T., Puig, O., Guarch, J., ... Gastó, C. (2006). Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: A controlled and randomized study. *Schizophr Res*, 87, pp.323-331.
- Penn, D., Meyer, P., Evans, E., Wirth, R.J., Cai, K. y Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophr Res*, 109, pp.52-59.
- Peralta, V., De León, J. y Cuesta, J.M. (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *Br. J. Psychiatry*, 161, pp.335-343.
- Perkins, D.O., Gu, H., Boteva, K. y Lieberman, J.A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry*, 162(10), pp.1785-1804.
- Perry, Y., Murrilhy, R.C., Varlow, M., Dedousis-Wallace, A., Ellis, D.M., Langdon, R. y Kidman, A.D. (2014). The development and implementation of a pilot CBT for early psychosis service: achievements and challenges. *Early Interv Psychia*, 9 (3), pp.252-259.
- Peters, E., Landau, S., McCrone, P., Cooke, P., Fisher, P., Steel, C., ...Kuipers, E. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiat. Scand*, 122, pp.302-318.
- Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Christensen, T., ...Jorgensen, P. (2005). Improving 1-year outcome in first-episode psychosis. OPUS trial. *Br. J. Psychiatry*, 187 (Suppl. 48), pp.98-103.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R.R., Wagner, M. y Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J. Clin. Psychiatry*, 67(3), pp.443-452.
- Pope, A., McHale, S. y Craighead, E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. Pergamon Press, New York.
- Rathod, S., Phiri, P., Harris, S., Underwood, C., Thagadur, M., Padmanabi, U. y Kingdon, D. (2013). Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: a randomised controlled trial. *Schizophr Res*, 143, pp.319-326.

- Rector, N.A., Seeman, M.V. y Segal, Z.V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 63, pp.1-11.
- Robson, P. (1988). Self-esteem: a psychiatric view. *Br.J. Psychiatry*, 153, pp.6-15.
- So, S.H., Tang, V. y Leung, P.W. (2015). Dimensions of Delusions and Attribution Biases along the Continuum of Psychosis. *PLoS One*,10(12):e0144558.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., ...Andreasen, H. (2005). The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first episode psychosis. *Br.J. Psychiatry*, 186, pp.394-399.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., ...Andreasen, H. (2006). Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry*, 5(2), pp.100-1003.
- Ruiz de Azúa, S., González-Pinto, A, Vega, P., Gutiérrez, M. y Asua, J. (2007). *Revisión de los tratamientos psicológicos en primeros episodios psicóticos*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Esp. Psiquiatr*, 41 (1), pp.52-59.
- Ruiz-Ruiz, J.C., García-Ferrer, S. y Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), pp.137-155.
- Sánchez-Gistau, V., Baeza, I., Arango, C., González-Pinto, A., De la Serna, E., Parellada, M.,...Castro-Fornieles, J. (2014). The affective dimension if early-onset psychosis and its relationship with suicide. *J. Child Psychol. Psychiatry*.
- Sandhu, A., Ives, J., Birchwood, M. y Uptegrove, R. (2013). The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation. *J. Affect. Disord*, 149(1-3), pp.166-174.
- Sands, J.R. y Harrow, M. (1999). Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 25 (1), pp.171-199.
- Sanjuán, J. (2016). *¿Tratar la mente o tratar el cerebro? Hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos*. Valencia: Desclée De Brouwer.

- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), pp.303-318.
- Sarin, F., Wallin, L. y Widerlöv, B. (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry*, 65 (3), pp.162-174.
- Segarra, R., Echebarría, M., Gutierrez, M. y Eguíluz, I. (2005). Trastornos psiquiátricos. Psicosis. Curso y pronóstico de la esquizofrenia: de los primeros episodios a los estados de defecto. En Vallejo, J. y Leal, C. (2005). *Tratado de psiquiatría. Volumen I* (pp.973-997). Barcelona: Ars Medica.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., ...Barnes, T. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiat*, 57, pp.165-172.
- Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I. y Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med. Monograph Supplement*, 15, pp.1-46.
- Siegel, S.J., Irani, F., Brensinger, C.M., Kohler, C.G., Bilker, W.B., Ragland, J.D., ...Gur, R.E. (2006). Prognostic variables at intake and long-term level of function in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 163(3), pp.433-441.
- Silverstone, P. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *Br. J. Clin. Psychol*, 30, pp.185-188.
- Siris, S.G. y Bench, C. (2003). Depression and Schizophrenia. En S.R. Hirsch y D. Weinberger (eds.), *Schizophrenia* (pp. 142-167). Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., ...Kuipers, E. (2006). Emotion and Psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res*, 86, pp.181-188.
- Sönmez, N., Romm, K.L., Andreassen, O.A. y Rossberg, J.I. (2013). Depressive symptoms in first-episode psychosis: a one year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 13, pp.106.
- Sönmez, N., Rossberg, J.I., Barder, H.E., Haahr, U., Ten Velden Hegelstad, W., Joa, I.,...Friis, S. (2014). Depressive symptoms in first-episode psychosis: a 10 year follow-up study. *Early Interv Psychia*.

- Startup, H., Freeman, D. y Garety, P.A. (2007). Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: developing the understanding of delusion distress and persistence. *Behav Res Ther*, 45, pp.523-537.
- Sündermann, O., Onwumere, J., Kane, F., Morgan, C. y Kuipers, E. (2014). Social networks and support in first-episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 49, pp.359-366.
- Sutliff, S., Roy, M.A. y Achim, A.M. (2015). Social anxiety disorder in recent onset schizophrenia spectrum disorders: The relation with symptomatology, anxiety, and social rank. *Psychiatric Res*, 227(1), pp.39-45.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Wittkowsky A., Yusupoff, L. y Gledhill, A. (2001). Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy? *Behav Cogn Psychother*, 29, pp.45-55.
- Turkington, D. y Kingdon, D. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *Br. J. Psychiatry*, 177, pp.101-106.
- Turkington, D., Kingdon, D. y Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 180, pp.523-527.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. y Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 189, pp.36-40.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T., Nur, U., Siddle, R., ... Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophr Res*, 98, pp.1-7.
- Uptegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R. y Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiat. Scand*, 122 (3), pp.211-218.
- Uptegrove, R., Ross, K., Brunet, K., McCollum, R. y Jones, L. (2014). Depression in first episode psychosis: The role of subordination and shame. *Psychiatry Res*, 217, pp.177-184.
- Ussorio, D., Giusti, L., Wittekind, C.E., Bianchini, V., Malavolta, M., Pollice, R., ...Roncone, R. (2016). Metacognitive training for young subjects (MCT young version) in the

early stages of psychosis: Is the duration of untreated psychosis a limiting factor? *Psychol Psychother-T*, 89(1), pp.50-65.

- Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: Intervenciones iniciales en psicosis. *Asoc. Madr. Rehabil. Psicosoc*, 15-16, 15-27.
- Valmaggia, L., Van der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M. y Slooff, C. (2005). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. *Br. J. Psychiatry*, 186, pp.324-330.
- Van der Gaag, M., Stant, A.D., Wolters, K.J., Buskens, E. y Wiersma, D. (2011). Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. *Br. J. Psychiatry*, 198 (1), pp.59-65.
- Van Oosterhout, B., Krabbendam, L., De Boer, K., Ferwerda, J., Van der Helm, M., Stant, A.D., ...Van der Gaag, M. (2014). Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, pp.1-11.
- Van Oosterhout, B., Smit, F., Krabbendam, L., Castelein, S., Staring, A.B. y Van der Gaag, M. (2016). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychol Med*, 46(1), pp.47-57.
- Vázquez, F., Otero, P; Blanco, V and Torres, A. (2015). *Terapia De Solución De Problemas Para La Depresión. Una Breve Guía De Práctica En Grupo*. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Vázquez-Barquero, J.L., Cuesta, M.J. y De La Varga, M. (1995). The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiat. Scand*, 91, pp.156-162.
- Vega, P., González-Pinto, A., Ruiz de Azúa, S., Barbeito, S. y Rico, R. (2014). *Evaluación de la efectividad de la intervención psicológica en los primeros episodios psicóticos mediante tratamiento multidisciplinar*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
- Vitzthum, F.B., Veckenstedt, R. y Moritz, S. (2014). Individualized metacognitive therapy program for patients with psychosis (MCT+): Introduction of a novel approach for psychotic symptoms. *Behav Cogn Psychother*, 42, pp.105-110.

- Waller, H., Garety, P.A., Jolley, S., Fornells-Ambrojo, M., Kuipers, E., Onwumere, J., ...Craig, T. (2013). Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 44, pp.98-104.
- White, R.G., Gumley, A.I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., ...Mitchell, G. (2013). Depression and anxiety following psychosis: associations with mindfulness and psychological flexibility. *Behav Cogn Psychother*, 41, pp.34-51.
- World Health Organization (WHO) and International Early Psychosis Association (IEPA). (2004). *Early Psychosis Declaration. An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis*.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. y Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr. Bull*, 34 (3), pp.523-537.
- Yung, A.R. y Gorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first episode psychosis: past and present conceptualizations. *Schizophr. Bull*, 26, pp.353-370.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 86(2), pp.103-126.

14. ANEXOS

ANEXO 1: Listado de artículos revisados sobre TCC

Autor	Año	Muestra	Tipo Paciente	Escalas	Seguimiento	Tipo Interv.	Resultado
<i>Kuipers, E., Garety, P., y cols.</i>	1997	60 (TCC 28; Control 32)	Esquizofrenia con al menos un síntoma positivo y angustiante resistente a la medicación	BPRS, MADRS, BDI, BAI, BHS, Self Concept Questionnaire	E. Basal-3m-6m-9m-E. Seguimiento (18m)	TCC	TCC mejora significativa en síntomas (reducción del 25% producido principalmente por cambios en delirios y alucinaciones). No mejoras en depresión.
<i>Sensky, T., Turkington, D., y cols.</i>	2000	90 (TCC 46; BF 44)	Resistentes al tratamiento.	MADRS, CPRS	E.Basal-E.Post-terapia (9m)-E.Seg. (9m)	TCC	Ambos grupos mejora significativa en depresión y síntomas positivos. No diferencias significativas entregrupos en todas las medidas (post-terapia). Pero TCC >BF (seguimiento)
<i>Turkington, D. y Kingdon, D.</i>	2000	18 (TCC 12; BF 6)	Esquizofrenia	MDRS, CPRS	E. Basal-6m	TCC	TCC > BF en síntomas totales. No diferencias significativas entregrupos en depresión. TCC: Mejoras significativas en síntomas y depresión BF: Mejora no significativa
<i>Halperin, S., Nathan, P., y cols.</i>	2000	16 (TCC 7; Control 9)	Esquizofrenia y síntomas de ansiedad social	SIAS, CDSS, BSI	E. Basal-E. Post. (8s)-E. Seg. (14s)	TCC	TCC > Control en ansiedad social y depresión (post-terapia y seguimiento). Grupo control sin cambios.
<i>Tarrier, N., Kinney, C., y cols.</i>	2001	72 (TCC+ CR 24; SC 21; CR 27)	Esquizofrenia crónica y síntomas positivos persistentes	BPRS, BDI, BHS	E. Basal-E. Post. (3m)	TCC+Cuidado Rutinario	TCC+CR y SC > Cuidado Rutinario en delirios No ventaja de TCC en síntomas afectivos. Pero la reducción de síntomas positivos se correlaciona positivamente con reducción de depresión

<i>Turkington, D., Kingdon, D., y cols.</i>	2002	422 (TCC 257; TAU165)	Esquizofrenia	MDRS, CPRS	E. Basal-E. Post. (2-3 m)	TCC grupal	TCC > Control en síntomas y depresión
<i>Hall, P. y Tarrier, N.</i>	2003	TCC + TAU + Pr. autoestima (12); TAU (13)	Psicosis crónica	SCQ, HADS, PANSS	E. Basal-E. Post-E. Seg. (3m)	TCC + TAU + Programa especial autoestima	TCC > TAU en PANSS T, Positiva, autoestima, depresión y ansiedad (post-terapia). Se mantiene en seguimiento excepto para depresión y ansiedad.
<i>Rector, N., Seeman, M. y cols.</i>	2003	42 (TCC24; TAU18)	Esquizofrenia y síntomas positivos y negativos persistentes	PANSS, BDI	E. Basal-E. Post. (20 sesiones)-E. Seg. (6m)	TCC	No diferencias entre grupos Mejora significativa en ambos grupos en síntomas positivos y depresión
<i>Kingsp, P., Nathan, P. y cols.</i>	2003	33 (TCC16; Control 17)	Esquizofrenia y síntomas de ansiedad social	SIAS, CDSS, BSI	E. Basal-E. Post. (3m)-E. Seg. (5m)	TCC grupal	TCC > Control en ansiedad social y depresión (post-terapia). Control no evaluado en seguimiento. TCC mejora significativamente en ansiedad y depresión (post-terapia y seguimiento).
<i>Valmaggia, L., Van der Gaag, M., y cols.</i>	2005	62 (TCC 36; SC26)	Síntomas positivos resistentes a la medicación	PANSS, PSYRATS delirios	E. Basal-E. Post-E. Seg. (6m)	TCC	No diferencias significativas entre grupos No efecto significativo de TCC en PANSS Positiva y delirios (ni factores cognitivos ni emocionales). Pero gran porcentaje de pacientes de TCC muestran un 20% menos de síntomas positivos.
<i>Granholt, E., McQuaid, J., y cols.</i>	2005	76 (TCC+SST 37; TAU 39)	Esquizofrenia crónica	PANSS, HADS	E. Basal-Terapia (3m)-E. Post. (6m)	TCC+SST	TCC+SST no efecto significativo en síntomas ni depresión.
<i>Turkington, D., Kingdon, D., y cols.</i>	2006	422 (TCC 225; TAU 128)	Síntomas persistentes y moderados	PSYRATS Delirios, MADRS, CPRS	E. Basal-E. Seg. (12m)	TCC	TCC no mejora síntomas ni tiene efecto duradero en la depresión en seguimiento. No diferencias significativas entre grupos en síntomas positivos ni depresión. Pero efecto protector de TCC: Cuando el insight es >25%, existe riesgo de empeoramiento en depresión en TAU, y en TCC no.

<i>Penadés, R., Catalán, R., y cols.</i>	2006	40 (TCC 20; CRT 20)	Esquizofrenia crónica	PANSS	E. Basal-E.Post. (4m)-E. Seg. (6m)	TCC	No diferencias significativas entregrupos en síntomas. TCC > CRT en depresión.
<i>Gumley, A., Karatzias, A. y cols.</i>	2005	TCC (72); TAU (72)	Esquizofrenia	RSE	E. Basal-E. Post. (3m)-E. Seg. 6m-12m	TCC	TCC > TAU en autoestima.
<i>Baker, A., Bucci, S., y cols.</i>	2006	130 (TCC 65; TAU 65)	Trastorno psicótico y drogas	BPRS, BDI-II	E. Basal-15s-6m-12m	TCC	TCC > TAU en depresión (seguimiento) No efectos significativos en síntomas positivos (BPRS)
<i>Barrowclough, C., Haddock, G., y cols.</i>	2006	113 (TCC 57; TAU 56)	Esquizofrenia y síntomas positivos persistentes	PANSS, HADS, RSE	E. Basal-E. Post. (6m)-E. Seg. (12m)	TCC grupal	TCC > TAU en BHS y RSE. No diferencias significativas entregrupos en síntomas.
<i>Turkington, D., Sensky, T., y cols.</i>	2008	59 (TCC 31; BF 28)	Síntomas persistentes (aluc. y del.) + estrés y/o disfunción ≥ 6 meses.	MADRS, CPRS	E.Basal-E.Post. (9m)-E.Seg.(18m-5a)	TCC	No diferencias significativas entregrupos en depresión Mejoras significativas intragrupos para ambos en depresión y síntomas. TCC: Mejora significativa en síntomas totales.
<i>Garety, P., Fowler, D., y cols.</i>	2008	301. [No Cuidador 218 (TCC+TAU 106 y TAU 112); Cuidador 83 (FI+TAU 28; TAU 28; TCC+TAU 27)]	Segundo episodio psicótico tres meses antes del estudio.	PANSS, PSYRATS delirios, BDI-II, BAI	E. Basal-Terapia (3m-6m)-E. Post. (12m)-E. Seg. (24m)	TCC	Mejora no significativa en ambos grupos en PANSS T, Positiva y PSYRATS delirios (estrés y convicción). TCC mejora significativa en depresión. No mejora en FI. TCC (personas con cuidadores) mejora significativa en angustia (PSYRATS delirios) a los 12 meses. Resto de medidas emocionales no significativas.

<i>Penn, DL., Meyer, P., y cols.</i>	2009	65 (TCC 32; Terapia de Apoyo - ST- 33)	Alucinadores auditivos. Severidad moderada	PANSS, PSYRATS, BDI, RSE	E.Basal-E.Post. (12s)-E. Seg.(3m-12m)	TCC	TCC > ST en PANSS T (seguimiento). No diferencias significativas entregrupos en autoestima ni BDI. No efecto de la interacción tratamiento-tiempo para ninguna medida.
<i>Haddock, G., Barrowclough, C., y cols.</i>	2009	77 (TCC 38; SAT 39)	Psicosis + Historial de violencia y resistencia al tratamiento	PANSS, PSYRATS delirios	E. Basal-E. Basal 2 (6s)-E.Post. (6m)-E. Seg. (16m)	TCC	TCC > SAT en severidad de los delirios en post-terapia (pero no en seguimiento). Ambos grupos reducen síntomas totales. TCC: Mayores mejoras en delirios y angustia (PSYRATS delirios).
<i>Farhall, J., Freeman, N., y cols.</i>	2009	94 (TCC 45; TAU 49)	Pac. psicóticos externos	PANSS, HADS, RSE	E. Basal-E. Post. (9m)-E. Seg. (18m)	TCC	Ambos grupos mejoran en PANSS. No ventaja de TCC sobre TAU en PANSS T, Positiva, ansiedad ni depresión.
<i>Peters, E., Landau, S., y cols.</i>	2010	74 (TCC 36; TCC Retard. 38; TAU 38)	Pacientes externos	PANSS, BDI, BAI, RSE	E.Basal-Terapia (3m)-E.Post (6m)-E. Seg.(9m)	TCC	TCC R > TAU en PANSS Positiva TCC/TCC R > TAU en ansiedad (post-terapia) y depresión (seguimiento) No diferencias significativas en autoestima.
<i>Van der Gaag, M., Stant, D., y cols.</i>	2011	216 (TCC 110; TAU 106)	Esquizofrenia con síntomas persistentes	PANSS, PSYRATS Delirios	E. Basal-15s-6m-12m	TCC	TCC > TAU en PSYRATS (sufrimiento e impacto). No diferencias significativas entregrupos en PANSS.
<i>Lincoln, T., Ziegler, M., y cols.</i>	2012	80 (TCCp 40; Control 40)	Esquizofrenia	PANSS, Depresión	E. Basal-E. Post (4m)-E. Seg. (12m)	TCC	TCC > Control en PANSS T, Positiva y depresión.
<i>Waller, H., Garety, PA., y cols.</i>	2013	12 (LI CBT)	Evitación ansiosa o bajo estado de animo	PSYRATS delirios, CES-D, Anxious Avoidance, CORE-OM.	E.Basal-E.Post.-E.Seg.	LI CBT	Mejoras significativas en depresión, PSYRATS delirios y estrés global.

<i>Rathod, S., Phiri, P. y cols.</i>	2013	35 (TCC 16; TAU 17)	Esquizofrenia (minorías étnicas)	MDRS, Brief Anxiety Rating Scale, CPRS	E. Basal-E. Post. (4m-5m)-E. Seg. 6m	TCC	TCC > TAU en síntomas totales, delirios (post-terapia) y depresión (seguimiento).
Li, Z., Guo, Z. y cols.	2014	192 (TCC 96; ST96)	Esquizofrenia	PANSS	E. Basal-E. Post. (12s)-E. Seg. 24s- 36s- 60s-84s.	TCC	Ambas terapias mejoran en PANSS T, Positiva y emocional. Mayor mejora en TCC.
<i>Owen, M., Sellwood, W. y cols.</i>	2015	113 (TCC 71; TAU 42)	Pac. agudos hospitalizados	PSYRATS delirios	E. Basal-E. Post.-E. Seg. (2m)	TCC	TCC > TAU en reducción del estrés en seguimiento
<i>Haddock, G., Tarrier, N., y cols.</i>	1999	21 (TCC 9; Psicoeducación 11)	Hospitalizados con psicosis aguda de inicio reciente	BPRS, PSYRATS delirios	E. Basal-E. Post.-E. Seg. (24m).	TCC	No diferencias significativas entre grupos Ambos grupos muestran significativa reducción en BPRS y PSYRATS delirios (interferencia, preocupación y duración de los delirios) en post-terapia.
<i>Lecomte, T., Leclerc, C. y cols.</i>	2008	TCC; Skills Training for Symptoms Management; Control (129)	Psicosis de inicio reciente	BPRS, Self-Esteem Rating Scale	E. Basal-E. Post. (3m)-E. Seg. (9m)	TCC	TCC y SST > Control en síntomas positivos. TCC mejoras significativas en síntomas (post-terapia) y autoestima (post-terapia).
<i>Jackson, C., Trower, P., y cols.</i>	2009	66 (CRI 36; TAU 30)	Primeros Episodios	CDSS, SCQ	E. Basal-E. Post (6m)-E. Seg. (12m)	TCC específico (CRI)	Pacientes deprimidos en pretratamiento No diferencias significativas entre grupos en depresión ni autoestima. En ninguno se redujo significativamente (pasaron de depresión moderada en basal a depresión leve en post).

<i>Fowler, D., Hodgkins, J., y cols.</i>	2009	77 (TCC 35; TAU 42)	Psicosis temprana + discapacidades sociales	PANSS, BHS, BDI, BAI	E. Basal-E. Post. (9m)	TCC	No existen diferencias significativas entre los grupos para ninguna medida. “No Afectivos” > “Afectivos” en síntomas y desesperanza
<i>Perry, Y., Murrhy, R. y cols.</i>	2014	63 (TCC)	Primeros Episodios	SAPS, PSYRATS Delirios, BDI-II, BAI	E. Basal-Terapia-E. Post (3m)	TCC	Puntuaciones bajas en pretratamiento en síntomas positivos y delirios. TCC mejora significativa en síntomas positivos y delirios. No cambios significativos en depresión ni ansiedad.
<i>Lecomte, T., Leclerc, C. y cols.</i>	2015	66 (GTCCp)	Psicosis temprana	BPRS, SERS-SF	E. Basal-E. Post. (3m)-E. Seg. (9m)	TCC grupal	TCC grupal mejora en síntomas y autoestima.

ANEXO 2: Listado de artículos revisados sobre EMC

Autor	Año	Muestra	Tipo Paciente	Escalas	Seguimiento	Tipo Interv.	Resultado
<i>Moritz, S., Kerstan, A. y cols</i>	2011a	36 (EMC 18 vs TAU 18)	Pacientes en remisión	PANSS, PSYRATS Delirios	E. Basal-E. Post-terapia (8s)	EMC	EMC > TAU en intensidad del estrés. No diferencias significativas en PANSS total y PANSS Positiva.
<i>Moritz, S., Veckenstedt, R. y cols.</i>	2013	150 (EMC 76 vs COGPAC K 74)	Síntomas leves o moderados	PANSS, PSYRATS Delirios, RSES	E.Basal-E.Post. (4s)-E. Seguimiento (6m)	EMC	EMC > Control en PANSS delirios (seguimiento), PANSS Positiva (tendencia a la significación en post-terapia); PSYRATS delirios -post-terapia y seguimiento-(cantidad y duración de la preocupación, cantidad e intensidad del estrés, convicción y tendencia a la significación en interferencia en la vida cotidiana. Mejora en PANSS Positiva relacionada con el número de sesiones de EMC. EMC: Mejora intragrupo en la autoestima No cambios en síntomas psicopatológicos.
<i>Moritz, S., Veckenstedt, R., y cols.</i>	2014 b	150 (EMC 76 vs 74 COGPAC K)	Síntomas delirantes	PANSS Posit., PANSS Del. ($\sum P1, P5 + P6$), PSYRATS del., RSES	E.Basal-E.Post. (4s)-E.Seg. (6m)-E.Seg. (3 años)	EMC	EMC > COGPAC en PANSS delirios, PANSS Positiva, PSYRATS delirios y autoestima a los 3 años. "Sleeper Effect" en autoestima. No fue significativo en la terapia y seguimiento pero sí lo fue a los 3 años.
<i>Favrod, J., Rexhaj, S., y cols.</i>	2014	52 (EMC+TAU 26 vs TAU 26)	Pacientes estables. Respuesta parcial a la medicación.	PANSS Posit., PSYRATS Delirios	E.Basal-E.Post. (8s)-E.Seg. (6m)	EMC+TAU U	EMC > TAU en PANSS Positiva y PSYRATS delirios (convicción -post-terapia y seguimiento- e intensidad del estrés -seguimiento-). No diferencias significativas PANSS ansiedad, PANSS depresión y PSYRATS delirios (cantidad y duración de la preocupación, cantidad del estrés e interrupción en la vida).

<i>Favrod, J., Maire, A., y cols.</i>	2010	18 (EMC)	Síntomas psicóticos persistentes	PANSS, PSYRATS Delirios	E.Basal-E.Post. (8m)	EMC	Mejoras significativas en PSYRATS delirios, PANSS delirios y PANSS depresión. Mejora no significativa en convicción, preocupación y estrés con los delirios. No diferencias significativas en PANSS ansiedad.
<i>Vitzhum, F., Veckensd et, R., y cols.</i>	2014	1 (EMC)	Pacientes agudos	PANSS, PSYRATS Delirios	E.Basal-E.Post. (4s)	EMC	Mejora en PANSS (estrés emocional, síntomas positivos, síntomas negativos, excitación y desorganización).
<i>Briki, M., Monnin, J., y cols.</i>	2014	50 (EMC 25 vs Terapia de apoyo 25)	Síntomas positivos persistentes	PANSS, PSYRATS del., CDSS	E. Basal-E. Post. (8s)	EMC	EMC > ST en PANSS Positiva (delirios y preocupación) y PSYRATS delirios. No diferencias significativas en depresión.
<i>Erawati, E., Keliat, A. y cols.</i>	2014	52 (EMC 26 vs Control 26)	Pacientes con esquizofrenia	PSYRATS Delirios	E.Basal-E.Post. (6s)	EMC+	EMC > Control en PSYRATS Delirios en todos los ítems No diferencias significativas en Control en ningún ítem.
<i>Ussorio, D., Giusti, L. y cols.</i>	2016	56 (EMC Dup >12m vs EMC Dup ≤ 12m)	Psicosis Temprana	PANSS, BPRS, SERS	E.Basal-E.Post. (4m)	EMC	Mejora en ambos grupos: PANSS Tot., BPRS Tot. y PANSS Positiva, pero no diferencias entregrupos (DUP no influye en el efecto del EMC sobre los síntomas). No mejoras para ninguno en autoestima.