

# TESIS DOCTORAL

AÑO 2019



***Mindfulness* y cognición social en  
psicosis:**

**Prueba de concepto, estudio piloto de  
aplicabilidad y ensayo controlado  
aleatorizado**

**Roberto Mediavilla Torres**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Directoras:  
Dra. Marta Isabel Díaz García  
Dra. María Fé Bravo Ortiz

## **Financiación**

Este trabajo ha sido posible gracias a las ayudas a la investigación en biomedicina de la Comunidad de Madrid cofinanciadas por el Fondo Social Europeo y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (B2017/BMD-3740), al Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (PI17/00768) y a las ayudas para la contratación de ayudantes de investigación e investigadores predoctorales de la Comunidad de Madrid cofinanciadas por el Fondo Social Europeo (PEJ-2017-AI/SAL-5716 y PEJ-2018-PRE/SAL-9039).

## **Agradecimientos**

Este trabajo es resultado del trabajo conjunto de muchas personas pertenecientes al Grupo de Investigación en Psiquiatría y Salud Mental del Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz.

Por eso, gracias. A Alba y a Paz, por la dedicación y el mimo con el que han tratado cada dimensión de este trabajo, desde las personas que han participado en los grupos hasta las bases de datos. A Eva, Susana, Pilar, Álvaro y Juanma, por diseñar un comparador activo contra el que es tan difícil competir. A Guillermo, por la mirada académica. A Ángela, por la energía inagotable. A Carmen, por el estar constante. A Beatriz, por la sabiduría y el linaje. A Ainoa, por la generosidad y el cariño. A M<sup>a</sup> Fé, por la guía y la confianza.

Gracias a Marta, por la revisión y el apoyo.

Gracias a Alexandra Elbakyan, sin cuya iniciativa en favor del libre acceso a la difusión científica no habría sido posible escribir esta tesis.

Gracias a mis padres, por todo. Y gracias a Olga, por acompañarme.

Y gracias a todas las personas que han ofrecido su tiempo participando en esta investigación.

## Índice

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>5</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>6</b>
<b>LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1. EL ESPECTRO DE LA PSICOSIS .....</b>	<b>13</b>
1.    CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PSICOSIS .....	13
2.    EL IMPACTO DE LA PSICOSIS.....	15
3.    APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO DE LA PSICOSIS.....	18
4.    PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA PSICOSIS .....	20
5.    EL PROBLEMA DE LA CLASIFICACIÓN .....	23
6.    DE LA ESQUIZOFRENIA AL ESPECTRO DE LA PSICOSIS: IMPLICACIONES PARA EL ESTUDIO EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS.....	29
<b>CAPÍTULO 2. EL MODELO COGNITIVO Y EL ESTUDIO DE LA PSICOSIS.....</b>	<b>36</b>
1.    CONCEPTUALIZACIÓN.....	36
2.    ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS (DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS).....	39
3.    ALTERACIONES EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN (SESGOS COGNITIVOS) .....	42
4.    ALTERACIONES EN LA COGNICIÓN SOCIAL .....	47
5.    IMPLICACIÓN FUNCIONAL DE LAS ALTERACIONES COGNITIVAS EN PSICOSIS .....	53
<b>CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PSICOSIS.....</b>	<b>57</b>
1.    RECOMENDACIONES CLÍNICAS DE LAS PRINCIPALES GUÍAS Y REFERENCIAS INTERNACIONALES ...	57
2.    TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA PSICOSIS .....	60
3.    ENTRENAMIENTOS EN REHABILITACIÓN COGNITIVA .....	67
4.    ENTRENAMIENTOS EN COGNICIÓN SOCIAL .....	69
5.    CONCLUSIÓN .....	72
<b>CAPÍTULO 4. LA TERCERA GENERACIÓN DE TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES: MINDFULNESS, METACOGNICIÓN Y COGNICIÓN SOCIAL.....</b>	<b>74</b>
1.    RETOS EN EL TRABAJO TERAPÉUTICO CON LAS PERSONAS CON PSICOSIS .....	74
2.    NUEVOS DESARROLLOS TERAPÉUTICOS: LA TERCERA GENERACIÓN DE TERAPIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES .....	79
3.    LOS PROGRAMAS E INTERVENCIONES BASADOS E INSPIRADOS EN <i>MINDFULNESS</i> .....	81
4. <i>MINDFULNESS</i> Y PSICOSIS .....	87
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>96</b>

<b>OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>98</b>
1. OBJETIVO GENERAL .....	98
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	98
3. HIPÓTESIS .....	98
<b>MÉTODO GENERAL .....</b>	<b>100</b>
<b>ESTUDIO 1 .....</b>	<b>102</b>
1. MÉTODO .....	102
2. RESULTADOS .....	107
3. DISCUSIÓN .....	112
<b>ESTUDIO 2 .....</b>	<b>117</b>
1. MÉTODO .....	117
2. RESULTADOS .....	127
3. DISCUSIÓN .....	137
<b>ESTUDIO 3 .....</b>	<b>143</b>
1. MÉTODO .....	143
2. RESULTADOS .....	156
3. DISCUSIÓN .....	178
<b>ESTUDIO 4 .....</b>	<b>190</b>
1. MÉTODO .....	190
2. RESULTADOS .....	196
3. DISCUSIÓN .....	200
<b>DISCUSIÓN GENERAL .....</b>	<b>205</b>
1. OBJETIVO GENERAL Y RESUMEN DE LOS HALLAZGOS .....	205
2. LA PROPUESTA DE SOCIALMIND .....	206
3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS .....	212
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>214</b>
<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>215</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>216</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>262</b>

## Índice de figuras

FIGURA 1 .....	16
FIGURA 2.....	17
FIGURA 3.....	23
FIGURA 4.....	31
FIGURA 5.....	43
FIGURA 6.....	44
FIGURA 7.....	88
FIGURA 8.....	101
FIGURA 9.....	134
FIGURA 10.....	145
FIGURA 11.....	157
FIGURA 12.....	171
FIGURA 13.....	178
FIGURA 14.....	200
FIGURA 15.....	208

## Índice de tablas

TABLA 1 .....	21
TABLA 2 .....	24
TABLA 3 .....	27
TABLA 4 .....	49
TABLA 5 .....	51
TABLA 6 .....	59
TABLA 7 .....	61
TABLA 8 .....	65
TABLA 9 .....	70
TABLA 10 .....	76
TABLA 11 .....	82
TABLA 12 .....	83
TABLA 13 .....	85
TABLA 14 .....	87
TABLA 15 .....	89
TABLA 16 .....	93
TABLA 17 .....	108
TABLA 18 .....	110
TABLA 19 .....	120
TABLA 20 .....	126
TABLA 21 .....	129
TABLA 22 .....	133
TABLA 23 .....	136
TABLA 24 .....	146
TABLA 25 .....	154
TABLA 26 .....	158
TABLA 27 .....	159
TABLA 28 .....	161
TABLA 29 .....	165
TABLA 30 .....	166
TABLA 31 .....	168
TABLA 32 .....	172
TABLA 33 .....	173
TABLA 34 .....	175
TABLA 35 .....	192
TABLA 36 .....	197
TABLA 37 .....	199

## Listado de abreviaturas y siglas

<b>ACT:</b>	Terapia de Aceptación y Compromiso [acrónimo anglosajón]
<b>AGES-CM</b>	Ambiente y Genes en Esquizofrenia - Grupos de la Comunidad de Madrid
<b>AIHQ:</b>	Cuestionario de Intenciones Ambiguas y Hostilidad [acrónimo anglosajón]
<b>APA:</b>	Asociación Americana de Psiquiatría [acrónimo anglosajón]
<b>BACS:SC:</b>	Evaluación Breve de la Cognición en Esquizofrenia: Codificación de Símbolos [acrónimo anglosajón]
<b>BAI:</b>	Inventario de Ansiedad de Beck
<b>BCIS:</b>	Escala de <i>Insight</i> Cognitivo de Beck [acrónimo anglosajón]
<b>CDSS:</b>	Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia [acrónimo anglosajón]
<b>CFT:</b>	terapia centrada en la compasión [acrónimo anglosajón]
<b>CIE:</b>	Clasificación Internacional de las Enfermedades [acrónimo anglosajón]
<b>CIE-10:</b>	Clasificación Internacional de las Enfermedades - Décima Edición
<b>CIE-11:</b>	Clasificación Internacional de las Enfermedades - Undécima Edición
<b>CPT-IP:</b>	Test de Ejecución Continua - Pares Idénticos
<b>CSQ-8:</b>	Escala de Satisfacción del Cliente de 8 ítems [acrónimo anglosajón]
<b>DES-II:</b>	Escala de Experiencias Disociativas II [acrónimo anglosajón]
<b>DPNT:</b>	duración de la psicosis no tratada
<b>DSM:</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [acrónimo anglosajón]
<b>DSM-5:</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - Quinta Edición [acrónimo anglosajón]
<b>DSM-IV-TR:</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - Cuarta Edición - Texto Revisado [acrónimo anglosajón]
<b>ECA:</b>	ensayo controlado aleatorizado
<b>EEAG:</b>	Escala de Evaluación de la Actividad Global
<b>EPPIC:</b>	Centro de Prevención e Intervención Temprana en Psicosis [acrónimo anglosajón]
<b>ER-40:</b>	Test de Reconocimiento de Emociones de Penn [acrónimo anglosajón]
<b>FFMQ:</b>	Cuestionario de Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i>
<b>IC:</b>	intervalo de confianza
<b>ICG:</b>	Impresión Clínica Global
<b>IMP:</b>	intervención multicomponente psicoeducativa
<b>IT:</b>	intención de tratar



<b>ITm:</b>	intención de tratar (modificado)
<b>MAAS:</b>	Escala de Atención y Conciencia <i>Mindfulness</i> [acrónimo anglosajón]
<b>MATRICES:</b>	Investigación de Medidas y Tratamientos para mejorar la Cognición en Esquizofrenia [acrónimo anglosajón]
<b>MBCT:</b>	terapia cognitiva basada en la atención plena [acrónimo anglosajón]
<b>MBI:TAC:</b>	Criterios para la Valoración del Profesorado de Intervenciones Basadas en <i>Mindfulness</i> [acrónimo anglosajón]
<b>MBSR:</b>	Reducción de Estrés Basada en <i>Mindfulness</i> [acrónimo anglosajón]
<b>MCCB:</b>	Batería Cognitiva de Consenso MATRICS [acrónimo anglosajón]
<b>MERIT:</b>	Terapia de <i>Insight</i> y Reflexión Metacognitiva
<b>MKT:</b>	Entrenamiento Metacognitivo [acrónimo alemán]
<b>MSCEIT:</b>	Batería Mayer-Salovey-Caruso de Inteligencia Emocional
<b>NICE:</b>	National Institute of Clinical Excellence
<b>NIMH:</b>	Instituto Nacional de Salud Mental [acrónimo anglosajón]
<b>PANSS:</b>	Escala del Síndrome Positivo y Negativo [acrónimo anglosajón]
<b>PBCT:</b>	terapia cognitiva centrada en la persona [acrónimo anglosajón]
<b>PBM:</b>	programa basado en <i>mindfulness</i>
<b>PEP:</b>	primer episodio de psicosis
<b>PIENSA:</b>	Programa de Intervención EN pSicosis Adolescente
<b>PIT:</b>	programa de intervención temprana
<b>PSP:</b>	Escala de Funcionamiento Social y Personal [acrónimo anglosajón]
<b>PSP-T:</b>	Escala de Funcionamiento Social y Personal - Total [acrónimo anglosajón]
<b>RDoC:</b>	criterios de los dominios de investigación [acrónimo anglosajón]
<b>SCIT:</b>	Entrenamiento en Cognición e Interacción Social [acrónimo anglosajón]
<b>SCL-90-R:</b>	Inventario de 90 Síntomas Revisado [acrónimo anglosajón]
<b>SCOPE:</b>	Evaluación Psicométrica de la Cognición Social [acrónimo anglosajón]
<b>SID:</b>	diferencias individuales estandarizadas [acrónimo anglosajón]
<b>SLOF:</b>	Escala de Nivel Específico de Funcionamiento [acrónimo anglosajón]
<b>SMD:</b>	diferencia estandarizada de medias [acrónimo anglosajón]
<b>SMQ:</b>	Cuestionario de <i>Mindfulness</i> de Southampton [acrónimo anglosajón]
<b>STAI-S:</b>	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo - Estado [acrónimo anglosajón]
<b>TCC:</b>	terapia cognitivo conductual

## Resumen

Las personas con psicosis presentan dificultades en algunos dominios de la vida diaria, tales como las relaciones interpersonales o las actividades sociales (funcionamiento social). Estos dominios sociocomunitarios son tan importantes como los dominios personales y psicológicos en el proceso de recuperación de la psicosis; sin embargo, ni las intervenciones psicológicas ni las intervenciones farmacológicas son suficientemente eficaces a la hora de mejorar el funcionamiento social de la persona. La cognición social se refiere a los procesos cognitivos necesarios para la percibir, codificar, almacenar, recuperar y regular la información social, e incluye dominios como la teoría de la mente, el procesamiento de emociones, la percepción social o el estilo atribucional. El interés por estos procesos va en aumento debido a su estrecha vinculación con la vida diaria y, en concreto, con el funcionamiento social; sin embargo, las intervenciones en cognición social presentan las mismas limitaciones que el resto de intervenciones terapéuticas para psicosis a la hora de mejorar este funcionamiento social. *Mindfulness* se define como prestar atención de modo intencional y sin juzgar al momento presente. Diferentes programas basados o inspirados en *mindfulness* han demostrado ser capaces de mejorar la salud y el bienestar, y numerosos estudios apoyan su aplicabilidad y eficacia en personas con trastorno mental y, concretamente, en personas con psicosis.

El objetivo principal de este trabajo es desarrollar, implementar y evaluar la tolerabilidad y la eficacia de un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* para personas que han sufrido un primer episodio de psicosis en los últimos cinco años. Para ello, esta tesis incluye cuatro subestudios: una prueba de concepto para explorar la asociación entre *mindfulness* y cognición social en personas con psicosis (Estudio 1); un ensayo de aplicabilidad y tolerabilidad, de grupo único, para probar la seguridad de la intervención y la plausibilidad de un ensayo controlado aleatorizado (Estudio 2); un ensayo controlado, aleatorizado, con evaluador ciego, para estudiar la eficacia de la intervención en comparación con un grupo control activo para mejorar el funcionamiento social (Estudio 3); y un análisis adicional exploratorio sobre los efectos de la intervención sobre variables clínicas, de funcionamiento, y de cognición social (Estudio 4).

Un total de 53 personas participaron en este trabajo. 25 de ellas eran personas con psicosis de más de cinco años de evolución y 28 eran personas que habían sufrido un

primer episodio de psicosis en los últimos cinco años. Todas participaron en la prueba de concepto (Estudio 1). Las 25 personas de más de cinco años de evolución realizaron el ensayo de aplicabilidad (Estudio 2) y las 28 personas de menos de cinco años participaron en el ensayo controlado aleatorizado (Estudio 3). Las 40 personas que fueron asignadas al entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* (SocialMIND) y que realizaron las evaluaciones correspondientes conformaron la muestra para el análisis de grupo único (Estudio 4).

Los resultados muestran una asociación media-baja entre la disposición *mindfulness* y el componente de la cognición social denominado estilo atribucional, reflejando cómo las personas con mayor disposición *mindfulness* realizan menos atribuciones de intencionalidad acerca de los comportamientos de otras personas. Además, SocialMIND es seguro y bien tolerado por las personas con psicosis, y más eficaz que el comparador activo a la hora de aumentar las habilidades metacognitivas (*insight* cognitivo) en personas que han sufrido un primer episodio de psicosis recientemente. Los resultados son también prometedores en lo que respecta a la reducción de los sesgos atribucionales, el aumento de la teoría de la mente, o la mejora del autocuidado.

La discusión compara estos resultados con los de otros programas basados o inspirados en *mindfulness* y con otros entrenamientos en cognición social, y esboza posibles mecanismos terapéuticos de SocialMIND. Algunos de ellos tienen que ver con el marco de compasión, el formato grupal, el carácter experiencial del proceso de aprendizaje, la dimensión metacognitiva de la meditación *mindfulness*, o el papel de la “encarnación” (*embodiment*) en los entrenamientos en cognición social. También se señalan las limitaciones y fortalezas del estudio y se proponen líneas de investigación futuras.

## Abstract

People with psychosis often show problems in life domains such as social relationships or social activities (i.e., social functioning). These social domains are as relevant as other personal and psychological areas in the recovery process; however, neither the psychological strategies nor the pharmacological interventions are effective enough in improving social functioning. “Social cognition” refers to the psychological processes that are necessary to perceive, encode, store, retrieve, and regulate social information. It includes the domains of theory of mind, emotion processing, social perception and attributional style. Interest in these processes is increasing because they are associated with real-life outcomes such as social functioning; however, social cognition training faces the same problem as every therapeutic intervention for psychosis in terms of the lack of impact over social functioning. “Mindfulness” is defined as paying attention to the present moment, both intentionally and non-judgmentally. Mindfulness-based programs can improve health and well-being and studies support its feasibility and clinical effectiveness in people with mental health problems, including psychosis.

The primary objective of this work was to develop, implement, and evaluate both the tolerability and the effectiveness of a mindfulness-based social cognition training program tailored for people who have experienced a first episode of psychosis in the past five years. To do this, this thesis presents four studies: Study 1 is a proof-of-concept test that explores the association between mindfulness and social cognition in people with psychosis; Study 2 is a single-group, non-randomised, feasibility trial that evaluates the tolerability of the training program; Study 3 is a single-blind, randomised, controlled trial that compares the effectiveness in improving social functioning of both the experimental training program and the active comparison group; Study 4 consists of an additional analysis that tests the effect of the training program over different clinical, functional and socio-cognitive outcomes.

53 participants were included in the study. 25 had suffered their first episode of psychosis more than five years before their enrolment, whilst 28 had experienced their first psychotic episode less than five years before enrolling. All participated in Study 1; the 25 people with the longer duration of psychosis constituted the sample of Study 2; the 28 people with the shorter duration of psychosis took part in Study 3. 40 participants that

were both allocated to the mindfulness-based social cognition training arm (SocialMIND) and completed both pre- and post- assessments participated in Study 4.

There was a low-to-moderate significant association between mindful disposition and attributional style. Particularly, participants with higher levels of mindfulness made less attributions of intentionality when judging other people's behaviours. SocialMIND is safe and well-tolerated by people with psychosis and it is also more effective than the active comparison group in improving the metacognitive abilities (i.e., cognitive insight) of people who have experienced a first episode of psychosis recently. The results of SocialMIND are also promising in terms of improving both attributional biases and theory of mind, as well as in ameliorating the self-care deficits.

The results are discussed in the light of both mindfulness-based programs and social cognition training programs for people with psychosis. Some active ingredients of SocialMIND are postulated, such as the compassion-focused framework, the group setting, the experience-based learning process, the metacognitive dimensions of mindfulness meditation and the role of embodiment in social cognition training programs. The strengths and limitations of the studies are also discussed, and some lines of further research are proposed.

## Capítulo 1. El espectro de la psicosis

Mis proposiciones esclarecen porque quien me entiende las reconoce al final como absurdas, cuando a través de ellas -sobre ellas- ha salido fuera de ellas (Tiene, por así decirlo, que arrojar la escalera después de haber subido por ella.).

Tiene que superar estas proposiciones; entonces ve correctamente el mundo

Ludwig Wittgenstein (1921). *Tractatus Logico-Philosophicus*. 6.54

### 1. Conceptualización de la psicosis

El *Tractatus Logico-Philosophicus* de Ludwig Wittgenstein es uno de los escritos más importantes sobre filosofía del lenguaje de los últimos siglos. Una de las reflexiones que guía este tratado es que la relación entre el lenguaje (“lo que se dice”, en términos del autor) y la realidad (“lo que se da”), no es isomorfa. Al ascender hacia el darse cuenta de que el no-isomorfismo entre “lo que se da” y “lo que se dice”, el lector comprende el absurdo del propio proceso -lingüístico- que le ha llevado a esa reflexión, y es entonces invitado a “arrojar esa escalera” que utilizó en el ascenso.

La psicopatología es entendida por algunos como la disciplina que estudia el sufrimiento que es producto de la búsqueda de sentido (Frankl, 1967; Yalom, 1980). Y es que la historia de la psicopatología puede concebirse, en sí misma, como una historia sobre la búsqueda de sentido, pues los psicopatólogos han utilizado la fenomenología en la observación para registrar las alteraciones del comportamiento humano con el objetivo de *darles nombre*, definir las, clasificarlas y realizar predicciones sobre ellas. Este Capítulo 1 trata de exponer cómo la historia de la conceptualización de la psicosis es una historia lingüística, y cómo muchos autores abogan actualmente por un cambio de paradigma que, a modo de licencia poética, podría asemejarse a esa metáfora de “arrojar la escalera”.

En su sexta edición -publicada hace siete años- el Manual de Psiquiatría de Oxford se refiere a la esquizofrenia como “*el más difícil de definir y describir de los principales síndromes psiquiátricos*” (Cowen, Harrison y Burns, 2012, p. 255). Más recientemente, en una revisión publicada en *The Lancet*, Owen y cols. (2016) hablan de un “*síndrome conductual y cognitivo, complejo y heterogéneo, cuyos orígenes parecen residir en una perturbación del desarrollo cerebral debida a factores genéticos y/o ambientales*” (p. 1), definición que resulta muy similar a la que utilizan Kahn y cols. (2015) en su revisión publicada en *Nature Reviews* un año antes. Las tres aproximaciones destacan varios aspectos claves de esta entidad, a saber, la complejidad y heterogeneidad de su presentación clínica, la falta de certeza acerca de sus mecanismos etiopatogénicos y los problemas para establecer clasificaciones sólidas. De hecho, Cowen y cols. (2012) hablan de la esquizofrenia como paradigma de un problema consustancial a la clasificación en psicopatología, que, a diferencia de lo que sucede en otras disciplinas médicas, es continuamente puesta en duda por sus notables limitaciones para identificar mecanismos fisiopatológicos, determinar prescripciones terapéuticas o predecir el desarrollo de un cuadro sindrómico (McGorry y van Os, 2013).

Uno de los objetivos históricos de la psiquiatría y la psicopatología en general ha sido el de definir entidades diagnósticas exhaustivas y mutuamente excluyentes. Los ejemplos más recientes los vemos en los esfuerzos destinados a la identificación de marcadores biológicos para los trastornos mentales (Lakhan, Vieira y Hamlat, 2010; Singh y Rose, 2009; Woods et al., 2012), siendo los resultados de estos acercamientos bastante modestos, y consistiendo algunas de las propuestas más interesantes en un intento de integrar estos hallazgos biológicos en modelos psicopatológicos que renuncian a las categorías diagnósticas en virtud de modelos alternativos centrados en los estadios o las fases clínicas (McGorry et al., 2014). La alternativa de la psicopatología ha residido siempre establecer clasificaciones en base a la fenomenología descriptiva, analizando conjuntos de síntomas que covarían y que, generalmente, carecen de correlatos fisiológicos susceptibles de ser medidos objetivamente. Debe asumirse, por tanto, que la experiencia referida por la persona es la principal fuente de información, y que esta idiosincrasia obliga a una revisión constante de los consensos de expertos que augura un debate sin visos de finalizar en el corto plazo (Fusar-Poli et al., 2016).

Pero la clasificación en psicopatología presenta, además, una segunda derivada que, salvo contadas excepciones, podría considerarse “patognomónica” de su propia esencia. Y es que resultaría impensable que un documento de consenso sobre, pongamos por caso, la terapia intravenosa con fluidos en pacientes quirúrgicos (Powell-Tuck et al., 2009), pudiera suscitar un debate de dimensiones comunitarias. No obstante, con cada nueva edición que publica el grupo de trabajo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) asistimos a una repercusión que alcanza los medios de comunicación más generalistas (El Confidencial, 2014). Y es que el trastorno mental, como la salud en general, sólo puede ser comprendido desde una perspectiva biopsicosocial, donde el efecto sobre la comunidad sea tenido en cuenta y tratado con responsabilidad. Un ejemplo concreto de esto puede encontrarse en Japón, que ha renunciado recientemente a utilizar el término de “esquizofrenia” (“mente escindida”) para pasar a referirse a este cuadro como “trastorno de la integración” (Sato, 2006; Takahashi et al., 2009). Estos autores justifican esta propuesta por el hecho de que las personas con esquizofrenia siguen siendo vistas como peligrosas e impredecibles, pese a la evidencia que los sitúa mayoritariamente como víctimas y no como perpetradoras de crímenes. Revisan, por tanto, una entidad diagnóstica que refleja un fenómeno que no sucede independientemente de la comunidad, sino que se desarrolla y se difunde *en* la comunidad. Tener en cuenta esta dimensión sociocomunitaria del trastorno mental, no sólo es importante para construir una psicopatología verdaderamente psicosocial; la internalización del estigma por parte de las personas con trastorno mental grave puede tener consecuencias muy negativas (Muñoz, Sanz, Pérez-Santos y Quiroga, 2011; Ponte, 2019). En el caso de la psicosis, parece existir una asociación inversa entre la internalización del estigma y la búsqueda de ayuda (Clement et al., 2015), y los mecanismos de este proceso de internalización se pondrían en marcha ya en el primer episodio de psicosis (PEP) e, incluso, en estados premórbidos (Gronholm, Thornicroft, Laurens y Evans-Lacko, 2017).

## **2. El impacto de la psicosis**

21 millones de personas en el mundo tienen esquizofrenia (un 0,28% de la población), y este dato va en ascenso. A nivel global, la esquizofrenia genera más de 13 millones de años vividos con discapacidad; esto significa que, de todos los años que la



población mundial vive con discapacidad, un 1,7% son causados por la esquizofrenia (Charlson et al., 2018). En Europa, este impacto se traduce en un coste de 18.796€ por persona con esquizofrenia cada año, lo cual caería dentro del 4% del producto interior bruto que los 28 países de la Unión Europea destinan de media a los problemas de salud mental (Olesen et al., 2012). Como muestra la Figura 1, el coste directo sanitario está por debajo únicamente de la depresión y la demencia.

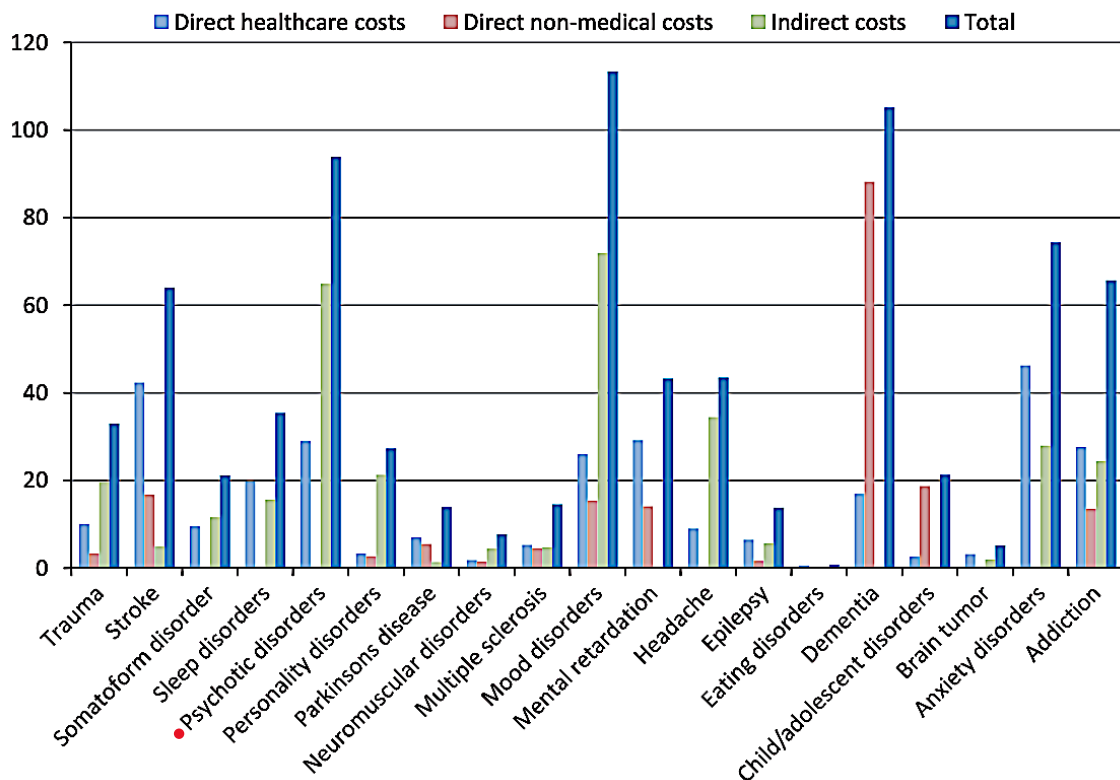


Figura 1. Coste sanitario de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en comparación con otras enfermedades físicas y trastornos mentales (Olesen et al., 2012) (reproducido con permiso).

Estos datos reflejan el impacto de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos sobre la capacidad funcional de quien la sufre, y las consecuencias que esta discapacidad tiene para la comunidad. El enfoque de la recuperación explora cómo puede mejorarse la vida de las personas, con un doble objetivo: el de mejorar el funcionamiento individual y el de disminuir el impacto en la comunidad (Fleischhacker et al., 2014). Los dominios más afectados en estas personas tienen que ver con aspectos de salud física y mental, tales como dolor, aspectos sensoriales, cardiovasculares, gastrointestinales, etc., y con la participación en actividades, desde el autocuidado hasta la participación en la comunidad y en la sociedad civil (Gorostiaga, Balluerka, Guilera, Aliri y Barrios, 2017). Uno de los

intentos más recientes por identificar las variables personales y contextuales relacionadas con el funcionamiento es el de Silvana Galderisi y su grupo de Roma (Galderisi, Rucci, et al., 2018) (Figura 2). La autora y sus colaboradoras señalan que la “capacidad funcional” estaría estrechamente relacionada con los resultados de la vida diaria (*real-life outcomes*), y serviría también como nodo conector entre esos resultados de la vida diaria y la neurocognición y la cognición social. Esta propuesta es alentadora en tanto que identifica qué áreas pueden ser abordadas desde la salud pública para mejorar la vida diaria de estas personas.

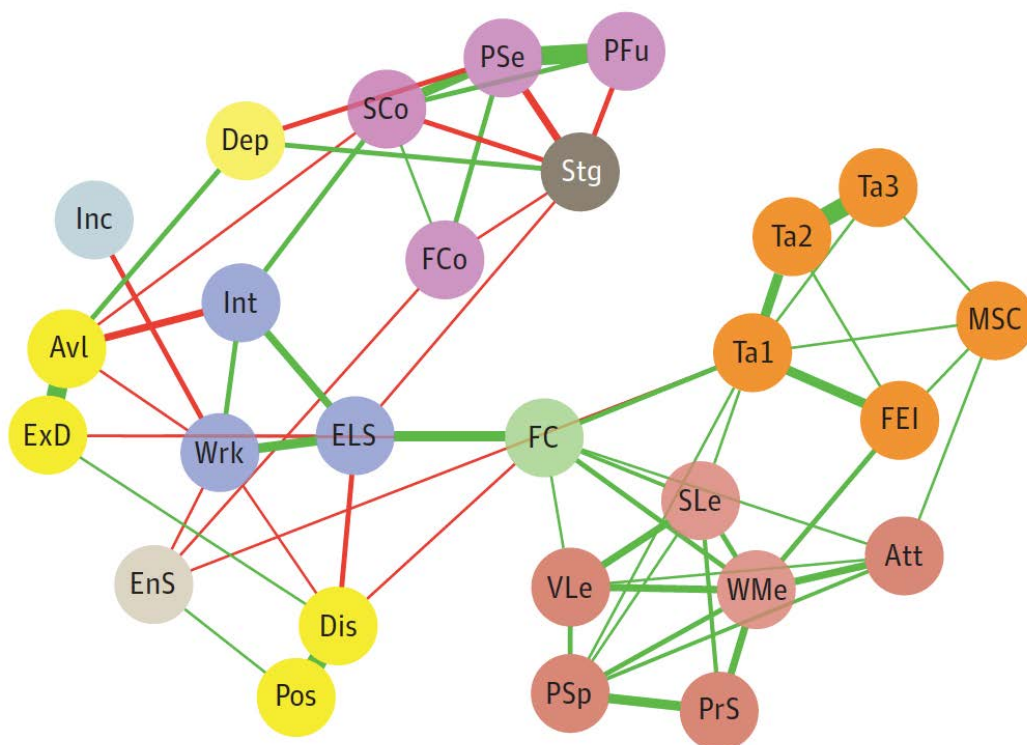


Figura 2. Representación gráfica del análisis de redes realizado por Galderisi, Rucci, et al., 2018 (reproducido con permiso). La capacidad funcional (FC) daría cuenta de los llamados “resultados en la vida diaria” (Int, Wrk, ELS) a través de una mejora en las habilidades de la vida diaria (ELS), y conecta a su vez Int, Wrk y ELS con la neurocognición (SLe, CLe, PSp, PrS, WMe y Att) y con la cognición social (Ta1, Ta2, Ta3, FEI y MSC).

Si nos centramos en la intervención temprana, que será central en esta tesis, Santesteban-Echarri y colaboradores publicaron recientemente un metanálisis que incluye estudios longitudinales en personas con primeros episodios de psicosis (Santesteban-Echarri et al., 2017). El punto de partida del estudio es que, aunque la remisión clínica es muy habitual en esta muestra (tres de cada cuatro personas), la tasa de

recuperación funcional es más baja y, en muchos estudios, ni si quiera se explora. Y es que parece que se está experimentando un cierto agotamiento de los criterios de remisión clínica en psicosis (Andreasen et al., 2005) y que los enfoques más centrados en la recuperación funcional (véase, por ejemplo, Galderisi et al., 2014), están cobrando un papel central (para una revisión crítica, véase Oorschot et al.,

). Santesteban-Echarri y cols. (2017) trabajaron para identificar qué variables eran capaces de predecir el funcionamiento de una persona que acaba de sufrir un primer episodio de psicosis doce meses después de éste. Las variables que presentaban las asociaciones más potentes fueron los síntomas negativos, los positivos, la remisión de la sintomatología tras el primer episodio, algunas variables neurocognitivas, el ser mujer, el nivel educativo, el haber trabajado previamente, la duración de la psicosis no tratada y la duración de la enfermedad no tratada (Santesteban-Echarri et al., 2017). De nuevo, estos datos sugieren que existe espacio para la intervención terapéutica, y, en la línea de Guloksuz y van Os (2018), los autores consideran que la implementación de programas de intervención temprana en psicosis es una cuestión perentoria en salud pública.

### **3. Aproximación histórica al estudio de la psicosis**

El interés por el estudio de la locura ha estado presente históricamente en todas las sociedades (Foucault, 1961). Si asumimos la definición de locura como “pérdida de razón o juicio”, probablemente la psicosis sea uno de los ejemplos de locura, en tanto que comporta episodios donde la persona pierde el contacto con la realidad y tiene dificultades para seguir una línea lógica en su pensamiento y discurso. Así lo recoge Berrios (1987), señalando que la psicosis hereda el significado de tres conceptos clásicos: alienación, demencia y locura.

La primera aproximación se la debemos a Emil Kraepelin, que, en sus esfuerzos por desarrollar una psiquiatría descriptiva basada en la fenomenología, identifica un cuadro en muchos de sus pacientes caracterizado por un deterioro cognitivo y funcional que aparece en edades tempranas. Acuña entonces el término de “demencia precoz”, incidiendo en dos aspectos, para él fundamentales, del síndrome: su temprana aparición y su carácter defectual tendiente al deterioro progresivo (Kraepelin, 1983, citado en Cowen et al., 2012, p. 262). Esta conceptualización enfatiza aspectos funcionales y cognitivos en detrimento de la sintomatología psicótica conocida como síntomas

positivos, que incluiría las alteraciones sensorio-perceptivas, los trastornos formales y del contenido del pensamiento y, generalmente, el comportamiento desorganizado.

Más tarde, Eugen Bleuler describe un cuadro consistente en un debilitamiento de las asociaciones mentales, y acuña el término “esquizofrenia” para referirse a una “escisión de las facultades mentales” (Bleuler, 1911, citado en Cowen et al., 2012, p. 262). Además de este debilitamiento de las asociaciones, Bleuler define otros dos síntomas fundamentales: la alteración de la respuesta emocional y el retraimiento social. De manera análoga a lo que hiciera Kraepelin, Bleuler pone el foco en lo que hoy denominamos síndrome negativo (Andreasen, 1982), considerándose accesorios los síntomas como las alucinaciones o los delirios.

Esta conceptualización cambió con la definición de los síntomas de primer rango que realizó Kurt Schneider (Schneider y Sánchez, 1997), y que recogían aspectos que hoy serían considerados síntomas positivos, tales como el eco del pensamiento, las alucinaciones, los fenómenos de inserción, robo y difusión del pensamiento, la percepción delirante o la sensación de no-agencia sobre los propios comportamientos. Pese a que el propio Schneider no consideraba estos síntomas necesarios ni suficientes para el diagnóstico de la esquizofrenia, el grupo de trabajo para la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1986) les otorgó un papel central en los criterios diagnósticos.

Sesenta años más tarde, en septiembre de 2019, William Carpenter y John Strauss, miembros de este grupo de trabajo, y figuras de referencia en el estudio de la psicosis, publican un editorial en *Schizophrenia Bulletin* titulado “Ideología y progreso científico: síntomas de primer rango” (Carpenter y Strauss, 2019). En él, ponen en tela de juicio que la evidencia del momento fuera suficiente para plantear que los síntomas de primer rango tuvieran ese papel central en la esquizofrenia, y se preguntan si aquella avidez no respondería más a una sensación de haber descubierto la “esencia” de la esquizofrenia que a que los síntomas positivos constituyeran, de hecho, dicha esencia. Esta reflexión recuerda al análisis realizado por Peralta y Cuesta (1999), quienes encontraron que los síntomas de primer rango estaban presentes tanto en personas con diagnóstico de esquizofrenia como en personas con otros diagnósticos, concluyendo que el excesivo peso otorgado a los síntomas de primer rango por parte de las clasificaciones diagnósticas

podría estar reforzando una conceptualización tautológica de la esquizofrenia (Peralta y Cuesta, 1999).

Estas pinceladas históricas no son (ni pretender ser) exhaustivas, sino servir únicamente para señalar dos cuestiones relevantes para los propósitos de este trabajo. La primera de ellas es que es imposible realizar una aproximación histórica al término “psicosis” sin acabar relatando el desarrollo del término “esquizofrenia”, sus síndromes y síntomas. Y es que el estudio sobre la(s) psicosis ha estado siempre vertebrado por la investigación en esquizofrenia. Basta buscar en la base de datos [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov) los artículos que incluyen en su título la palabra “esquizofrenia” (“*schizophrenia*”) y compararlos con los que incluyen la palabra “psicosis” (“*psychosis*”): aunque la segunda es una categoría supraordenada de la primera, el término “esquizofrenia” arroja casi cuatro veces más resultados (62.033 el 10 de septiembre de 2019) que el término “psicosis” (16.948, en la misma fecha), y más del doble que la suma de los términos “psicosis” y “psicótico/a” (25.495, en la misma fecha). La segunda cuestión hace referencia a que la historia de la esquizofrenia y las psicosis se sigue escribiendo, nutriéndose cada vez más de elementos procedentes de la epidemiología, la psicología y las ciencias sociales.

#### **4. Presentación clínica de la psicosis**

El consenso es amplio para afirmar que la psicosis se caracteriza por tres grupos de síntomas fundamentales: los síntomas positivos, los síntomas negativos y el comportamiento desorganizado. Algunas revisiones consideran el comportamiento desorganizado como parte de los síntomas positivos (Cowen et al., 2012; Kahn et al., 2015; Owen et al., 2016), en tanto que serían también expresiones *por exceso*, a diferencia de los síntomas negativos, que serían por defecto. En cualquier caso, la diferencia que supone hablar de dos o tres grupos de síntomas no es sustancial, y esta aproximación ha sido asumida por las últimas ediciones de los sistemas diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013) y de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1995), así como por psicopatólogos de enorme influencia en el campo de la psicosis (Andreasen, 1982; Carpenter, Heinrichs y Wagman, 1988; Crow, 1980; Schneider y Sánchez, 1997), o por los desarrolladores de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo para la Esquizofrenia

(PANSS, por sus siglas en inglés) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987), la más utilizada a nivel de investigación. En su Manual de Psicopatología, Belloch y cols. (2008) ofrecen una clasificación detallada de los principales síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia (Tabla 1) (Belloch et al., 2008, pp. 381-388).

Tabla 1

*Principales síntomas y signos de los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia (tomado de Belloch et al. 2008).*

Síntomas	Expresión / subtipos
<b>Síndrome positivo</b>	
Alucinaciones	Auditivas, voces que comentan, cenestésicas, olfatorias y visuales
Ideas delirantes	De persecución, grandeza, religiosas, somáticas, de referencia, de control y lectura/difusión/inserción/robo de pensamiento
Comportamiento extravagante	Vestido y apariencia, comportamiento social y sexual, comportamiento agresivo y agitado y conducta repetitiva
Trastornos formales del pensamiento de tipo positivo	Descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, ilogicalidad, circunstancialidad, presión del habla, distraibilidad y asociaciones fonéticas
<b>Síndrome negativo</b>	
Embotamiento afectivo	Expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos, escaso contacto visual, incongruencia afectiva y ausencia de respuesta y ausencia de inflexiones vocales
Alogia	Pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo y aumento en la latencia de respuesta.
Abulia-apatía	Falta de aseo e higiene, falta de persistencia en el trabajo o en la escuela, anergia física
Anhedonia	- Reducción en intereses o actividades recreativas, en actividad o interés sexual, en la capacidad para sentir intimidad y proximidad y en las relaciones con amigos y semejantes
Insociabilidad	
Atención	Falta de atención

Como puede observarse, las tres dimensiones principales del síndrome positivo son, a priori, bastante distinguibles entre sí. El síndrome negativo presenta, sin embargo, un mayor grado de superposición entre sus expresiones (por ejemplo, el afecto embotado y la apatía, o la anhedonia y la abulia). Tras mucho tiempo estudiando este síndrome, Gregory Strauss y su grupo han superado tanto la aproximación unidimensional como la

solución de dos factores (uno expresivo y un experiencial), y han probado mediante análisis factoriales confirmatorios y análisis de redes que un modelo de cinco factores recoge con mayor precisión la estructura latente de los síntomas negativos (Ahmed et al., 2019; Strauss, Ahmed, Young y Kirkpatrick, 2019; Strauss, Esfahlani, et al., 2018; Strauss, Nuñez, et al., 2018). Dichos factores serían apatía, anhedonia, insociabilidad (o retraimiento social), aplanamiento o embotamiento afectivo y la alogia. La comprensión de cómo se comportan entre sí estos factores tiene gran importancia para la mejora del funcionamiento cotidiano de las personas con psicosis (Galderisi, Mucci, Buchanan y Arango, 2018). Sin embargo, la proliferación de este tipo de análisis en los últimos años obliga a realizar una aproximación cautelosa a sus conclusiones, que en muchas ocasiones se ven influidas por sesgos confirmatorios y no tienen en cuenta las limitaciones metodológicas de la técnica (Forbes, Wright, Markon y Krueger, 2019).

Además del consenso que identifica dos o tres grupos de síntomas (dependiendo de la consideración de la conducta desorganizada), el segundo eje fundamental de la comprensión de las psicosis es el que se refiere al componente afectivo, distinguiendo entre las psicosis afectivas y a las no afectivas. Esta dicotomía ya serviría a Emil Kraepelin para definir su demencia precoz en contraposición a la “psicosis maniacodepresiva”, un cuadro con mejor pronóstico. Entre las psicosis no afectivas, se incluye la esquizofrenia y otros trastornos del “espectro de la esquizofrenia”, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme o el trastorno delirante. En las psicosis afectivas se encontrarían el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo.

No obstante, como se revisa a continuación, cada vez son más las voces críticas en contra de la aproximación categorial a las psicosis, tanto afectivas como no afectivas. Ejemplo de esta posición son Ulrich Reininghaus, Jim van Os y cols. (Reininghaus et al., 2016; van Os y Reininghaus, 2016) quienes plantean un modelo de cinco factores que incluye la dimensión afectiva de la psicosis. Este modelo (Figura 3) permite caracterizar a cada persona -y también a las diferentes entidades diagnósticas- según la intensidad con que cada una de las cinco dimensiones se encuentren presentes. Su propuesta deriva de un exhaustivo análisis epidemiológico y puede considerarse propositiva en términos, tanto de práctica clínica, como de investigación. Sin embargo, antes de profundizar en ella, se presenta con más detalle en el próximo apartado el modelo clásico que ha generado esta reacción.

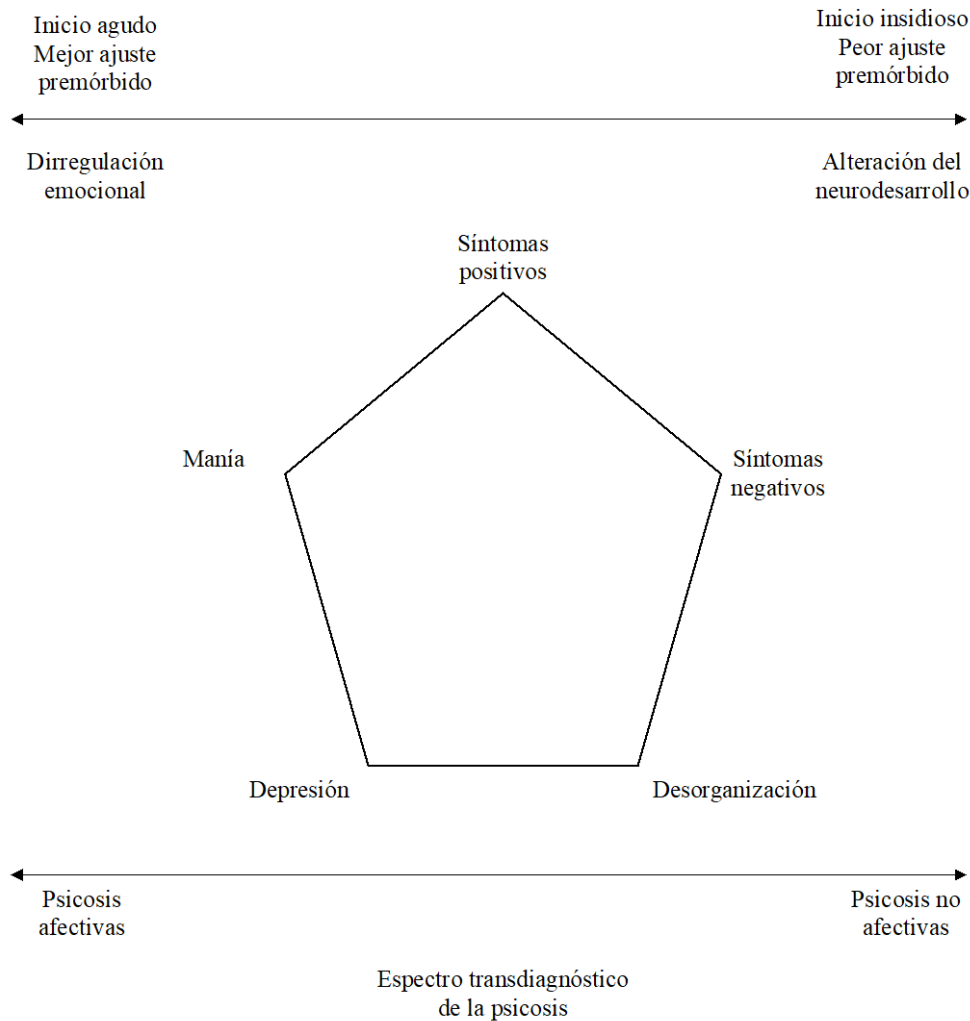


Figura 3. Modelo transdiagnóstico del espectro psicótico (van Os y Reininghaus, 2016) (adaptado con permiso)

## 5. El problema de la clasificación

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10) incluye un apartado en su capítulo V denominado “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo” (Organización Mundial de la Salud, 1995). La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), más reciente, dedica un capítulo a los “Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” (American Psychiatric Association, 2013). La nueva versión de la CIE-11 se plantea también modificar el título de su capítulo V y denominarlo “Trastornos del



espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios” (Gaebel, 2012). Una vista general de las clasificaciones CIE y DSM para la esquizofrenia y los trastornos psicóticos se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2

Comparación de las clasificaciones DSM y CIE para la esquizofrenia y los trastornos psicóticos

DSM-IV-TR	DSM-5	CIE-10	CIE-11
<i>Capítulo</i>			
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo	Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios
<i>Diagnósticos</i>			
Esquizofrenia	Esquizofrenia	Esquizofrenia	Esquizofrenia
Tr. Esquizofreniforme	Tr. Esquizofreniforme	Otro tipo de esquizofrenia > Tr. Esquizofreniforme	
Tr. Esquizoafectivo	Tr. Esquizoafectivo	Tr. Esquizoafectivos	Tr. Esquizoafectivo
Tr. Delirante	Tr. Delirante	Tr. Delirantes	Tr. Delirante
Tr. Psicótico Breve	Tr. Psicótico Breve	Tr. Psicótico Breve	Tr. Psicótico agudo y transitorio
Tr. Psicótico Compartido		Tr. Psicótico Compartido	
Tr. Psicótico debido a enfermedad médica	Tr. Psicótico debido a otra afección médica		
Tr. Psicótico inducido por sustancias	Tr. Psicótico inducido por sustancias / medicamentos		
Tr. Psicótico no especificado	Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico	Psicosis no especificada no debida a sustancia o afección fisiológica conocidas Tr. Esquizotípico	Otros trastornos psicóticos primarios no especificados Tr. Esquizotípico
	Catatonía asociada a otro trastorno mental Tr. Catatónico debido a otra afección médica Catatonía no especificada		
	Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico	Otros trastornos psicóticos no debidos a sustancia ni afección psicológica conocidas	Otros trastornos psicóticos primarios

Tr = trastorno

De la tabla se desprenden dos observaciones fundamentales respecto al DSM-5 y la CIE-11: la primera, que se sustituye el término “esquizofrenia” por “espectro de la esquizofrenia”; la segunda, que, salvo por la inclusión de la catatonía en el DSM-5, el contenido es prácticamente idéntico al de sus predecesores (DSM-IV-TR y CIE-10). El cambio de nomenclatura recuerda al de los “trastornos generalizados del desarrollo”, denominados “trastornos del espectro del autismo” en el DSM-5 y, previsiblemente, en la CIE-11 (Doernberg y Hollander, 2016), y probablemente se deba a que entre los objetivos del grupo de trabajo del DSM-5 estaba el asumir un enfoque más dimensional de la psicopatología (Gore y Widiger, 2013).

Esta aspiración no es nueva para la psicología, tradicionalmente crítica con el modelo categorial de las clasificaciones diagnósticas importado de la medicina. De hecho, son numerosas las propuestas para establecer sistemas de clasificación dimensional, que ha llegado a ámbitos como el de los trastornos de personalidad (Millon, Grossman y Tringone, 2010), el trastorno por estrés postraumático (Armour et al., 2015), los trastornos por consumo de sustancias (Helzer, Brink y Guth, 2006), la psicopatología infantojuvenil en su conjunto (Achenbach y Edelbrock, 1978), o los propios trastornos psicóticos (Barch et al., 2013). Desde esta perspectiva crítica, en el año 2008 se pone en marcha en Estados Unidos el proyecto *Research Domain Criteria (RDoC)*, con el objetivo de generar nuevas nosologías psiquiátricas basadas en los hallazgos de las neurociencias y las ciencias del comportamiento que abandonen el enfoque categorial basado en la fenomenología descriptiva. Como ha sucedido en otros momentos históricos, el *qué* -el objetivo del grupo de trabajo-, es indisociable del *quién*, del *cómo* o del *dónde*. Y es que este proyecto ha sido impulsado desde el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés), cuyo director publicará seis años después de su inicio un artículo en la revista *World Psychiatry*, editada por la Asociación Mundial de Psiquiatría, titulado “El Marco de los RDoC: facilitando la transición desde el DSM/CIE hacia aproximaciones dimensionales que integren a la neurociencia y la psicopatología” (Cuthbert, 2014). Desde ese momento, dos actores clave de la psiquiatría mundial se posicionan abiertamente en contra de prolongar el uso de los criterios DSM y CIE, y proponen orientar la investigación en base a unos criterios operativos (para una posición crítica, publicada también en *World Psychiatry*, véase Frances (2014)).

La propuesta de los RDoC se entiende gráficamente como una matriz, en cuyo eje de ordenadas se sitúan seis dominios del funcionamiento humano (sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, procesos sociales, sistemas de arousal y regulación y sistemas sensoriomotores) y en cuyo eje de abscisas se identifican ocho unidades de análisis (genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta, autoinformes y paradigmas) (Tabla 3). Existen diferentes *elementos* para cada constructo en cada una de las unidades de análisis. Por ejemplo, si se toma el constructo “atención”, perteneciente al sistema cognitivo, los elementos que se identifican en la unidad de análisis “fisiología” son las áreas sensoriales periféricas y centrales (medibles con resonancia magnética funcional), la onda P300 y otros indicadores centrales y periféricos (medibles con electroencefalografía) o la tasa cardíaca o la dilatación pupilar, apreciables a través de pruebas fisiológicas periféricas. Para el mismo constructo, la unidad de análisis “conducta” incluye la distracción, la atención sostenida, la atención selectiva, la concentración, la psicofísica o la atención espacial. Según los propios autores, cada constructo debe ser visto como una dimensión potencialmente relevante, que incluye paradigmas experimentales que permiten estudiarla y que entraña una capacidad de traslado a la práctica clínica (Cuthbert, 2014). Un ejemplo de aplicación a la psicosis lo proporcionan Ford y cols. (2014) con su propuesta de criterios operativos para las alucinaciones auditivas.

Tabla 3

Matriz de los RDoC

	Gen	Mol	Cél	Cir	Fis	Con	Aut	Par
<b>Sistema de valencia negativa</b>								
Amenaza actual (miedo)								
Amenaza potencial (ansiedad)								
Miedo sostenido								
Pérdida								
Frustración por falta de recompensa								
<b>Sistema valencia positiva</b>								
Respuesta a la recompensa								
Aprendizaje de recompensa								
Valoración de la recompensa								
<b>Sistemas cognitivos</b>								
Atención								
Percepción								
Memoria declarativa								
Lenguaje								
Control cognitivo								
Memoria operativa								
<b>Procesos sociales</b>								
Afiliación y apego								
Comunicación social								
Percepción y comprensión propia								
Percepción y comprensión de los/as otros/as								
<b>Arousal y sistemas de regulación</b>								
Arousal								
Ritmos circadianos								
Sueño-Vigilia								
<b>Sistemas sensomotores</b>								
Acciones motoras								
Agencia y propiedad								
Habitación sensoriomotora								
Patrones motores innatos								

Gen = genes, Mol = moléculas, Cél = Células, Cir = circuitos, Fis = fisiología, Con = conducta, Aut = autoinformes, Par = paradigmas

## 6. De la esquizofrenia al espectro de la psicosis: implicaciones para el estudio en primeros episodios de psicosis

Se calcula que siete de cada cien personas de la población general escuchan voces (Linscott y van Os, 2013). Ante esta evidencia, no es de extrañar que exista un movimiento internacional denominado “escuchadores de voces” (<https://www.hearing-voices.org/>), que persigue dar visibilidad a este fenómeno y normalizarlo (Romme y Escher, 1989). Aunque este dato resulta en ocasiones impactante, lo es en parte por todo el relato construido en torno a la escucha de voces como síntoma inequívoco de esquizofrenia. Sin embargo, los datos indican que sólo una de cada cinco personas escuchadoras de voces tienen la experiencia de modo persistente, y que sólo algunas acabarán desarrollando un trastorno del espectro de la esquizofrenia (Linscott y van Os, 2013). De hecho, parece que cuando la población no está sujeta al sesgo de selección (el fenómeno por el que los estudios epidemiológicos en población general incluyen sólo a aquellas personas que buscan ayuda), las tasa de conversión a psicosis se sitúa en el 0,56% para personas con experiencias psicóticas persistentes, y en el 0,16% para personas sin estas experiencias (OR = 3,5) (Kaymaz et al., 2012). Además, muchas de las personas que experimentan síntomas psicóticos desarrollan otro tipo de trastornos mentales, como ansiedad o depresión (Varghese et al., 2011), y se ha planteado que la presencia de experiencias psicóticas en población infatojuvenil podría ser más un marcador de riesgo general para psicopatología que un indicador específico para trastornos psicóticos (Kelleher et al., 2012). Por tanto, si tenemos en cuenta que los síntomas psicóticos están presentes en distinto grado en la población general, y que no implican necesariamente una afectación del funcionamiento de la persona y que pueden aparecer en el contexto de múltiples cuadros psicopatológicos, deberíamos cuestionarnos si es adecuado el modelo que considera estos síntomas como meros indicadores del riesgo o la presencia de un trastorno del espectro de la esquizofrenia. Así mismo, como ya se preguntara Richard Bentall (1996) tiene sentido plantearse cuál es la utilidad de una entidad que “*ni tiene un patrón sintomático consistente, ni presenta un curso particular, ni responde a un tratamiento específico*” (Bentall, 1996, p. 11).

Estas preguntas sobrevuelan a la psicopatología y la epidemiología psiquiátrica desde que se empezase a discutir la noción de “psicosis única” (Berrios y Beer, 1994; Llopis y Lázaro, 2004). De hecho, en el año 2000, van Os y sus colaboradores revisan un

trabajo de John Strauss en el que planteaba que las alucinaciones y los delirios podían ser más parte de una dimensión continua, y que no fueran, como se pensaba, un fenómeno dicotómico. Los autores defienden, esta vez con datos epidemiológicos, que Strauss estaba en lo cierto, y que alucinaciones y delirios constituyen dos continuos dimensionales, presentes en distinto grado en la población general y no sólo en las personas con trastornos psicóticos (van Os, Hanssen, Bijl y Ravelli, 2000). Actualmente, ésta y otras evidencias han llevado a plantear que la psicosis es un fenotipo extendido en la población general, y que diferentes personas experimentarán una mayor o menor cantidad de experiencias psicóticas en función de la intensidad con la que dicho fenotipo se exprese en ellas (van Os y Linscott, 2012). Una consecuencia derivada de esta nueva conceptualización que será de gran importancia para la crítica a los llamados “enfoques de riesgo” en psicosis, y que se presentará más adelante en este trabajo, es que ese fenotipo estará presente también en personas con, por ejemplo, trastornos ansiosos o depresivos, sin que ello tenga que implicar que esa persona *esté en riesgo de desarrollar un trastorno psicótico* (Varghese et al., 2011). Es por eso que los autores hablan de un fenotipo extendido y *transdiagnóstico* (van Os y Reininghaus, 2016).

La Figura 4 presenta de forma gráfica esta propuesta del fenotipo extendido a través de tres niveles de análisis: fenotípico, conductual y temporal. La idea es que existen distintos microfenotipos que expresan diferentes predisposiciones a experimentar fenómenos como el de la saliencia aberrante (predisposición a reaccionar ante estímulos emocionalmente neutros como si no lo fueran), el sentirse atraído por las interacciones sociales, el experimentar estados afectivos negativos o el tener reacciones paranoides. Debido a la interacción de factores genéticos y ambientales, algunas personas experimentarán esos síntomas de un modo persistente, lo que podría cristalizar, por ejemplo, en una ideación paranoide frecuente. Por tanto, es la interacción entre factores genéticos y ambientales lo que hará que algunas personas experimenten este fenómeno de forma persistente. Esto, sumado a otras expresiones como las alteraciones cognitivas, la falta de motivación, o la desregulación emocional, aumentará el riesgo de presentar un trastorno psicótico, lo que aumentaría a su vez la probabilidad de experimentar estos síntomas a lo largo de los años.

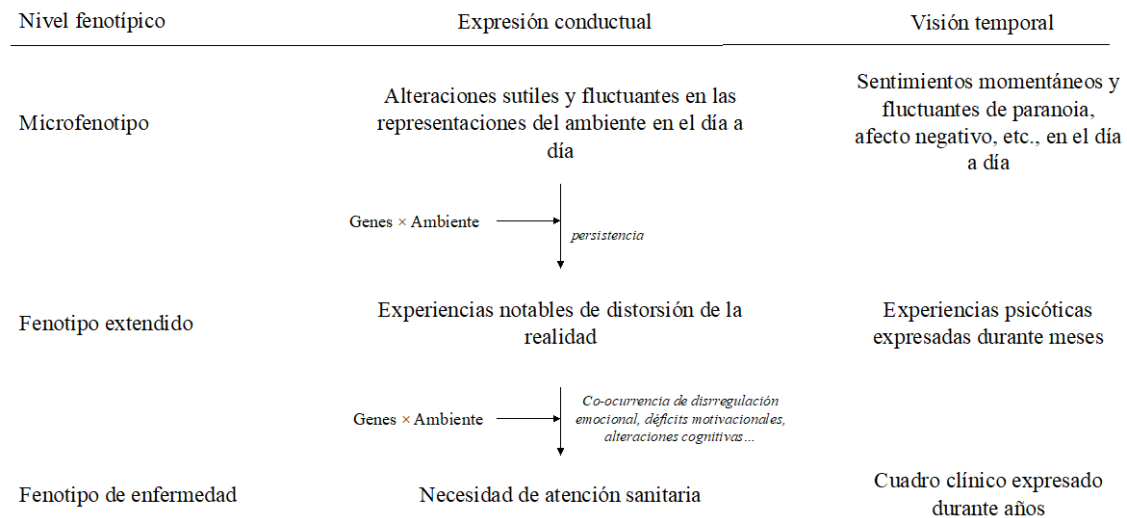


Figura 4. Modelo explicativo del origen de la psicosis (van Os y Linscott, 2012) (adaptado con permiso)

La propuesta de considerar la psicosis como un fenotipo extendido y transdiagnóstico en la población general tiene diversas implicaciones que merece la pena comentar:

- 1) Un modelo dimensional y multifactorial como el presentado en la Figura 3 permite situar a cada persona en un punto determinado en cada una de las dimensiones estudiadas. De esta forma es posible estudiar a la población tal y cómo expresa sus características, y no teniendo que ajustar su idiosincrasia a las categorías diagnósticas. Además, este enfoque, al ser más empírico, permite a la epidemiología poder realizar aportaciones más específicas y valiosas.
- 2) La propuesta dimensional tiene implicaciones para la comprensión de la etiopatogenia de la psicosis. Howes y Murray (2014), por ejemplo, consideran que la esquizofrenia ha dejado de ser un “misterio”, y ahora es “simplemente un puzle”, y presentan un modelo del desarrollo social y cognitivo que integra aspectos procedentes de las teorías del desarrollo neuronal, del desarrollo social, de la hipótesis dopaminérgica y de los modelos cognitivos, y recogen cómo las distintas expresiones de estos niveles interactúan entre sí para producir como resultado la expresión de un cuadro psicótico como la esquizofrenia (Howes y Murray, 2014).
- 3) Una comprensión dimensional y transdiagnóstica de la psicosis podría ayudar a superar las limitaciones de los actuales modelos psicopatológicos para dar cuenta



de la comorbilidad psiquiátrica como norma, y no como excepción. Merece la pena destacar aquí el trabajo de Upthegrove y cols. (2017) sobre las altas tasas de comorbilidad entre esquizofrenia y depresión, y su propuesta de que quizá sea más fácilmente interpretable como un fenómeno transdiagnóstico, que como la expresión de dos trastornos comórbidos (Upthegrove, Marwaha y Birchwood, 2017). En una línea similar se encuentra el trabajo de Mahon y cols. (2013), que encuentra que los rasgos esquizotípicos y la falta de regulación emocional podrían constituir fenotipos de riesgo para el desarrollo de trastorno bipolar (Mahon, Perez-Rodriguez, Gunawardane y Burdick, 2013). Esto va en la línea de las propuestas que abogan por una psiquiatría transdiagnóstica que, lejos de dejar de un lado los macrofenotipos clásicos (como la manía, la psicosis, o la anorexia), apueste por integrarlos con otros hallazgos microfenotípicos (como la regulación emocional, la saliencia aberrante o los cambios motivacionales) en un modelo centrado en las fases clínicas y no en las categorías diagnósticas (McGorry y Nelson, 2019; McGorry y van Os, 2013).

- 4) La propuesta dimensional permite orientar el tratamiento de una forma más personalizada, centrándose en la expresión de múltiples dimensiones biológicas y conductuales, y no tanto en el (o *los*) diagnóstico(s) que la persona presenta (Barch et al., 2013). Un ejemplo de esto lo encontramos en las intervenciones cognitivo-conductuales para la psicosis, orientadas al trabajo con síntomas específicos (como las alucinaciones y los delirios) más que a ofrecer un tratamiento integral para la esquizofrenia (Bentall, 1996, p. 21; Kingdon y Turkington, 2019).

Para finalizar este apartado, el hecho de que esta tesis comience apostando por la conceptualización de la psicosis como un espectro transdiagnóstico responde a dos cuestiones. La primera, que resulta cada vez más incuestionable que el contexto actual de la investigación sobre psicosis está en proceso de cambio, y que modelos dimensionales que antes se consideraban relegados a la psicología están siendo adoptados por la psiquiatría y la psicopatología gracias, entre otras contribuciones, a la epidemiología psiquiátrica. La segunda, que, si ya no es posible obviar este debate cuando se habla de psicosis en general, todavía es menos posible cuando la investigación se centra en las personas que han sufrido un primer episodio de psicosis (PEP) y las alternativas terapéuticas existentes, siendo el caso del trabajo que se presenta en este documento.

### 6.1. Implicaciones para la intervención temprana

El interés por estudiar la psicosis desde el momento del primer episodio e, incluso, desde fases premórbidas o estados de riesgo, sirve tanto para comprender mejor el proceso psicótico como para elaborar políticas de salud pública que pongan el foco en la prevención (Fusar-Poli, McGorry y Kane, 2017). Este interés se muestra paradigmáticamente en la proliferación de estudios con cohortes de riesgo (que reciben nombres como el de “riesgo clínico”, “alto riesgo” o “riesgo ultra alto” [*“ultra-high risk”*]), que incluirían a las personas más vulnerables a desarrollar trastornos psicóticos por razones, tanto genéticas, como ambientales (Fusar-Poli et al., 2013). La lógica subyacente a este paradigma implica que comprender estos estados de riesgo es de enorme utilidad para poder predecir y modificar el curso de los trastornos psicóticos, hasta tal punto que algunos de los investigadores más reconocidos en este ámbito propusieron la inclusión de un diagnóstico denominado “estado de alto riesgo de psicosis” en el DSM-5 (Fusar-Poli et al., 2013). Aunque este diagnóstico no fue finalmente incluido, el DSM-5 sí incluye bajo el epígrafe “otros trastornos psicóticos especificados” el llamado síndrome de psicosis atenuada.

El desarrollo de este enfoque de los estados de alto riesgo ha permitido realizar numerosos avances desde el punto de vista de la epidemiología (Kaymaz et al., 2012), así como revisar aspectos como la estabilidad de los diagnósticos de los trastornos psicóticos a lo largo del tiempo (Fusar-Poli et al., 2016). Sin embargo, ha sido la propia epidemiología quien ha vertido una de las principales críticas que se han hecho hasta enfoque, y es que los estudios de alto riesgo se realizan frecuentemente con cohortes de personas que buscan ayuda y que presentan síntomas psicóticos de baja intensidad. Este fenómeno, además de constituir potencialmente un sesgo de selección de casos (Kaymaz et al., 2012), implica que muchos de quienes buscan ayuda sean, precisamente, personas que ya tienen problemas de ansiedad, depresión o abuso de sustancias, donde se sabe que la frecuencia de experiencias psicóticas es mayor que en la población general (Varghese et al., 2011). Esas personas dejarían de ser consideradas, por ejemplo, como personas con un trastorno de fobia social, y pasarían a formar parte del conjunto de personas *en riesgo de* sufrir un trastorno del espectro de la esquizofrenia. En función de su progresión en los meses o años siguientes, la persona formará parte, bien del grupo de personas en riesgo que, de hecho, desarrollan un trastorno psicótico, o bien del grupo de personas en riesgo

que *no* desarrolla un trastorno psicótico. Durante este período de seguimiento, aumentará la probabilidad de que la persona sea diagnosticada erróneamente como un trastorno del espectro de la esquizofrenia (falso positivo) debido, precisamente, a que ha pasado a formar parte de esa cohorte de alto riesgo (Van Os y Guloksuz, 2017). Las consecuencias de este proceso pueden ser devastadoras para una persona joven que sufre un PEP, en tanto que se asume de forma inmediata que la presencia de síntomas psicóticos indica que existe un riesgo muy elevado desarrollar un trastorno psicótico, pese a que, ni las tasas de transición son tan altas (Linscott y van Os, 2013), ni los síntomas psicóticos auguran necesariamente una vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicóticos (sino que serían, más bien, marcadores inespecíficos de riesgo psicopatológico) (Kelleher et al., 2012). En este momento, es mucho más probable que la persona internalice una visión estigmatizada de sí misma (Lee et al., 2016) y que, a través de ese proceso, experimente una mayor dificultad a la hora de buscar ayuda, tanto sanitaria, como familiar o comunitaria (Clement et al., 2015; Gronholm et al., 2017). Un ejemplo de la sensibilidad de la práctica clínica hacia estas cuestiones es que los profesionales de la salud mental tienden a prolongar en el tiempo etiquetas diagnósticas diseñadas para describir estados transitorios, tales como el trastorno esquizofreniforme o el trastorno psicótico no especificado (Fusar-Poli et al., 2016), los cuales llevan asociados un menor estigma.

En un estudio publicado recientemente, Quattrone y cols. (2019) analizan una cohorte europea de más de 2.000 personas con primeros episodios de psicosis. Su objetivo es poner a prueba el modelo de cinco factores presentado en la Figura 3, que asume que existiría un continuo entre el trastorno bipolar (psicosis afectivas) y la esquizofrenia (psicosis no afectivas), y que entiende que los síntomas psicóticos pueden aparecer en el curso de múltiples numerosos trastornos mentales. Su conclusión es que el modelo penta factorial representa de una forma más adecuada la idiosincrasia de las personas que sufren un primer episodio psicótico, y que tiene un potencial mayor que las categorías de los sistemas de clasificación a la hora de diseñar estrategias de intervención, tanto farmacológicas, como no farmacológicas (Quattrone et al., 2019).

Con el objetivo de poder integrar las aportaciones del enfoque de alto riesgo con la evidencia epidemiológica respecto a la presencia de síntomas psicóticos en la población general y el desarrollo de la psicosis (ver Figura 4), se ha propuesto el modelo de fases clínicas de Patrick McGorry como alternativa al modelo de clasificación tradicional

(Fusar-Poli et al., 2017; McGorry, Killackey y Yung, 2008; McGorry y van Os, 2013). Este modelo cuenta con una aplicación clínica directa en Australia, donde los servicios de intervención temprana de ORYGEN están mostrando resultados prometedores (Cotton et al., 2016).

En definitiva, podría leerse la situación actual en el estudio de la psicosis como un momento de cambio de paradigma, síntoma de que el modelo anterior se encuentra agotado y de que es tiempo de una revolución científica. Guloksuz y van Os (2019) inician un reciente editorial citando una frase de Lewis Carroll: *“el lenguaje crece y evoluciona, dejando fósiles detrás”*. Con ello, los autores invitan a iniciar una revolución que contribuya a repensar el espectro de la psicosis desde una perspectiva más empírica y actual. Y es que, de nuevo con Guloksuz y van Os (2018), quizá estemos asistiendo a *“la lenta muerte del concepto de esquizofrenia y al doloroso nacimiento del espectro de la psicosis”*.

## Capítulo 2. El modelo cognitivo y el estudio de la psicosis

[...] la observación de lo que los organismos ‘hacen’ se ha revelado fructífera en extremo para el desarrollo de la psicología [...] Pero nada de ello debe hacernos olvidar que, a fin de cuentas, la conciencia constituye una propiedad realísima de la conducta [...] Suponer que se trata de un epifenómeno, de una suerte de ornamento superfluo del que cabe prescindir impunemente, no es a mi juicio sino el resultado de un prejuicio empirista, filosóficamente inmantenible y psicológicamente empobrecedor

José Luis Pinillos (1975). *Principios de Psicología* (p. 687)

### 1. Conceptualización

En el año 1991, Gillian Haddock y Peter D. Slade organizan una conferencia en la Universidad de Liverpool que titulan “Aproximaciones psicológicas al manejo de la psicosis”, y en la que subrayan cuatro principios fundamentales (Haddock y Slade, 1996, p. xi):

- 1) La importancia de escuchar y tratar de dar sentido a los síntomas y los problemas de los pacientes
- 2) La importancia de comprender el significado de estos síntomas y el lugar que ocupan en la vida de la persona
- 3) La importancia de intentar desarrollar nuevos tratamientos para quienes experimentan síntomas de forma persistente e intrusiva
- 4) La importancia de realizar investigaciones que demuestren la utilidad de esas técnicas, con el objetivo de que sean incorporadas a los dispositivos de salud

Con este ejemplo, se ilustran dos cuestiones fundamentales. La primera, que la contribución de psicólogos clínicos de tradición cognitivo-conductual permite que los

modelos teóricos y los paradigmas experimentales de la psicología cognitiva permeen el campo de la psicosis, reservado tradicionalmente al enfoque neokrapeliano centrado en los síntomas. La segunda, que gracias al potencial traslacional de la ciencia cognitiva, hoy en día contamos no sólo con diversos modelos teóricos cognitivos (Chadwick y Birchwood, 1994; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001) o que incluyan elementos cognitivos (Howes y Murray, 2014; Seidman y Mirsky, 2017), sino con numerosas intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la vida de las personas que sufren psicosis (Hazell, Hayward, Cavanagh y Strauss, 2016; van der Gaag, van den Berg y Ising, 2019; Wood, Burke y Morrison, 2015). Sin embargo, a pesar de estos datos, la tasa de implementación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) es baja incluso en Reino Unido, donde oscila entre el 46% y el 7% (Ince, Haddock y Tai, 2016).

Según Cowen y cols. (2012), la importancia de los factores cognitivos en la psicosis y, más notablemente, en la esquizofrenia, se asienta sobre tres hechos, a saber: su estrecha contribución al deterioro en el funcionamiento, el aumento de intervenciones psicoterapéuticas orientadas a mejorar estos aspectos y la asociación entre los factores cognitivos y el resto de síntomas psicóticos (Cowen et al., 2012, p. 282). Kahn y Keefe (2013) van un paso más allá, y abogan por conceptualizar la esquizofrenia como un trastorno cognitivo, donde este tipo de síntomas serían mucho más relevantes que los síntomas puramente psicóticos, también por tres motivos: ser potentes indicadores de riesgo, relacionarse intensamente con la capacidad funcional y estar presente incluso desde fases previas al desarrollo del cuadro (Kahn y Keefe, 2013). La postura contraria es defendida por Heckers (2013), quien, en el mismo número de la revista *JAMA Psychiatry* en el que Kahn y Keefe exponen su tesis, argumenta que éstos dos autores mantienen una visión centrada en el deterioro, obviando esa mayoría de personas “en riesgo” con un pobre funcionamiento cognitivo pero que, sin embargo, no desarrollan esquizofrenia. Heckers argumenta en base a una distinción entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar como compartimentos estancos en lugar de como distintas expresiones de un continuo de gravedad del espectro psicótico (Heckers, 2013). Éste es un debate aún sin resolver (Woodward, 2016), y de sus argumentos se desprende que una parte de la vigencia se la debemos a la falta de acuerdo en torno a la conceptualización misma de la psicosis. Asumiendo el modelo del fenotipo extendido presentado en el Capítulo 1 (van Os y Reininghaus, 2016), los déficits o sesgos neuro o sociocognitivos podrían entenderse como microfenotipos que, expresados sobre un fenotipo psicótico extendido, reflejarían

una vulnerabilidad mayor a experimentar fenómenos psicóticos con mayor frecuencia y duración y, en última instancia, aumentarían la probabilidad de desarrollar un cuadro clínico que adquiriese la entidad de trastorno mental. De hecho, se ha visto que las personas pertenecientes a cohortes de alto riesgo que, además, tienen dificultades neurocognitivas, tienen también una probabilidad mayor de desarrollar un trastorno psicótico (Bora et al., 2014). De modo similar, Allen y cols. (2010) han demostrado que las personas con trastorno bipolar que experimentan síntomas psicóticos presentan un peor rendimiento cognitivo que aquellas con trastorno bipolar *sin* síntomas psicóticos, cuya ejecución es equivalente a la de los controles sanos (Allen et al., 2010).

Para la revisión de los aspectos cognitivos relacionados con la psicosis asumiremos la distinción propuesta por Bentall (1996) de que existen dos aproximaciones al estudio de los aspectos cognitivos de la psicosis: la centrada en los déficits y la centrada en los sesgos (Bentall, 1996, p. 7). La primera bebe de una tradición bleuleriana que entiende los síntomas cognitivos como un déficit producto de un trastorno generalizado del pensamiento, y se refiere a aquellos estudios que exploran las disfunciones neuropsicológicas<sup>1</sup> en dominios como como la velocidad de proceso, la memoria operativa, o la fluidez verbal. La segunda, la centrada en el sesgo, explora la tendencia de las personas con psicosis a procesar la información de un modo distinto a quienes no la padecen. Se trata de fenómenos como el sesgo autorreferencial, la extracción prematura de conclusiones (“*jumping to conclusions*”) o el estilo atribucional negativo. Un tercer elemento, en incipiente desarrollo cuando Bentall realiza esta distinción, se refiere a la cognición social. De forma general y resumida, la cognición social se refiere al procesamiento de aquellos estímulos relevantes para comprender a los agentes sociales y sus interacciones (Happé, Cook y Bird, 2017). Es, por tanto, susceptible de ser comprendida, tanto desde la visión neurocognitiva, centrada en el déficit (por ejemplo, las personas con psicosis tienen dificultades para reconocer la expresión facial de emociones), como desde la visión de un procesamiento sesgado de la información (por ejemplo, una mayor tendencia a interpretar como hostiles situaciones interpersonales

---

<sup>1</sup> Se usarán indistintamente los términos “neuropsicológico/a” y “neurocognitivo/a” para referirse a las alteraciones en procesos cognitivos tales como la atención, la percepción, la memoria o el lenguaje. El término “neuropsicológico” es más utilizado en español, mientras que “neurocognición” es el término más utilizado en lengua inglesa

ambiguas). De hecho, como se verá más adelante, algunos de los dominios que hoy en día se consideran sociocognitivos, fueron ya explorados tanto bajo el paradigma neurocognitivo como desde el sesgo en el procesamiento de la información (véase, por ejemplo, Penn, Corrigan, Bentall, Racenstein y Newman, 1997). Enmarcados en el modelo presentado más arriba, los microfenotipos cognitivos que se expresarían sobre ese fenotipo extendido y aumentarían el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico podrían ser del dominio de la neurocognición (por ejemplo, una velocidad de procesamiento disminuida), la cognición social (por ejemplo, una dificultad para reconocer expresiones faciales de emociones) o los sesgos en el procesamiento de la información (por ejemplo, una tendencia a percibir información neutra como emocionalmente significativa [alt., saliencia aberrante]).

En aras de una claridad en la exposición y con un objetivo meramente operativo, se presenta a continuación una revisión de la investigación sobre el funcionamiento cognitivo de las personas con psicosis dividiéndola en apartados dedicados a las dimensiones de neurocognición, sesgos en el procesamiento de la información y cognición social, que se acaban de indicar. En cada apartado se realiza, además, una mención explícita a la evidencia en PEP.

## **2. Alteraciones neuropsicológicas (déficits neuropsicológicos)**

El estudio de las alteraciones neuropsicológicas de las personas que sufren esquizofrenia es una pieza clave para la comprensión del cuadro y el diseño del tratamiento. Tanto es así, que el énfasis en ellos está presente en el precursor del término: la “demencia precoz” de Emil Kraepelin. Pese a ello, es difícil encontrar revisiones exhaustivas y extensas que permitan establecer un perfil cognitivo de la persona que sufre esquizofrenia. En una revisión, Walter Heinrichs (2005) se refiere a los déficits neuropsicológicos como la “expresión principal del cerebro esquizofrénico”. El autor revisa los diferentes paradigmas utilizados para perfilar las bases neuropsicológicas de la persona con esquizofrenia, y encuentra que los estudios con pruebas neuropsicológicas (él los llama de “desempeño cognitivo”) revelan diferencias respecto a los grupos control, mayores ( $d = 0,9$ ) que las que identifican los estudios con neuroimagen y los estudios post-mortem, y siendo estas diferencias equivalentes a los estudios con pruebas psicofisiológicas (Heinrichs, 2005). Al revisar los estudios realizados en las últimas



décadas, Schaefer y cols. (2013) encuentran que las alteraciones neuropsicológicas permanecen estables independientemente de los cambios en los instrumentos de medida utilizados (Schaefer, Giangrande, Weinberger y Dickinson, 2013).

Los metanálisis revelan que existe una alteración en la memoria operativa de personas con esquizofrenia (Lee y Park, 2005), aunque ésta podría variar en función de la modalidad de la tarea utilizada (Forbes, Carrick, McIntosh y Lawrie, 2009). Además de los déficits en memoria operativa, hay un interés creciente por las dificultades en tareas atencionales en general, y se propone situar los déficits en el control atencional en primera línea (Luck y Gold, 2008; Luck, Hahn, Leonard y Gold, 2019). Las diferencias con controles sanos también son elevadas en tareas de velocidad de procesamiento, especialmente cuando se utilizan tareas de codificación y de fluidez semántica (Knowles, David y Reichenberg, 2010). Pese a todo, es difícil encontrar estudios que aglutinen las distintas evidencias procedentes de los diferentes dominios neuropsicológicos. En un intento por sistematizar estos resultados, la iniciativa denominada Investigación de Medidas y Tratamientos para mejorar la Cognición en Esquizofrenia (MATRICS, por sus siglas en inglés) ha revisado exhaustivamente la literatura con el objetivo de desarrollar una batería de evaluación neurocognitiva de consenso para la esquizofrenia. La revisión ha identificado siete dominios alterados en esquizofrenia: velocidad de proceso, atención sostenida (vigilancia), aprendizaje verbal, memoria operativa, razonamiento y resolución de problemas, aprendizaje visual y cognición social (Burton et al., 2013; Kern et al., 2011; McCleery et al., 2015). A partir, de estos dominios alterados se ha desarrollado la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS (MCCB, por sus siglas en inglés) que incluye seis dominios neurocognitivos y uno sociocognitivo (Kern et al., 2008; Nuechterlein et al., 2008).

Como se expuso anteriormente y en el Capítulo 1, las alteraciones neuropsicológicas guardan una estrecha relación con la capacidad funcional, y ésta a su vez es predictor del desempeño que la persona tiene en su día a día (Galderisi et al., 2014; Galderisi, Rucci, et al., 2018). El desarrollo de estrategias neuropsicológicas capaces de mejorar estas alteraciones es una línea de trabajo prioritaria en esquizofrenia (Kahn y Keefe, 2013; Keefe y Harvey, 2012); sin embargo, quizá no lo sea para todas las personas que experimentan síntomas psicóticos o trastornos psicóticos. En este sentido, Mesholam-Gately y cols. (2009) alertan de que, como en otras dimensiones de la psicosis, los

estudios neurocognitivos han sido realizados mayoritariamente en personas que presentan un curso crónico del trastorno y que, en muchas ocasiones, se encuentran institucionalizadas. Factores como la gravedad clínica, la cronicidad, la duración del tratamiento farmacológico (incluso el tipo de psicofármacos) o la propia edad de los participantes son variables intervinientes altamente presentes en estas cohortes, y que además tienen gran impacto sobre el funcionamiento neurocognitivo, por lo que resulta difícil extrapolar el estado de la evidencia al grupo más heterogéneo de personas con psicosis (Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone y Seidman, 2009).

### **2.1. Implicaciones para el estudio en primeros episodios de psicosis**

Teniendo en cuenta los datos que se acaban de exponer en el epígrafe anterior, resulta ineludible el estudio sistemático del perfil neuropsicológico de las personas que han sufrido el PEP recientemente. De hecho, como señalan Mesholam-Gately y cols. (2009), gracias a este reciente foco puesto en los primeros episodios, actualmente se cuenta con algo de información más fiable sobre qué sucede en la psicosis y qué implicaciones tiene. McCleery y cols. (2014) lograron confirmar la estructura de 7 dominios de la MCCB en personas que acababan de sufrir un primer episodio, aunque con la salvedad de que, tanto la memoria operativa como la cognición social parecían estar algo más preservadas que en el grupo de personas con esquizofrenia (McCleery et al., 2014). Mesholam-Gately y cols. (2009), por su parte, hablan de una solución de diez dominios, cuya diferencia fundamental con respecto a la iniciativa MATRICS, es la de incluir habilidades motoras, lenguaje y una medida de capacidad general (Mesholam-Gately et al., 2009). En una revisión sistemática, Aas y cols. (2014) identifican numerosos dominios neurocognitivos alterados en primeros episodios de psicosis, y destacan, como alteraciones más significativas, las que se detectan en memoria operativa, función ejecutiva y cociente intelectual (Aas et al., 2014).

Aunque la evidencia no es consistente, algunos estudios han identificado alteraciones neurocognitivas en fases prodrómicas del cuadro y en individuos en alto riesgo de psicosis (Fusar-Poli et al., 2013; Giuliano et al., 2012; Keefe y Harvey, 2012). A la luz de la conceptualización de la psicosis como un fenotipo extendido en la población general (van Os y Reininghaus, 2016), sería posible argumentar que las personas con más riesgo de desarrollar un trastorno psicótico son quienes presentaban un mayor número de

microfenotipos de riesgo, y que estos microfenotipos se manifiestan con una mayor intensidad a medida que la persona se aproxima su edad crítica para presentar un primer episodio de psicosis. En efecto, las personas con un riesgo muy elevado de psicosis (“*ultra-high risk*”) que presentan un peor funcionamiento neurocognitivo tienen una probabilidad mayor de desarrollar un trastorno psicótico que las personas con mejor desempeño cognitivo (Bora et al., 2014; De Herdt et al., 2013).

Las personas que han sufrido un PEP presentan, generalmente, menos factores de riesgo individual asociados con el deterioro cognitivo, como los años de vida o la duración del tratamiento farmacológico. Ello hace que las alteraciones neuropsicológicas no tengan un papel central en el estudio de estas cohortes, al menos desde el punto de vista de la práctica clínica. Sin embargo, al igual que ocurre en las personas con esquizofrenia o con psicosis de mayor duración, las alteraciones cognitivas son robustos predictores del funcionamiento diario de las personas que han sufrido un primer episodio de psicosis (Milev, Ho, Arndt y Andreasen, 2005).

### **3. Alteraciones en el procesamiento de la información (sesgos cognitivos)**

El estudio de las alteraciones cognitivas en psicosis es indisoluble de los intentos por comprender y explicar el pensamiento delirante. Ya Bleuler hablaba de la existencia de un trastorno formal del pensamiento producto de un debilitamiento de las asociaciones (en el caso de la esquizofrenia) o de un apego excesivo a una idea (en el caso del trastorno delirante) que reducía la capacidad de razonamiento lógico y allanaba el terreno a la aparición del razonamiento delirante (Bleuler, 1942, citado en Belloch et al., 2008, p. 235). Posteriormente, teorías como la de Maher (1992) han considerado el delirio como una explicación racional a una experiencia perceptiva anómala, como escuchar una voz sin un emisor aparente (Maher, 1992). En 1990, Richard Bentall propuso un modelo de trabajo acerca de cómo la persona construye sus creencias a partir de las inferencias realizadas sobre los eventos del mundo, y cómo estas creencias condicionan a su vez la búsqueda de información, lo que modifica, en última instancia, el modo en que se percibe el mundo (Bentall, 1990, citado en Bentall 1996, p. 12) (Figura 5).

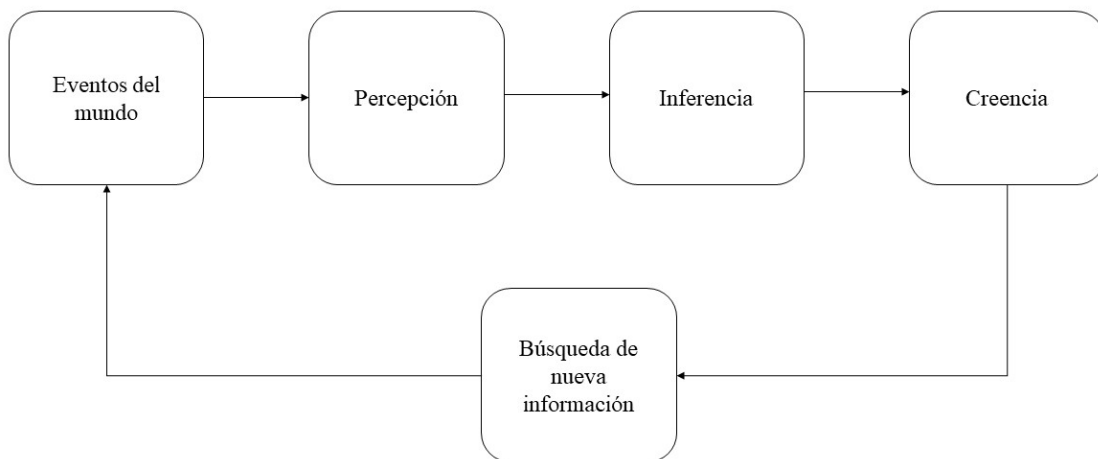


Figura 5. Modelo sobre la adquisición y el mantenimiento de creencias (adaptado de Bentall, 1996)

Paul Chadwick y Max Birchwood extienden este modelo en 1994, e incorporan un factor que será clave en el desarrollo de las intervenciones psicológicas con personas que escuchan voces. Se trata de que lo que determina la interpretación que se realiza y, en última instancia, el origen del sufrimiento de la persona, no es la experiencia alucinatoria en sí misma (los “eventos del mundo” del modelo de Bentall), sino el modo en que la persona se relaciona o responde a dicha experiencia (Chadwick y Birchwood, 1994). Más adelante se volverá sobre este detalle, que preconiza la emergencia de la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales en el campo de la psicosis.

Quizá el modelo más completo e integrador es el desarrollado por Philippa Garety y su grupo (Garety, Bebbington, Fowler, Freeman y Kuipers, 2007; Garety et al., 2001), y que se presenta en la Figura 6. Esta autora recoge trabajos previos sobre cognición y psicosis, y considera este modelo como el eslabón entre la explicación fenomenológica (qué experimenta la persona con psicosis) y las explicaciones neurobiológicas, psicológicas y sociales. Plantean la existencia de dos vías por las que pueden surgir los síntomas psicóticos: la primera, requiere de una cierta vulnerabilidad cognitiva y requiere de un estresor de carácter emocional; la segunda, incluye exclusivamente el estresor emocional. Los propios autores reconocían la primera vía como la más común, al igual que en el momento actual se acepta que las psicosis responden a un modelo de vulnerabilidad estrés. Esta primera vía, a su vez, funcionaría por dos circuitos complementarios: uno consistente en una aparición en la consciencia de recuerdos débiles que son experimentados como intrusivos, y otro basado en una sensación de no-

reconocimiento (no-agencia) de las propias intenciones y acciones. Más tarde, este modelo se pondría en relación con los avances de la neurobiología (Garety et al., 2007), la detección precoz (Broome et al., 2007) o la intervención temprana (Craig et al., 2004). Muchas de sus propuestas son hoy en día incorporadas en modelos multinivel (Howes y Murray, 2014; Luck et al., 2019).

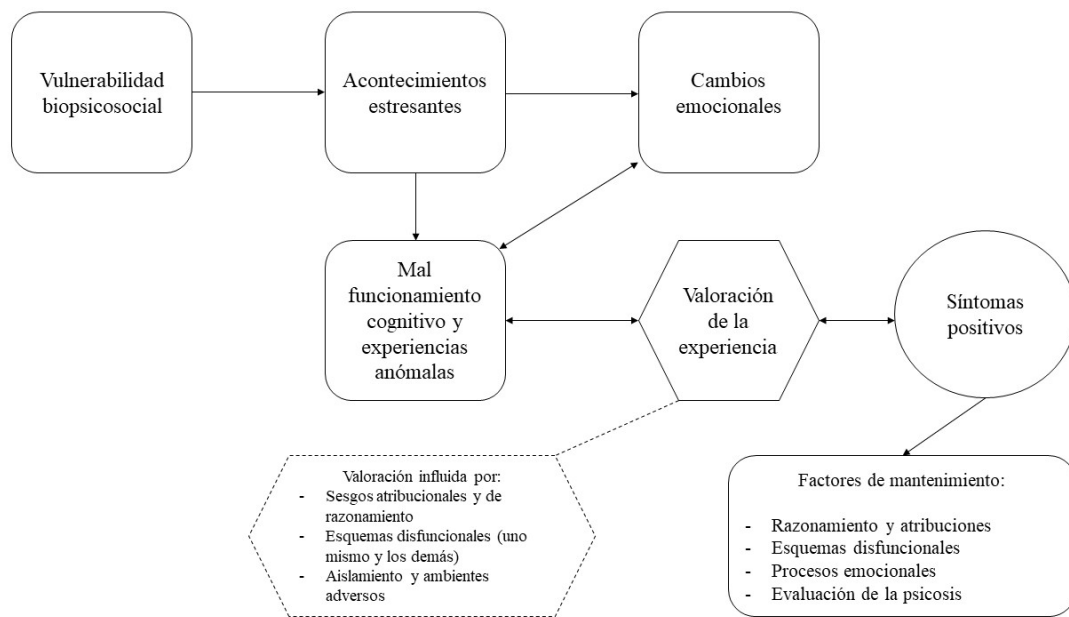


Figura 6. Modelo cognitivo de los síntomas positivos (Garety et al., 2007) (adaptado con permiso)

En definitiva, los modelos cognitivos pueden entenderse como una reacción a diversos aspectos de la psicopatología del momento. En primer lugar, tratan de superar las limitaciones de los enfoques más biomédicos para dar cuenta de las experiencias psicóticas, y proponen, entre otros aspectos, centrarse en el estudio de síntomas concretos más que tratar de explicar un síndrome tan heterogéneo como la esquizofrenia (Bentall, 1996, p. 21). Hoy en día, la propuesta de elaborar un agregado ambiental análogo al genoma (el “exosoma”) (Pries et al., 2019), o la influencia de los factores ambientales sobre la propia expresión genética (epigenética) (Petronis y Labrie, 2019), van en la línea de superar los abordajes biologicistas en el estudio de la psicopatología. En segundo lugar, estos modelos sitúan aspectos cognitivos y emocionales en el centro del procesamiento delirante y de la conducta alucinatoria, superando así aproximaciones al delirio como la realizada por Jaspers, que lo considera inexplicable desde el punto de vista psicológico (Jones, Delespaul y van Os, 2003; Mander y Kingdon, 2015). Una derivada de esta reacción es que, mientras que lo incomprendible no es susceptible de ser

tratado, lo comprensible sí es potencialmente modificable (Garety y Freeman, 2013). Traer estos asuntos a primer plano es de vital importancia tanto para comprender el fenómeno psicótico como para aproximarse al sufrimiento que genera, expresado en forma de síntomas depresivos, baja autoestima y esquemas cognitivos negativos (Smith et al., 2006). La TCC es consciente de esto y realiza un abordaje integral, dirigido tanto a los síntomas específicos como al estrés que producen (Laws, Darlington, Kondel, McKenna y Jauhar, 2018; Mander y Kingdon, 2015). En tercer lugar, estos modelos cognitivos llevan en su esencia una reacción a la tradición freudiana del psicoanálisis clásico que situaba el trauma y la represión del impulso homosexual en el origen del delirio (Zamansky, 1958). Pese a todo, sus propios impulsores se interesaban ya hace más de una década por el trauma y su relación con los síntomas psicóticos, y consideraban que éste podría aumentar la vulnerabilidad cognitiva a desarrollar ideas delirantes (Garety et al., 2001) o alucinaciones (Hardy et al., 2005). Hoy en día la evidencia es sólida en lo que respecta a la relación entre trauma y psicosis, y la convergencia de los resultados procedentes de la neurobiología, la genética, la psicología y la psiquiatría sugieren una relación causal entre el trauma y los síntomas psicóticos (Aas et al., 2014; Dauvermann y Donohoe, 2019; Gibson, Alloy y Ellman, 2016; Misiak et al., 2017; Read, van Os, Morrison y Ross, 2005; Scott, Chant, Andrews, Martin y McGrath, 2007).

Gracias a la conceptualización dimensional de la psicosis (van Os y Reininghaus, 2016), la extensión de los modelos psicológicos para explicar los delirios y las alucinaciones (Garety et al., 2001), y los avances de la genética y la neurobiología (van Winkel, Stefanis y Myin-Germeys, 2008), hoy en día es posible integrar aspectos tan diversos como el trauma, los sesgos cognitivos y la epigenética en modelos explicativos comprehensivos y multinivel.

### ***3.1. Sesgos específicos en el procesamiento de la información y su presencia en primeros episodios de psicosis***

Al hablar de los sesgos en el procesamiento de la información, es necesario contemplar la existencia de dos niveles de procesamiento: el cognitivo y el metacognitivo. Un ejemplo lo encontramos en una tarea de razonamiento probabilístico como la *beads task*. En ella, la persona observa dos cajas que contienen diez bolas de colores cada una. En la caja A, hay tres bolas verdes y siete bolas rojas; en la caja B, siete bolas verdes y

tres bolas rojas. Primero se extrae una bola de color rojo, y se le pregunta a la persona: “¿de qué caja proviene esta bola?”. La persona responderá A o B, tras lo cual se le preguntará por el grado de seguridad en su respuesta. La respuesta esperable aquí sería decir que proviene de la A, donde 7 de cada 10 bolas son rojas. El nivel de seguridad en la respuesta podría ser medio. Si en un segundo ensayo se extrae de nuevo una bola roja, lo esperable es que la persona vuelva a decir que proviene de la caja A, y que esta vez muestre un porcentaje de seguridad medio alto (en la caja B sólo había tres bolas rojas). En un tercer ensayo con bola roja, la respuesta esperable vuelve a ser la caja A, y el porcentaje de seguridad rozaría el 100%. Un cuarto ensayo de bola roja aumentaría la certeza al 100%, y el experimento finalizaría. La primera parte de la tarea es una tarea cognitiva de razonamiento probabilístico (¿de dónde es más probable que provenga esta bola?); la segunda, es una tarea metacognitiva que implica realizar un juicio sobre una decisión propia (¿cuán seguro o segura estoy de que proviene de esta caja?). Las personas con psicosis requieren entre una y dos extracciones menos que las personas sanas para tomar una decisión definitiva y, además, dan respuestas extremas con mayor probabilidad (se entiende por respuesta extrema la decisión una finalizar el experimento con un cien por cien de seguridad tras una o dos extracciones) (Dudley, Taylor, Wickham y Hutton, 2016). Este sesgo revela una tendencia a establecer conclusiones de forma prematura, y en inglés ha recibido el nombre de “*jumping to conclusions*” (“salto a las conclusiones”). Este es, probablemente, el sesgo cognitivo más estudiado en psicosis (Garety y Freeman, 2013), y parece más un rasgo que varía en función de la sintomatología, que un estado transitorio (Peters y Garety, 2006). Este sesgo se ha identificado también en cohortes de alto riesgo, donde se asocia con alteraciones en la memoria operativa y con una baja tolerancia a la incertidumbre (Broome et al., 2007).

Algunos autores han planteado que el establecimiento de conclusiones prematuras responde a que las personas con psicosis tienen disminuido el umbral para tomar decisiones (Moritz et al., 2009; Moritz, Woodward, Jelinek y Klinge, 2008; Moritz y Woodward, 2004), y que esta disminución daría cuenta del proceso por el que se originan y mantienen los síntomas cognitivos (Moritz et al., 2017). Recientemente se ha mostrado que la interacción entre un estilo caracterizado por un umbral reducido para la toma de decisiones (ya sean correctas o incorrectas) y la presencia de experiencias de saliencia aberrante predicen la aparición de síntomas positivos en personas en alto riesgo de psicosis, aunque no en PEP (Reininghaus et al., 2019).

Otro fenómeno descrito en psicosis es el sesgo contra la evidencia no confirmatoria, caracterizado por una resistencia a modificar las decisiones tomadas a pesar de la presencia de evidencias que vayan en contra de ella (Moritz y Woodward, 2006; Woodward, Moritz, Cuttler y Whitman, 2006). Este sesgo parece, además, estar presente en estados mentales de alto riesgo y en personas que han sufrido un PEP (Eisenacher y Zink, 2017).

Por último, se han identificado distorsiones específicamente metacognitivas, que revelan un exceso de confianza en la ejecución de tareas de memoria (Moritz et al., 2008), perceptivas (Moritz, Ramdani, et al., 2014), o de reconocimiento emocional (Moritz, Woznica, Andreou y Köther, 2012), entre otras. Estos y otros fenómenos han llevado a algunos autores a plantear que algunos aspectos característicos de la psicosis, como son los sesgos atencionales, la preocupación, el estilo rumiativo o el control del pensamiento podrían deberse a la puesta en marcha de estrategias metacognitivas poco útiles, tales como la autofocalización o la perseveración negativa (Sellers, Wells y Morrison, 2018).

Otros aspectos abordados desde esta perspectiva se refieren a la capacidad para comprender a otras personas en términos de sus propios estados mentales y los estados mentales ajenos (teoría de la mente) (Frith, 2004), o a la tendencia a realizar atribuciones negativas, especialmente en situaciones ambiguas (Garety et al., 2001; Randall, Corcoran, Day y Bentall, 2003). Tanto la teoría de la mente como el estilo atribucional son incluidos actualmente bajo el paraguas de la cognición social, que se presenta a continuación.

#### **4. Alteraciones en la cognición social**

La cognición social se refiere a las *“operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, y que incluyen percibir, interpretar y generar respuestas hacia las intenciones, disposiciones y comportamientos de los otros”* (Green et al., 2008). Pese a la proliferación de publicaciones sobre cognición social en los últimos años, este campo de estudio dista de ser novedoso. Ya se ha señalado cómo muchos de los elementos de la cognición social han sido estudiados previamente desde los paradigmas del procesamiento de la información (estilo atribucional o teoría de la mente) y del déficit neuropsicológico (procesamiento emocional o percepción social) (Penn et al., 1997). Pero



no sólo eso. Korman y cols. (2015) señalan que, mientras gran parte de la psicología conductual se centraba en estudiar el estímulo y respuesta, la psicología social se interesaba en el significado que ese estímulo tenía para la persona, y en cómo ese significado influía en la conducta emitida (Korman, Voiklis y Malle, 2015). Un ejemplo sería la teoría de la disonancia cognitiva de Leon Festinger, en la que la consonancia entre la actitud y la conducta puede recuperarse, además de cambiando la conducta, modificando la actitud, lo cual sería un proceso puramente cognitivo (Festinger, 1962).

La sistematización de este campo de estudio es compleja, dada su amplitud y la multiplicidad de interacciones. Happé y cols. (2017) definen la cognición social como el procesamiento de los estímulos relevantes para comprender a los agentes sociales y sus interacciones (Happé et al., 2017). Esta aproximación puede parecer un tanto vaga, en tanto que, *stricto sensu*, cualquier proceso cognitivo puede estar al servicio de este fin. Sin embargo, en combinación con la definición de Green y cols. (2015), que hablan de “*las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, y que incluyen percibir, interpretar y generar respuestas hacia las intenciones, disposiciones y comportamientos de los otros*” (Green, Horan y Lee, 2015), se han podido realizar múltiples estudios que dan cuenta de la estructura y los dominios de la cognición social. La Tabla 4 presenta algunos de estos dominios.

Tabla 4

*Los componentes de la cognición social (a partir de Happé et al., 2017, y Green et al., 2015).*

---

Happé y cols. (2017)

Afiliación y motivación social	Factores que influyen en la tendencia de los individuos a aproximarse entre sí y que definen, por tanto, la cantidad de interacción social de una persona
Reconocimiento de el/los agente(s)	Necesario para poder <i>individualizar</i> -en el sentido de “poner en un individuo- los procesos
Percepción biológica del movimiento, reconocimiento de la acción e imitación	Procesos necesarios para determinar qué acción está emitiendo un determinado agente y la reproducción de dicha acción por uno mismo.
Reconocimiento emocional	Habilidad para detectar el estado afectivo de otra persona.
Atención social	Cantidad de atención dedicada a estímulos sociales, ya sea de forma consciente (atención endógena) o automática (atención exógena)
Aprendizaje social	Capacidad de aprender de otras personas
Teoría de la mente	Capacidad para representar los estados mentales propios (actitudes proposicionales como, por ejemplo, las creencias) y ajenos

Green y cols. (2015)

Percepción social	Percepción de claves o pistas ( <i>cues</i> ) sociales tales como la cara, la voz o los movimientos corporales de otras personas
Capacidad de compartir experiencias	Procesos de resonancia motora y afecto compartido, procesos automáticos de activación vicaria mediante los cuales la persona que observa es capaz de experimentar la acción motora o el estado afectivo de la persona observada.
Mentalización	Realización de inferencias sobre los estados mentales de otras personas en base a una serie de indicadores sociales y contextuales, así como a la capacidad de tomar dichos estados mentales en consideración en la toma de decisiones
Procesamiento emocional	Reacciones y las respuestas emocionales que se suceden ante otra persona

---

Por otra parte, dos iniciativas han tratado de generar unos criterios operativos y de consenso que ayuden a estructurar el campo de estudio de la cognición social. La primera proviene del Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense (NIMH, por sus siglas en inglés) y propone cuatro dominios: afiliación y apego, comunicación social, percepción y comprensión de uno mismo y percepción y comprensión del otro. Curiosamente, estos criterios no coinciden con el planteamiento del Grupo de Trabajo en Cognición Social y Esquizofrenia del propio NIMH, que identifica cinco dominios: teoría

de la mente, percepción social, conocimiento social, sesgo atribucional y procesamiento emocional (Green et al., 2008). La segunda es obra de Amy Pinkham (Pinkham, 2014). Esta propuesta parte del trabajo de personas con psicosis que presentan alteraciones en la cognición social, por lo que cuenta con un fuerte potencial de traslación al ámbito clínico. De hecho, programas como el Entrenamiento en Cognición e Interacción Social (SCIT, por sus siglas en inglés), que se detallará en el Capítulo 3, se adscriben a esta propuesta (Combs, Adams, et al., 2007). Y es que, además de partir de un trabajo clínico, esta propuesta tiene una razón de ser muy operativa, en tanto que busca evaluar los instrumentos disponibles para medir la cognición social y aconsejar sobre su utilización en ensayos clínicos (Ludwig, Pinkham, Harvey, Kelsven y Penn, 2017; Pinkham, Harvey y Penn, 2018; Pinkham et al., 2014; Pinkham, Penn, Green y Harvey, 2016). Este proyecto, denominado Evaluación Psicométrica de la Cognición Social (SCOPE, por sus siglas en inglés), ha presentado recientemente su informe final (Pinkham et al., 2018), y los resultados se presentan también en la Tabla 5.

Tabla 5

*Cuatro componentes de la cognición social y sus instrumentos de medida, de acuerdo con el proyecto SCOPE (a partir de Pinkham et al., 2018 y de Pinkham, 2014).*

Dominio	Descripción	Instrumentos	Traducción española
Procesamiento emocional	Se refiere al modo en que la persona percibe y utiliza la información emocional. Comprende subprocesos relativamente sencillos, como el reconocimiento emocional (por ejemplo, identificar una cara que sonrío con alegría), y procesos más complejos, como habilidades de manejo y regulación emocional.	ER-40 (I)	Sí
		BLERT (I)	No
Percepción social	Se refiere al modo en que se codifican e interpretan las señales sociales que otras personas emiten para construir juicios respecto de ellas. Por ejemplo, al observar una interacción social entre dos personas que se conocen entre sí -pero desconocidas para el observador-, estas habilidades ayudarían a inferir si la relación entre ambas es de amistad, una relación laboral jerárquica, familiar, romántica, etc.	MiniPONS (II)	No
		SAT (II)	No
Atribución de estados mentales	Es la habilidad para representar(se) estados mentales humanos y para realizar inferencias sobre las intenciones o las creencias de otras personas. Comprende capacidades como la comprensión falsas creencias, la detección insinuaciones, intenciones, decepción, metáforas o ironías o la identificación “meteduras de pata” ( <i>faux pas</i> )	Test de ojos (II)	Sí
		TASIT (II)	No
		Test de las insinuaciones (I)	Sí
Estilo atribucional	Se refiere al modo de interpretar, explicar o dar sentido a eventos sociales positivos y negativos. La clave está en que estos procesos buscan inferir causalidad, ya sea basada en factores internos (disposicionales), externos (otras personas) o situacionales (contextuales) (Savla, Vella, Armstrong, Penn y Twamley, 2013). Además, la explicación dada impacta directamente sobre el estado emocional del observador	Tarea del sesgo intencional (II)	No

*ER-40 = Penn Emotion Recognition Task, MiniPONS = The Miniprofile of Nonverbal Sensitivity, SAT = Social Attribution Task, TASIT = The Awareness of Social Inferences Test*

*Nota: I = recomendación alta; II = recomendación moderada*

Todos estos trabajos se desarrollan en un ámbito académico y clínico, y el foco para la validación de los modelos teóricos y el desarrollo de intervenciones clínicas se establece en las personas con psicosis. Quizá el trabajo fundacional sea el realizado por Corcoran y cols. en 1995. Los autores plantean que las ideas delirantes de referencia o persecución, así como las alucinaciones auditivas en tercera persona y, en ocasiones, el discurso incoherente, se deben en parte a la dificultad para establecer una representación mental sobre las creencias, pensamientos e intenciones de las otras personas. Se pone en relación sintomatología psicótica y teoría de la mente, y se hace en base a dos evidencias fundamentales: la primera, que en la esencia de las ideas delirantes de referencia se encuentra una interpretación errónea de las creencias, pensamientos o intenciones de las otras personas; la segunda, que los paralelismos que se establecen entre las personas con esquizofrenia y con trastorno autista hacen plausible que el déficit de la capacidad de mentalizar (bien establecido en el autismo) se encuentre también en las primeras (Frith, 2004). De acuerdo con las predicciones del modelo, los autores encontraron que las personas con esquizofrenia mostraban un peor desempeño que las personas del grupo control, y, a su vez, demostraron que quienes presentaban sintomatología negativa e ideas delirantes de referencia rendían peor que quienes presentaban experiencias más pasivas (como ideas de control o inserción de pensamiento). La explicación dada por los autores es que las personas del grupo “pasivo” tienen dificultad para representar sus propios estados mentales e intenciones, pero no los de los demás, mientras que las personas con ideas de referencia atribuían de modo erróneo estados mentales e intenciones a otras personas (Corcoran, Mercer y Frith, 1995). Desde entonces, numerosos estudios han explorado los déficits en cognición social que presentan las personas con psicosis, y han teorizado acerca de los mecanismos explicativos subyacentes.

De acuerdo con Pinkham (2014), serían cuatro los motivos que explican el interés por estudiar la cognición social: las personas con psicosis presentan alteraciones en los cuatro dominios de la cognición social, estas alteraciones están presentes desde fases iniciales del trastorno, son relativamente independientes de otras alteraciones como las neurocognitivas y tienen un impacto en el funcionamiento diario de la persona. Recientemente, Green y cols. (2015) han revisado las alteraciones más significativas de la cognición social en esquizofrenia, y destacan el déficit en el reconocimiento de caras y voces, la capacidad disminuida de resonancia motora (relacionada con el sistema de las neuronas espejo), las dificultades para mentalizar y los problemas de regulación

emocional (pese a mantener relativamente preservada la experiencia emocional) (Green et al., 2015). La presencia de estas alteraciones en las primeras fases del trastorno psicótico parece probada, sobre todo en lo que respecta al procesamiento de emociones negativas como el miedo o la tristeza y a la teoría de la mente (Healey, Bartholomeusz y Penn, 2016). Se ha planteado la hipótesis de que podrían existir dos patrones de alteración sociocognitiva en primeros episodios: uno más complejo donde aspectos neurocognitivos juegan un importante papel, y otro más simple y relacionado con aspectos implícitos de la mentalización (Bliksted, Fagerlund, Weed, Frith y Videbech, 2014). Aunque algunos estudios han sugerido que pueden existir alteraciones en la cognición social incluso en cohortes de alto riesgo (Donkersgoed, Wunderink, Nieboer, Aleman y Pijnenborg, 2015; Thompson, Bartholomeusz y Yung, 2011), estos resultados deben contemplarse desde el prisma del sesgo de selección de aquellas personas en riesgo de psicosis que buscan ayuda. En un reciente estudio con una cohorte de 200 niños y niñas de siete años en riesgo de esquizofrenia, 120 en riesgo de trastorno bipolar y 200 controles, se encontró que existían diferencias en funcionamiento social entre los grupos clínicos, pero no se detectó ninguna diferencia en el rendimiento en tareas de cognición social entre las cohortes de riesgo y el grupo control (Christiani et al., 2019).

Para finalizar, merece la pena señalar que quizá la motivación principal de la psicología clínica para trabajar con la cognición social tiene que ver con su asociación con el funcionamiento diario. En relación con esto, existe un debate acerca de si la neurocognición y la cognición social serían dominios independientes o interdependientes (Barbato et al., 2013; Bliksted et al., 2014; Fett et al., 2011), y las propuestas más integradoras apuestan por la existencia de asociaciones indirectas que estarían mediadas, precisamente, por aspectos como la internalización del estigma o la propia capacidad funcional (Galderisi et al., 2014; Halverson et al., 2019). El siguiente epígrafe trata el asunto de la implicación funcional de las alteraciones cognitivas en psicosis, tomando conjuntamente los aspectos neuropsicológicos y sociocognitivos.

## **5. Implicación funcional de las alteraciones cognitivas en psicosis**

Tras esta revisión, es posible afirmar que cualquier proceso cognitivo puede encontrarse al servicio de la cognición social (Happé et al., 2017) y que las personas con psicosis y, fundamentalmente, con esquizofrenia, presentan alteraciones en prácticamente

todos los dominios de la cognición social (Green et al., 2015) y en muchos procesos neurocognitivos (Heinrichs, 2005). Pero ¿qué implicaciones tiene esto para quien sufre esos déficits? ¿tiene sentido abordarlos desde la psicología? Intentaremos contestar a estas preguntas.

En el primer metanálisis sobre las implicaciones funcionales del deterioro en neurocognición y cognición social en personas con psicosis, Fett y cols. (2011) concluyen que ambas contribuyen al deterioro en el funcionamiento (Fett et al., 2011). Concretamente, estudian tres de los cuatro dominios propuestos por Pinkham (teoría de la mente, procesamiento emocional y percepción social) (Pinkham, 2014; Pinkham et al., 2018) y los dominios neurocognitivos y de cognición social propuestos por el grupo de trabajo de la MCCB (razonamiento y solución de problemas, velocidad de procesamiento, atención y vigilancia, memoria operativa, aprendizaje y memoria verbales, aprendizaje y memoria visuales, comprensión verbal e inteligencia emocional) (Kern et al., 2008; Nuechterlein et al., 2008), con una mínima modificación (incluyen fluidez verbal como un factor independiente). Los resultados sugieren que los indicadores de cognición social podrían explicar un mayor porcentaje de la varianza del funcionamiento que los dominios neurocognitivos (23% frente a 15%). Sin embargo, como señalan los propios autores, más de tres cuartas partes de la varianza del funcionamiento se asocia a otros factores.

Un trabajo de 2014 de la Red Italiana para el Estudio de la Psicosis (Galderisi et al., 2014) supera muchas de las limitaciones señaladas por Fett y su grupo. En él, Galderisi y cols. (2014) prueban un modelo explicativo del funcionamiento en psicosis que incluye tres grupos de predictores: factores relacionados con la enfermedad, recursos personales y factores contextuales. Utilizando un análisis de ecuaciones estructurales, la autora y sus colaboradores identifican un modelo que explica más de la mitad de la varianza del funcionamiento en la vida real, medido a través de la Escala de Nivel Específico de Funcionamiento (SLOF, por sus siglas en inglés). La cognición social influiría de forma directa sobre el funcionamiento, explicando en torno al 4% de la varianza ( $\beta = 0,169$ ). Por su parte, la neurocognición tendría exclusivamente un efecto indirecto de más del 5% ( $\beta = 0,302$ ) a través de factores como la capacidad funcional, el uso de los servicios, la internalización del estigma o la propia cognición social. El modelo final, que incluye además aspectos clínicos, daría cuenta de un 53% de la varianza del funcionamiento diario, y sus autores invitan a incluir aspectos neurocognitivos y

sociocognitivos en los tratamientos integrales para la esquizofrenia (Galderisi et al., 2014).

En un reciente metanálisis, Halverson y cols. (2019) encuentran que la cognición social explica un mayor porcentaje de la varianza en el funcionamiento que la neurocognición, y que ambas (neurocognición y cognición social) estarían a su vez relacionadas. Además, señalan que es necesario realizar más estudios en personas que han sufrido un primer episodio, precisamente debido al número de factores de confusión presente en los estudios que incluyen variables cognitivas (Halverson et al., 2019).

Independientes o interdependientes, sociales o no sociales, por defecto o por exceso, las alteraciones cognitivas presentes en el espectro psicótico son claras y se encuentran presentes incluso desde las primeras manifestaciones sintomáticas. Además, su efecto sobre el funcionamiento diario es claro. La primera conclusión que se deriva tiene que ver con la relación entre los perfiles cognitivo y psicopatológico de la persona con psicosis. En el caso de la neurocognición, la evidencia apunta hacia una independencia entre las alteraciones neuropsicológicas y los síntomas positivos y afectivos, mientras que revela una interdependencia entre estas alteraciones y los síntomas negativos y desorganizados (Dominguez, Viechtbauer, Simons, van Os y Krabbendam, 2009; Galderisi et al., 2014). Respecto a la cognición social, una asociación baja, pero consistente, aparece al considerar la desorganización conductual, pero no cuando se exploran los síntomas positivos ni negativos (Galderisi et al., 2014). Sea como fuere, se sigue insistiendo en la importancia de realizar una buena descripción clínica de las muestras, pues ello permitiría enriquecer las variables mediadoras en futuros metanálisis (Halverson et al., 2019). Una segunda conclusión se refiere a la importancia de la incorporación de la dimensión cognitiva para comprender a quien está inmersa en un proceso psicótico y para desarrollar teorías explicativas. Un ejemplo lo encontramos en la propuesta del grupo de Steffen Moritz, que considera los delirios y el comportamiento alucinatorio consecuencia de una reducción del umbral para tomar decisiones (Moritz et al., 2017). Se pondría entonces en relación un componente puramente cognitivo (el sesgo de aceptación liberal) y los síntomas de primer rango de Schneider. Otro ejemplo con bastante recorrido se refiere a la hipótesis de la saliencia aberrante, que propone que una hiperactivación dopaminérgica que lleva a las personas a percibir estímulos neutros como fenómenos salientes y novedosos daría cuenta de la



formación y el mantenimiento de las ideas delirantes (Kapur, Mizrahi y Li, 2005). Howes y Murray (2014) realizan una propuesta mucho más global (y ambiciosa) que integra aspectos del desarrollo social y neuropsicológico con elementos cognitivos para explicar la esquizofrenia. Concretamente, plantean que la interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales hipersensibilizan el sistema dopaminérgico, lo cual estimula las percepciones de saliencia aberrante que conllevan interpretaciones paranoides de la realidad y provocan una sensación de rechazo por parte de las otras personas, que reforzaría a su vez los sesgos en el procesamiento de la información (Howes y Murray, 2014).

Lejos de ser excluyentes, vemos que estos tres ejemplos tienen múltiples elementos en común, y esto es gracias a modelos integradores y paradigmas de estudio que permitan la convergencia de evidencias procedentes de distintas disciplinas. Cabe mencionar también aquí la propuesta de Reininghaus y cols. (2019), que, aunque con un éxito parcial, someten a contraste empírico su hipótesis sobre la interacción entre los procesos de saliencia aberrante y el sesgo de aceptación liberal en personas en alto riesgo de psicosis y en una cohorte de primeros episodios de psicosis (Reininghaus et al., 2019). La última conclusión tiene que ver con el tratamiento. Si el objetivo final es mejorar la vida de las personas, ¿qué foco deben tener las intervenciones psicológicas en psicosis? En el modelo de Galderisi y cols. (2014) se identifican factores en los niveles comunitario (como el uso de servicios), social (como el estigma) e individual, que, en este último caso, varían desde los síndromes psicopatológicos clásicos hasta las alteraciones neuro y sociocognitivas, pasando por la resiliencia (Galderisi et al., 2014). En la línea de los dos metanálisis presentados (Fett et al., 2011; Halverson et al., 2019), Silvana Galderisi aboga por diseñar tratamientos integrados multimodales para la esquizofrenia que puedan dirigirse a la gran variedad de factores (modificables) y que predican el funcionamiento diario.

### Capítulo 3. Intervenciones psicológicas en psicosis

“Sentía como que recuperaba el control. Y posiblemente la psicosis me ayudó a ello [...] Pienso que la psicosis me hizo como mirar a las cosas [...] Y habiéndolas mirado me siento mucho más tranquila con respecto a mí misma”. Suraya

Hermione Thornill, Linda Clare y Rufus May (2004). *Escape, Enlightenment and Endurance: Narratives of Recovery from Psychosis*

#### 1. Recomendaciones clínicas de las principales guías y referencias internacionales

En su última actualización, la guía del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) para personas adultas con trastornos psicóticos y esquizofrenia, recomienda el uso de intervenciones psicosociales en todas las fases del trastorno, desde la prevención secundaria (cohortes de alto riesgo) hasta el proceso de recuperación (NICE, 2014). Esta guía ha sido adaptada recientemente por el Servicio Andaluz de Salud (Servicio Andaluz de Salud, 2019), y constituye el documento más actualizado con el que contamos en España, dado que la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y los Trastornos Psicóticos se encuentra actualmente desactualizada (Sistema Nacional de Salud, 2009). Las recomendaciones finales de la guía NICE urgen a investigar la eficacia de las intervenciones de apoyo entre iguales (*peer support*), el uso de la terapia psicológica en personas que no toman medicación antipsicótica, los riesgos para la salud de tomar o dejar de tomar la medicación antipsicótica, el mantenimiento a medio y largo plazo de los resultados de los servicios de intervención temprana y la eficacia de la TCC sobre los síntomas de estrés postraumático presentes en muchas personas con psicosis. El NICE cuenta, además, con una guía específica para psicosis y esquizofrenia en niños y adultos jóvenes (NICE, 2013), que recomienda combinar terapia farmacológica y psicológica desde el PEP. A diferencia de la guía para adultos, se recomienda de forma explícita realizar terapia familiar en combinación con TCC individual, que tratará aspectos como la normalización, la observación y monitorización de los propios síntomas, la reducción del malestar y el ofrecimiento de estrategias alternativas de afrontamiento.

Otra guía de referencia internacional es la desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés). Su enfoque no es tanto establecer el tipo de atención en función de la fase del cuadro, sino recoger los niveles de evidencia con los que cuentan las intervenciones específicas. En contraste con la guía NICE, en el texto no se realizan recomendaciones para el momento del PEP, y éstas son vagas para la fase aguda del cuadro (reducción del estrés, establecimiento de relación terapéutica con el psiquiatra, adherencia al tratamiento, información a las familias, etc.) (Lehman et al., 2010). Un trabajo en una línea similar es el de Mueser y cols. (2013), quienes realizan una revisión sistemática incluyendo un gran número de tratamientos psicológicos disponibles para la esquizofrenia y su nivel de evidencia (Mueser, Deavers, Penn y Cassisi, 2013). Los dos cambios fundamentales con respecto a la guía de práctica clínica de la APA son que la rehabilitación cognitiva pasa de tener evidencia limitada a estar empíricamente validada y que los entrenamientos en cognición social empiezan a considerarse prácticas prometedoras. Un resumen con las tres aproximaciones puede verse en la Tabla 6.

Tabla 6

*Aproximaciones del NICE, la APA y Mueser y cols. (2013) a las intervenciones psicológicas para personas con psicosis.*

	Riesgo	PEP	Crisis	Estable	Evidencia (APA)	Mueser (2013)
TCC individual	SI	SI	SI	SI	I	A
Intervenciones familiares	OPC	SI	SI	SI	I	A
TCC + familiar (niños y adolescentes)		SI	SI	SI	(I)	(A)
Apoyo laboral					I	A
TAC					I	A
EHS	NO	NO			I	A
Psicoeducación (individual y/o familiar)					III	A
Automanejo del trastorno						A
Manejo de casos					III	
Arteterapia			SI	SI		
Counselling / Apoyo	NO	NO				
Adherencia	NO	NO				
PIT	NO	SI	SI PRO	SI PRO	I*	B
Intervenciones en fases prodrómicas					III	B
Terapias específicas (ansiedad, sustancias)	SI					
Terapias específicas (TDM, TBI)		SI PRO	SI PRO	SI PRO		
Terapias específicas (TEPT)		SI PRO				B
Atención domiciliaria		SI PRO	SI PRO			
Hospitalización remota						
Rehabilitación cognitiva					III	A
Entrenamiento en CS						B

*PEP = primer episodio de psicosis, APA = American Psychiatric Association, TCC = terapia cognitivo conductual, TAC = tratamiento asertivo comunitario, EHS = entrenamiento en habilidades sociales, PIT = programas de intervención temprana, TDM = trastorno depresivo mayor, TBI = trastorno bipolar tipo I, TEPT = trastorno por estrés postraumático, CS = cognición social, OPC = opcional, SI PRO = si procede*

Siguiendo el esquema presentado en el Capítulo 2, se detallarán a continuación las intervenciones psicológicas con orientación cognitivo-conductual para trabajar con el procesamiento de la información y los estilos cognitivos de las personas con psicosis, los déficits neuropsicológicos y la cognición social.

## **2. Terapia cognitivo conductual para la psicosis**

El Capítulo 2 comenzaba con una declaración de intenciones realizada por G. Haddock y P. D. Slade hace casi tres décadas. Los autores subrayaban la importancia que tenía el modelo cognitivo en el abordaje de la psicosis, e instaban a investigar la eficacia de las intervenciones derivadas “*con el objetivo de que sean incorporadas a los dispositivos de salud*” (Haddock y Slade, 1996, p. xi). Aunque las recomendaciones de las guías de práctica clínica más importantes del mundo (Lehman et al., 2010; NICE, 2013, 2014) y el estado de la evidencia metanalítica (Bighelli et al., 2018; Hazell et al., 2016; Wykes, Steel, Everitt y Tarriner, 2008) consideran que la TCC para la psicosis es una intervención eficaz, sigue existiendo un problema de implementación de este enfoque terapéutico en los dispositivos de salud, incluso en regiones de referencia como el Reino Unido (Kingdon y Turkington, 2019).

La TCC, aunque heterogénea, tiene la ventaja de contar con unos componentes bien definidos y operativizados que permiten realizar análisis exhaustivos sobre su eficacia. Al dirigirse a personas con trastorno mental grave, las “dianas” principales serían aquellos aspectos más resistentes a la medicación, como son la anhedonia, la ansiedad, los delirios, la depresión, las alucinaciones, la manía y la hipomanía, los síntomas negativos, las dificultades de sueño, la conducta e ideación suicida y la desesperanza (Wright, 2009, p. 3). Algunos de los métodos comunes en la TCC para trastorno mental grave se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7

*Métodos comunes de la TCC para trastorno mental grave (adaptado de Wright, 2009, p. 12)*

Método	Clave(s)
Optimizar la relación terapéutica	Demostrar interés de forma genuina
Normalizar y desestigmatizar	Informar sobre que las experiencias son compartidas por otras personas e introducir el papel del estrés
Ofrecer psicoeducación	Debe adaptarse al nivel de la persona, pudiendo ofrecer desde sesiones estructuradas hasta simples invitaciones a la reflexión sobre el contenido de la sesión
Implementar estrategias conductuales	Detectar situaciones contextuales como, por ejemplo, lugares evitados
Modificar creencias nucleares	Realizar reestructuración cognitiva sobre esquemas de confianza, peligrosidad y riesgo, aceptación o autoeficacia cuando la persona tenga la capacidad cognitiva y la disposición a colaborar necesaria
Concentrarse en el trastorno del pensamiento	Construir las sesiones en colaboración con la persona y proporcionar feedback continuo, en lugar de tratar de adaptarse a un protocolo predefinido
Potenciar la adherencia	Identificar barreras y desarrollar estrategias conductuales, además de las ya mencionadas de normalización, desestigmatización y psicoeducación
Tratar el uso o abuso de sustancias	Conocer (y aplicar) estrategias cognitivo-conductuales específicas para el uso y abuso de sustancias, si es necesario
Desarrollar habilidades para prevenir recaídas	Proporcionar métodos básicos (por ejemplo, programación de actividades) y estrategias cognitivas y conductuales para gestionar estresores

Recientemente, Bighelli y cols. (2014) han llevado a cabo un esfuerzo por sistematizar la información disponible sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para la psicosis. Para ello, realizaron un metanálisis en red, y encontraron que la TCC era, con diferencia, la intervención más estudiada, y que sus resultados sobre los síntomas psicóticos oscilaban entre una eficacia baja o moderada en función del tipo del comparador utilizado (control pasivo, tratamiento habitual o psicoterapia de apoyo) (Bighelli et al., 2018). Los autores señalan algunas consideraciones metodológicas de los

estudios incluidos que ya habían sido subrayadas en metanálisis previos, como que los resultados eran mucho peores cuando el estudio estaba enmascarado (evaluador ciego) (Jauhar et al., 2014), o cuando se incluían comparadores activos en lugar de controles pasivos o tratamiento habitual (Lutgens, Garipey y Malla, 2017; Lynch, Laws y McKenna, 2010). Respecto a esta segunda cuestión, existe el debate sobre qué comparador incluir en los estudios, si aquél que se encuentra *habitualmente* disponible en los sistemas de salud donde se desarrollan los estudios (esto es, el tratamiento habitual), o terapias psicológicas que han demostrado tener una cierta eficacia y que controlan para factores inespecíficos, como la psicoterapia de apoyo (Mueser et al., 2013).

Otro aspecto importante de la TCC es que parece seguro ofrecerla al número, no precisamente desdeñable, de personas con psicosis que decide no tomar medicación a causa de, por ejemplo, los efectos secundarios que produce (Morrison, 2019). Esto podría ser especialmente útil en el caso de las personas que han sufrido un PEP.

La necesidad de generar cambios en el funcionamiento (y la dificultad para conseguirlo) es un reto para cualquier investigador que realice un ensayo clínico, ya sea con personas con psicosis o con problemas de riñón, ya sea utilizando una intervención conductual o un tratamiento farmacológico. Por su propio desarrollo, la TCC para psicosis se ha centrado históricamente en los síntomas positivos (Lincoln y Peters, 2019), y los resultados sobre otros síntomas con mayor relevancia funcional (como los negativos), o sobre indicadores de funcionamiento en sí, siempre se han subordinado a la reducción de las alucinaciones y los delirios. Las intervenciones farmacológicas presentan esta misma tendencia (Leucht y Davis, 2017). Por eso, hoy en día el interés por los síntomas negativos y el funcionamiento es creciente (Galderisi, Mucci, et al., 2018), y se hace fundamental realizar estudios que pongan el foco en estos aspectos. Un reciente metanálisis encuentra una disminución significativa de la sintomatología negativa al comparar TCC con el tratamiento habitual (Lutgens et al., 2017), y parece que un nuevo fármaco (la caripracina) podría ser eficaz para mejorar la sintomatología negativa en la esquizofrenia (Németh et al., 2017). No parece, sin embargo, que la TCC consiga mejorar el funcionamiento en el medio plazo, y sus efectos a corto plazo, aunque consistentes, son bajos (IC 95% = [0,14, 0,33]) (Laws et al., 2018).

### **2.1. Implicaciones el trabajo con primeros episodios de psicosis**

Si es difícil hablar de un tratamiento de referencia para la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, más lo es aún cuando nos centramos en PEP. La importancia del estudio de las cohortes de alto riesgo (Fusar-Poli et al., 2013), la aproximación dimensional y transdiagnóstica a la persona que sufre un primer episodio de psicosis (Quattrone et al., 2019), o las propuestas nosológicas basadas en fases en lugar de en los diagnósticos clásicos (Mcgorry et al., 2008), han hecho (y hacen) del estudio de las intervenciones en PEP un campo dinámico y en continua adaptación. Y es que la complejidad del problema hace que la aproximación terapéutica tenga que ser multinivel, interpelando a diversos agentes a nivel comunitario, familiar, asistencial, social y, desde luego, a la propia persona afectada. En este sentido, igual que ocurre con el tratamiento asertivo comunitario para la esquizofrenia (Bond, Drake, Mueser y Latimer, 2001), el abordaje para trabajar con las personas con PEP es multicomponente e interdisciplinar, y suele recibir el nombre de servicios o programas de intervención temprana (PIT) (Bertolote y Mcgorry, 2005). Algunos de estos programas se están llevando a cabo en países europeos como Dinamarca (Secher et al., 2015), Italia (Ruggeri et al., 2015), o el Reino Unido (Kuipers, Holloway, Rabe-Hesketh y Tennakoon, 2004), así como en Estados Unidos (Mascayano et al., 2019) y Australia (Cotton et al., 2016), entre otros. En España, se ha alertado sobre la necesidad de implementar este tipo de servicios de atención temprana en el sistema nacional de salud (Arango et al., 2017).

Aunque estos programas son difíciles de estudiar por la heterogeneidad de sus componentes, el carácter interdisciplinar o la idiosincrasia de los sistemas sanitarios de las diferentes regiones, tanto la evidencia metanalítica (Bird et al., 2010; Correll et al., 2018) como las recomendaciones clínicas (Guloksuz y van Os, 2018; Marshall y Rathbone, 2011) apoyan su implementación. El trabajo más reciente y exhaustivo es el de Correll y cols. (2018), que realizan un metanálisis de ensayos clínicos que comparan PIT con tratamiento habitual (Correll et al., 2018). A primera vista, surge un contraste entre los más de 30 o 40 ensayos clínicos realizados con tratamiento asertivo comunitario o terapia cognitivo-conductual para la psicosis, y los diez estudios incluidos en el trabajo con PIT. El más antiguo de ellos data del año 2004 (Kuipers et al., 2004), y la mayoría han sido realizados en esta década, lo que revela un creciente interés. Los componentes que más habitualmente se identifican en estos servicios son la revisión de la toma de



medicación, el trabajo con la adherencia terapéutica, el consejo vocacional o laboral y educativo, la psicoeducación para familiares, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia cognitivo conductual. Los resultados son prometedores en lo que se refiere al descenso de interrupciones del tratamiento, reducción del número de hospitalizaciones, mejora de la sintomatología, funcionamiento general y calidad de vida (Correll et al., 2018). Pese a todo, sigue siendo necesario incrementar la eficiencia de los tratamientos (Amos, 2012) y continuar realizando ensayos clínicos que permitan aumentar el nivel de evidencia. En un intento por homogeneizar los criterios para llevar a cabo estos ensayos, Lisa Dixon y su grupo de Nueva York tratan de sistematizar las medidas relevantes a utilizar en los ensayos clínicos de intervención temprana en psicosis, y proponen evaluar sistemáticamente áreas diversas sintomáticas, de funcionamiento social y laboral, bienestar, adherencia al tratamiento farmacológico y efectos secundarios y actividad física (Dixon et al., 2019). Debido a la importancia de lograr cambios en la vida real de las personas, Fowler y su grupo han encontrado resultados prometedores al añadir una terapia de recuperación social al servicio de intervención temprana en West Midlands, Reino Unido (Fowler et al., 2018).

## **2.2. El caso del entrenamiento metacognitivo**

Desde el inicio de este siglo, la psicología clínica se ha interesado por los modelos metacognitivos del procesamiento de la información (Flavell, 1979; Kuhn, 2000), y los ha incorporado para la comprensión de diversos trastornos mentales (Myers, Fisher y Wells, 2009; Spada, Caselli, Nikčević y Wells, 2015; Spada, Nikčević, Moneta y Wells, 2008). Como se expuso en el Capítulo 2, las personas con psicosis muestran dificultades para pensar sobre sus propios procesos cognitivos.

El modelo metacognitivo de la psicosis plantea que determinados aspectos relacionados con el delirio (como su inmutabilidad o la excesiva confianza en su contenido) no sólo tienen que ver con las propias creencias delirantes, sino con un estilo cognitivo general que se encuentra sesgado (Moritz, Andreou, et al., 2014; Sellers et al., 2018). La estrategia terapéutica sería entrenar a las personas con psicosis en darse cuenta de ese estilo de pensamiento y cultivar modos alternativos de procesar la información. Esta estrategia sería complementaria a la TCC, y la diferencia principal radicaría en el abordaje tangencial (“*backdoor approach*”), que modificaría el síntoma desde el trabajo

con la metacognición, en lugar de atacar la metacognición desde el trabajo con el síntoma (Moritz, Andreou, et al., 2014). Aunque existen otras aproximaciones (véase, por ejemplo, Jong et al. 2019), el programa de referencia en este ámbito es el entrenamiento metacognitivo (MKT, por sus siglas en alemán) desarrollado por Steffen Moritz y sus colaboradores (Tabla 8). Traducido al castellano, dispone de una versión individual y una versión grupal, y puede descargarse de forma gratuita de Internet ([https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive\\_training-psychosis/](https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training-psychosis/)).

Tabla 8

*Módulos del entrenamiento metacognitivo para la psicosis*

Módulo	Objetivo
Atribuciones	Se toman en consideraciones varias causas en lugar de aceptar una única causa para una determinada situación
JTC I	Se señalan los problemas derivados del sesgo del salto a las conclusiones
Cambiando creencias (BADE)	Se insta a no formar argumentos sólidos hasta tener la suficiente evidencia, así como a considerar contrargumentos y visiones alternativas
Empatizar I	Se muestra que las expresiones faciales pueden llevar a equívoco y que la confianza en las propias respuestas debe verse reducida en situaciones de poca evidencia
Memoria	Se muestra cómo la memoria se construye y se invita a reducir el grado de confianza cuando la evidencia es escasa
Empatizar II (TdM)	Se indica cómo las situaciones sociales no suelen tener una única solución, siendo necesario tomar en consideración diferentes evidencias
JTC II	Se señalan los problemas derivados del sesgo del salto a las conclusiones
Ánimo y autoestima	Se presentan estrategias para aumentar y mantener la autoestima

Nota: *JTC* = jumping to conclusions (*establecer conclusiones prematuras*), *BADE* = bias against disconfirmatory evidence (*sesgo contra la evidencia disconfirmatoria*), *TdM* = teoría de la mente

Los resultados hasta la fecha demuestran que el programa de entrenamiento metacognitivo es eficaz para personas con esquizofrenia (Favrod et al., 2014; van Oosterhout et al., 2014), aunque su efecto se ve bastante reducido cuando se controlan aspectos como el enmascaramiento, la aleatorización o el tipo de control utilizado (Eichner y Berna, 2016). Los resultados son prometedores en personas con psicosis de

inicio reciente, en cuanto a reducción de síntomas y mejoría en la teoría de la mente y el estilo atribucional (Ochoa et al., 2017).

### **3. Entrenamientos en rehabilitación cognitiva**

Existen diferentes programas de rehabilitación cognitiva para psicosis, con cierta heterogeneidad. Algunos aspectos comunes son la combinación de ejercicios de dominios cognitivos específicos (por ejemplo, memoria operativa) con entrenamiento en estrategias para mejorar el rendimiento, el formato intensivo (2 sesiones semanales) o su duración (en torno a tres meses) (Mueser et al., 2013). Según Best y Bowie (2017), los tres componentes fundamentales que cualquier programa de rehabilitación cognitiva para la psicosis debe presentar son: entrenamiento, monitorización de la estrategia y generalización (Best y Bowie, 2017).

La evidencia sugiere que la rehabilitación cognitiva es eficaz para mejorar el rendimiento cognitivo de las personas con psicosis y que, cuando se combina con programas de atención psicológica y psiquiátrica, tienen un efecto positivo sobre el funcionamiento (McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo y Mueser, 2007; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk y Czobor, 2011). Además, existe evidencia metanalítica reciente sobre la reducción de la sintomatología negativa tras la rehabilitación cognitiva (Cella, Preti, Edwards, Dow y Wykes, 2017). En un intento por comprender los principios activos de la rehabilitación cognitiva, Cella y Wykes (2019) exploran la contribución de aquellos ingredientes que consideran elementales, e identifican los siguientes: la práctica masiva, el aprendizaje sin errores, la estrategia utilizada y la contribución del terapeuta. Si bien no realizan un análisis de mediación estricto, encuentran que todos ellos (a excepción del aprendizaje sin errores) se asocian con mejorías en indicadores cognitivos, y que la alianza terapéutica lo hacía, además, con indicadores de funcionamiento (Cella y Wykes, 2019).

La presencia de estos déficits cognitivos en personas con esquizofrenia y el éxito que la rehabilitación cognitiva tiene en estos pacientes son algunos de los argumentos que han llevado a algunos autores a plantear que el núcleo de la esquizofrenia es, precisamente, la alteración cognitiva (Kahn y Keefe, 2013), y que la intervención psicológica de referencia debería ser la rehabilitación cognitiva (Best y Bowie, 2017).

### **3.1. Implicaciones para el trabajo con PEP**

La rehabilitación cognitiva ha estado orientada históricamente a personas con esquizofrenia, un trastorno que en ocasiones presenta un deterioro progresivo. Sin embargo, algunos metanálisis sugieren que la neurocognición podría estar alterada tanto en el momento del primer episodio psicótico (Mesholam-Gately et al., 2009) como en estados de alto riesgo (de Paula, Hallak, Maia-de-Oliveira, Bressan y Machado-de-Sousa, 2015; Giuliano et al., 2012). Todos estos estudios comunican entre sus limitaciones la existencia de una gran heterogeneidad, y los estudios realizados en cohortes de alto riesgo advierten además sobre la necesidad de cautela en la interpretación de los resultados, quizá más coherente con la hipótesis de que los déficits cognitivos serían marcadores de vulnerabilidad general al desarrollo de psicosis, que con que dichos déficits sean ya señales de un trastorno incipiente. Esto entronca con la conceptualización de los déficits neuropsicológicos desde la teoría del fenotipo extendido, que defiende que los problemas en determinados dominios cognitivos serían microfenotipos que, al aparecer sobre un fenotipo psicótico extendido, serían indicadores de una mayor gravedad y/o un peor pronóstico del cuadro (van Os y Reininghaus, 2016).

En todo caso, la heterogeneidad sigue siendo la norma en las personas jóvenes que han sufrido un primer episodio de psicosis. Este hecho, unido efecto techo que se produce cuando las personas que participan en los ensayos clínicos tienen un buen rendimiento en la línea base, puede explicar por qué los entrenamientos en rehabilitación cognitiva no son especialmente efectivos en las fases tempranas del cuadro (Revell, Neill, Harte, Khan y Drake, 2015). Curiosamente, aunque estos entrenamientos tengan un efecto limitado sobre dominios neurocognitivos, sí parece que mejoran los síntomas psicóticos y el funcionamiento general de la persona, especialmente cuando se realizan en combinación con otra aproximación terapéutica y el formato es grupal (Revell et al., 2015). La importancia de este último elemento (el formato grupal) ha sido recientemente explorada por Sandoval y colaboradores, quienes demuestran que la presencia de un igual mejora el rendimiento cognitivo en una tarea computarizada. Esto les sirve para preguntarse si, al contrario de las direcciones del debate sobre la interdependencia entre la neurocognición y la cognición social, no será precisamente la segunda la que pueda actuar potenciando a la primera (Sandoval et al., 2019).

#### **4. Entrenamientos en cognición social**

Originalmente, el entrenamiento en aspectos de la cognición social se realizaba en el contexto de otros programas de rehabilitación cognitiva, como la Terapia Psicológica Integrada o la Terapia de Potenciación Cognitiva (Horan y Green, 2019). Actualmente, estas intervenciones gozan de una entidad propia, y se pueden identificar dos estrategias fundamentales de trabajo: los entrenamientos focalizados y los entrenamientos globales. Los primeros se centran en componentes específicos de la cognición social como el reconocimiento emocional (Frommann, Streit y Wölwer, 2003) o la teoría de la mente (Bechi et al., 2013), y han mostrado resultados positivos sobre la cognición social (Grant, Lawrence, Preti, Wykes y Cella, 2017). Los segundos son programas más comprensivos y abordan varios componentes de la cognición social de manera simultánea. Las investigaciones tienden a centrarse en este segundo grupo de intervenciones, entre las que destaca como máximo exponente y matriz de otros entrenamientos el Entrenamiento en Cognición e Interacción Social (SCIT, por sus siglas en inglés).

El programa SCIT se diseñó originalmente para personas con esquizofrenia (Penn et al., 2005), y tiene un formato grupal en tres fases. En la primera fase (6 sesiones), se presenta a los participantes lo que es la cognición social pidiéndoles que compartan ejemplos de situaciones sociales que no entendieron correctamente. Posteriormente, se trabaja con las emociones básicas, con la identificación de la suspicacia, y con el reconocimiento facial de emociones. En la segunda fase (7 sesiones) se trabaja con los sesgos cognitivos sociales. Se aborda directamente el salto a las conclusiones y se trabaja mucho con las atribuciones que se hacen ante eventos ambiguos y negativos, así como la diferencia entre los hechos y las conjeturas. La tercera fase (5 sesiones) consiste en integrar los resultados en la vida diaria a través de estrategias cognitivas que les permitan identificar las situaciones entrenadas y resolverlas. El programa SCIT ha sido utilizado en personas con esquizofrenia (Combs, Adams, et al., 2007; Roberts et al., 2014; Roberts y Penn, 2009) y en personas con trastorno bipolar (Lahera et al., 2012). Un resumen esquemático del programa se presenta en la Tabla 9.

Tabla 9

*Fases y sesiones del programa SCIT*

**Fase I. Introducción y emociones**

Sesión	Objetivos
1 y 2) Introducción	Establecer la alianza de grupo Presentar SCIT y concepto de cognición social Establecer en colaboración las directrices de la clase
3) Emociones y situaciones sociales	Establecer que las interacciones sociales pueden afectar a las emociones de la gente y viceversa Ligar los conceptos de emoción y estado de ánimo Practicar el ponerse en el lugar de otro Ejercicio SCIT de compañero de prácticas
4) Definir las emociones	Definir emociones Poner ejemplos tomados de la vida de los participantes Pedir que describan/escriban las expresiones faciales que corresponden a cada emoción Decidir cómo se incluye la paranoia en el póster de las emociones
5) Interpretar las emociones de la gente	Reconocer las diferencias entre hechos sociales y conjeturas Identificar las expresiones faciales (los hechos) asociadas a las emociones básicas Mejorar la habilidad de realizar conjeturas acertadas basadas en expresiones faciales Mejorar la consciencia metacognitiva de la calidad de las conjeturas Desarrollar la imitación de las expresiones faciales Añadir, en colaboración, expresiones faciales al póster de las emociones
6) Actualizar el proceso de adivinar emociones	Continuar mejorando la habilidad de identificar las expresiones faciales de dibujos Mejorar la flexibilidad cognitiva utilizando información actualizada
7) Sentimientos de suspicacia	Distinguir la suspicacia prudencial y la excesiva Reconocer la dificultad de interpretar situaciones sociales ambiguas Normalizar la discusión de sentimientos y pensamientos suspicaces

**Fase II. Comprender situaciones**

Sesión	Objetivos
8) Sacar conclusiones prematuras	Definir JTC Normalizar JTC Reconocer cuando un personaje de uno de los videos saca conclusiones prematuras Aprender que JTC es probable en situaciones sociales ambiguas o confusas

Tabla 9 (cont.)

9 y 10) Estrategia 1: Pensar en otras opciones	Diferencia entre conjeturar y JTC Aprender a identificar los tres estilos básicos de atribuciones negativas: culpar a otros/as, a uno/a mismo/a o a las circunstancias Practicar la toma de perspectiva Reconocer que cada uno de los estilos desemboca en una respuesta emocional distinta Aprender a evaluar la seguridad en las respuesta (0-10)
11 – 13) Estrategia 2: Separar las conjeturas de los hechos	Comprender la diferencia entre conjeturas y hechos en las situaciones sociales Distinguir entre los hechos objetivos de los vídeos o fotos y las conjeturas acerca de las emociones o pensamientos de los personajes Usar los hechos para distinguir entre una conjetura fundada y otra infundada
14 y 15) Estrategia 3: Recabar evidencia	Se practican una serie de habilidades en el contexto de un juego de apuestas: tolerancia a la ambigüedad, mejorar conjeturas, evaluar la seguridad al hacer conjeturas y modificar estrategias

**Fase III. Integración**

Sesión	Objetivos
16 – 20) Hablarlo	Identificar experiencias interpersonales recientes causantes de sentimientos negativos Asesorar en colaboración sobre los hechos que rodean las situaciones sociales que causan ansiedad a los participantes Apreciar que "comprobar" conjeturas con otra persona puede hacer que disminuyan los sentimientos negativos asociados a eventos sociales Reconocer que a veces no es posible comprender una situación sin recabar más información Identificar un lenguaje apropiado para usar en el proceso de comprobación de conjeturas Interpretar roles que reproduzcan situaciones sociales de las vidas de los participantes

Una visión general de la evidencia metanalítica hasta la fecha permite afirmar que el SCIT y otros entrenamientos similares mejoran diferentes aspectos de la cognición social de las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia (Kurtz, Gagen, Rocha, Machado y Penn, 2016; Kurtz y Richardson, 2012). Pese a todo, existen numerosas limitaciones en los ensayos clínicos analizados, entre las que destacan los bajos tamaños de las muestras utilizadas, la falta de control experimental y estadístico de las diferencias entre los grupos de tratamiento en la línea base, la heterogeneidad en las pruebas de medida de la cognición social o la dificultad para trasladar los resultados en cognición social a la vida real de las personas (Grant et al., 2017; Horan y Green, 2019).



Como señalan Horan y Green (2019), uno de los objetivos de los estudios que están por venir es identificar qué mecanismos permiten el traslado de los resultados a la vida diaria.

#### **4.1. Implicaciones para los PEP**

Aunque se han encontrado problemas de cognición social en personas con PEP (Healey et al., 2016), aún no disponemos de suficientes datos de eficacia en esta población (Roberts y Brown, 2017).

### **5. Conclusión**

En el capítulo anterior se expuso cómo la incorporación de la psicología cognitiva al estudio de la psicosis ha permitido realizar una descripción fenomenológica y desarrollar modelos teóricos que hoy interactúan con las evidencias provenientes de otras disciplinas, como la genética, la neurobiología o la sociología. En este capítulo se revisa cómo estos modelos pueden ser útiles para las personas a través de la implementación de diferentes estrategias de intervención. De manera análoga a las sinergias que se establecen entre las contribuciones teóricas de los diferentes enfoques cognitivos (recuérdese, por ejemplo, la relación entre la saliencia aberrante y el sesgo de aceptación liberal presentado en el Capítulo 2), parece que tanto las terapias de rehabilitación (ya sean neurocognitivas o sociocognitivas) como las terapias cognitivo-conductuales (ya sean cognitivas o metacognitivas) también interactúan y complementan entre sí. Un ejemplo sería la complementariedad de las aproximaciones cognitiva y metacognitiva, que permiten combinar elementos de la TCC y del MKT. Otro ejemplo lo encontramos en el trabajo con los sesgos cognitivos y el estilo atribucional, que se realiza tanto en el MKT de Steffen Moritz y su grupo como en el SCIT de David Penn y colaboradores, reflejando la superposición existente entre la metacognición y la cognición social (para una revisión a este respecto, véase Fernandes y Roberts, 2014). Un último ejemplo sería la incorporación de estrategias de mejora de la cognición social (por ejemplo, tareas de reconocimiento emocional) en programas de rehabilitación cognitiva (Hogarty et al., 2004, citado en Horan y Green, 2019). Además, como se expuso en el Capítulo 1, estas interrelaciones emergen en un contexto caracterizado por dos elementos capitales. El primero se caracteriza por un creciente interés por comprender las fases tempranas de la psicosis, y

pone en duda el modelo tradicional de clasificación psicopatológica, aportando evidencia en favor de un modelo dimensional y centrado en las fases (McGorry y van Os, 2013; van Os y Linscott, 2012). El segundo consiste en la asunción, por parte de la comunidad científica, de que las intervenciones psicológicas (y, en realidad, cualquier intervención clínica), independientemente de su efecto sobre los síntomas, debe aportar mejoras significativas en la vida de las personas, es decir, en su funcionalidad cotidiana (Fleischhacker et al., 2014; Galderisi, Mucci, et al., 2018).

Así, parece que la dirección que están tomando las intervenciones psicológicas para las personas con psicosis pasa por asumir que hay que identificar *qué* funciona para *quién* (Norcross y Wampold, 2011), atendiendo a la idiosincrasia de la persona que ha experimentado uno, dos, o múltiples episodios de psicosis, y que presentará un perfil psicopatológico diferente al de otra persona que haya experimentado el mismo número de episodios y que, probablemente, haya recibido el mismo diagnóstico. La diversidad de opciones terapéuticas que ofrece la psicología cognitiva para las personas con psicosis (Medalia, Beck y Grant, 2019) hace pensar que quizá nos encontramos en un buen momento para abandonar el enfoque centrado en el diagnóstico y basado en la reducción de síntomas, para sustituirlo por un marco de aceptación y acomodación a la vulnerabilidad en el que cultivar la resiliencia, tanto individual como social (Guloksuz y van Os, 2019).

## **Capítulo 4. La tercera generación de terapias cognitivo-conductuales: *mindfulness*, metacognición y cognición social.**

Me estoy atando los zapatos, contento, silbando, y de pronto la infelicidad. Pero esta vez te pesqué, angustia, te sentí previa a cualquier organización mental, al primer juicio de negación. Como un color gris que fuera un dolor y fuera el estómago

Julio Cortázar (1963). *Rayuela* (capítulo 67)

### **1. Retos en el trabajo terapéutico con las personas con psicosis**

#### ***1.1. Contexto actual para el trabajo clínico***

La propuesta de Sinan Goluksuz y Jim van Os con la que finalizaba el capítulo anterior apostaba un marco de trabajo clínico basado en aceptar la vulnerabilidad y potenciar la resiliencia que abandonase el enfoque tradicional centrado en los síntomas y el diagnóstico (Goluksuz y van Os, 2019). Quizá la psiquiatría, suscriptora tradicional del segundo enfoque, sea quien más deba tomar nota de estas recomendaciones, y, a la luz de los hallazgos presentados en el Capítulo 3, así parece. Cada vez son más quienes se adscriben a un modelo transdiagnóstico más orientado a comprender las distintas fases clínicas de los trastornos psicóticos que a insistir en la validez de los distintos diagnósticos (McGorry y Nelson, 2019; Quattrone et al., 2019; Reininghaus et al., 2016). También son abundantes las voces que, basadas en evidencias metanalíticas o estudios rigurosos con grandes cohortes, urgen a trabajar con elementos tan dispares como el reconocimiento emocional, la teoría de la mente, la memoria operativa, el estigma internalizado o la falta de motivación, por ser precisamente éstos, y no tanto los síntomas típicamente psicóticos, los que mejor predicen el funcionamiento diario de las personas (Fett et al., 2011; Fleischhacker et al., 2014; Fusar-Poli et al., 2017; Galderisi, Rucci, et al., 2018; Quattrone et al., 2019). Por último, existen datos para ser cautos ante el impacto que el diagnóstico genera en las personas, pues probablemente buscarán menos ayuda cuando la necesiten (Clement et al., 2015; Gronholm et al., 2017; Lee et al., 2016). Esto sería especialmente alarmante en el caso de las personas que han sufrido un PEP, quienes, pese

a la relativamente baja probabilidad de desarrollar un trastorno psicótico, son habitualmente diagnosticadas como tal (Fusar-Poli et al., 2016), en lugar de entenderse como personas que presentan unos marcadores de gravedad psicopatológica que deben ser entendidos y atendidos en su idiosincrasia (van Os et al., 2000).

Estos avances se han venido gestando en paralelo al crecimiento del llamado “modelo de la recuperación”. Desde esta óptica, se argumenta que las enfermedades no tienen por qué “curarse” para que la persona pueda estar “recuperada”; de hecho, ni siquiera tendría por qué darse una mejora en el funcionamiento. La recuperación sería más bien un proceso “profundamente individual y único” de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles (Anthony, 1993). Este modelo se aleja de las propuestas basadas en los criterios de remisión clínica (véase, por ejemplo, Andreasen et al. 2005), pero tendrá también una posición crítica hacia quienes mantienen que existirían unos indicadores globales de funcionamiento comunes para todas las personas (por ejemplo, Galderisi, Rucci, et al., 2018).

Max Birchwood y su equipo de Birmingham fueron los pioneros en diseñar PITs en el Reino Unido, y unos de los primeros en hacerlo a nivel mundial (Birchwood y Fiorillo, 2000; Birchwood y Macmillan, 1993; Birchwood, McGorry y Jackson, 1997). En una reciente publicación, miembros de ese equipo y herederos de esa tradición deciden utilizar la palabra *recovery* (recuperación), para titular su trabajo “*Recuperándose de un primer episodio de psicosis: una aproximación integrada a la intervención temprana*” (Jackson et al., 2019). En una reflexión sobre el concepto de recuperación, los autores argumentan que tiene un carácter prometedor, en tanto que el término “recuperación” puede entenderse como un retorno al funcionamiento premórbido, sin embargo, como señala Power (2017), este retorno puede ser, a veces, el menos saludable de los resultados posibles. Se pregunta entonces sobre la importación directa de la dicotomía (tan frecuente en esquizofrenia) entre remisión clínica y recuperación al estudio con población PEP, pues estas personas son menos susceptibles de presentar problemas clave para el modelo de recuperación, como son la discapacidad, las consecuencias a largo plazo del tratamiento farmacológico o las complicaciones físicas, entre otros. En cualquier caso, tanto Jackson y sus colaboradores, como Power coinciden en señalar estos aspectos diferenciales de los PEP, y abogan por evaluar, tanto los *resultados* (sintomáticos, personales y sociales), como los *procesos* de adaptación que cada persona realiza tras

sufrir un primer episodio. Con el objetivo de orientar el trabajo en los PIT, Jackson y cols. (2019) sintetizan los componentes de cada dominio de recuperación (ver Tabla 10).

Tabla 10

*Significado de la recuperación tras un PEP (adaptado de Jackson et al., 2019, p. 34)*

Nivel sintomático	Nivel social / funcional	Nivel personal /psicológico
Reducción de la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas psicóticos positivos y negativos	Aumento del tiempo dedicado a actividades significativas y mejora de las condiciones de vida (trabajo, estudios, vida independiente, etc.)	Visión individual de la recuperación que tiene en cuenta los valores y metas propios y los procesos por los que se transita -o ha transitado- para alcanzarlos
Remisión de los síntomas psicóticos a los 6 meses	observables por otras personas	
Ausencia de recaídas	Incremento del bienestar a través de actividades congruentes con las metas y los roles que sean valoradas por uno mismo y los demás	Los resultados pueden ser reducción en la disfunción emocional y la comorbilidad (depresión, ansiedad, trauma, ideación suicida...) y aumento en la autoeficacia, la esperanza o el sentirse valioso
Reducción del sufrimiento y la interferencia en la vida		
Aumento de las experiencias positivas		

Si éstos son los objetivos de la recuperación tras un PEP, es fácil entender por qué los programas que mejores resultados están presentando hasta ahora son servicios de atención temprana que incluyen múltiples componentes e incorporan a profesionales de distintas áreas, así como familiares, amigos y otros agentes de la comunidad que acompañen a la persona en el proceso de adaptación (Amos, 2012; Birchwood et al., 1997; Correll et al., 2018; Jackson et al., 2019).

El presente trabajo no es una tesis sobre el modelo de recuperación, ni un estudio de implementación de un PIT, sin embargo, estos dominios pueden entenderse como un guion desde el que reflexionar sobre las intervenciones psicológicas en PEP y sobre el que justificar la propuesta con la que finalizará este Capítulo 4 y esta sección teórica, introductoria a la parte empírica.

## **1.2. Presente y futuro de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis**

Aunque el primer apartado incluía retos que apelan fundamentalmente a la psiquiatría (diagnóstico, estigma, reducción sintomática...), la psicología clínica no está exenta de críticas en el ámbito de la psicosis. La TCC es la intervención psicológica de referencia para la psicosis (Lehman et al., 2010; Mueser et al., 2013; NICE, 2013, 2014) y, gracias a su desarrollo, hoy es posible realizar un abordaje más integral tanto de la esquizofrenia como de otros trastornos psicóticos (Kingdon y Turkington, 2019). Aunque goza de relativa buena salud, como se acaba de indicar, ni ella, ni otros programas orientados a la cognición social, la neurocognición, la metacognición o la psicoeducación, están exentos de críticas.

La primera limitación de la TCC para la psicosis tiene que ver con el caballo de batalla de la psicología basada en la evidencia: su eficacia. Y es que, aunque las guías de práctica clínica (fundamentalmente del Reino Unido) recomiendan su implementación, la eficacia es reducida incluso para su objetivo principal: los síntomas positivos (Bighelli et al., 2018; Jauhar et al., 2014). De hecho, Birchwood y Trower ya alertaron hace más de una década sobre la deriva que estaba tomando la TCC para la psicosis, a la que denominaron “cuasineuroleptica” por prestar excesiva atención a los síntomas positivos en detrimento de otros aspectos, como los síntomas negativos, el sufrimiento general, el funcionamiento o la calidad de vida (Birchwood y Trower, 2006b, 2006a). La segunda limitación se refiere, precisamente, al aún más limitado efecto que la TCC presenta ante los síntomas negativos y el funcionamiento (Laws et al., 2018; Lutgens et al., 2017; Velthorst et al., 2015). El efecto de la TCC desaparece por completo con otras medidas de resultado tradicionalmente secundarias, como son el sufrimiento o la calidad de vida (Laws et al., 2018). La tercera limitación tiene que ver con el mantenimiento de los resultados: las pocas veces que se realiza un análisis de seguimiento, las diferencias (si existieron) desaparecen (Laws et al., 2018; Lutgens et al., 2017). Por último, muchos ensayos clínicos siguen sin incluir comparadores activos, aunque los análisis de sensibilidad metanalíticos no son concluyentes sobre si esto estaría “inflando” los resultados en favor de la TCC (Jauhar et al., 2014) o no (Bighelli et al., 2018). Sintetizando, algunas de recomendaciones que se pueden extraer directa o indirectamente de estos trabajos son las siguientes:

- 1) Aumentar la potencia estadística de los estudios que exploren el sufrimiento generado por la psicosis para identificar, no sólo mejorías tras la intervención, sino posibles efectos adversos (Bighelli et al., 2018; Laws et al., 2018).
- 2) Incluir grupos de control en estudios enmascarados (con evaluadores ciegos) (Bighelli et al., 2018) para poner a prueba la tendencia de los últimos años a no encontrar efectos terapéuticos, ni siquiera sobre los síntomas positivos (Jauhar et al., 2014)
- 3) Reportar sistemáticamente efectos sobre las variables de funcionamiento, para superar el hecho de que en un metanálisis como el de Laws y su grupo poco más de un tercio de los estudios (25 de 69) exploren el funcionamiento social (Laws et al., 2018).
- 4) Diseñar ensayos clínicos que incluyan el síndrome negativo como variable principal de resultado para así poder así explorar el efecto directo de una intervención implementada para ello, y no tanto los efectos indirectos que puedan venir dados de una reducción en la sintomatología positiva o en otros aspectos clínicos (Lutgens et al., 2017).

En definitiva, es posible afirmar que este estado de la cuestión puede leerse más como oportunidad que como resultado negativo, pues hay espacio para los avances en la intervención psicológica con personas con psicosis. Las recomendaciones 3 y 4 pueden integrarse dentro del enfoque crítico con el modelo de la psicopatología tradicional centrado en el síntoma. Una de las respuestas en este sentido es la propuesta de Power (2017) y Jackson y cols. (2019) de proponer unos criterios de recuperación (o adaptación) a la medida de las personas que presentan un PEP (Jackson et al., 2019; Power, 2017). A modo de analogía, podríamos plantear que también podrían desarrollarse un conjunto de intervenciones “a medida”, en la línea del “*qué funciona para quién*” de la psicoterapia (Norcross y Wampold, 2011), o de la propuesta de Beutler y Clarkin, que abogan por una aproximación integradora a la psicoterapia basada en una sistematización del tratamiento de acuerdo con las características de la persona (Beutler, 1983; Beutler y Clarkin; 1990; citados en Feixas y Miró 1993). Porque, aunque el desarrollo de enfoques terapéuticos alternativos no es, necesariamente, la panacea, sí puede generar, al menos, dos resultados: proporcionar nuevas estrategias o técnicas específicas y subrayar epistemologías alternativas que favorezcan la integración.

## 2. Nuevos desarrollos terapéuticos: la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales

### 2.1. La posmodernidad en psicoterapia: enfoques constructivistas y contextuales

Habría, en palabras de Ruiz y cols. (2013), dos aportaciones de la psicología del siglo XX fácilmente asimilables bajo “el *zeitgeist* de la posmodernidad”: el constructivismo y los modelos contextuales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2013). La concepción constructivista en psicología implica que la persona no recibe, pasiva, la realidad, sino que la construye y opera sobre ella (Soffer, 1993). Por otra parte, los nuevos modelos contextuales implican la recuperación del conductismo radical y el condicionamiento operante skinneriano, que surge como una impugnación a las bases de la terapia cognitivo-conductual, por presuponer, por un lado, una causalidad directa entre los pensamientos y la conducta y las emociones, y, por otro, por plantear que el contenido del pensamiento ha de ser directamente abordado para explorar su valor de verdad y reestructurarlo (Hayes, 2016). La contrapropuesta estaría en un enfoque conductista radical, en tanto que *contextualiza* el fenómeno (en un ambiente) y establece un perímetro en el que la persona se sitúa, y desde el que decide cómo actuar sin que se le anime a modificar su forma de pensar (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).

En estas propuestas resuenan aspectos que tienen que ver con el concepto de la recuperación personal (significativa para la persona) y con la importancia de la subjetividad (en tanto que la realidad *se construye*), que se relacionan con las propuestas de intervenciones psicológicas “centradas en la persona” (*person-based*) y críticas con el enfoque de reducción de síntomas. Éstas y otras características han guiado el desarrollo de la llamada tercera generación de terapias cognitivo-conductuales.

De acuerdo con algunas referencias (Hayes, 2016; Hayes y Hofmann, 2017; Pérez-Álvarez, 2006; Ruiz et al., 2013), las terapias de tercera generación más relevantes serían la psicoterapia analítico-funcional, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctico conductual, la terapia de activación conductual, la terapia cognitiva basada en *mindfulness*, la terapia conductual integrada de pareja, la psicoterapia estructuralista, la terapia de los constructos personales, la psicoterapia constructivista o la terapia metacognitiva.



Como señalan Ruiz y cols. (2013), esta vuelta al conductismo *radical* (en sentido literal), lejos de centrarse en problemas comunes fácilmente operativizables, aspira a comprender procesos personales complejos en el ámbito de la personalidad, la depresión o la psicosis (Ruiz et al., 2013, p. 75), y lo hace fundamentalmente a través de la aplicación del análisis funcional de la conducta a uno de los aspectos más típicamente humanos: el lenguaje. Un ejemplo de esta aplicación a problemas complejos lo encontramos en el desarrollo de la terapia dialéctico-conductual, que hoy ha desbordado la conducta suicida y el trastorno límite de personalidad para el que fue originalmente diseñada (Kliem, Kröger y Kosfelder, 2010; T. R. Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007; Rathus y Miller, 2002), y se aplica en otros cuadros como la bulimia nervosa (Safer, Telch y Agras, 2001), el abuso de sustancias (Dimeff y Linehan, 2008) o el trastorno bipolar (Goldstein, Axelson, Birmaher y Brent, 2007), entre otros. Otro lo encontramos en la psicoterapia analítico-funcional (Kohlenberg y Tsai, 1995) que, aunque con un corpus de investigación empírica reducido, se recomienda para personas que no responden a otros tratamientos y para personas con trastornos de personalidad (Mangabeira, Kanter y Del Prette, 2012). Algo similar ocurre con la terapia cognitiva basada en *mindfulness*, ideada para depresiones recurrentes (Segal, Williams y Teasdale, 2013) y actualmente utilizada en trastorno bipolar (Williams et al., 2008), trastorno de estrés postraumático (King et al., 2013) o psicosis (Randal, Bucci, Morera, Barrett y Pratt, 2016).

## **2.2. *Propuestas desde las terapias de tercera generación para trabajar con psicosis***

Situando el foco en las personas con psicosis, las dos propuestas terapéuticas con mayor desarrollo son la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) y las intervenciones basadas en *mindfulness* (también denominado atención plena o conciencia/consciencia plena).

Pankey y Hayes (2003) proponen utilizar ACT en personas con psicosis como reacción al énfasis en la modificación del pensamiento y la conducta de la TCC tradicional. La alternativa sería cambiar *la función* de esos pensamientos y conductas, y la ACT haría esto a través de un análisis funcional y detallado de cuándo emergen esos fenómenos problemáticos y de las respuestas (generalmente de control o evitación) que

la persona suele dar ante ellos. Los propios autores señalan que, mientras que algunas personas pueden beneficiarse de un enfoque más experiencial, en el trabajo con psicosis se asume un enfoque más psicoeducativo y colaborativo (Pankey y Hayes, 2003). Hasta la fecha, el único metanálisis disponible sugiere que los efectos son bajos y no significativos (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell y Thomas, 2018). Estudios individuales han encontrado que la ACT es bien aceptada y tolerada (Johns et al., 2016), reduce el número de hospitalizaciones (Bach, Gaudiano, Hayes y Herbert, 2013) y podría reducir la sintomatología ansiosa y general y aumentar la regulación emocional cuando hay historia de trauma en la infancia (Spidel, Lecomte, Kealy y Daigneault, 2018). Quizá el ensayo clínico más importante (incluido en el metanálisis de Louise y colaboradores) es el del grupo de Shawyer, que con una muestra de casi cien personas y un comparador activo encuentra una disminución moderada en el sufrimiento generado por las alucinaciones y los delirios (aunque no en las alucinaciones y los delirios en sí) (Shawyer et al., 2017).

Los programas basados en *mindfulness* (PBMs) comparten múltiples aspectos con la ACT, como son el marco de aceptación radical de la experiencia, la disposición o intención de realizar cambios significativos en la vida o el enfoque contextual. Sin embargo, los PBMs incluyen *mindfulness* como elemento central, tanto en el modelo teórico subyacente como en la propuesta clínica (Crane et al., 2017). Al tratarse de uno de los elementos centrales de la tesis, se tratará en un nuevo epígrafe.

### **3. Los programas e intervenciones basados e inspirados en *mindfulness***

#### **3.1. Aproximación conceptual a *mindfulness***

Nuestra mente lo crea todo. La majestuosa cumbre de una montaña, brillante y llena de nieve, eres tú misma al contemplarla. Su existencia depende de tu consciencia. Cuando cierras los ojos, mientras tu mente esté presente, la montaña sigue ahí. Cuando te sientas a meditar, al cerrar las ventanas sensoriales, sientes la presencia del universo en su conjunto. ¿Por qué? Porque tu mente está presente. Si los ojos se cierran es para que veas más claro. Las luces y sonidos del mundo no son tus enemigos. Tu enemiga es la ignorancia [*forgetfulness*], la ausencia de *mindfulness*. Nhat Hanh (2012, p. 4).

Thich Nhat Hanh nos revela en este pasaje lo que para él es el “milagro de la vida”: el poder de estar presentes, de ser conscientes. Y sugiere también como, en la línea epistemológica presentada más arriba, esa consciencia *construye* la realidad (la montaña *es* si está en tu mente), y lo hace en un *contexto* (de luces, sombras, posturas y sentidos) específico y cambiante. Como se desprende de este extracto, *mindfulness* es, en esencia, prestar atención: un tipo muy *particular* de atención. En su definición operativa, Jon Kabat-Zinn (1990) hace referencia a tres elementos que definen la cualidad de esa atención: es intencional, se da en el momento presente y no juzga. Porque “*todos tenemos la capacidad de estar atentos; lo único que necesitamos para ello es cultivar la capacidad de prestar atención al momento presente, suspendiendo todo juicio o dándonos cuenta, al menos, de la gran cantidad de juicios que desfilan por nuestra mente*” (Kabat-Zinn, 1990, p. 47). Ese cultivo de *mindfulness* se consigue a través del desarrollo de una serie de actitudes que él denomina *heartfulness*, y que se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11

*Actitudes necesarias para la práctica de mindfulness (a partir de Kabat-Zinn, 1994).*

Actitud	Descripción
No enjuiciar	La mente tiende a establecer juicios de forma automática. La práctica de <i>mindfulness</i> ayuda a detectar cuando esto sucede y a suspenderlo, al menos de forma temporal
Paciencia	La paciencia, además de ser una forma de sabiduría, permite construir el espacio necesario para que emerjan distintas experiencias, ya sean agradables o desagradables
Mente de principiante	A veces lo que “se sabe” impide ver “lo que hay”. La mente de aprendiz permite recibir nuevas posibilidades y liberarse de lo que se cree saber
Confianza	El entrenamiento en meditación implica confiar en la intuición y la autoridad de uno mismo, sin depender únicamente de una guía externa
No forzar	La meditación tiene más que ver con “no hacer” que con hacer, y eso la diferencia de la mayoría de las actividades que se realizan en el día a día (que tienen un objetivo)
Aceptación	Ver las cosas como realmente son en el momento presente
Soltar	Consiste en no aferrarse a los pensamientos positivos y no evitar los pensamientos negativos durante la práctica de meditación, sino simplemente observarlos

### 3.2. Mindfulness y salud

En el año 1982, Jon Kabat-Zinn publica la primera referencia al programa de reducción de estrés que él y su grupo venían tiempo utilizando en la Clínica del Hospital de Massachusetts con personas con dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982). La estructura completa del programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR, por sus siglas en inglés) la presenta más tarde (Kabat-Zinn, 1994) y una descripción de sus ocho sesiones puede verse en la Tabla 12. Desde este trabajo fundacional, *mindfulness* y salud (y enfermedad) aparecen como conceptos inseparables que pueden entenderse en el marco de la llamada “medicina participativa” (Ludwig y Kabat-Zinn, 2008). Anecdóticamente, hoy en día se sabe que, además de para los pacientes, la práctica de *mindfulness* tiene efectos beneficiosos para los profesionales de la salud (Lamothe, Rondeau, Malboeuf-Hurtubise, Duval y Sultan, 2016).

Tabla 12

*Resumen de las sesiones y objetivos del programa MBSR*

Sesión	Descripción
1. Presentación	Definir qué es <i>mindfulness</i> y crear un ambiente de seguridad
2. Percepción y respuesta creativa	Notar como la forma de aproximarnos a la experiencia determina en gran medida cómo se responde a ella
3. Estar presentes	Observar el placer y poder inherentes al hecho de estar presentes durante un período extenso de práctica formal
4. Cultivando un nuevo modo	Aprender nuevas formas de relacionarse con momentos y acontecimientos estresantes internos o externos
5. Respuesta versus reactividad	Utilizar la conciencia sobre mente y cuerpo como forma de interrumpir patrones automáticos (reactivos) de conducta
6. Estrategias transformacionales	Cultivar afrontamiento centrado en las fortalezas y la resiliencia gracias a los recursos internos trabajados a lo largo del programa
7. Integración y autonomía	Reflexionar sobre las elecciones que se realizan en el día a día y su efecto
8. Cierre	Valoración honesta sobre el programa

Comprender los pilares sobre los que se asienta el programa MBSR puede servir para comprender el sustrato general que subyace al resto de PBM (Kabat-Zinn, 1994). El primero tiene que ver con la psicología budista y las enseñanzas contemplativas, de las que Jon Kabat-Zinn era estudioso y practicante. El segundo se refiere a su carácter

eminente experiencial, que busca devolver a quien aprende la responsabilidad sobre lo que se aprende. El tercero tiene que ver con el aprendizaje grupal, en tanto que no es el profesor quien enseña, sino que *es el grupo el que aprende*. Y lo hace a través de un proceso donde cada persona *recuerda* quién es realmente, encontrándose, en palabras de Saki Santorelli, con su genio interior (*the genius within*) (Santorelli, 2016). El último es el carácter marcadamente científico, que se expresa en una voluntad de comprender los mecanismos de acción desde un enfoque interdisciplinar y multimétodo (Alsubaie et al., 2017; Gu, Strauss, Bond y Cavanagh, 2015; Manuello, Vercelli, Nani, Costa y Cauda, 2016; Tang, Hölzel y Posner, 2015). Respecto a este último pilar, la evidencia científica sugiere que el MBSR (y algunos programas inspirados en MBSR) es eficaz para disminuir ansiedad y depresión y mejorar la vida de personas en personas sanas (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Khoury, Sharma, Rush y Fournier, 2015; Zoogman, Goldberg, Hoyt y Miller, 2015), para reducir la afectividad negativa en personas sanas (aunque el sesgo de publicación es alto y deben realizarse más estudios) (Schumer, Lindsay y Creswell, 2018), para mejorar la ansiedad y depresión en personas con trastorno mental (con efectos bajos, especialmente al incluir comparadores activos) (Khoury, Lecomte, Fortin, et al., 2013; Kishita, Takei y Stewart, 2017; Lakhan y Schofield, 2013; Vøllestad, Nielsen y Nielsen, 2012), para ayudar a lidiar con problemas físicos como el dolor crónico (Hilton et al., 2017) o la obesidad (Carrière, Khoury, Günak y Knäuper, 2018), o para mejorar aspectos específicos de algunas disciplinas concretas, como el burnout en el atletismo (Li, Zhu, Zhang, Gustafsson y Chen, 2019) o la salud y el bienestar en la enseñanza (Klingbeil y Renshaw, 2018).

El número de propuestas inspiradas en *mindfulness* -y, concretamente, en MBSR- es notable. Algunas de estas propuestas estarían simplemente *inspiradas* en *mindfulness* e incorporarían algunos de sus elementos; otras estarían *basadas* en *mindfulness*, en tanto que éste definiría su base teórica y su aplicación práctica (Crane et al., 2017). Los criterios operativos planteados por Crane y su grupo para considerar que una determinada intervención es un PBM se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13

*Elementos de los PBM (adaptado de Crane et al. 2017)*

Programa	
Elementos esenciales	Elementos accesorios
<p>Basado en teorías y prácticas que emergen de la confluencia entre prácticas contemplativas, ciencia y las disciplinas médica, psicológica y educativa</p> <p>Subyace un modelo de la experiencia humana que aborda las causas del sufrimiento y los caminos para liberarse de él</p> <p>Desarrolla una nueva relación con la experiencia caracterizada por la focalización en el presente, el descentramiento y una orientación de aproximación</p> <p>Fomenta el desarrollo de una mayor regulación atencional, emocional y conductual, así como cualidades positivas como la compasión, la sabiduría y la ecuanimidad</p> <p>Implica a la persona en un entrenamiento intensivo y duradero en las prácticas de meditación mindfulness, en un proceso de aprendizaje experiencial basado en la indagación y en ejercicios para potenciar el insight y el entendimiento</p>	<p>Los elementos esenciales del currículo se integran con elementos adaptados y se adaptan a contextos y poblaciones específicas</p> <p>Las variaciones en la estructura del programa, la duración y la enseñanza se adaptan al contexto y la población</p>
Profesor/a	
Elementos esenciales	Elementos accesorios
<p>Tiene competencias específicas que favorecen la correcta impartición del PBM</p> <p>Tiene la capacidad de encarnar las cualidades y actitudes de mindfulness en el proceso de la enseñanza</p> <p>Ha sido debidamente entrenado/a y se compromete con la buena práctica</p> <p>Es parte del proceso de aprendizaje junto con sus estudiantes, clientes o pacientes</p>	<p>Tiene conocimiento, experiencia y formación profesional en relación a las poblaciones específicas donde se impartirá el PBM</p> <p>Tiene conocimiento de los procesos teóricos que subyacen a la enseñanza a poblaciones o contextos específicos</p>

La mayoría de los PBMs tienen un carácter formativo (psicoeducativo) y se presentan en forma de cursos grupales dirigidos a población general. No son, por lo tanto, intervenciones terapéuticas *per se*. Sí existen algunas excepciones dirigidas a personas con trastorno mental y, específicamente, con trastorno mental grave, que es pertinente abordar en esta tesis.

La primera de estas excepciones sería la terapia centrada en la compasión (CFT, por sus siglas en inglés) de Paul Gilbert (2009). Este autor parte de la observación de que muchas personas con trastorno mental presentan niveles muy elevados de vergüenza y autocritica, y que éstas serían dimensiones transdiagnósticas. Su propuesta es generar calor y bondad hacia uno mismo a través de un entrenamiento en autocompasión, que potenciaría aspectos como la sensibilidad, el bienestar, la tolerancia, la empatía, la tolerancia al estrés o la actitud de no juzgar. La evidencia es aún muy limitada, pero parece que la CFT podría ser útil en personas con trastorno mental y altos niveles de autocritica (Leaviss y Uttley, 2015). En su primer ensayo clínico aleatorizado, los autores encontraron que la CFT era bien tolerada por personas con esquizofrenia (Braehler et al., 2013).

La segunda excepción es, quizá, el único PBM propiamente dicho desarrollado *ex profeso* para personas con trastorno mental: la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT, por sus siglas en inglés) de Segal, Williams y Teasdale (2013), diseñada específicamente para personas con episodios depresivos mayores recurrentes. Su propuesta se basa en las teorías sobre la recurrencia que, en lugar de centrarse *contenido* (actitudes disfuncionales, estados de ánimo...) se centran en la *forma* de la consciencia: en el *estilo de la respuesta* (Nolen-Hoeksema, 1991). Lo que Teasdale y sus colaboradores proponen es que *mindfulness* podría ser útil para detener ese estilo de respuesta caracterizado por una tendencia a la rumiación y la repetición (Teasdale, Segal y Williams, 1995). La evidencia actual señala que la MBCT es un complemento eficaz al tratamiento habitual en personas con episodios depresivos mayores recurrentes, al menos en aquéllas que han experimentado tres o más (Chiesa y Serretti, 2011; Piet y Hougaard, 2011). Esto ha llevado al Instituto Nacional por la Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) de Reino Unido recomendarlo para trabajar con personas con depresión resistente (NICE, 2009). Un breve resumen de las ocho sesiones grupales del programa se presenta en la Tabla 14.

Tabla 14

*Resumen de las sesiones y objetivos del programa MBCT*

Sesión	Contenidos
1. Piloto automático	Desplazamiento de la atención hacia el cuerpo para observar qué y cómo sucede
2. Enfrentando obstáculos	Centrándose en el cuerpo, observar cómo funciona la mente
3. Consciencia plena en la respiración	Una vez observada la mente, tomar consciencia de la respiración permite “volver” al presente
4. Permaneciendo presente	Observar el presente como alternativa a la costumbre de la mente por adherirse a lo positivo y evitar lo negativo
5. Permitir / dejar ser	Vincularse de un modo distinto con la experiencia presente, a través de la aceptación radical
6. Los pensamientos no son los hechos	Tomar consciencia de los estados de ánimo negativos y los pensamientos que los acompañan, otorgándoles el papel que tienen
7. Cuidar de mí mismo/a	Identificación de señales de recaída desde el STOP y la consciencia en la respiración y puesta en marcha de acciones
8. Empleando lo aprendido para el futuro	Practicar la consciencia plena puede facilitar encontrar un equilibrio vital

La última de las excepciones es la terapia cognitiva centrada en la persona (PBCT, por sus siglas en inglés) desarrollada por Paul Chadwick para trabajar con personas con psicosis perturbadora (Chadwick, 2006). Aunque mucho menos prolífica que la MBCT, su papel es central en esta tesis doctoral, tanto por ser la primera propuesta clínica para trabajar con *mindfulness* con personas con psicosis, como por desarrollarse en paralelo a las investigaciones pioneras sobre *mindfulness* y psicosis realizadas en el Reino Unido. Ambos aspectos se detallan en la siguiente sección.

#### **4. Mindfulness y psicosis**

Romme y Escher, inspiradores del movimiento de los escuchadores de voces del que se habló en el Capítulo 2, ya enfatizaban hace más de dos décadas que no era tanto *la voz en sí* lo que generaba sufrimiento, sino el modo de *gestionar* dicha voz. Así, quienes tenían una estrategia positiva de afrontamiento, valoraban las voces como positivas y amigables, mientras que quienes las afrontaban negativamente, las valoraban como negativas y agresivas (Romme y Escher, 1989). En otro trabajo, también pionero en la



aproximación cognitiva a la experiencia alucinatoria, Chadwick y Birchwood (1994) se oponen a la visión imperante de que eliminar el sufrimiento asociado a las voces pasaba por suprimir la experiencia en sí. En su lugar, concluyen que el nivel de sufrimiento está “inextricablemente ligado al significado subjetivo”, y que actuar sobre el modo - generalmente crítico y negativo- en que las personas valoran sus voces, puede reducir el sufrimiento y las dificultades derivadas de la experiencia de escuchar voces (Chadwick y Birchwood, 1994). En cierto modo, tanto Romme y Escher como Chadwick y Birchwood estaban realizando una aproximación contextual al trabajo con las voces, centrándose más en el valor funcional que éstas tenían que en el fenómeno en sí.

¿Qué ocurriría si las personas se aproximasen de un modo distinto a sus voces? Una aproximación centrada en aceptarlas y en relacionarse de un modo diferente con ellas, ¿qué consecuencias tendría? ¿Podría esta aproximación ser una aproximación basada en *mindfulness*? Serían precisamente Paul Chadwick y su grupo quienes se hicieran esta pregunta, y quienes diez años más tarde publicarían el primer ensayo clínico con un grupo de personas con psicosis que realizaron un entrenamiento en *mindfulness* (Chadwick, Taylor y Abba, 2005). En él, planteaban que existían dos estrategias para enfrentarse a las experiencias psicóticas desagradables: una estresante, generadora de sufrimiento, y una consciente (Figura 7).

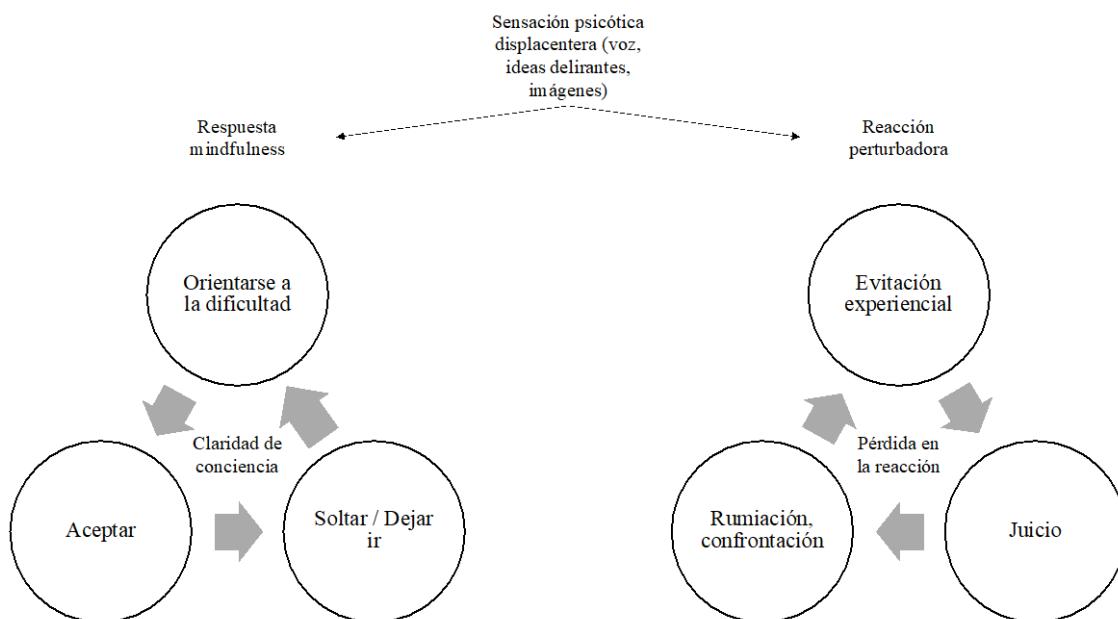


Figura 7. Reacciones circulares generadas por la respuesta *mindfulness* (izquierda) y por la reacción perturbadora (derecha) ante una experiencia desagradable (Chadwick, 2006) (adaptado con permiso).

Los resultados de ese trabajo preliminar con diez participantes encontraron un descenso en sintomatología y riesgo, y un aumento del funcionamiento y el bienestar. Más tarde, a través de una serie de entrevistas, Abba y cols. (2008) concluyeron que el aprendizaje de *mindfulness* era, en esencia, similar en personas con y sin psicosis, y definieron un proceso en tres fases mediante el cual se establecía una relación distinta con las voces. Estas fases consistían en, primero, abrir la consciencia a la experiencia de escuchar voces (en lugar de tratar de expulsar esa experiencia); segundo, permitir a la experiencia presentarse tal cual es (no reaccionar ni tratar de modificarla); y tercero, aceptarse como *persona que tiene esa experiencia* (en lugar de juzgarse a causa de ella) (Abba, Chadwick y Stevenson, 2008).

Ya en el trabajo del año 2005, Chadwick y su grupo subrayaron la necesidad de realizar adaptaciones a las intervenciones basadas en *mindfulness* para poder trabajar con personas con psicosis (Chadwick et al., 2005). Más tarde, con ya un *corpus* mayor de trabajos publicados, estas recomendaciones fueron revisadas y actualizadas (Chadwick, 2014). Un compendio de ambas se muestra en la Tabla 15, junto con unas recomendaciones para los clínicos.

Tabla 15

---

*Propuestas de adaptación de los PBM para personas con psicosis*

---

Recomendaciones generales (Chadwick, 2014; Chadwick et al., 2005)

- Prácticas de unos 10 minutos de duración (en lugar de 40)
- *Mindfulness* se conceptualiza como “atención sin elección”, y no como concentración
- Guías cada minuto (Chadwick, 2016) o cada dos minutos (Chadwick et al., 2014) para evitar silencios donde aparezcan reacciones intensas a los síntomas
- Realizar referencias explícitas a los síntomas psicóticos y conceptualizarlos como una experiencia más, con la cualidad de aparecer y desaparecer
- Las tareas para casa se recomiendan, pero no son obligatorias
- Las sesiones duran 90 minutos e incluyen 15 de descanso
- Se enfatiza el proceso terapéutico

Sugerencias para el profesor (Van Gordon, Shonin y Garcia-Campayo, 2017)

- Promover que los participantes elijan cuidadosamente a sus instructores de *mindfulness*
  - Realizar una formación supervisada en *mindfulness* de no menos de tres años antes de implicarse en un contexto clínico
-

En el año 2006, Chadwick presenta por primera vez su PBCT, de la que dice se dirigiría a la “C” del modelo “ABC” de Albert Ellis, que no sería otra cosa que el sufrimiento generado por la experiencia psicótica. En este mismo trabajo, Chadwick define los cinco pilares que fundamentan su terapia (Chadwick, 2006):

- 1) Una relación terapéutica basada en la colaboración radical, con un espíritu rogeriano. No sería tanto una combinación de técnicas cognitivas y una alianza terapéutica humanística, sino que los métodos de trabajo y la relación terapéutica serían inseparables (como sucede, por ejemplo, con el diálogo socrático en la TCC).
- 2) Un trabajo terapéutico que no se desarrolla en el nivel de los síntomas, sino en el concepto acuñado por Vygotsky denominado zona de desarrollo próximo. “Explorar” ese lugar sería el trabajo del terapeuta, que activaría un proceso social de reducción de sufrimiento, aumento del *insight* metacognitivo y cultivo de la autoaceptación.
- 3) Dos componentes de *mindfulness*: la toma de consciencia de la experiencia tal cual es (y su aceptación) y la comprensión reflexiva sobre dicha experiencia. La idea sería combinar un descentramiento de las experiencias disruptivas con un *insight* metacognitivo sobre ella.
- 4) Entender el yo (*self*) como un proceso y no como una entidad fija. Esto permite trabajar esquemas positivos y negativos y promover que ese yo se acepte tal y como es.
- 5) Un proceso de comprensión metacognitiva de cada uno de los cuatro elementos anteriores

#### **4.1. Aceptabilidad, tolerabilidad y seguridad.**

La proliferación de PBMs obliga a mantener una actitud cautelosa, especialmente cuando se aplican en contextos clínicos (Wielgosz, Goldberg, Kral, Dunne y Davidson, 2019). En el caso de las personas con psicosis, esto es especialmente relevante por dos motivos. El primero de ellos tiene que ver con la alta prevalencia de acontecimientos traumáticos presente en estas personas, cuyo impacto puede encontrarse en múltiples dominios, tanto clínicos (Cunningham, Hoy y Shannon, 2016; Hardy et al., 2005) como cognitivos (Vargas et al., 2019; Velikonja et al., 2019). El segundo se refiere a la

probabilidad de que surjan experiencias psicóticas durante la meditación. Y es que, aunque las revisiones indican que es seguro utilizar *mindfulness* con personas con psicosis si se realizan las adaptaciones adecuadas (Dyga y Stupak, 2015; Shonin, Van Gordon y Griffiths, 2014; Van Gordon et al., 2017), algunos estudios de caso, con prácticas intensivas, han descrito la aparición de este tipo de fenómenos psicóticos (Chan-Ob y Boonyanaruthee, 1999; French, Schmid y Ingalls, 1975). Las directrices presentadas en la Tabla 15 responden a la necesidad de los PBM para psicosis de ajustarse a idiosincrasia de las personas que la sufren. Y entroncan, además, con la línea actual de los PBM, que sitúan la sensibilidad a aspectos como el trauma, el riesgo suicida, o las propias experiencias psicóticas, en un lugar central a la hora de impartir los cursos (Baer, Crane, Miller y Kuyken, 2019; Zhu, Wekerle, Lanius y Frewen, 2019).

#### 4.2. Eficacia y utilidad clínica

El trabajo con *mindfulness* en psicosis es relativamente reciente, sin embargo, la necesidad de sistematizar la evidencia disponible ha llevado a diversos autores a realizar metanálisis que incluyen estudios con personas con psicosis no afectivas (Cramer, Lauche, Haller, Langhorst y Dobos, 2016; Khoury, Lecomte, Gaudiano y Paquin, 2013; Louise et al., 2018), trastorno bipolar (Chu et al., 2018), o trastorno mental grave en general (Goldberg et al., 2018). De estos trabajos de revisión se derivan algunas consideraciones. En primer lugar, mientras algunos estudian intervenciones donde *mindfulness* sería el componente principal (Chu et al., 2018; Goldberg et al., 2018), otros son más laxos e incluyen también la ACT u otros programas que incorporan *mindfulness* (Cramer et al., 2016; Khoury, Lecomte, Gaudiano, et al., 2013; Louise et al., 2018). En el trabajo de Louise y cols. (2018), por ejemplo, cuatro de los estudios incluyen ACT y cuatro incluyen PBMs, y se observa que la primera presenta un formato individual (frente a los PBM grupales) y que tiene un efecto menor sobre los síntomas psicóticos en general (IC 95% ACT = [-0,23, 0,38], IC 95% PBM = [0,18, 0,75]). El trabajo de Khoury y cols. (2013) es el que incluye una mayor variedad de programas, incluyendo únicamente estudios de grupo único o frente a tratamiento habitual o lista de espera y encontrando efectos moderado-bajos. Una segunda cuestión se refiere a las medidas de resultado. Salvo Chu y cols., (2018) que se centran en trastorno bipolar, el resto de los trabajos incluyen los síntomas psicóticos (ya sean positivos o generales) como medida principal de resultado, y ninguno incluye en sus análisis medidas de funcionamiento. En tercer

lugar, apenas se dispone de datos de seguimiento. Khoury y cols. (2013) reflejan un mantenimiento de las ganancias, pero la variabilidad de los protocolos de intervención incluidos y la presencia únicamente de ensayos de grupo único o sin comparador activo hacen dudar de la solidez de los resultados. Goldberg y cols., (2018) por su parte, encuentran un tamaño del efecto notablemente alto en el período de seguimiento (IC 95% = [0,71, 1,65]). En cuarto lugar, sorprende la ausencia de estudios que incluyen comparadores activos. De las dos revisiones más recientes, Goldberg y cols. (2018) incluyen siete estudios con personas con esquizofrenia, y los siete comparan la intervención con grupos control pasivos; y Louise y cols. (2018) encuentran resultados positivos en sólo dos de los trabajos con PBMs, de los cuales sólo uno cuenta con un grupo control (Chien y Thompson, 2014). Una quinta observación se refiere a la ausencia de estudios que encuentren resultados en favor del grupo control: sólo uno de los estudios incluidos en el trabajo de Chu y cols. (2018) encuentra un resultado superior en el grupo control sobre los síntomas depresivos, aunque éste no es significativo cuando se revisa el trabajo original (Perich, Manicavasagar, Mitchell, Ball y Hadzi-Pavlovic, 2013). Aunque esto hablaría a favor de la tolerabilidad de los PBM en personas con trastorno mental grave, los ensayos clínicos no suelen incluir medidas de experiencias negativas, tales como experiencias disociativas o estrés durante la sesión. En lo que respecta a la eficacia, una visión conservadora permite afirmar que los programas basados e inspirados en *mindfulness* son prometedores para personas con psicosis, pues los tamaños del efecto sobre los síntomas psicóticos oscilan entre bajos y moderados al incluir grupos de control pasivo (Goldberg et al., 2018; Louise et al., 2018), aunque descienden cuando se incluyen comparadores activos (Louise et al., 2018). De acuerdo con Wielgosz y cols. (2019), estos programas serían también eficaces a la hora de reducir el sufrimiento generado por las experiencias psicóticas (Wielgosz et al., 2019).

El día 11 de septiembre de 2019 se realizó una revisión para explorar si se habían publicado nuevos ensayos clínicos con programas basados e inspirados en *mindfulness* para psicosis desde el metanálisis de Louise y cols. La búsqueda en PubMed se hizo con los términos:

```
[mindfulness[Title/Abstract] OR mindfulness-based[Title/abstract] OR  
meditati*[Title/abstract]] AND [schizo*[Title/Abstract] OR psychosis[Title/abstract]  
OR psychotic [Title/abstract]]
```

Se filtraron los resultados por “ensayos clínicos” y “últimos 5 años”. Los criterios de inclusión y exclusión se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16

*Criterios de inclusión y exclusión*

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones basadas en meditación <i>mindfulness</i></li> <li>- Población mayor de 16 años</li> <li>- Población diagnosticada formalmente o con una elevada sintomatología psicótica</li> <li>- Intervenciones que incluyen la práctica de meditación <i>mindfulness</i> en casa</li> <li>- Presentación en tiempo real</li> <li>- Más de una sesión (para dar lugar a práctica en casa)</li> <li>- Terapias centradas en enfatizar la actitud <i>mindfulness</i> (vs práctica de meditación <i>mindfulness</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto nivel de estrés vs diagnóstico o elevada sintomatología. No se incluyeron artículos cuya población sufriera alto nivel de estrés únicamente.</li> <li>- Otras formas de meditación (Ej. Repetición mantras)</li> <li>- Presentación exclusivamente a través de una <i>app</i> o videos/audios</li> <li>- No estar escrito en inglés en una publicación revisada por pares</li> </ul>

De los 643 resultados obtenidos, 20 fueron seleccionados. De ellos, 12 fueron excluidos por haber sido publicados antes de la fecha de la última revisión sistemática (2 de enero de 2017, Goldberg et al. 2018). De los 8 restantes, cuatro eran estudios con ACT y uno era un protocolo de ensayo clínico, por lo que se excluyeron. A continuación, se presentan los resultados de los tres estudios finalmente incluidos en la revisión (Chien, Bressington, Yip y Karatzias, 2017; Jacobsen, Richardson, Harding y Chadwick, 2019; Louise, Rossell y Thomas, 2019), a los que se añade un cuarto trabajo publicado en el mes de octubre de 2019 (Chien, Cheng, McMaster, Yip y Wong, 2019).

Louise y cols. (2019) miden los cambios en el impacto que generan las voces, así como en algunas medidas clínicas y neuropsicológicas, tras un entrenamiento individual de cuatro sesiones orientado a disminuir el estrés ante las alucinaciones auditivas. El estudio incluye a catorce personas asignadas a un único grupo. Concluyen que el entrenamiento es aplicable (las tasas de adherencia son buenas) y tolerable (no se detectan efectos adversos), y sugieren que las mejoras en depresión, respuesta ante las voces y oscilación atencional pueden constituir mecanismos de acción de *mindfulness* para

personas que escuchan voces (Louise et al., 2019). Jacobsen y cols. (2019) exploran los cambios en estrés general y estrés en relación con los síntomas que suceden al terminar cada sesión de un entrenamiento grupal de *mindfulness* con 34 participantes. Encuentran, en general, disminuciones en el nivel de estrés tras cada sesión, y no identifican ningún aumento de puntuaciones en ninguna de las sesiones, concluyendo que el entrenamiento grupal en *mindfulness* es seguro (Jacobsen et al., 2019). Chien y cols. (2017) realizan un ensayo controlado aleatorizado y multicéntrico con más de 300 personas, donde comparan tres intervenciones: un programa de seis sesiones bisemanales de *mindfulness* y seis de psicoeducación, un programa psicoeducativo de doce sesiones bisemanales, y una rama de tratamiento habitual. Los resultados son similares entre los dos grupos activos al terminar la intervención y a los 6 meses de la intervención; sin embargo, el grupo de entrenamiento en *mindfulness* presenta mejores resultados al año y a los dos años de seguimiento en términos de hospitalizaciones, síntomas psicóticos y funcionamiento (Chien et al., 2017). Dos años más tarde, este mismo grupo publica un nuevo ensayo clínico con el mismo diseño, esta vez en dos países de los tres países del estudio anterior (Chien et al., 2019). La coincidencia casi exacta en el número de personas incluidas (y exacta en el período de reclutamiento) hace pensar que este segundo estudio se realiza a partir de los mismos datos que el primero. En ambos casos, los participantes son personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia de menos de cinco años de evolución, por lo que podrían considerarse dentro del período crítico y, por consiguiente, como primeros episodios de psicosis.

En el año 2016, María Teresa Miró y su grupo publican un estudio piloto con una intervención basada en *mindfulness* para personas con psicosis en Tenerife (Miró, Arceo y Ibáñez, 2016). Sus resultados no son concluyentes en términos de eficacia, por el bajo tamaño muestral y la ausencia de grupo control. Éste es el único ensayo clínico con *mindfulness* y psicosis con resultados publicados en nuestro país.

Un mes más tarde de realizar esta revisión, Perlini y cols. (2019) publican una revisión sistemática sobre PBM en fases tempranas de la psicosis, que incluye estudios publicados a partir del año 2010. Entre sus conclusiones, los autores señalan el hecho de que no existen guías específicas para adaptar estos programas a personas con PEP, que la evidencia es aún muy limitada, y que se requieren más ensayos de calidad y con el número suficiente de participantes para contrastar hipótesis con una potencia suficiente y para

conocer los efectos de los PBM sobre dominios específicos (como el neurocognitivo) con el fin de diseñar intervenciones “a medida” para cada persona (Perlini et al., 2019).



## Justificación

A modo de revisión de los contenidos presentados en la Introducción, el Capítulo 1 presentaba algunas de las conceptualizaciones clásicas de la psicosis, habitualmente asimilables en paradigmas conceptuales más categoriales, pero también desarrollos actuales que defienden una aproximación más dimensional al estudio de la fenomenología psicótica. El Capítulo 2 revisaba las aportaciones que la psicología cognitiva ha realizado precisamente al modelo dimensional de la psicosis, así como su contribución a los desarrollos actuales en los campos de la neurocognición y la cognición social. El Capítulo 3, por su parte, recogía cómo estas aportaciones de la psicología cognitiva se materializan en el desarrollo de múltiples intervenciones, tanto basadas en la TCC clásica -orientada históricamente a los síntomas positivos, como inspiradas en programas de rehabilitación cognitiva o entrenamientos en cognición social. Finalmente, el Capítulo 4 revisaba las aportaciones más recientes de la tercera generación de TCCs al campo de la psicosis, y concluye que aún existen múltiples áreas potenciales de desarrollo para estas intervenciones.

Concretamente, este trabajo se centra en explorar cómo la cognición social, la metacognición, o los sesgos en el razonamiento de la información, pueden trabajarse desde un marco terapéutico consistente en el cultivo de la actitud de permanecer presente y de aceptar la experiencia tal y como surge (*mindfulness*). En esta línea, la justificación teórica o *rationale* de este trabajo se encontraría en las dos grandes limitaciones presentadas, por un lado, por los programas de entrenamiento en cognición social, y, por otro lado, por las TCC y los PBM para psicosis.

Respecto a los entrenamientos en cognición social, éstos asumen generalmente el enfoque de las terapias cognitivas y metacognitivas y de los programas de rehabilitación cognitiva: trabajan *desde* lo cognitivo *hacia* lo experiencial, o “de arriba abajo” (*top-down*). Las voces críticas con esta aproximación proponen un estudio más dinámico e interactivo de los procesos sociocognitivos (Nosek, Hawkins, y Frazier, 2011; Redcay y Schilbach, 2019), y postulan elementos más experienciales e, incluso, corporales, como posibles potenciadores del trabajo con la cognición social (Palmer y Tsakiris, 2018; Uithol y Gallese, 2015; Wykowska, Chaminade, y Cheng, 2016). *Mindfulness*, en tanto que técnica esencialmente experiencial y muy “enraizada” (*grounded*) en el cuerpo

(Khoury et al., 2017), podría proporcionar el contexto para este tipo de desarrollos, favoreciendo al mismo tiempo una reflexión metacognitiva o “de abajo arriba” (*bottom-up*) sobre la experiencia surgida durante las prácticas.

Respecto a las TCC y los PBM, el foco histórico se ha situado en el trabajo con los síntomas positivos (Kingdon y Turkington, 2019; Mander y Kingdon, 2015), sin grandes resultados sobre aspectos como el aislamiento, las relaciones sociales o el embotamiento afectivo (Velthorst et al., 2015). La cognición social parece encontrarse más estrechamente relacionada tanto con la sintomatología negativa como con el funcionamiento social (Couture, 2006; Galderisi et al., 2014; Galderisi, Rucci, et al., 2018), y es por esto por lo que un entrenamiento grupal dirigido a estos procesos sociocognitivos podría tener el potencial de generar cambios en dimensiones tan incapacitantes como la apatía o el aislamiento social. Este efecto se sumaría a dos elementos propios de las intervenciones basadas en *mindfulness*. El primero tiene que ver con la regulación emocional, que se ha postulado como uno de los mecanismos de acción de los PBM (Alsubaie et al., 2017; Chambers, Gullone, y Allen, 2009; Gu et al., 2015), y que se asocia con las diferentes facetas de *mindfulness* en personas con psicosis (Tabak, Horan, y Green, 2015). La importancia de incorporar esta componente emocional puede ser muy relevante para las personas con psicosis, que habitualmente presentan síntomas de ansiedad (Braga, Reynolds, y Siris, 2013), depresión (Upthegrove et al., 2017) y patrones de alta reactividad al estrés (Myin-Germeys, Van Os, Schwartz, Stone, y Delespaul, 2001). El segundo elemento se refiere a su marco epistemológico y terapéutico, consistente en aceptar la experiencia tal y como surge y en establecer una relación de buen trato hacia uno o una misma, cuestiones ambas que podrían ayudar a reducir tanto la vulnerabilidad (Ward y Garety, 2019) como la internalización del estigma (Clement et al., 2015) identificadas en personas con psicosis.

## **Objetivos e hipótesis**

### **1. Objetivo general**

Desarrollar, implementar y evaluar la tolerabilidad y la eficacia de un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* dirigido a personas que hayan sufrido un primer episodio de psicosis en los últimos cinco años. Para ello, se plantean cuatro estudios con cuatro objetivos específicos.

### **2. Objetivos específicos**

- 1) Estudiar la asociación entre la disposición *mindfulness* y la teoría de la mente, el reconocimiento emocional y el estilo atribucional (componentes de la cognición social) en personas con psicosis.
- 2) Diseñar un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* (SocialMIND), evaluar su si es aceptado y bien tolerado por personas con psicosis de más de cinco años de evolución y analizar si es posible realizar un ensayo controlado aleatorizado.
- 3) Evaluar la eficacia de SocialMIND para mejorar el funcionamiento social en un ensayo controlado (frente a comparador y activo) y aleatorizado con personas que han sufrido un primer episodio de psicosis en los últimos cinco años.
- 4) Evaluar los cambios en indicadores de cognición social, funcionamiento social y síntomas psicóticos mediante un diseño de investigación de grupo único con las personas participantes de los subestudios 1, 2 y 3.

### **3. Hipótesis**

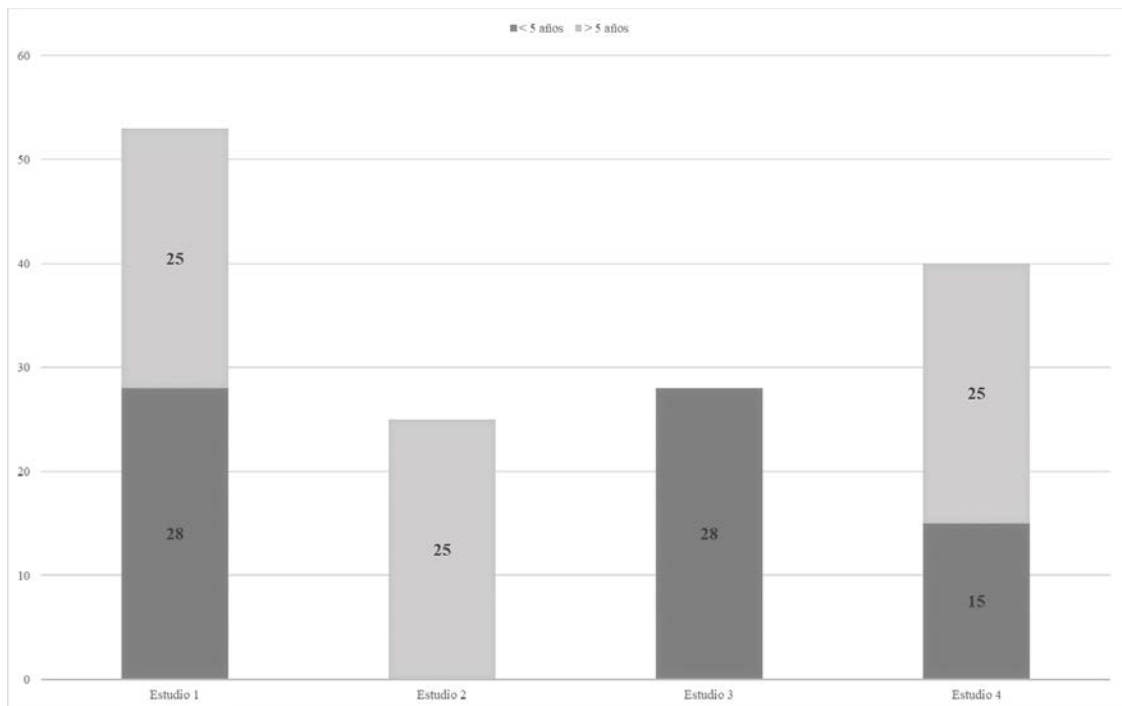
- 1) La disposición a permanecer atento y consciente (disposición *mindfulness*) se asociará con la tendencia a realizar atribuciones de intencionalidad y hostilidad (estilo atribucional), la teoría de la mente, y el reconocimiento emocional, en personas con psicosis (Estudio 1). Esta asociación será inversa para el estilo atribucional y directa para la teoría de la mente y el reconocimiento emocional.

- 2) La versión de 8 semanas de SocialMIND (SocialMIND-8) será aceptada y bien tolerada por los participantes, en términos de ausencia de efectos adversos, una baja tasa de abandonos y una alta satisfacción con el programa (Estudio 2).
- 3) Un ensayo controlado aleatorizado con SocialMIND será realizable, de acuerdo con la evidencia indirecta que sugieren las tasas de reclutamiento, adherencia y abandono del Estudio 2.
- 4) SocialMIND será igual o más eficaz que una intervención multicomponente psicoeducativa (IMP) a la hora de mejorar el funcionamiento social de personas con primeros episodios de psicosis, como se derivará del aumento en la puntuación global de la Escala de Funcionamiento Social y Personal (PSP, por sus siglas en inglés) (Estudio 3).
- 5) SocialMIND será igual o más eficaz que IMP a la hora de reducir la tasa de hospitalizaciones y las visitas a urgencias, los síntomas psicóticos y los síntomas de ansiedad y depresión de personas con primeros episodios de psicosis (Estudio 3).
- 6) SocialMIND será más eficaz que IMP a la hora de mejorar la capacidad de mentalizar, el procesamiento emocional y el estilo atribucional de personas con primeros episodios de psicosis (Estudio 3).
- 7) SocialMIND será igual o más eficaz que IMP a la hora de mejorar la memoria operativa, la velocidad de procesamiento y la atención sostenida de personas con primeros episodios de psicosis (Estudio 3).
- 8) La versión de ocho semanas de SocialMIND (SocialMIND-8) mejorará la sintomatología psicótica, ansiosa y depresiva de las personas con psicosis, tanto de menos como de más de cinco años de evolución (Estudio 4).
- 9) La versión de ocho semanas de SocialMIND (SocialMIND-8) mejorará el funcionamiento social de las personas con psicosis, tanto de menos como de más de cinco años de evolución (Estudio 4).
- 10) La versión de ocho semanas de SocialMIND (SocialMIND-8) mejorará la capacidad de mentalización, el procesamiento emocional y el estilo atribucional de las personas con psicosis, tanto de menos como de más de cinco años de evolución (Estudio 4).

## **Método general**

Para conseguir los objetivos planteados, se plantea un estudio que consta de cuatro partes: (1) una prueba de concepto que explora la asociación entre medidas de cognición social y la disposición *mindfulness* en personas con psicosis, (2) un ensayo piloto de aplicabilidad y tolerabilidad, (3) un ensayo controlado aleatorizado y (4) un análisis de los posibles efectos de SocialMIND sobre la cognición social. Para referirnos a cada una de las cuatro partes de este trabajo, se hablará de cuatro “estudios” o “subestudios”, con el objetivo de simplificar la exposición de las secciones de Método y Resultados.

Se contará con dos muestras clínicas: una de personas con psicosis de más de cinco años de evolución procedente del Estudio 2 (estudio piloto de aplicabilidad) y una con personas con psicosis de menos de cinco años de evolución procedente del estudio 3 (ensayo controlado aleatorizado). Las medidas basales de ambas submuestras constituyen la muestra global utilizada para la prueba de concepto (Estudio 1), mientras que las medidas pre-intervención y post-intervención de quienes realizan la intervención SocialMIND-8 conforman las observaciones para el estudio de efecto sobre la cognición social (Estudio 4). De este modo, los estudios incorporan participantes que pueden formar parte al mismo tiempo de uno, dos, o tres subestudios. Una representación gráfica de este solapamiento se muestra en la Figura 8.



*Figura 8.* El Estudio 1 incluye al total de la muestra, consistente en 25 participantes con psicosis de más de cinco años de evolución (Estudio 2) y 28 participantes con menos de cinco años de evolución (Estudio 3). El Estudio 4 incluye a los 25 participantes del Estudio 2 y a los 15 participantes del Estudio 3 asignados a la rama SocialMIND.

## **Estudio 1**

### **1. Método**

#### ***1.1. Participantes***

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador en el Hospital Universitario La Paz y otros centros colaboradores del proyecto Ambiente y Genes en Esquizofrenia – Grupos de la Comunidad (AGES-CM) entre enero de 2018 y febrero de 2019. El profesional de referencia de cada participante fue contactado y se realizó una pequeña entrevista acerca del estado de salud del posible participante y la idoneidad de participar en grupos terapéuticos (Estudios 2 y 3). En caso afirmativo, bien se contactaba a la persona para informarle sobre el proyecto, bien el propio profesional de referencia actuaba como informador.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- 1) Edad entre 18 y 60 años
- 2) Diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia de acuerdo con criterios DSM-5
- 3) Firma del consentimiento informado

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- 1) Presencia de cualquier diagnóstico relacionado con el abuso de sustancias (excepto nicotina y cannabis) según DSM-5.
- 2) Presencia de síntomas graves, constatada por una puntuación superior a 5 (“marcadamente enfermo”) en la escala ICG.
- 3) Diagnóstico de discapacidad intelectual y alteración del funcionamiento *previas* al inicio del trastorno
- 4) Diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo

El único criterio de retirada fue la decisión expresa del participante.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz de Madrid (códigos 3066 y 4911, correspondientes al Estudio 2 y al Estudio 3, respectivamente) (Anexos 1 y 2) y se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

### **1.2. Diseño**

Estudio exploratorio de grupo único, transversal y correlacional, donde se analiza la asociación entre la variable disposición *mindfulness* y las variables de cognición social de estilo atribucional, reconocimiento emocional y teoría de la mente, teniendo en cuenta la presencia de sintomatología psicótica y el nivel de funcionamiento psicosocial.

### **1.3. Instrumentos y medidas**

Se registró la edad, el sexo, el nivel educativo, el estatus laboral y el estado civil. Además, se registró el tiempo transcurrido desde el primer episodio de psicosis (PEP), el diagnóstico DSM-5 y el número de ingresos en servicios de salud mental.

La **disposición *mindfulness*** se evaluó a través de la Escala de Atención y Consciencia Mindfulness (MAAS, por sus siglas en inglés) (Brown y Ryan, 2003), un cuestionario de 15 ítems que mide la disposición de la persona a estar atenta y consciente. La puntuación final va de 0 a 90 puntos y mayores puntuaciones indican mayor disposición *mindfulness*. La versión española presenta una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,89$ ), una alta estabilidad temporal ( $r = 0,82$ ) y una baja sensibilidad al cambio tras entrenamientos en programas de mindfulness ( $r = 0,79$ ) (Barajas y Garra, 2014).

La **teoría de la mente** se evaluó con la versión reducida del Test de las Insinuaciones (Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore y Robertson, 1997; Janssen, Krabbendam, Jolles y van Os, 2003) y con la versión revisada del Test de Ojos (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb, 2001). El Test de las Insinuaciones (*Hinting Task*) consta de cinco historias donde unos personajes sugieren a otros que hagan algo por ellos (ej., “Dentro de poco es el cumpleaños de Rebeca. Ella le dice a su padre: ‘¡me encantan los animales, sobre todo los perros!’”). El evaluador lee estas historias en voz



alta y pregunta al evaluado sobre la intención del personaje. Las respuestas son registradas literalmente y puntuadas con 0, 1 o 2 puntos. La versión reducida tiene sólo cinco ítems, por lo que la puntuación final oscila entre 0 y 10 (siendo 10 la máxima puntuación). La versión española presenta una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,78$ ), buena estabilidad test-retest ( $r = 0,83$ ), alto acuerdo inter-evaluadores ( $r = 0,94$ ) y buena validez discriminante entre personas con y sin esquizofrenia (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea y Arrieta, 2012). La versión revisada del Test de Ojos consiste en 36 fotografías de ojos de actores que expresan diferentes emociones, por lo que se ha sugerido que es también una medida de reconocimiento emocional (Browne et al., 2016). La persona debe elegir entre un total de cuatro opciones qué emoción está representando esa mirada. Se otorga un punto por cada respuesta correcta y ninguno por las respuestas incorrectas, por lo que la puntuación final va de 0 a 36 puntos. La adaptación española presenta una buena estabilidad test-retest ( $r = 0,76$ ) (Fernández-Abascal, Cabello, Fernández-Berrocal y Baron-Cohen, 2013). Este instrumento mide tanto atribución de estados mentales (teoría de la mente) como procesamiento emocional (reconocimiento facial de emociones).

El **estilo atribucional** se evaluó con el Cuestionario de Intenciones Ambiguas y Hostilidad (AIHQ, por sus siglas en inglés) (Combs, Penn, Wicher y Waldheter, 2007). En esta prueba, los evaluados deben leer un total de quince historias donde ocurre un acontecimiento accidental, intencional o ambiguo (ej., “pasas junto a un grupo de adolescentes en un centro comercial y los escuchas empezar a reírse”). Tras leer cada una de las situaciones, se les plantean las siguientes preguntas: (1) ¿cuál es la auténtica razón de que [una situación así sucediese], (2) ¿crees que lo hizo/hicieron a propósito?, (3) ¿cuánto te enfada esa situación?, (4) ¿cuánto culparías a esa(s) persona(s)? y (5) ¿qué harías en esa situación? Las respuestas a los ítems 1 y 5 son respuestas abiertas que se evalúan según unos criterios operativos y arrojan sendas puntuaciones para los sesgos de hostilidad y de agresión, respectivamente. El ítem 2 (Índice de intencionalidad) se consiste en una escala Likert de 6 puntos en la que mayores puntuaciones sugieren una mayor atribución de intencionalidad. Los ítems 3 (Índice de culpabilización) y 4 (Índice de enfado) se calculan mediante una escala Likert de 5 puntos en la que mayores puntuaciones sugieren mayores niveles de culpabilización y enfado, respectivamente. Tras corregir la prueba, se obtienen cinco puntuaciones correspondientes a dos sesgos y

tres índices, así como una puntuación global. Aunque la prueba no ha sido validada en España, esta traducción se ha utilizado previamente (Lahera et al., 2015).

La **sintomatología psicótica** se midió con la Escala del Síndrome Positivo y Negativo para la esquizofrenia (PANSS, por sus siglas en inglés) (Kay et al., 1987). La escala contiene tres subescalas: una de sintomatología positiva (7 ítems), una de sintomatología negativa (7 ítems) y una de psicopatología general (16 ítems). Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 1 (“ausente”) a 7 (“extremo”) puntos, y la puntuación final oscila entre 7 y 49 puntos para las subescalas positiva (P) y negativa (N) y entre 16 y 112 para la subescala de psicopatología general (PG). La información para cumplimentar la escala se extrae de una entrevista semiestructurada en la que se exploran los criterios operativos facilitados en el manual de aplicación. La versión española presenta unas correlaciones elevadas con la original ( $r = 0,92$  para síndrome positivo y  $r = 0,83$  para el síndrome negativo), una alta fiabilidad interjueces ( $r = 0,81$ ) y unas correlaciones entre ítems de moderadas a altas ( $0,64 < r < 0,97$ ) (Kay, Fiszbein, Vital-Herne y Fuentes, 1990).

El **funcionamiento social** se midió con la Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini y Pioli, 2000). Esta escala explora cuatro dominios del funcionamiento psicosocial: autocuidado, relaciones interpersonales, actividades sociales y comportamiento disruptivo y agresivo. Una puntuación global (PSP-T) entre 1 y 100 es el indicador global de funcionamiento social, donde puntuaciones mayores reflejan un mejor funcionamiento. La adaptación española (García-Portilla et al., 2011) es fiable y presenta una alta consistencia interna ( $\alpha = 0,87$ ), una excelente estabilidad test-retest ( $r = 0,98$ ) y buena validez de constructo, con un único componente que explica el 73% de la varianza del funcionamiento social. La media de la puntuación PSP-T es de 50,3 puntos y la desviación típica se sitúa en 18,6 puntos.

#### **1.4. Procedimiento**

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador o derivados por profesionales del Hospital Universitario La Paz u otros centros colaboradores de AGES-CM. En ambos casos, y tras obtener el consentimiento verbal de participar en la investigación, se realizaba un cribado de criterios de inclusión y exclusión

en base a todas las fuentes de información disponibles, a saber: entrevista con la persona y con sus informantes, conversación con el profesional de referencia, revisión de los datos del registro electrónico de pacientes y conversación con el personal de urgencias o de la unidad de hospitalización psiquiátrica (en su caso). En caso de cumplirse todos los criterios de inclusión y no cumplirse ningún criterio de exclusión, la persona debía leer la Hoja de Información al Participante y firmar el Consentimiento Informado correspondiente al ensayo clínico al que se incorporaba (Estudio 2 o Estudio 3). Durante este proceso, el investigador instaba a la persona a expresar todas sus dudas y poder hacer cualquier pregunta. Además, se permitía a la persona estar acompañada en todo momento.

Cuando la persona daba su consentimiento por escrito, se le asignaba un código alfanumérico para garantizar su anonimato durante todo el estudio. Este código se asociaba a su nombre, apellidos y número de historia clínica en una base de datos almacenada en un servidor de la Comunidad de Madrid de acceso restringido. Los demás documentos y bases de datos utilizados en el ensayo incluirían únicamente el identificador alfanumérico, excluyendo cualquier dato de identificación personal.

Tras ello, se realizaba la evaluación, que en la mayoría de los participantes coincidía con la evaluación basal del Estudio 2 y del Estudio 3. Un ejemplo de sección de estos cuadernos de recogida de datos puede verse en el Anexo 3 y en el Anexo 4.

### ***1.5. Análisis de datos***

Para detectar una correlación media-baja ( $r = |0,40|$ ) entre las variables MAAS, AIHQ, Test de las Insinuaciones y Test de Ojos, con una potencia del 80% ( $1 - \beta = 0,80$ ) y un error tipo I del 5% ( $\alpha = 0,05$ ), el tamaño de la muestra necesario es de 37 participantes.

En primer lugar, se comprobó que la distribución de las puntuaciones de las escalas MAAS, AIHQ, Test de las Insinuaciones, Test de Ojos, PANSS y PSP se ajustasen a la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En caso de ajustarse, se calculaban las correlaciones de Pearson entre las variables; en caso de no ajustarse, se calculaba el coeficiente de correlación de Spearman. Los intervalos de confianza al 95%

se calcularon mediante un método de remuestreo simple por percentiles (*bootstrap*) para 1000 muestras.

A continuación, se exploraron las diferencias en las variables dependientes en función de la edad, el sexo y el nivel educativo, bien mediante estadísticos de correlación (edad), bien mediante pruebas paramétricas o no paramétricas de contraste de hipótesis para muestras independientes (sexo, nivel educativo). Las comparaciones por pares se realizaron utilizando la fórmula de Bonferroni si se asumía la igualdad de las varianzas error o la prueba de Games-Howell si los datos eran heterocedásticos.

Por último, se realizó un análisis de dos grupos independientes mediante la prueba *T* (distribución normal) o *U* de Mann-Whitney (distribución no normal) para explorar si los participantes con psicosis de más de cinco años de evolución (Estudio 2) diferían de los participantes con primeros episodios de psicosis (Estudio 1) en las medidas de sintomatología, funcionamiento, cognición social y disposición *mindfulness*.

## **2. Resultados**

Un total de 53 personas firmaron el Consentimiento Informado y fueron incluidas en el estudio. Aunque todas ellas completaron la entrevista clínica -que incluía la PANSS y la PSP-, no todas completaron el AIHQ ( $n = 45$ ), el Test de las Insinuaciones ( $n = 52$ ), el Test de Ojos ( $n = 49$ ) y la MAAS ( $n = 48$ ). La Tabla 17 muestra sus características clínicas y sociodemográficas.

Tabla 17

*Características de los participantes del Estudio 1 (N = 53)*

	N (%) / M (DT)
Edad en años	35,1 (12,60)
Sexo	
Mujeres	27 (50,9%)
Hombres	26 (49,1%)
Nivel educativo	
Estudios primarios (6-9 años)	4 (7,5%)
Estudios secundarios (10-14 años)	36 (68%)
Estudios universitarios (> 15 años)	13 (24,5%)
Ocupación	
Trabajando	10 (18,9%)
En situación de desempleo	19 (35,8%)
En situación de incapacidad	12 (22,6%)
Estudiando	12 (22,6%)
Estado civil	
Soltero/a	48 (91%)
Casado/a	5 (9%)
Duración de la enfermedad (en años)	9,28 (10,86)
Número de hospitalizaciones	1,87 (1,89) / (Me = 1; P90 = 3)
Diagnóstico DSM-5	
Esquizofrenia (295.90)	33 (62,3%)
Tr. Esquizofreniforme (295.40)	2 (3,8%)
Tr. Delirante (297.1)	1 (1,9%)
Tr. Esquizoafectivo (295.70)	4 (7,5%)
Tr. Depresivo Mayor (206.20 – 296.36)	1 (1,9%)
Tr. Bipolar tipo I (296.40 – 296.56)	4 (7,5%)
Tr. del espectro de la esquizofrenia no especificado (298.9)	9 (17%)
Puntuación PANSS	
Síndrome positivo	11,91 (3,51)
Síndrome negativo	16,15 (6,30)
Psicopatología general	26,53 (7,22)
Puntuación PSP-T	57,66 (17,44)

*Nota.* Tr = trastorno, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, P90 = percentil 90

Todas las variables estudiadas (disposición *mindfulness*, estilo atribucional, teoría de la mente/reconocimiento emocional, sintomatología y funcionamiento psicosocial) presentaban una distribución normal, a excepción del síndrome positivo de la PANSS,  $Z = 1,364$ ;  $p = 0,048$ , y el Test de las Insinuaciones,  $Z = 1,518$ ,  $p = 0,020$ .

Los resultados del análisis de correlaciones exploratorio se muestran en la Tabla 18. Las personas con mayor disposición *mindfulness* realizan menos atribuciones de intencionalidad,  $r(43) = -0,380$ ,  $p = 0,012$ , IC 95% =  $[-0,624, 0,073]$ , y presentan, en general, una menor tendencia a realizar sesgos atribucionales,  $r(43) = 0,301$ ,  $p = 0,050$ , IC 95% =  $[-0,583, 0,034]$ . Se observa también una asociación directa entre el sesgo de agresión y la teoría de la mente,  $\rho = 0,376$ ,  $p = 0,011$ , IC 95% =  $[0,073, 0,652]$ . Todos los componentes del estilo atribucional (a excepción del sesgo de agresión) correlacionan alta y positivamente con la puntuación global del estilo atribucional,  $r > 0,070$ ,  $p < 0,01$ .

Tabla 18

Media, desviación típica y matriz de correlaciones entre las variables disposición mindfulness, estilo atribucional, teoría de la mente y reconocimiento emocional

Dominio	Media (DT)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Mindfulness</i>										
1. Global <sup>a</sup>	4,12 (0,85)	-	(-0,65, 0,07)	(-0,62, 0,07)	(-0,48, 0,08)	(-0,53, 0,18)	(-0,26, 0,37)	(-0,58, 0,03)	(-0,12, 0,45)	(-0,32, 0,23)
<i>Estilo atribucional</i>										
2. Hostilidad	1,91 (0,45)	-0,295	-							
3. Intencionalidad	3,04 (0,71)	-0,380*	0,668*	-						
4. Culpa	2,63 (0,71)	-0,215	0,413**	0,617**	-					
5. Enfado	2,62 (0,76)	-0,209	0,498**	0,681**	0,891**	-				
6. Agresión	1,76 (0,40)	0,073	0,115	0,128	-0,008	-0,016	-			
7. Global	2,39 (0,46)	-0,301*	0,707**	0,871**	0,873**	0,911**	0,182	-		
<i>Teoría de la mente</i>										
8. Global <sup>b</sup>	7,83 (1,84)	0,183	0,026	0,023	-0,132	-0,056	0,376*	0,018	-	
<i>Teoría de la mente / reconocimiento emocional</i>										
9. Global	18,94 (4,34)	-0,038	-0,247	-0,075	-0,194	-0,214	0,299	-0,167	0,246	-

Nota.

<sup>a</sup>Entre paréntesis, intervalos de confianza al 95% realizados con técnicas de muestro *bootstrap*

<sup>b</sup>Coefficiente de correlación de Spearman

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

Se exploraron también las asociaciones entre las variables de cognición social (Test de las Insinuaciones, Test de Ojos y AIHQ) y la disposición mindfulness y los indicadores de psicopatología (PANSS-P, PANSS-N y PANSS-PG) y de funcionamiento psicosocial (PSP-T). El único hallazgo estadísticamente significativo fue que las personas con mayor tendencia a realizar sesgos atribucionales presentaban un peor funcionamiento social,  $r(41) = -0,328$ ,  $p = 0,036$ , IC 95% =  $[-0,555, -0,078]$ .

Para poder interpretar adecuadamente estos resultados, es necesario explorar si existen diferencias en las variables principales en función de la edad, el sexo y el nivel educativo. Los resultados muestran que las personas de mayor edad tienden a realizar más atribuciones de hostilidad,  $r(45) = 0,393$ ,  $p = 0,008$ , y a tener un peor desempeño en las tareas de teoría de la mente,  $\rho(53) = -0,407$ ,  $p = 0,003$ , y de reconocimiento emocional,  $r(49) = -0,423$ ,  $p = 0,002$ . y que las mujeres presentan mayores niveles de síntomas positivos ( $M = 13,22$ ;  $DT = 3,84$ ) que los hombres ( $M = 10,54$ ;  $DT = 2,55$ ),  $Z = -2,774$ ,  $p = 0,006$ , así como mayores niveles de psicopatología general (Mujeres:  $M = 28,70$ ;  $DT = 7,60$ ; Hombres:  $M = 24,27$ ;  $DT = 6,16$ ),  $t(51) = -2,329$ ;  $p = 0,024$ . Respecto al nivel educativo, las personas con formación universitaria ( $M = 21,69$ ;  $DT = 4,91$ ) refieren menor psicopatología general que las personas con estudios secundarios ( $M = 21,19$ ;  $DT = 7,75$ ),  $F(2,50) = 4,408$ ,  $p = 0,017$ , y las personas con estudios secundarios ( $M = 4,20$ ;  $DT = 0,77$ ) puntuaban más alto en disposición *mindfulness* que las personas con estudios primarios ( $M = 2,93$ ;  $DT = 1,27$ ),  $F(2,45) = 3,510$ ,  $p = 0,038$ . Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, porque nuestra muestra incluye únicamente a cuatro personas con estudios primarios (frente a los 36 con estudios secundarios y a los 13 con formación universitaria).

Por último, se exploraron las diferencias entre los participantes del grupo de psicosis de más de cinco años de evolución (que constituye la muestra del Estudio 2) y del grupo de primeros episodios (muestra del Estudio 3). La edad fue superior en el grupo de psicosis de más larga evolución ( $M = 45,12$ ;  $DT = 9,38$ ) que en el de PEP ( $M = 26,29$ ;  $DT = 6,57$ ),  $t(42) = 8,373$ ;  $p < 0,001$ , así como el tiempo transcurrido desde el primer episodio (188 meses en el grupo de psicosis crónica y 23 meses en el grupo de psicosis de inicio reciente),  $Z = 3,053$ ,  $p < 0,001$ . Respecto a las variables clave, las personas con psicosis de más de cinco años de evolución presentan un mayor sesgo de hostilidad ( $M = 2,08$ ;  $DT = 1,79$ ),  $t(43) = 2,076$ ,  $p = 0,049$ , y un menor sesgo de agresión ( $M = 1,62$ ;  $DT = 0,21$ ),  $t(43) = -2,077$ ,  $p = 0,044$ , que las personas con menos de 5 años de evolución (Sesgo de hostilidad:  $M = 1,79$ ;  $DT = 0,32$ ; Sesgo de Agresión:  $M = 1,86$ ;  $DT = 0,46$ ). Además, el grupo de psicosis de más evolución presenta un mayor déficit en el Test de las Insinuaciones ( $M = 7,00$ ;  $DT = 2,04$  versus  $M = 8,59$ ;  $DT = 1,25$ ) y en el Test de Ojos ( $M = 17,40$ ;  $DT = 4,55$  versus  $M = 20,54$ ;  $DT = 3,54$ ) que el grupo de psicosis aguda,  $Z(52) = -3,087$ ,  $p = 0,002$ , y  $t(47) = -2,692$ ,  $p = 0,010$ , respectivamente.



### **3. Discusión**

El objetivo del primer estudio era explorar si existen asociaciones entre la disposición *mindfulness* y algunos componentes de la cognición social: teoría de la mente, procesamiento emocional y estilo atribucional.

#### **3.1. Mindfulness y estilo atribucional**

Los resultados indican que las personas que tienen una mayor disposición a permanecer atentas y conscientes presentan también una menor tendencia a atribuir intencionalidad en las conductas de las demás, así como una menor tendencia a realizar sesgos atribucionales en general.

Los seres humanos reciben y procesan una gran cantidad de información del ambiente a través de la aplicación de heurísticos de razonamiento y del establecimiento de inferencias respecto de las causas de los eventos (Bohner, Moskowitz y Chaiken, 1995; Kelley y Michela, 1980; Nisbett y Wilson, 1977). Una tendencia presente en más de la mitad de la población es la de explicar las acciones de las demás personas en base a factores disposicionales o personales (únicos y duraderos), cuando podrían ser explicadas por factores propios de la situación o el contexto en que las acciones se dan (Bauman y Skitka, 2010). Esta tendencia es denominada *sesgo de correspondencia* y, de acuerdo con la propuesta original, entre sus causas podrían encontrarse aspectos como *la falta de atención* hacia la situación, las expectativas hacia el comportamiento ajeno o la *mayor saliencia perceptiva* de la conducta respecto del contexto o la situación (Gilbert y Malone, 1995). Las personas con psicosis tienden a otorgar una mayor valencia emocional y a reaccionar con mayor activación ante situaciones que no generan esas respuestas en la población sin psicosis; un fenómeno que recibe el nombre de saliencia aberrante (Kapur, 2003). Además, las personas con psicosis presentan problemas en algunos componentes de la atención (Heinrichs, 2005) y unos niveles menores de *mindfulness* que la población general (Chadwick et al., 2008). Esto podría explicar que las personas que tienen una menor tendencia a permanecer atentas y conscientes presenten también una mayor tendencia a realizar atribuciones disposicionales (sesgo de correspondencia), que serían, además, negativas, en tanto que se afirma que la persona lo hace *a propósito*.

Aunque éste es el primer estudio en explorar la asociación entre estos dos elementos en personas con psicosis, Heppner y cols. (2008) ya encontraron en una muestra de personas sin trastorno mental que una mayor disposición *mindfulness* se asociaba con una menor frecuencia de atribuciones de hostilidad (que, como las atribuciones de intencionalidad, constituyen un componente del estilo atribucional y de los sesgos atribucionales). Se mantiene, sin embargo, la duda sobre la dirección del posible efecto de la asociación, así como sobre la posible contribución de variables extrañas. En la segunda parte de su estudio, Heppner y su grupo realizaron una breve práctica de meditación *mindfulness* con una parte de la muestra y, aunque encontraron una disminución de la respuesta agresiva ante una situación inducida de rechazo social, no midieron si se reducía el sesgo atribucional (Heppner et al., 2008). Serían Hopthrow y cols. (2017) quienes más tarde, con un diseño cuasiexperimental, demostraran que el sesgo de correspondencia disminuía tras una breve práctica de *mindfulness* (el ejercicio de la uva pasa) en un grupo de estudiantes. Esta disminución era mayor que en el grupo control y, tras un análisis de covarianza, se vio que no era debida a elementos relacionados con la atención o la concentración en general, sino que tenía que ver con componentes específicos de *mindfulness* (Hopthrow, Hooper, Mahmood, Meier y Weger, 2017). Podría hipotetizarse, por tanto, que la dirección de un posible efecto iría más en esta línea que en la línea opuesta, donde sería la presencia o no de un estilo atribucional sesgado la que generaría una mayor o menor disposición *mindfulness*.

Profundizando en el campo de la psicosis, se sabe que una mayor disposición *mindfulness* se asocia con una menor presencia de ideas delirantes (Chadwick et al., 2008). Sería posible por tanto que la asociación entre *mindfulness* y estilo atribucional no fuera realmente tal, y que respondiese al efecto de una tercera variable. Sin embargo, los síntomas psicóticos y la disposición *mindfulness* no presentan ninguna correlación en este estudio. Se sabe también que la presencia de síntomas positivos se asocia a un mayor sesgo atribucional (Pinkham, Harvey y Penn, 2016), y es plausible que sea aquí donde los síntomas psicóticos puedan estar mediando la asociación entre *mindfulness* y estilo atribucional; de nuevo, la ausencia de asociación obliga a descartar esta hipótesis en nuestra muestra. Sin embargo, Pinkham y cols. (2016) quizá tengan la respuesta a lo que sucede en nuestro estudio, y tiene que ver con las características de nuestros participantes. Estos autores encontraron que las personas con *mayor presencia de síntomas paranoides* presentaban una tendencia a establecer atribuciones de hostilidad, a culpar y a responder

con agresión; tendencia que era menor en el subgrupo de personas con menos nivel de síntomas. En términos de sintomatología positiva, nuestra muestra ( $M = 11,91$ ,  $DT = 3,51$ ) es muy similar a este subgrupo “no paranoide” ( $M = 12,32$ ,  $DT = 4,77$ ), por lo que la falta de asociación sería congruente con el trabajo de estos autores. En esta misma línea, el estudio de Chadwick y cols. (2008) incluye a personas con psicosis que experimentasen “ideas paranoides perturbadoras” en el momento actual, lo cual podría explicar la falta de confluencia de nuestros resultados.

### **3.2. Mindfulness y teoría de la mente**

No se encuentra ninguna asociación entre la disposición *mindfulness* y la capacidad de mentalizar, apreciada a través del Test de las Insinuaciones.

No es posible comparar estos resultados por otros obtenidos en personas con psicosis. Sí es posible hacerlo, aunque superficialmente, con personas con trastornos del espectro del autismo, quienes presentan déficits en teoría de la mente (Tager-Flusberg, 2007) y comparten, como ya postulara Bleuler, algunas manifestaciones clínicas con las personas con psicosis. En este sentido, de Bruin y cols. (2015) han mostrado que los indicadores de cognición social (teoría de la mente, entre ellos) *percibidos* por los padres y las madres aumentan tras una intervención basada en *mindfulness* (de Bruin, Blom, Smit, van Steensel y Bögels, 2015). Esta posible asociación ya ha sido señalada en el plano teórico por Choi-Kain y Gunderson (2008), que desarrollan su trabajo con personas con trastorno límite de personalidad. Estos autores señalaron la superposición que existe entre los conceptos de *mindfulness* y mentalización, que tendría que ver con (1) dirigir la atención hacia la propia experiencia como un modo de reducir la reactividad y la impulsividad y (2) integrar las dimensiones cognitiva y afectiva de los estados mentales para favorecer su reconocimiento simultáneo y su participación conjunta en la experiencia interna. Sin embargo, mientras que la atención se dirige siempre a otra persona en el caso de la mentalización, puede dirigirse a una misma o a otros objetos en el caso de *mindfulness* (Choi-Kain y Gunderson, 2008). Sea como fuere, la adquisición de habilidades de *mindfulness* ha sido propuesta como uno de los mecanismos de acción de la terapia dialéctico-conductual para trastorno límite de la personalidad (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan, 2006).

Aunque existen ciertas similitudes entre las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia y las personas con trastornos del espectro del autismo, una diferencia sustancial es que las primeras suelen empezar a presentar problemas en la adolescencia o la primera juventud, cuando ya se ha desarrollado la teoría de la mente (Frith, 2004). En el caso de nuestra muestra, la asociación entre autismo y teoría de la mente podría inferirse de existir una asociación entre sintomatología negativa y teoría de la mente, pero los resultados no apoyan esa relación. Sí muestran, en cambio, que el grupo de personas de más de cinco años de evolución realiza peor el Test de las Insinuaciones que el grupo de primeros episodios, pese a presentar un perfil sintomático similar. Una explicación a este fenómeno radicaría en que las personas con un desarrollo más crónico tengan un peor funcionamiento cognitivo, lo que podría interferir en la realización de la prueba. Sin embargo, no se dispone de datos para poner a prueba esa hipótesis.

Otro aspecto que podría explicar la falta de asociación entre la disposición *mindfulness* y la teoría de la mente tiene que ver con los constructos que aprecian las pruebas utilizadas. La MAAS conceptualiza *mindfulness* como un constructo unidimensional, caracterizado fundamentalmente por una disposición a permanecer atento y consciente (Brown y Ryan, 2003; Soler et al., 2012). El Test de las Insinuaciones, por su parte, evalúa una dimensión de la mentalización que es explícita (frente a procesos *implícitos* de mentalización, como los que se darían durante el flujo natural de una conversación) (Frith, 2004; Mallawaarachchi, Cotton, Anderson, Killackey y Allott, 2019). Es posible, por tanto, que estas aproximaciones a componentes específicos tanto de la mentalización como de la disposición *mindfulness* no sean adecuadas para probar empíricamente las asociaciones conceptuales propuestas por Choi-Kain y Gunderson desde la terapia dialéctico-conductual (Choi-Kain y Gunderson, 2008) o por Otto Kernberg desde las aproximaciones psicodinámicas (Kernberg, 2012).

### **3.3. Mindfulness y reconocimiento emocional**

El reconocimiento facial de emociones también es una capacidad deficitaria en personas con psicosis y, especialmente, con esquizofrenia (Green et al., 2015). De manera similar a la atribución de estados mentales o teoría de la mente, este estudio no identifica asociaciones entre la disposición *mindfulness* y el reconocimiento emocional. No se dispone de trabajos previos que exploren esto en personas con psicosis, por lo que es

imposible comparar los resultados; sin embargo, es esperable que una medida unitaria y somera de *mindfulness* difícilmente se relacione con un proceso tan específico como el reconocimiento facial de emociones.

### **3.4. Limitaciones y fortalezas**

La primera limitación del estudio tiene que ver con la baja potencia estadística para detectar correlaciones bajas debido al reducido tamaño muestral. La realización de un procedimiento de muestreo *bootstrap* permite compensar esa falta de resultados y proporciona intervalos de confianza que permiten interpretar los resultados de un modo más estricto. La segunda limitación se refiere a la ausencia de un grupo control, que impide conocer si el hecho de tener o no psicosis influye en esa asociación entre la disposición *mindfulness* y la cognición social. La tercera limitación se deriva de la falta de control de variables extrañas que, aunque no sistemáticamente, parecen asociarse con la cognición social, como es el rendimiento en tareas neurocognitivas. La cuarta limitación es que el instrumento utilizado para medir disposición *mindfulness* no está validado en población psicótica, aunque sí presenta buena correlación con otros cuestionarios diseñados para psicosis como el Cuestionario de Mindfulness de Southampton (SMQ, por sus siglas en inglés) (Chadwick et al., 2008). Una quinta limitación es la falta de asociación entre la disposición *mindfulness* y algunas subescalas del cuestionario AIHQ, lo que probablemente se derive de sus propiedades psicométricas cuestionables (Pinkham et al., 2018). La última cuestión tiene que ver con la propia naturaleza transversal y correlacional del estudio, que no permite establecer conclusiones sobre las direcciones de los efectos (y, en consecuencia, sobre la causalidad).

Pese a todo, este trabajo de carácter exploratorio es el primero en demostrar que existe una asociación baja pero consistente entre el estilo atribucional y la disposición *mindfulness* de un grupo de personas con psicosis. La observación de esta asociación y la discusión sobre las semejanzas con trabajos publicados previamente dotaría de soporte empírico y teórico, respectivamente, al diseño de un PBM dirigido a modificar aspectos de la cognición social de personas con psicosis

## Estudio 2

### 1. Método

#### *1.1. Estudio 2.1. Diseño de un entrenamiento en cognición social basado en mindfulness*

Para conformar el grupo de trabajo y diseñar el entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* se planificó realizar unas reuniones preliminares para definir el enfoque de trabajo, una reunión inicial para establecer el grupo de trabajo, y una serie de reuniones bisemanales para desarrollar el programa de intervención. El objetivo era desarrollar una primera versión del manual del entrenamiento antes de enero de 2018 y poder comenzar a implementarlo a principios de ese mismo año.

#### *1.2. Estudio 2.2. Estudio piloto de aplicabilidad y tolerabilidad.*

#### **Participantes**

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador en el Hospital Universitario La Paz entre enero y febrero de 2018. El profesional de referencia de cada participante fue contactado y se realizó una pequeña entrevista acerca del estado de salud del posible participante y la idoneidad de participar en grupos terapéuticos. En caso afirmativo, bien se contactaba a la persona para informarle sobre el proyecto, bien el propio profesional de referencia actuaba como informador.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- 1) Edad entre 18 y 60 años
- 2) Diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia de acuerdo con criterios DSM-5
- 3) Firma del consentimiento informado

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- 1) Presencia de síntomas psicóticos de menos de cinco años de evolución constatada por la fecha de la primera hospitalización, la primera visita a los servicios de salud mental presentando sintomatología positiva, el inicio del tratamiento con fármacos antipsicóticos o la aparición de sintomatología positiva confirmada por un informante
- 2) Presencia de cualquier diagnóstico relacionado con el abuso de sustancias (excepto nicotina) según DSM-5.
- 3) Presencia de síntomas graves, constatada por una puntuación superior a 5 (“marcadamente enfermo”) en la escala ICG.
- 4) Diagnóstico de discapacidad intelectual y alteración del funcionamiento *previas* al inicio del trastorno
- 5) Diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo

Los criterios de retirada fueron los siguientes:

- 1) Decisión expresa del participante
- 2) Ingreso hospitalario en unidad psiquiátrica
- 3) Empeoramiento clínico identificado por el equipo investigador y/o los profesionales de referencia del participante

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz de Madrid (código 3066) (Anexo 1) y registrado en [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) con (identificador NCT03434405) (Anexo 5). El diseño e implementación del ensayo se hizo según la extensión a ensayos pilotos y de aplicabilidad de la declaración CONSORT 2010 (Eldridge et al., 2016) y de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

## **Diseño**

Ensayo piloto de aplicabilidad, de grupo único, abierto, no controlado y no aleatorizado. La variable independiente es el grupo de tratamiento y su único nivel es la intervención SocialMIND en su versión 8 semanas (SocialMIND-8). Las variables

dependientes son la tasa de reclutamiento, la tasa de abandono, la aparición de efectos adversos tras la intervención, la satisfacción de los participantes y el ajuste al manual de las profesoras. La intervención SocialMIND-8 consta de ocho sesiones semanales y las evaluaciones se realizaron a en la línea base ( $t_0$ ) y a las 8 semanas ( $t_1$ ). La Tabla 19 muestra la línea temporal de los participantes de acuerdo con los criterios CONSORT.



Tabla 19

*Línea temporal de los participantes del Estudio 2*

Momento	Periodo		
	Reclutamiento	Asignación	Post-intervención
	t-1	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>
Reclutamiento			
<i>Screening</i>	X		
Consentimiento informado	X		
Asignación		X	
Intervención			
SocialMIND-8			X
Evaluaciones			
Línea base	X		
Características demográficas			
Tiempo desde el PEP			
Número de hospitalizaciones			
Diagnóstico			
Efectos adversos	X		X
Presencia de psicopatología (SCL-90-R)			
Síndromes positivo y negativo y psicopatología general (PANSS)			
Experiencias disociativas (DES-II)			
Ansiedad (STAI-Estado)			
Hospitalizaciones y visitas a urgencias			
Funcionamiento	X		X
Funcionamiento social (PSP)			
Otras medidas de aplicabilidad			X
Adherencia al manual SocialMIND-8			
Tasa de adherencia y abandono			
Satisfacción con la intervención (CSQ-8)			

*PEP = primer episodio de psicosis, SCL-90-R = Inventario de 90 Síntomas Revisado, PANSS = escala de Síndrome Positivo y Negativo para la Esquizofrenia, STAI = Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado, PSP = escala de Funcionamiento Personal y Social, CSQ-8 = Cuestionario de Satisfacción del Cliente de 8 ítems*

### **Instrumentos y medidas**

En la línea base, se registró la edad, el sexo, el nivel educativo, el estatus laboral y el estado civil. Además, se registró el tiempo transcurrido desde el primer episodio de

psicosis (PEP), el diagnóstico DSM-5 y el número de ingresos en servicios de salud mental. Además, se registró el número de participantes potenciales detectados en los dos meses de reclutamiento, así como el número final de participantes incluidos en el ensayo.

Tras la intervención, se registró la tasa de asistencia a las sesiones, la tasa de abandono y el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias. Además, se analizaron diferentes indicadores de efectos adversos, funcionamiento y ajuste al manual de intervención de SocialMIND-8.

El **cambio en psicopatología general** a las 8 semanas se midió a través del Inventario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R, por sus siglas en inglés) (Derogatis, 1979). Este inventario consta de 90 ítems que recogen síntomas comunes de nueve dominios psicopatológicos, a saber: obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia, psicoticismo y escala adicional. La persona evaluada debe valorar hasta qué punto se ha sentido afectada por cada uno de esos síntomas durante la última semana. Se obtienen nueve índices específicos (uno por cada dominio) y tres índices generales (amplitud sintomática, intensidad sintomática y sufrimiento general). La versión española tiene una alta consistencia interna ( $0,81 < \alpha < 0,90$ ), buena validez convergente y de criterio y alta sensibilidad al cambio (Gonzalez de Rivera, de las Cuevas, Rodriguez-Abuin y Rodriguez-Pulido, 2002).

El **cambio en sintomatología disociativa** a las 8 semanas se midió a través de la Escala de Experiencias Disociativas II (DES-II, por sus siglas en inglés) (Carlson y Putnam, 1993). Esta escala explora el porcentaje de tiempo que una persona experimenta una serie de sensaciones, por ejemplo, la sensación de conducir hasta un lugar y no recordar cómo se llegó hasta él. Existen un total de 28 ítems o experiencias y la puntuación final se da en términos porcentuales. La versión española presenta buena consistencia interna ( $\alpha = 0,91$ ) y buena validez discriminante para personas con esquizofrenia (Icaran, Colom y Orengo-García, 1996).

El **cambio en síntomas de ansiedad** después de cada sesión de SocialMIND-8 se midió a través de la Subescala Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-S) de Spielberger (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1979). La persona tenía que evaluar

su nivel de ansiedad *en el momento* de completar la escala, obteniéndose una puntuación que puede oscilar entre los 0 (ninguna ansiedad) y los 60 puntos (máxima ansiedad). La versión española (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) tiene una alta consistencia interna ( $\alpha = 0,98$ ) para muestras clínicas y una buena estabilidad test-retest ( $r = 0,93$ ) (Ortuno-Sierra, Garcia-Velasco, Inchausti, Debbane y Fonseca-Pedrero, 2016), además de ser altamente sensible a la detección de ambientes estresantes (Guillen-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

El **cambio en sintomatología psicótica** a las 8 semanas se midió a través de la PANSS (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

El **cambio en funcionamiento social** a las 8 semanas se midió con la Escala PSP (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

La **satisfacción con la intervención** se midió con la Escala de Satisfacción del Cliente (CSQ-8, por sus siglas en inglés) (Attkisson y Zwick, 1982). Esta escala de 8 ítems explora el nivel de satisfacción de la persona ante una variedad de dominios relacionados con los servicios de salud prestados. La puntuación final va de 8 (mínima satisfacción) a 32 puntos (máxima satisfacción). La versión española presenta niveles de consistencia interna similares a la original ( $\alpha = 0,90$ ), aunque parecen estar influidos por el nivel educativo y el tipo de trabajo realizado (Roberts, Attkisson y Mendias, 1984). Ha sido utilizada recientemente en estudios de aplicabilidad con programas de *mindfulness* para personas con psicosis (MacDougall et al., 2019).

Para evaluar la **adherencia al manual de la intervención** SocialMIND-8 se diseñó el Checklist para Profesores de SocialMIND (Anexo 6), que consta de dos partes. La primera se inspira en el programa de Entrenamiento en Interacción y Cognición Social (SCIT, por sus siglas en inglés) (Combs, Adams, et al., 2007) y consiste en 8 ítems que se puntúan con 0, 1 o 2 puntos, indicando las puntuaciones más altas un mayor ajuste al manual. La segunda parte es el *Mindfulness-based Interventions: Teaching Assessment Criteria* (MBI:TAC) (Crane et al., 2013), que valora seis dominios que un profesor de *mindfulness* debe trabajar en cada clase o sesión. Algunos de estos dominios se refieren al modo de guiar las meditaciones, mantener el ambiente del grupo o potenciar la “encarnación” (*embodiment*). Las puntuaciones pueden oscilar entre 1 (“incompetente:

elementos clave se encuentran ausentes o el desempeño es altamente inapropiado”) y 6 (“avanzado: enseñanza de las prácticas excelente o muy buena si existen adversidades”). El checklist se cumplimentaba tras revisar la grabación de las sesiones.

## **Procedimiento**

### *Evaluación*

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador o derivados por profesionales del Hospital Universitario La Paz. En ambos casos, y tras obtener el consentimiento verbal de participar en la investigación, se realizaba un cribado de criterios de inclusión y exclusión en base a todas las fuentes de información disponibles, a saber: entrevista con la persona y con sus informantes, conversación con el profesional de referencia, revisión de los datos del registro electrónico de pacientes y conversación con el personal de urgencias o de la unidad de hospitalización psiquiátrica (en su caso). En caso de cumplirse todos los criterios de inclusión y no cumplirse ningún criterio de exclusión, la persona debía leer la Hoja de Información al Participante y firmar el Consentimiento Informado. Durante este proceso, el investigador instaba a la persona a expresar todas sus dudas y poder hacer cualquier pregunta. Además, se permitía a la persona estar acompañada en todo momento.

Cuando la persona daba su consentimiento por escrito, se le asignaba un código alfanumérico para garantizar su anonimato durante todo el ensayo. Este código se asociaba a su nombre, apellidos y número de historia clínica en una base de datos almacenada en un servidor de la Comunidad de Madrid de acceso restringido. Los demás documentos y bases de datos utilizados en el ensayo incluirían únicamente el identificador alfanumérico, excluyendo cualquier dato de identificación personal.

Tras ello, se procedía a realizar la evaluación basal, que consistía en una entrevista sobre datos personales y sociodemográficos, una entrevista clínica (PANSS y PSP) y la realización de dos autoinformes (SCL-90-R y DES-II). La evaluación post-intervención (8 semanas) no incluía la entrevista sobre datos personales y sociodemográficos, y añadía un tercer autoinforme (CSQ-8). Las evaluaciones basal y post-intervención tuvieron lugar

un máximo de 14 días antes y después de la intervención, respectivamente. Respecto al registro del estado de ansiedad, se el STAI-S se aplicaba al inicio y al final de cada sesión. Los encargados de las evaluaciones fueron personas diferentes a las encargadas de realizar la intervención. Una sección del cuaderno de recogida de datos puede verse en el Anexo 3.

El *Checklist* para Profesores de SocialMIND-8 se cumplimentaba durante el visionado de las sesiones del curso. Las profesoras debían evaluar los vídeos de aquellas sesiones en que ellas *no* habían participado<sup>2</sup>, evitándose así la autoevaluación, pero asegurándose un conocimiento profundo del programa.

### *Intervención*

SocialMIND es un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* que ayuda a cultivar una aproximación hacia la propia experiencia a través de la aceptación radical y la ausencia de juicio. Diseñada por el equipo investigador, SocialMIND incluye elementos de meditación formal adaptados para personas con psicosis y ejercicios de cognición social inspirados en el Entrenamiento en Cognición e Interacción Social (SCIT, por sus siglas en inglés) (Combs, Adams, et al., 2007). Durante las prácticas formales de meditación, se da la instrucción de dirigir la atención hacia un objeto, ya sea interno (ej., la respiración, la sensación de peso) o externo (ej., un sonido, un olor). Además, se realizan prácticas de compasión, como la bondad amorosa o el tacto tranquilizador. El programa se inspira en el programa de Reducción de Estrés basado en *Mindfulness* (MBSR, por sus siglas en inglés) (Kabat-Zinn, 1994), la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT, por sus siglas en inglés) (Segal et al., 2013), la Terapia Cognitiva centrada en la Persona (PBCT, por sus siglas en inglés) (Chadwick, 2006), la Terapia Cognitiva centrada en la Compasión (CFT, por sus siglas en inglés) (Gilbert, 2009) y el programa *Mindfulness* y Autocompasión (MSC, por sus siglas en inglés) (Germer y Neff, 2013). Las profesoras de SocialMIND son profesoras certificadas en estos programas y las recomendaciones para el trabajo con personas con psicosis y prácticas de *mindfulness* (Chadwick, 2014; Van Gordon et al., 2017) fueron tenidas en cuenta durante todo el

---

<sup>2</sup> En la siguiente sección (“Intervención”) se detalla el número de grupos de intervención realizados y la distribución de las profesoras

proceso de desarrollo de la intervención. Respecto a los ejercicios de cognición social, estos comprendían tareas pertenecientes a los cuatro dominios principales: estilo atribucional, mentalización (o teoría de la mente), procesamiento emocional y percepción social.

La intervención SocialMIND la conforman ocho sesiones semanales, seguidas de cuatro sesiones quincenales y cinco sesiones de recuerdo mensuales. Cada sesión dura aproximadamente 90 minutos y está diseñada para grupos de máximo quince participantes. En este estudio, se presentó una versión de la intervención que incluía únicamente las ocho sesiones semanales (SocialMIND-8) (un ejemplo de estas sesiones se presenta en la Tabla 20); el Estudio 3 utilizó la versión completa del entrenamiento (17 sesiones a lo largo de 9 meses). Se programó un grupo en horario de mañana y un grupo en horario de tarde para facilitar la asistencia de los participantes. La profesora principal dirigía ambos grupos y estaba acompañada por una profesora en el grupo matutino y otra profesora en el grupo vespertino.

Tabla 20

*Contenidos de la sesión 5 de SocialMIND (Mediavilla, Muñoz-Sanjose, Rodríguez-Vega, Bayon, Lahera, et al., 2019) (traducido con permiso)*

Contenido	Descripción
Meditación de llegada (3')	Meditación guiada de 3 minutos
Resumen de la sesión anterior (1')	Breve resumen de los contenidos de la sesión 4
Revisión de la práctica en casa (5')	Experiencias durante la práctica informal (por ejemplo, caminar o comer con conciencia plena) y formal (por ejemplo, escuchando los audios de meditaciones guiadas) durante la semana. Se anima a compartir las posibles dificultades surgidas durante las prácticas
Exposición del tema de la sesión (10')	Exposición sobre el papel de la autocompasión y la bondad amorosa en la salud y el bienestar y sobre la importancia de ser consciente de la autocrítica y la tendencia a juzgarse a uno mismo y a los demás
Prácticas (25')	<i>Tacto tranquilizador</i> : se anima a los participantes a encontrar una zona de su cuerpo donde llevar sus manos y a que sientan el efecto que genera <i>Movimientos conscientes</i> : ejercicios sencillos que consisten en subir y bajar los brazos, estirar la espalda u otras zonas del cuerpo, siempre con la instrucción de mantener plena conciencia en el movimiento <i>Bondad amorosa</i> : se invita a repetir una serie de frases mentalmente para promover un estado de bondad altruista e incondicional hacia todos los seres vivos y, en especial, hacia una misma
Ejercicios (20')	<i>Reconocimiento emocional</i> : se identifican las emociones faciales básicas en una serie de fotografías. Se discute cómo esas emociones hacen sentir al grupo y cómo suelen reaccionar ante ellas <i>Estilo atribucional</i> : las profesoras leen una serie de historias en voz alta y los participantes opinan sobre los actores y piensan sobre cómo se sentirían en esas situaciones y cómo actuarían
Resumen y cierre (10')	Las profesoras resumen la sesión de hoy y, junto con los participantes, se comparte una frase breve que resuma los aprendizajes del día o el modo en que la sesión les hizo sentir
Presentación de la tarea para casa (5')	<i>Prácticas formales</i> . Se entregan dos nuevas grabaciones (o se indica cómo acceder a ellas en la página web), en este caso el tacto tranquilizador y la bondad amorosa <i>Prácticas informales</i> . Se anima a realizar actividades cotidianas como conducir, comer o tomar una ducha, con atención plena. Se anima a practicar el autocuidado, en forma de una comida o un paseo. Se anima también a practicar la autocompasión y los gestos amables hacia otras personas durante la semana

## Análisis de datos

De acuerdo con algunos autores, los contrastes de hipótesis no son necesarios en los ensayos de aplicabilidad porque su objetivo no es probar la eficacia de una intervención (Eldridge et al., 2016; Tickle-Degnen, 2013). Sin embargo, la incapacidad para realizar inferencias estadísticas (producto de la ausencia de contrastes de hipótesis) ha sido señalada como una limitación de muchos ensayos de aplicabilidad (MacDougall et al., 2019; Wood, Byrne, Enache y Morrison, 2018). Con el fin de superar esta limitación, se planteó un diseño de no-inferioridad, cuya hipótesis nula fue que los indicadores de efectos adversos bien disminuyen, bien se mantienen tras la intervención. El contraste de hipótesis es, por tanto, unilateral, y el tamaño muestral necesario para detectar efectos adversos con un tamaño efecto entre moderado y largo ( $d = 0,7$ ), una probabilidad del 95% ( $1 - \beta = 0,95$ ) y un error tipo I del 5% ( $\alpha = 0,05$ ) es de 25. En primer lugar, se comprobó si existían diferencias en la línea base entre los grupos matutino y vespertino mediante la prueba de independencia  $\chi^2$  para variables nominales y ordinales y la prueba de Mann-Whitney para muestras independientes. Después, se exploró que todas las variables se distribuyesen de forma normal a través de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Para calcular las diferencias pre-post, se aplicó la prueba  $T$  para muestras relacionadas si la distribución era normal y no existían valores atípicos, y la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas cuando la distribución no era normal o existían valores atípicos. Por último, se calculó la media y la desviación típica de la puntuación global de funcionamiento psicosocial (PSP-T) con el fin de compararla con el estudio de validación y estudiar su idoneidad como medida principal de resultado de un ensayo clínico.

## 2. Resultados

### 2.1. Estudio 2.1. Diseño de un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness*

En la primera fase del estudio (septiembre de 2017) se conformó el grupo de trabajo encargado de desarrollar el entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* para personas con psicosis. El grupo incluía cuatro psiquiatras y profesoras



de *mindfulness* (AMS, APT, BRV y CBP), un psiquiatra y terapeuta del entrenamiento en cognición e interacción social SCIT (por sus siglas en inglés) (GLF), un psicólogo encargado de las labores de investigación y coordinación (RMT) y una psiquiatra y psicóloga, investigadora principal del proyecto, encargada de supervisar el proceso (MFBO).

En la segunda fase se realizaron un total de cinco reuniones con una frecuencia aproximadamente bisemanal entre los meses de septiembre a diciembre de 2017. Del resultado de estas reuniones surgió el diseño de un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* al que se llamó SocialMIND (Tabla 21).

Tabla 21

Vista general del programa SocialMIND (Mediavilla, Muñoz-Sanjose, Rodríguez-Vega, Bayon, Palao, et al., 2019) (traducido con permiso)

Sesión	Didáctica	Práctica	Ejercicios	Tareas para casa
#1. Estar en el presente	Bienvenida y presentación; introducción a <i>mindfulness</i>	Meditación de 3 minutos hacia estímulos internos (cuerpo, sensaciones, emociones y pensamientos); movimientos conscientes; indagación colectiva	Atención plena en la ingesta (ejercicio de la uva pasa)	Prestar atención a las actividades cotidianas (comer, ducharse, tareas domésticas...)
#2. Diversidad perceptiva	Diferencias entre describir e interpretar la experiencia; toma de distancia antes de asumir las motivaciones de los demás	Meditación de 3 minutos hacia estímulos internos; movimientos conscientes; meditación de 3 minutos en el ancla (respiración, manos, sonidos...); indagación colectiva	El cuentacuentos (ilustra la tendencia de los seres humanos a elaborar narrativas a partir de cada evento); STOP (acrónico para Stop, Toma un respiro, Observa y Procede)	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar la atención al ancla cuando aparece estrés
#3. Acercarse al malestar	Respuesta humana ante las experiencias agradables, desagradables y neutras; tendencia a evitar las experiencias desagradables	Meditación de 5 minutos hacia estímulos internos; exploración corporal de 10 minutos; movimientos conscientes; meditación del sí y del no; indagación colectiva	Reflexión guiada sobre las experiencias agradables y desagradables; STOP; “el meditador” (refleja cómo los pensamientos y distracciones aparecen en la mente de quien se sienta a meditar); distinción entre sufrimiento primario y secundario	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar la atención al ancla cuando aparece estrés; meditación caminando

Tabla 21 (cont.)

#4. La aceptación	Aceptación de las experiencias agradables y desagradables (en contraste con resignación o rendición); los estados mentales son productos de la mente	Meditación de 5 minutos hacia estímulos internos; exploración corporal de 10 minutos; movimientos conscientes (en adelante, se incluyen opciones de yoga); bondad amorosa ( <i>loving kindness</i> ); indagación colectiva	Reconocimiento facial de emociones en fotografías (se diferencia entre describir una cara y elaborar una narrativa)	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar la atención al ancla cuando aparece estrés; meditación caminando; práctica guiada (audios): meditación de 5 minutos hacia estímulos internos; meditaciones de 3 y 5 minutos en la respiración; exploración corporal
#5. La compasión	La autocompasión y la bondad amorosa potencian la salud y el bienestar; la importancia de darse cuenta de la autocrítica y el juicio hacia uno mismo y los demás	Meditación de 3 minutos hacia estímulos internos; tacto tranquilizador; movimientos conscientes; bondad amorosa; indagación colectiva	El cuentacuentos; reconocimiento facial de emociones	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar la atención al ancla cuando aparece estrés; meditación caminando; práctica guiada (audios): se añaden tacto tranquilizador y bondad amorosa
#6. Notar lo placentero	Se busca orientar la atención hacia aspectos placenteros y agradables para compensar el sesgo hacia los aspectos negativos	Exploración corporal (con atención especial a las sensaciones placenteras); movimientos conscientes; bondad amorosa; indagación colectiva	Búsqueda de elementos agradables presentes en la sala (objetos, paisajes, sonidos...) y atención a la experiencia que generan (sensaciones, emociones, pensamientos...); el cuentacuentos; reconocimiento facial de emociones	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar la atención al ancla cuando aparece estrés; meditación caminando; práctica guiada (audios); búsqueda de experiencias agradables

Tabla 21 (cont.)

# 7. Conexión con otros seres vivos	Las personas necesitan conectar entre sí y hacerlo en ambientes seguros; realizar pausas ante las experiencias de tensión; introducción al diálogo consciente	Exploración corporal; movimientos conscientes; bondad amorosa; indagación colectiva	Ejercicio interpersonal de bondad amorosa y compasión; diálogo consciente; reconocimiento facial de emociones	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar atención al ancla cuando aparece estrés; meditación caminando; práctica guiada (audios); búsqueda de experiencias agradables
# 8. Integrar la experiencia	Ecuanimidad como capacidad para convivir con las experiencias agradables y desagradables sin expulsar nada fuera de la consciencia; entrega de certificados (SocialMIND-8)	Práctica continuada de 50 minutos (exploración corporal, meditación caminando, atención al ancla, movimientos conscientes, tacto tranquilizador y bondad amorosa); indagación colectiva	El cuentacuentos; reconocimiento emocional; escribir una carta hacia una misma sobre los aprendizajes y los propósitos tras el curso	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar atención al ancla cuando aparece estrés; meditación caminando; práctica guiada (audios); búsqueda de experiencias agradables
#9-12. Consolidación y #12-15. Integración (los contenidos se eligen en función de las preferencias de los participantes)	La didáctica emerge de las experiencias de los participantes y se presenta de modo interactivo. Se enfatiza el trabajo con la práctica interpersonal, el STOP, la búsqueda de experiencias agradables, la ecuanimidad, la amistad y compasión hacia uno mismo y el ser consciente de la construcción de narrativas	Posibilidades: meditación hacia estímulos internos, meditación en la respiración, meditación caminando, meditación del ancla, exploración corporal, movimientos conscientes, tacto tranquilizador y bondad amorosa. Se mantiene la indagación grupal	Puesta en común de las experiencias; reconocimiento facial de emociones entre los miembros del grupo	Prestar atención a las actividades cotidianas; STOP; desplazar atención al ancla cuando aparece estrés; meditación caminando; práctica guiada (audios); búsqueda de experiencias agradables

Tras desarrollar la primera versión del manual, el grupo de trabajo decidió realizar un ensayo piloto de aplicabilidad y tolerabilidad con las primeras ocho semanas del programa (SocialMIND-8) como paso previo a la realización de un ensayo controlado aleatorizado.

## ***2.2. Estudio 2.2. Aplicabilidad y tolerabilidad de SocialMIND-8.***

27 participantes firmaron el consentimiento informado y completaron la evaluación basal. Dos de ellos encontraron trabajo antes de que se formaran los grupos de intervención. Las características de los 25 participantes restantes se presentan en la Tabla 22.

Tabla 22

*Características de los participantes del Estudio 2 (N = 25)*

	N (%) / M (DT)
Edad en años	45 (9,38)
Sexo	
Mujeres	11 (44%)
Hombres	14 (56%)
Nivel educativo	
Estudios primarios (6-9 años)	3 (12%)
Estudios secundarios (10-14 años)	18 (72%)
Estudios universitarios (> 15 años)	4 (16%)
Ocupación	
Trabajando	6 (24%)
En situación de desempleo	7 (28%)
En situación de incapacidad	11 (44%)
Estudiando	1 (4%)
Estado civil	
Soltero/a	20 (80%)
Casado/a	5 (20%)
Duración de la enfermedad (en años)	18,4 (10.9)
Número de hospitalizaciones	3,04 (3.21)
Diagnóstico DSM-5	
Esquizofrenia (295.90)	23 (92%)
Tr. esquizoafectivo (295.70)	1 (4%)
Tr. del espectro de la esquizofrenia no especificado (298.9)	1 (4%)
Puntuación PANSS	
Síndrome positivo	12,28 (3,21)
Síndrome negativo	16,28 (5,20)
Psicopatología general	26,12 (6,04)
Puntuación PSP	57,40 (14,58)

*Nota.* Tr = trastorno, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia; PSP = Personal and Social Performance Scale

No se detectaron diferencias entre el grupo matutino y el grupo vespertino en edad, distribución de sexos, nivel educativo, estatus laboral ni en las escalas clínicas SCL-90-R, PANSS, DES-II y STAI. La puntuación en la subescala de la PSP Actividades sociales era mayor en los participantes del grupo matutino,  $Z = -2,622$ ,  $p = 0,010$ . Todas las escalas presentaban una distribución normal en la línea base a excepción de la subescala Autocuidado de la PSP,  $Z = 1,390$ ,  $p = 0,042$ . La puntuación global de la PSP (PSP-T) se situaba en 57,40 ( $DT = 14,58$ ) en la línea base y en 57,44 ( $DT = 10,72$ ) a las ocho semanas.

## Aplicabilidad

La Figura 9 muestra el diagrama de flujo de acuerdo con las recomendaciones CONSORT 2010 (Eldridge et al., 2016). 15 participantes se incorporaron al grupo matutino y 10 al grupo vespertino. La tasa de abandonos se situó en el 15%. El resto de los participantes completaron el programa SocialMIND-8 acudiendo a 6 o más sesiones. La mediana de las puntuaciones de la escala de satisfacción CSQ-8 es de 3 puntos sobre 4.

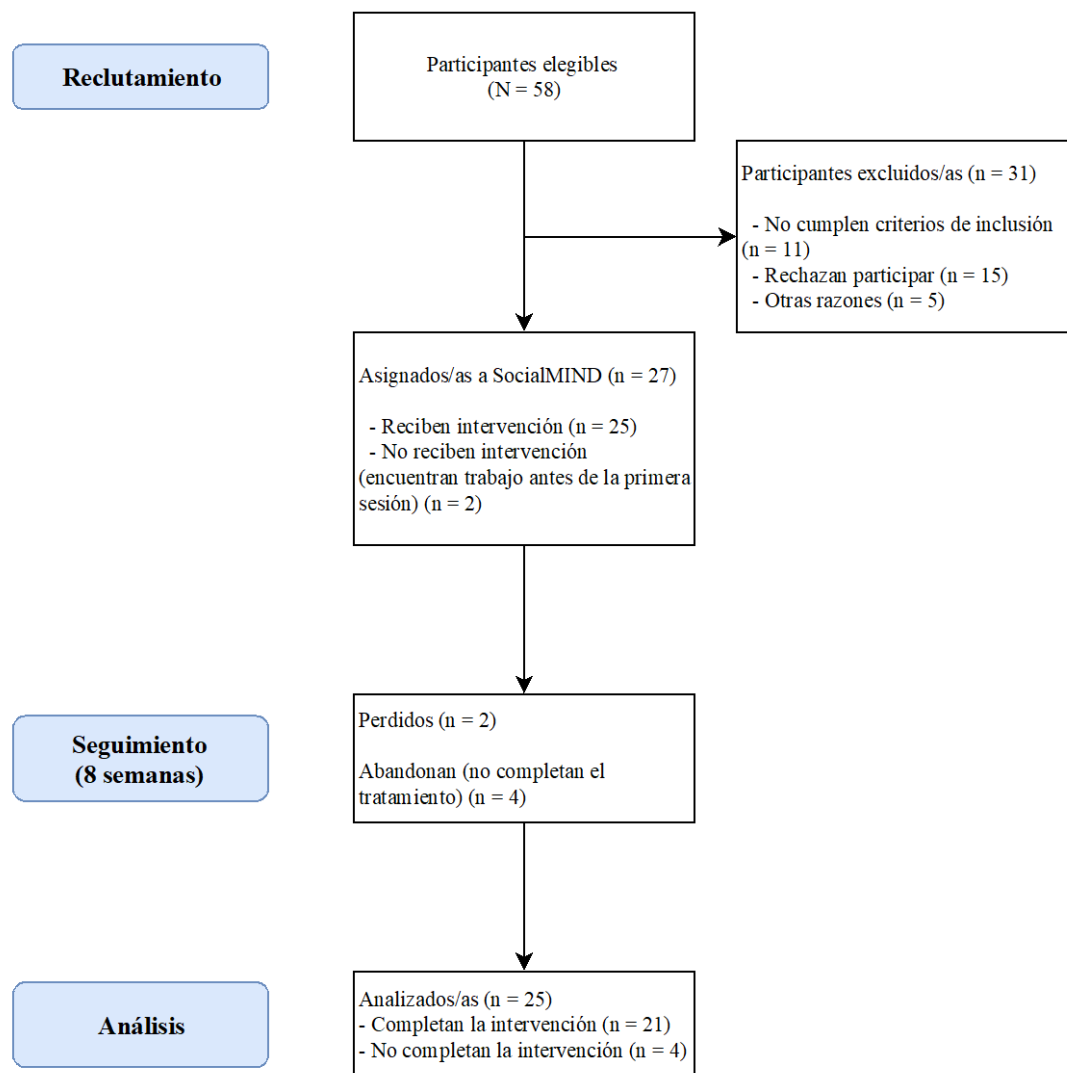


Figura 9. Diagrama de flujo (Estudio 2)

### **Tolerabilidad y efectos adversos**

Ningún participante fue hospitalizado, tuvo que acudir a urgencias, o adelantó la cita con su profesional de referencia desde el inicio del estudio hasta su conclusión. Después de la cuarta sesión, una persona dejó de acudir a las sesiones argumentando que creía que no estaba consiguiendo ningún resultado. No se detectó ningún efecto adverso en su evaluación post intervención.

La Tabla 23 muestra la presencia de síntomas medidos a través del SCL-90-R y de la PANSS, la ansiedad estado antes y después de cada sesión (STAI-S) y el porcentaje de experiencias disociativas (DES-II) en la línea base y a las 8 semanas. Ninguno de estos indicadores aumentó a las 8 semanas. Sólo una persona registró un incremento en el STAI-S después de una de las sesiones, concretamente de 3 puntos (4%).



Tabla 23

*Diferencias pre-post de los indicadores de efectos adversos (prueba T) (mayores puntuaciones indican mayor presencia de síntomas)*

Dominio	M <sub>pre</sub>	M <sub>post</sub>	M <sub>pre</sub> – M <sub>post</sub> (DT)	IC 95%
<b>SCL-90-R</b>				
Somatización	0,81	0,72	0,10 (0,55)	[-0,09, ∞)
Obsesión-compulsión	1,22	1,03	0,19 (0,62)	[-0,02, ∞)
Sensibilidad interpersonal	1,27	1,14	0,13 (0,49)	[-0,04, ∞)
Depresión	1,11	0,87	0,24 (0,51)	[0,06, ∞)
Ansiedad	1,10	0,99	0,10 (0,44)	[-0,05, ∞)
Hostilidad	1,03	0,97	0,06 (0,41)	[-0,08, ∞)
Ansiedad fóbica	1,12	0,97	0,14 (0,47)	[-0,02, ∞)
Paranoidismo	0,97	0,98	0,00 (0,46)	[-0,16, ∞)
Psicoticismo	1,11	0,98	0,12 (0,45)	[-0,03, ∞)
<b>PANSS</b>				
Síndrome positivo	12,28	11,36	0,92 (3,15)	[-0,16, ∞)
Síndrome negativo	16,28	15,48	0,80 (4,49)	[-0,74, ∞)
Psicopatología general	26,12	25,88	0,24 (7,60)	[-2,36, ∞)
Síntomas disociativos (DES-II)	9,89	10,80	-0,90 (9,34) <sup>a</sup>	[-4,10, ∞)
Ansiedad estado intra-sesión (STAI-S)	22,00	16,26	5,74 (5,68)	[3,75, ∞)

*Nota.* Pre = pre-intervención (t<sub>0</sub>), post = post-intervención (t<sub>1</sub>), SCL-90-R = Symptoms Checklist 90 – Revised, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale, DES-II = Dissociative Experiences Scale II, STAI-S = State-Trait Anxiety Inventory – State

<sup>a</sup> = el único incremento sintomático no es estadísticamente significativo (p = 0,317)

### Competencia del profesorado y ajuste al manual

El MBI:TAC arroja unas puntuaciones entre 5 (“competente”) y 6 puntos (“muy competente”), lo que significa que las profesoras sólo presentaron problemas menores o inconsistencias. Respecto al *checklist* a aplicar en cada sesión, las puntuaciones oscilaban entre 1 y 2, situándose la mediana en 2 puntos (“ajuste total”) y la media en 1,90 (DT = 0,31).

### 3. Discusión

El objetivo del Estudio 2 era diseñar un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* y evaluar los índices de aceptabilidad y tolerabilidad en un grupo de personas con psicosis de más de cinco años de evolución. Además, perseguía recoger datos que permitan determinar si es plausible desarrollar un ensayo controlado aleatorizado (ECA).

#### 3.1. Desarrollo del programa SocialMIND

Tras un proceso de revisión de la literatura disponible y de consenso, el grupo de trabajo desarrolló y trasladó a un manual de aplicación un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness*, al que denominó SocialMIND. Este PBM está diseñado para impartirse en grupos de entre 10-15 personas y diseñado específicamente para personas con psicosis. Las sesiones son de aproximadamente 90 minutos. La primera parte del entrenamiento se compone de 8 sesiones semanales (SocialMIND-8) donde se presenta todo el contenido y las prácticas del programa. El programa completo incluye cuatro sesiones más con frecuencia bisemanal y cinco sesiones mensuales de recuerdo (17 sesiones en total).

En el Capítulo 4 de la Introducción se mencionaron los criterios esenciales y accesorios que, de acuerdo con Rebeca Crane y su grupo, debían cumplir todos los programas que se denominasen a sí mismos *basados en mindfulness* (Crane et al., 2017). De acuerdo con esta propuesta, SocialMIND sería estrictamente un PBM, y cumpliría con todas las condiciones esenciales y accesorias, tanto en lo que respecta al programa en sí, como a las profesoras que lo imparten, que son profesionales de la salud mental con experiencia en el trabajo con personas con psicosis y profesoras (formadas o en proceso de formación) en organismos internacionales como la Universidad de Brown o el *Center for Mindfulness* de la Universidad de Massachusetts. Además, SocialMIND bebe de otros programas basados e inspirados en *mindfulness*, algunos de ellos con un largo recorrido clínico y de investigación. Del programa MBSR (Kabat-Zinn, 1994), por ejemplo, incorpora la propia esencia de los PBM y el descanso sobre pilares como la psicología budista y las tradiciones contemplativas, el aprendizaje experiencial y el marcado carácter científico, que cristaliza en una exploración de la seguridad, eficacia y mecanismos de

acción de SocialMIND. Además, como en MBSR, se trabajan explícitamente actitudes propias de la práctica de *mindfulness*, como la mente de principiante, la ausencia de juicio o el ser capaz de “dejar ir” las experiencias, entre otros, y se ofrece un abanico de prácticas formales e informales que incluyen desde ejercicios de meditación sedente o yoga a instrucciones para una vida cotidiana más consciente (como dedicar plena atención al cepillado de dientes). De la MBCT (Segal et al., 2013), recoge el marcado carácter terapéutico que le ha llevado a ocupar un lugar en las guías de práctica clínica de Reino Unido para la depresión recurrente (NICE, 2009), e incorpora prácticas concretas dirigidas a identificar y reflexionar acerca de los sesgos cognitivos que las personas a aplicar a la hora de interpretar los eventos (para trabajar con el establecimiento de conclusiones prematuras, por ejemplo).

Pero quizá las dos comparaciones más obligadas sean las que se refieren a la PBCT de Paul Chadwick (Chadwick, 2006) y al programa psicoeducativo basado en *mindfulness* de Chien y su grupo (Chien et al., 2017; Chien y Thompson, 2014), ambos desarrollados específicamente para personas con psicosis. En la PBCT, todo el proceso terapéutico es guiado a través de la práctica de *mindfulness*, que convive con otros componentes igualmente importantes como son la zona de desarrollo próximo vygotskiana o el establecimiento de una alianza terapéutica rogeriana. En este sentido, se podría argumentar que la PBCT no es estrictamente un PBM, sino una terapia inspirada en *mindfulness* y en otros elementos, en la línea de otras propuestas como la ACT. Independientemente de la consideración técnica, la PBCT es la intervención de referencia, y son dos los elementos fundamentales que se toman de ella: la incorporación de la tradición de trabajo cognitivo-conductual con psicosis y las recomendaciones para adaptar el trabajo con *mindfulness* en psicosis. Las diferencias son mucho mayores cuando se compara SocialMIND con el entrenamiento psicoeducativo basado en *mindfulness* desarrollado por Chien y su grupo. En primer lugar, la estructura de ambos cursos difiere considerablemente, en tanto que este entrenamiento incluye sesiones que son casi en su totalidad clases de psicoeducación sobre la psicosis. En segundo lugar, y de acuerdo con los criterios sobre los PBMs, es difícil denominar el programa de Chien como *basado en mindfulness*, sino más bien como un curso psicoeducativo que incluye elementos inspirados en *mindfulness*. Por último, existe una diferencia radical entre ambos entrenamientos, en tanto que, desde la filosofía de SocialMIND, es difícil integrar un proceso de formación respecto a los síntomas y signos de un trastorno, la toma de

medicación y, en definitiva, la conciencia de enfermedad, en un marco de aceptación compasiva de la experiencia presente como el que pretende proporcionar *mindfulness*.

Otros componentes fundamentales del programa tienen que ver con la incorporación del entrenamiento en compasión desde fases iniciales y, por supuesto, la integración de un entrenamiento en cognición social. Para el primero de los componentes, se incluyen elementos procedentes de cursos como el MSC de Neff y Germer (Germer y Neff, 2013) o de la CFT de Paul Gilbert (Gilbert, 2009). En este sentido, el entrenamiento en compasión se hace especialmente explícito en SocialMIND. Respecto al trabajo con la cognición social, aunque integrado en la propia práctica de *mindfulness* y las dinámicas grupales -más interpersonales a medida que avanza el programa-, la inspiración principal es el SCIT de David Penn y su grupo (Penn et al., 2005). De él se tomaron prácticas específicas sobre la identificación e interpretación de las emociones, el establecimiento de conclusiones prematuras o la búsqueda de claves sociales para comprobar las hipótesis que las personas se forman respecto de las causas de los eventos.

### **3.2. Ajuste al manual**

El avance científico requiere de la replicación de los resultados de los estudios. Y esa replicación requiere a su vez de la *replicabilidad* de los diseños de investigación. Saber qué intervención se utiliza y cómo se realiza es algo especialmente costoso en el caso de las intervenciones psicológicas, sin farmacocinética o farmacodinamia que permita operativizar estas cuestiones. La manera más parsimoniosa y rigurosa de superar estas limitaciones pasa por (1) diseñar un manual que -hasta donde sea posible- “universalice” la intervención y (2) evaluar si las personas encargadas de intervenir lo hacen con ajuste a dicho manual. Respecto a la primera cuestión, una primera versión del manual de SocialMIND fue diseñada para las intervenciones, y se contempla que se realicen ajustes tras el feedback de sus diferentes aplicaciones antes de proceder a su publicación. Esta “manualización” es habitual en PBM, como el MBSR o el MBCT, y ha permitido entre otras cosas que las investigaciones sobre su eficacia y utilidad clínica proliferen en distintos lugares del mundo. Respecto a la segunda cuestión, los resultados muestran un ajuste casi total al contenido del manual. En su último ensayo clínico, Chadwick y colaboradores también evalúan esta adherencia, aunque no comunican los resultados (Chadwick et al., 2016). Concluyen que futuras investigaciones deberían

analizar además la competencia del terapeuta, pero no lo hacen en su ensayo más reciente (Jacobsen et al., 2019). Este estudio aplica el *gold standard* para evaluar competencia de profesores de *mindfulness* (Crane et al., 2013), que arroja puntuaciones altas. Sin embargo, las evaluadoras son también profesoras de SocialMIND, por lo que se hace necesario realizar valoraciones por parte de profesionales independientes en futuras investigaciones.

### **3.3. Tolerabilidad, aceptabilidad y satisfacción**

No se detectó ningún efecto adverso, en términos de aumento de síntomas psicóticos o no psicóticos, experiencias disociativas, tasa de hospitalización o deterioro en el funcionamiento. La mayoría de las personas completaron el programa y la tasa de abandono fue baja en comparación con otros estudios (Nosé, Barbui y Tansella, 2003). Esto podría considerarse un indicador indirecto de la tasa de satisfacción con el programa, que también se evaluó de modo directo con un cuestionario que reveló niveles altos de satisfacción.

Las revisiones disponibles no concluyen que la meditación tenga, en general, un efecto “psicotizante” (Cramer et al., 2016; Goldberg et al., 2018; Van Gordon et al., 2017). SocialMIND es un programa diseñado específicamente para personas con psicosis y toma en consideración las recomendaciones planteadas por Chadwick y su grupo respecto a la duración de las prácticas, la adaptación de las guías, la extensión de las sesiones, las tareas para casa o la propia conceptualización de la meditación *mindfulness* (Chadwick, 2014; Chadwick et al., 2005). También en línea con recomendaciones (Van Gordon et al., 2017), las profesoras tienen formación reglada en *mindfulness* y llevan años realizando PBM en contextos clínicos y no clínico. Además, que todo el equipo desarrollador del programa y las profesoras sean profesionales del ámbito de la salud mental asegura que, aunque se denomine “programa” o “curso”, SocialMIND comporte un proceso esencialmente terapéutico. Todos estos aspectos podrían dar cuenta de la ausencia de efectos adversos identificados durante las ocho semanas, incluso dentro de cada sesión.

### **3.4. Plausibilidad de un ensayo controlado aleatorizado**

Los estudios de aplicabilidad suelen perseguir dos objetivos: probar la “seguridad” de la intervención y afirmar que se dan las posibilidades para desarrollar un ECA. El primer objetivo es alcanzado de forma clara, incluyendo la realización de pruebas de contraste de hipótesis, poco habituales en estos ensayos (Tickle-Degnen, 2013; Wood et al., 2018). El segundo de ellos es más difícil de explorar de forma directa, pues el propio diseño de esta investigación no permite obtener datos sobre la implementación de un ECA. Los datos que sí pueden decirnos algo acerca de la implementación de un ECA serían la tasa de reclutamiento, que sugiere que las personas con psicosis del área de influencia del Hospital Universitario La Paz estarían interesadas en formar parte de un ensayo clínico con una intervención psicoterapéutica, y la tasa de adherencia, probablemente debida al simple hecho de ofrecer un programa terapéutico y no tanto a algún aspecto específico del programa SocialMIND. Sería esperable, por tanto, obtener unos resultados similares de reclutamiento y adherencia en un ECA donde las dos ramas de tratamiento ofreciesen intervenciones psicológicas (SocialMIND y un comparador activo). De ser así, sería factible formar dos grupos de entre diez y doce personas en cada aleatorización. Además, el estudio explora cómo se comporta una candidata a medida de resultado de un ensayo clínico (la escala PSP), encontrando unos valores de tendencia central y dispersión similares a los de la adaptación española (García-Portilla et al., 2011).

### **3.5. Limitaciones y fortalezas**

La principal limitación del estudio es que su diseño impide probar la hipótesis respecto a la realización de un ECA. La decisión de realizar un ensayo de aplicabilidad no controlado y no aleatorizado responde al objetivo de contar con una muestra suficiente de participantes para poner a prueba las hipótesis relacionadas con la aceptabilidad y la tolerabilidad, mucho más relevantes desde el punto de vista clínico y mucho más en línea con las inquietudes identificadas en la literatura respecto a la meditación *mindfulness* para personas con psicosis. En este sentido, la fortaleza principal del estudio es contar con la potencia estadística suficiente para detectar efectos adversos en un 96% de los casos (24 de los 25 participantes). Además, como los síntomas que más fácilmente podrían aparecer son respuestas de ansiedad (Van Gordon et al., 2017), estos fueron monitorizados *en cada*

*sesión*, registrando los niveles antes y después del programa. Otra posible crítica es que la intervención a estudio no es el programa SocialMIND completo, sino sólo las ocho sesiones semanales iniciales. Esto puede suponer un problema de cara a generalizar los resultados de aplicabilidad (adherencia y abandono, fundamentalmente), a un ensayo clínico que incluya el programa de 17 sesiones. De cara a la tolerabilidad y la seguridad, en cambio, SocialMIND-8 incluye ya todo el contenido teórico del programa y presenta -y monitoriza- todas las prácticas formales de meditación. Tiene además la mayor frecuencia de sesiones, por lo que cabría esperar que, de surgir efectos adversos, lo hicieran en esta fase. Una última limitación es la falta de un período formal de seguimiento tras finalizar la intervención. Desde un punto de vista cualitativo e informal, los profesionales de las personas derivadas no sólo no han trasladado ninguna de estas cuestiones al equipo investigador, sino que comunican en muchos casos que los participantes estarían interesados en realizar más sesiones de *mindfulness*.

En conclusión, la versión de ocho semanas del programa SocialMIND no causa daño a los participantes, y podría tener efectos beneficiosos sobre la ansiedad y la depresión (los intervalos de confianza son unilaterales y sólo permiten realizar contrastes de hipótesis sobre un aumento de la sintomatología). El ECA por implementar debería explorar este posible efecto, así como si existe alguna mejora en el funcionamiento social. Además, al tratarse de un entrenamiento en cognición social, debería explorarse el papel de los componentes de la cognición social como variables moderadoras. De cara a maximizar el potencial terapéutico del ECA, podrían realizarse algunas modificaciones con respecto a este estudio. La primera, como la cognición social y el funcionamiento pueden estar afectadas desde fases iniciales del proceso psicótico, podría ser útil dirigir el estudio a población con PEP. La segunda, aunque implique un mayor número de pérdidas y un mayor esfuerzo, el ECA debe incluir el programa SocialMIND completo, donde habría otro período intensivo de sesiones bisemanales y un período de sesiones de recuerdo que ayudarían a incorporar la práctica a la vida diaria. La tercera, debería incluirse un comparador activo que haya mostrado resultados positivos en personas con PEP. Por último, el ensayo debe aspirar a incluir medidas de eficacia, y no simplemente de satisfacción o tolerabilidad. Estas medidas deberán estar relacionadas con el funcionamiento diario de las personas, y no simplemente incluir la reducción de síntomas o la disminución del sufrimiento.

## Estudio 3

### 1. Método

#### 1.1. Participantes

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador tanto en el Hospital Universitario La Paz como en otros centros colaboradores del proyecto AGES-CM 2-CM entre junio de 2018 y febrero de 2019. El profesional de referencia de cada participante fue contactado y se realizó una pequeña entrevista acerca del estado de salud del posible participante y la idoneidad de participar en grupos terapéuticos. En caso afirmativo, bien se contactaba a la persona para informarle sobre el proyecto, bien el propio profesional de referencia actuaba como informador.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- 1) Edad entre 18 y 45 años
- 2) Presencia de síntomas psicóticos de menos de cinco años de evolución constatada por la fecha de la primera hospitalización, la primera visita a los servicios de salud mental presentando sintomatología positiva, el inicio del tratamiento con fármacos antipsicóticos o la aparición de sintomatología psicótica activa confirmada por un informante.
- 3) Firma del consentimiento informado

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- 1) Presencia de otro diagnóstico psiquiátrico (exceptuando los trastornos relacionados con la nicotina y el cannabis) de acuerdo con el DSM-5
- 2) Presencia de síntomas graves, constatada por una puntuación superior a 5 (“marcadamente enfermo”) en la escala ICG.
- 3) Diagnóstico de discapacidad intelectual y alteración del funcionamiento *previas* al inicio del trastorno
- 4) Diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo



- 5) Embarazo (en mujeres)
- 6) Ser participantes en cursos de *mindfulness* o intervenciones psicoeducativas estructuradas en el momento de incluirse en el estudio

Los criterios de retirada fueron los siguientes:

- 1) Decisión expresa del participante
- 2) Ingreso hospitalario en unidad psiquiátrica
- 3) Empeoramiento clínico identificado por el equipo investigador y/o los profesionales de referencia del participante
- 4) Participar en otros cursos de *mindfulness* u otras intervenciones psicoeducativas estructuradas durante el ensayo

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz de Madrid (código 4911) (Anexo 2) y registrado en [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) con (identificador NCT03309475) (Anexo 7). El diseño e implementación del ensayo se hizo según las declaraciones SPIRIT 2013 (Calvert et al., 2018; Chan et al., 2013) y CONSORT 2010 (Moher et al., 2010) y de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

## **1.2. Diseño**

Ensayo piloto, controlado (frente a comparador activo), aleatorizado (ratio 1:1), de grupos paralelos, con evaluador ciego (ciego simple) y 32 semanas de seguimiento. La variable independiente es el grupo de tratamiento, con dos niveles o ramas: experimental (SocialMIND) y comparador activo (IMP). La variable dependiente principal es el funcionamiento psicosocial, medido a través de la puntuación global de la escala PSP (véase Instrumentos y medidas). Ambas intervenciones (SocialMIND y IMP) constan de una fase intensiva de 16 semanas con ocho sesiones semanales y cuatro sesiones quincenales, y una fase extensiva (sesiones de recuerdo) de 20 semanas. El período de seguimiento se inicia al finalizar las sesiones intensivas, y se extiende a lo largo de 20 semanas con sesiones de recuerdo y 12 semanas más sin sesiones de recuerdo (32 semanas en total) (Figura 10). Las evaluaciones se realizan en la línea base ( $t_0$ ), tras las sesiones intensivas semanales ( $t_1$ , 8 semanas), tras las sesiones intensivas quincenales ( $t_2$ , 16

semanas), tras las sesiones de recuerdo mensuales ( $t_3$ , 36 semanas) y tres meses después la última sesión de recuerdo ( $t_4$ , 48 semanas). La Tabla 24 muestra la línea temporal de los participantes de acuerdo con los criterios CONSORT.

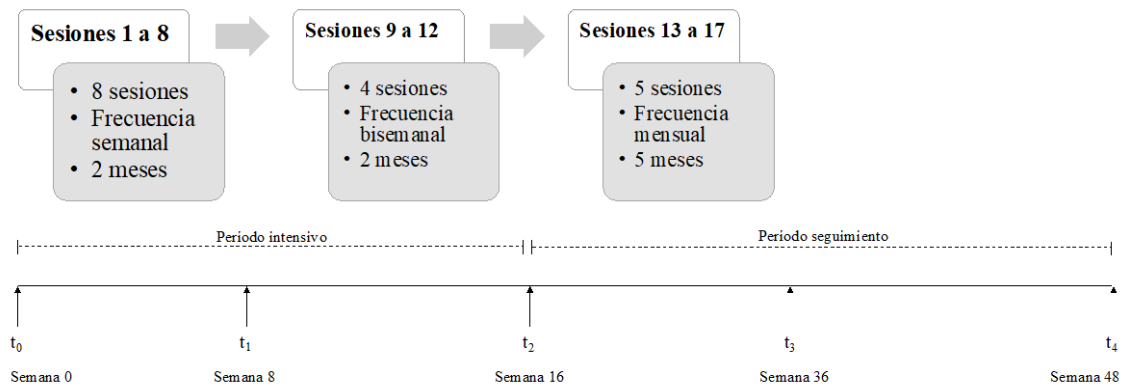


Figura 10. Vista de la distribución de las sesiones y los momentos de medida del Estudio 3.

Tabla 24

*Línea temporal de los participantes del Estudio 3*

Momento	Periodo					
	Reclu t <sub>1</sub>	Asig t <sub>0</sub>	Post t <sub>1</sub>	Seg 1 t <sub>2</sub>	Seg 2 t <sub>3</sub>	Seg 3 t <sub>4</sub>
Reclutamiento						
<i>Screening</i>	X					
Consentimiento informado	X					
Asignación		X				
Intervención						
SocialMIND		X	X	X	X	
IMP		X	X	X	X	
Evaluación						
Línea base	X					
Características demográficas						
Tiempo desde el PEP						
Número de hospitalizaciones						
Diagnóstico						
Evaluación clínica	X		X	X	X	X
Hospitalizaciones						
Evaluación funcional	X		X	X	X	X
Evaluación cognitiva y de cognición social	X		X	X	X	
Disposición <i>mindfulness</i> e <i>insight</i> cognitivo	X		X	X	X	X

*Nota.* Reclu = reclutamiento, Asig = asignación, Post = post-intervención, Seg = seguimiento, Interv = intervenciones, IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, PEP = primer episodio de psicosis

En este estudio piloto se realizó únicamente el análisis de los resultados intermedios (al finalizar la intervención intensiva en t<sub>2</sub>). Los resultados finales estarán disponibles cuando se alcance la N estimada y serán accesibles en [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov).

### 1.3. Instrumentos y medidas

En la línea base, se registró la edad, el sexo, el nivel educativo, el estatus laboral y el estado civil. Además, se registró el tiempo transcurrido desde el primer episodio de psicosis (PEP), la duración de la psicosis no tratada (DPNT) el diagnóstico DSM-5 y el número de ingresos en servicios de salud mental.

En el período de seguimiento ( $t_1$  y  $t_2$ ), se registró el número de hospitalizaciones y las visitas al servicio de urgencias por motivos de consulta relacionados con la salud mental.

### **Variable principal**

El **cambio en funcionamiento social** a las 16 semanas se midió con la escala PSP (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”)

### **Variables secundarias**

#### *Funcionamiento social*

El **cambio en funcionamiento social** a las 16 semanas se midió con la escala PSP (García-Portilla et al., 2011; Morosini et al., 2000). La puntuación PSP-T es la medida principal de resultado, mientras que las puntuaciones en las subescalas (autocuidado, relaciones interpersonales, actividades sociales y comportamiento disruptivo y agresivo) se consideran variables secundarias. Estas subescalas proporcionan datos ordinales que van desde 1 (alteración “ausente”) hasta 7 (alteración “muy grave”), por lo que mayores puntuaciones indican peor funcionamiento.

#### *Funcionamiento general*

El **cambio en funcionamiento general** a las 16 semanas se midió con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (American Psychiatric Association, 2000; Bobes, García-Portilla, Bascaran, Saiz y Bousoño, 2002). La puntuación general va de 1 a 100 puntos, con mayores puntuaciones como indicadores de mejor funcionamiento. Su fiabilidad inter-evaluadores es buena y su puntuación correlaciona con presencia de síntomas y funcionamiento social en personas con esquizofrenia (Startup, Jackson y Bendix, 2002). La escala se cumplimenta tras la realización de una entrevista semiestructurada.

*Síndrome positivo y negativo*

El **cambio en sintomatología psicótica** a las 16 semanas se midió con la PANSS (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

*Sintomatología depresiva*

El **cambio en síntomas depresivos** a las 16 semanas se midió con la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS, por sus siglas en inglés) (Addington, Addington y Maticka-tyndale, 1993). Tras una entrevista semiestructurada, se obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 36, donde los valores más cercanos a cero representan ausencia de sintomatología depresiva. La adaptación española presenta buena consistencia interna ( $r = 0,83$ ), buena fiabilidad entre evaluadores (correlación intraclassa  $> 0,70$ ) y buena validez discriminante entre personas con o sin depresión (Sarró et al., 2004).

*Sintomatología ansiosa*

El **cambio en síntomas de ansiedad** a las 16 semanas se evaluó a través del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés) (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Esta escala de 21 ítems aprecia hasta qué punto los evaluados se han visto afectados por una serie de síntomas de ansiedad durante la última semana. Las respuestas se codifican en una escala Likert de 0 a 3, y la puntuación final oscila entre los 0 (sin ansiedad) y los 84 (ansiedad extrema) puntos. La adaptación española (Sanz y Navarro, 2003) presenta una alta consistencia interna ( $\alpha = 0,90$ ) y discrimina adecuadamente entre personas con y sin ansiedad (Sanz, Garcia-Vera y Fortun, 2012; Sanz y Navarro, 2003).

*Cognición social (atribución de estados mentales)*

El **cambio en teoría de la mente** a las 16 semanas se evaluó con la versión reducida del Test de las Insinuaciones y con la versión revisada del Test de Ojos (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

*Cognición social (reconocimiento emocional)*

El **cambio en el reconocimiento emocional** a las 16 semanas se evaluó con el Test de Reconocimiento de Emociones de Penn (ER-40, por sus siglas en inglés) (Kohler et al., 2003). Esta prueba la conforman 40 fotografías de caras de diferentes actores que expresan cuatro emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo) o muestran una expresión neutra. La persona debe elegir una de las cinco opciones de respuesta para cada ítem. La puntuación final oscila entre 0 y 40 puntos, que reflejarían el número de respuestas correctas. Aunque no es una prueba adaptada en España, la traducción de las emociones es la misma que la realizada por Gil-Sanz y colaboradores en una prueba similar (Gil-Sanz et al., 2017).

*Cognición social (estilo atribucional)*

El **cambio en estilo atribucional** a las 16 semanas se midió con el AIHQ (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

*Insight cognitivo*

El **cambio en el insight cognitivo** a las 16 semanas se evaluó a través del Escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS, por sus siglas en inglés) (Beck, Baruch, Balter, Steer, y Warman, 2004). Esta escala de carácter autoaplicado consta de 15 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Se divide en dos subescalas: la primera reflejaría la tendencia de la persona a tener introspección y reflexionar sobre sus propias cogniciones (Reflexión) y la segunda reflejaría la certeza percibida hacia las propias creencias y juicios (Certeza). Puntuaciones mayores reflejan mayores índices de reflexión y de certeza. Las propiedades psicométricas de la versión española (Gutiérrez-Zotes et al., 2012) son similares a los de la versión original, con índices de fiabilidad bajos ( $\alpha < 0,70$ ) que no aconsejan su uso como instrumento para la práctica clínica individual pero sí para investigación, dada la facilidad de aplicación (Beck et al., 2004).

### *Disposición mindfulness*

El **cambio en la disposición *mindfulness*** a las 16 semanas se evaluó a través de la MAAS (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

### *Neurocognición*

El **cambio en neurocognición** a las 16 semanas se evaluó a través de cinco pruebas de la Batería de Consenso MATRICS (MCCB, por sus siglas en inglés) (Kern et al., 2008; Nuechterlein et al., 2008). En concreto, se calculó un índice de velocidad de procesamiento mediante una prueba de codificación de símbolos (BACS:SC, por sus siglas en inglés), cuatro índices de vigilancia mediante la prueba de pares idénticos del Test de Ejecución Continua (CPT-IP, por sus siglas en inglés), un índice de memoria operativa verbal mediante la prueba de Letras y Números y un índice de memoria operativa visoespacial mediante la prueba de amplitud espacial de la Escala de Memoria de Wechsler. Además, se aplicó la tarea de manejo de emociones de la Batería Mayer-Salovey-Caruso de Inteligencia Emocional (MSCEIT, por sus siglas en inglés). Se obtuvieron puntuaciones estandarizadas y ajustadas por edad, sexo y nivel educativo.

## **1.4. Procedimiento**

### **Evaluación**

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador o derivados por profesionales del Hospital Universitario La Paz u otros centros colaboradores de AGES-CM. En ambos casos, y tras obtener el consentimiento verbal de participar en la investigación, se realizaba un cribado de criterios de inclusión y exclusión en base a todas las fuentes de información disponibles, a saber: entrevista con la persona y con sus informantes, conversación con el profesional de referencia, revisión de los datos del registro electrónico de pacientes y conversación con el personal de urgencias o de la unidad de hospitalización psiquiátrica (en su caso). En caso de cumplirse todos los criterios de inclusión y no cumplirse ningún criterio de exclusión, la persona debía leer la Hoja de Información al Participante y firmar el Consentimiento Informado. Durante este

proceso, el investigador instaba a la persona a expresar todas sus dudas y poder hacer cualquier pregunta. Además, se permitía a la persona estar acompañada en todo momento.

Cuando la persona daba su consentimiento por escrito, se le asignaba un código alfanumérico para garantizar su anonimato durante todo el ensayo. Este código se asociaba a su nombre, apellidos y número de historia clínica en una base de datos almacenada en un servidor de la Comunidad de Madrid de acceso restringido. Los demás documentos y bases de datos utilizados en el ensayo incluirían únicamente el identificador alfanumérico, excluyendo cualquier dato de identificación personal.

Tras ello, se ofrecía al participante realizar la evaluación basal en dos o tres sesiones, de acuerdo con sus preferencias. En el primer caso, la entrevista clínica y la extracción de sangre se realizaban en la primera sesión y las pruebas neuropsicológicas y de cognición social en la segunda. En el segundo caso, la primera sesión consistiría en la entrevista clínica y la extracción de sangre y las sesiones segunda y tercera incluirían, respectivamente, la evaluación neuropsicológica y las pruebas de cognición social. Se ofrecía realizar las evaluaciones en horario de mañana o de tarde y, en el caso de la evaluación neuropsicológica, todas las evaluaciones se realizaban en la misma franja horaria (mañana o tarde). Un ejemplo de sección del cuaderno de recogida de datos puede verse en el Anexo 4.

### **Asignación de las intervenciones**

La asignación aleatoria de los participantes a los grupos de tratamiento se realizó tras la evaluación basal ( $t_0$ ), una semana antes de la primera sesión de SocialMIND e IMP. Para ello se utilizó el software gratuito *TeamMaker*®, que distribuía los identificadores de los participantes en dos grupos de forma aleatoria y con razón 1:1.

El enmascaramiento en ensayos clínicos con intervenciones psicológicas no es un procedimiento sencillo. En este caso, tanto los miembros del equipo investigador encargados del trabajo de campo como las profesoras y terapeutas y los propios participantes conocían la rama de tratamiento; sin embargo, los evaluadores y la persona encargada del análisis de datos desconocían el grupo de tratamiento asignado a cada participante. Debido a la complicación de mantener el enmascaramiento de los



evaluadores durante los 12 meses del ensayo clínico, los evaluadores no se encargaban de realizar llamadas telefónicas para citar a los participantes. Esta tarea la realizaban ayudantes de investigación que recordaban a los participantes la importancia de no revelar la rama de tratamiento a la que habían sido asignados. Este recordatorio se realizaba por duplicado: en el momento de la llamada telefónica, e inmediatamente antes de comenzar la evaluación. En caso de que el grupo de tratamiento fuera revelado al evaluador por cualesquiera que fueran los motivos, éste lo comunicaba a una de las investigadoras principales, y se asignaba un nuevo evaluador a ese participante en futuras evaluaciones. Respecto al analista de datos, aunque sí conocía la asignación de los participantes a las ramas de tratamiento durante el estudio, no disponía de esta información en el momento de analizar los datos. Para ello, una ayudante de investigación encargada también de colaborar en la introducción de los datos asignó un número al azar a la rama experimental y otro a la rama comparador activo, y asignó a cada participante un número aleatorio de caso. Esto hacía imposible saber a qué rama correspondía cada nivel de la variable dicotómica “Rama de tratamiento” y a qué persona o identificador correspondía cada número de la variable “Identificador ciego”.

## **Intervenciones**

### *SocialMIND*

La intervención SocialMIND completa consta de ocho sesiones intensivas mensuales, cuatro sesiones intensivas quincenales y cinco sesiones de recuerdo mensuales. En total, se ofrecen cuatro meses de intervención intensiva y cinco meses de sesiones de recuerdo, todas de 90 minutos de duración (Tabla 21). En este estudio, se analiza la fase intensiva de la intervención (SocialMIND-16).

### *Intervención multicomponente psicoeducativa (IMP)*

Esta intervención psicoeducativa con ha sido diseñada y estandarizada para personas con primeros episodios de psicosis por el equipo investigador. Incorpora numerosos componentes de los programas multimodales de intervención temprana que han probado su eficacia, a saber: psicoeducación para pacientes y familias, revisión de la

medicación, consejo educacional y vocacional, manejo de crisis o prevención de recaídas (Correll et al., 2018). El programa se inspira en el Centro de Prevención e Intervención Temprana en Psicosis (EPPIC, por sus siglas en inglés) del australiano *National Centre of Excellence in Youth Mental Health (Orygen)* (Cotton et al., 2016) y en el Programa de Intervención EN pSicosis Adolescente (PIENSA) (Ruiz-Sancho et al., 2012), entre otros. Dos psiquiatras son las terapeutas principales, aunque el programa está altamente estructurado y otros profesionales de la salud mental bien entrenados pueden dirigir la intervención. El programa completo tiene la misma estructura que SocialMIND, con ocho sesiones intensivas semanales, cuatro sesiones intensivas quincenales y cinco sesiones de recuerdo mensuales. Cada una dura 90 minutos y los grupos están compuestos por un máximo de 15 participantes. Las primeras ocho sesiones se centran en proporcionar información acerca de la psicosis: cuáles son sus signos y síntomas, qué diagnósticos existen, en qué consisten las intervenciones farmacológicas y cuáles son sus efectos adversos y qué alternativas terapéuticas no farmacológicas existen. Durante las sesiones quincenales y mensuales, participantes y terapeutas diseñan conjuntamente un plan de bienestar individualizado, centrado en las estrategias de autocuidado, las habilidades de afrontamiento y la práctica de habilidades sociales. Este plan incluye, además, un protocolo para manejar las crisis. En las dos últimas sesiones (16 y 17), los participantes pueden venir acompañados por familiares, amigos y/u otras personas significativas interesadas en recibir información sobre la psicosis y en participar en la implementación del plan de bienestar de cada participante. Los detalles de la IMP se presentan en la Tabla 25. En este estudio se utilizó la fase intensiva de la intervención (IMP-16).

Tabla 25

*Ejemplo de la distribución de la Sesión 2 (“Comprendiendo la psicosis”) de la IMP (Mediavilla, Muñoz-Sanjose, Rodríguez-Vega, Bayon, Palao, et al., 2019) (traducido con permiso)*

Estructura	Contenidos	Dinámicas	Duración
Bienvenida	Conversación sobre cómo ha ido la semana	Conversación	10 minutos
Resumen de la sesión anterior	Encuadre del grupo y normas; revisión de los servicios de salud mental en Madrid; preguntas y comentarios	Exposición oral	20 minutos
Presentación del tema de la sesión	Qué es la psicosis: signos y síntomas; el modelo de vulnerabilidad estrés: factores de riesgo y de protección; las fases del proceso psicótico	Exposición oral; preguntas y respuestas	40 minutos
Preguntas, comentarios y debate	Se invita a los participantes a expresar sus dudas sobre el tema y a compartir cualquier experiencia en relación al mismo	Exposición oral; preguntas y respuestas	20 minutos
Cierre	Breve resumen de la sesión; breve introducción a la siguiente sesión; tareas para casa	Exposición oral; entrega de material	10 minutos

### **1.5. Análisis de datos**

Se realizaron tres análisis complementarios: por intención de tratar (IT), por intención de tratar modificado (ITm) y por protocolo. Para el primero se tuvieron en cuenta a todos los participantes que fueron aleatorizados; para el segundo, se excluyó a aquéllos que acudieron a menos de 3 sesiones semanales; para el tercero, se incluyó únicamente a quienes completaron el programa, es decir, quienes acudieron a 6 o más sesiones semanales y 2 o más sesiones quincenales. El tratamiento de los valores perdidos se realizó imputando la última observación disponible ( $t_0$  o  $t_1$ ) en la evaluación de las 16 semanas ( $t_2$ ). El detalle del procedimiento de análisis de datos que se realizará cuando se disponga de un número suficiente de participantes puede consultarse en Mediavilla, Muñoz-Sanjose, Rodríguez-Vega, Bayon, Palao, et al., (2019).

Para este análisis intermedio de datos, se realizaron dos tipos de pruebas. Los contrastes entre grupos se hicieron utilizando la prueba  $T$  para muestras independientes e incluyendo como variable independiente el tratamiento (ramas: SocialMIND-16, IMP-16) y como variable dependiente la puntuación  $t_2 - t_0$  de las variables relevantes (por ejemplo, para el análisis principal, se sustrajo a la puntuación PSP-T en  $t_2$  la puntuación PSP-T en  $t_0$ ). En caso de que la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra sugiriese la presencia de distribuciones no normales, se utilizó la prueba  $U$  de Mann-Whitney para muestras independientes en lugar de la prueba  $T$ . Para ambas comparaciones, los tamaños del efecto se calcularon mediante la  $d$  de Cohen. Para los contrastes intragrupo, el enfoque fue similar: se calculó la probabilidad de rechazar la hipótesis nula de que  $t_2 - t_1 = 0$  para cada variable relevante. Si las distribuciones eran normales, se utilizó la prueba  $T$  para una muestra; en caso contrario, se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para una muestra. El tamaño del efecto se calculó utilizando la fórmula  $d$  de Cohen.

Debido al bajo número de participantes, se realizó un análisis en la línea base para contrastar que las tendencias centrales de las variables relevantes fueran similares en ambas ramas de tratamiento. Para ello, se realizó la prueba de independencia  $\chi^2$  de Pearson sobre las variables categóricas (p. ej., sexo) y ordinales (p. ej., nivel de educación), y las pruebas de diferencia de medias para grupos independientes  $T$  de Student (para distribuciones normales) o  $U$  de Mann-Whitney (para distribuciones no normales) sobre las variables escalares y de intervalo.

Se realizó un análisis adicional ITm y por protocolo sobre variables de cambio individual. Siguiendo el protocolo desarrollado por Estrada y cols. (2019), se calcularon las diferencias individuales estandarizadas (SID, por sus siglas en inglés) para las variables PANSS, PSP y GAF, mediante la siguiente fórmula (Estrada, Ferrer y Pardo, 2019):

$$SID = \frac{M_{t_2} - M_{t_0}}{DT_{M_{t_2} - M_{t_0}}}$$

donde  $M$  es la media,  $DT$  es la desviación típica,  $t_0$  es la línea base y  $t_2$  es la semana 16

Tras excluir aquellas variables que no seguían una distribución normal, se calculó el porcentaje de cambio neto en cada rama de tratamiento. Para ello, se identificó la proporción de casos que experimentaron un cambio superior a 1,96 puntos o inferior a – 1,96 puntos y se atribuyó un signo negativo a los cambios que indicaban un empeoramiento y signo positivo a los que sugerían mejora. Posteriormente, se sustrajo la proporción de casos que empeoran a la proporción de casos que mejoran en cada una de las ramas de tratamiento, y se calculó la proporción neta de mejoría mediante la siguiente fórmula:

$$P_{neto} = (P_{exp}^+ - P_{exp}^-) - (P_{con}^+ - P_{con}^-)$$

donde  $P$  es la proporción,  $exp$  se refiere al grupo experimental,  $con$  se refiere al grupo control, + se refiere a las mejorías y – se refiere a los empeoramientos

Por último, se exploró si la variable dicotómica finalizar / no finalizar el programa de intervención se asociaba a alguna de las variables de la línea base. Para ello, se realizó la prueba de independencia  $\chi^2$  de Pearson sobre las variables categóricas (p. ej., sexo) y ordinales (p. ej., nivel de educación), y las pruebas de diferencia de medias para grupos independientes  $T$  de Student (para distribuciones normales) o  $U$  de Mann-Whitney (para distribuciones no normales) sobre las variables escalares y de intervalo.

Se realizó un análisis adicional siguiendo estos mismos puntos sobre el cambio de las puntuaciones de  $t_0$  a  $t_1$ , es decir, tras la intervención SocialMIND-8 y el equivalente IMP-8.

## **2. Resultados**

Un total de 28 personas firmaron el consentimiento informado y fueron incluidas en el estudio. Todas ellas realizaron la evaluación basal y fueron aleatorizadas a una de las dos ramas de tratamiento. La Figura 11 muestra el diagrama de flujo correspondiente a los análisis IT, ITm y por protocolo, a las 16 semanas ( $t_2$ ). Las tablas con los resultados por IT, ITm y protocolo a las 8 semanas ( $t_1$ ) pueden consultarse en los Anexos 8 a 13.

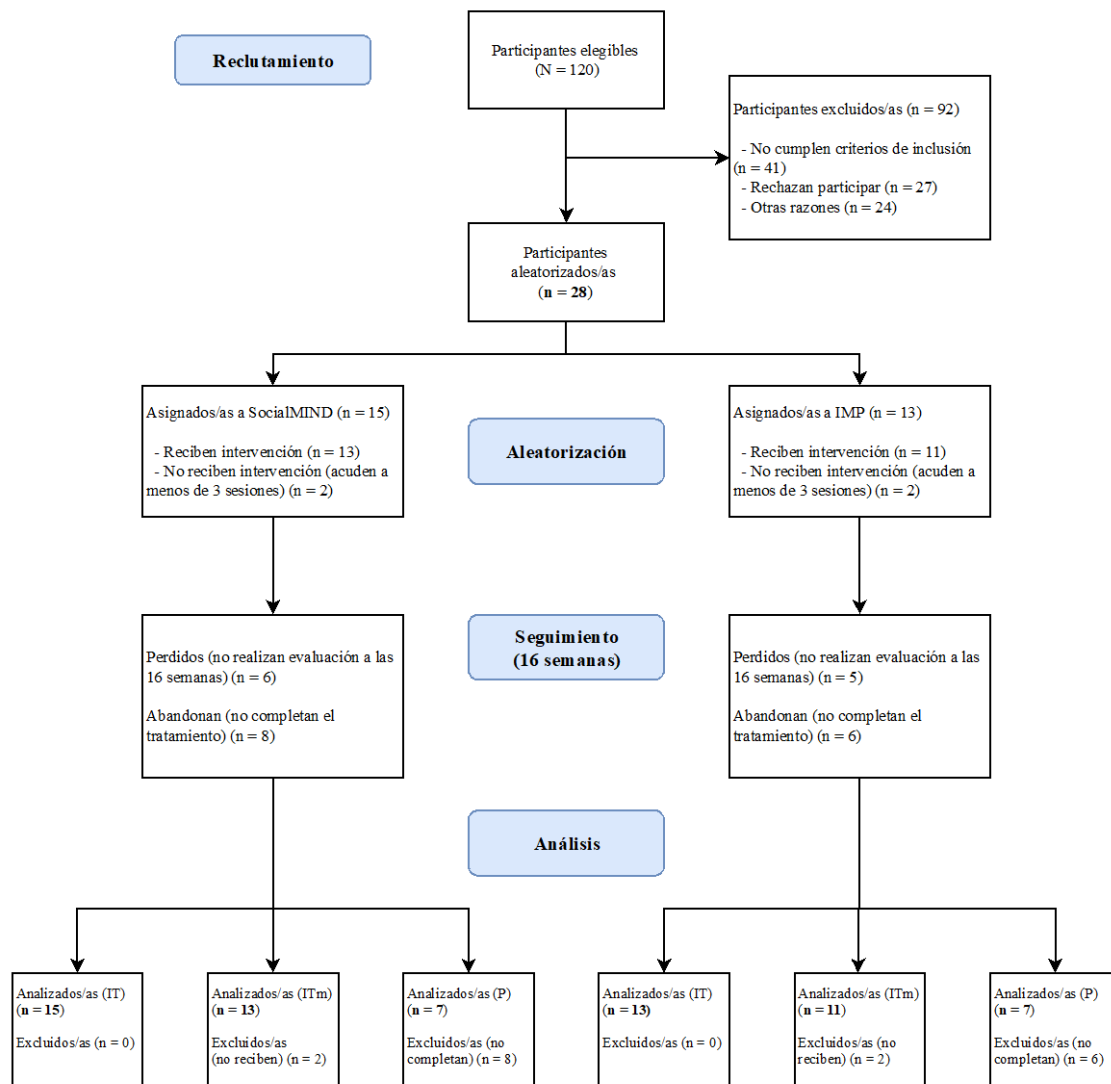


Figura 11. Diagrama de flujo (Estudio 3)

### 2.1. Análisis por intención de tratar

Un total de 28 personas fueron incluidas en el análisis por IT a las 16 semanas. Sus características se presentan en la Tabla 26.

Tabla 26

*Características de los participantes del Estudio 3 (análisis IT) (N = 28)*

	N (%) / M (DT)
Edad en años	26,5 (6,92)
Sexo	
Mujeres	16 (57,1%)
Hombres	12 (42,9%)
Nivel educativo	
Estudios primarios (6-9 años)	1 (3,6%)
Estudios secundarios (10-14 años)	18 (64,3%)
Estudios universitarios (> 15 años)	9 (32,1%)
Ocupación	
Trabajando	12 (42,9%)
En situación de desempleo	4 (14,3%)
En situación de incapacidad	1 (3,6%)
Estudiando	11 (39,3%)
Estado civil	
Soltero/a	28 (100%)
Casado/a	0 (0%)
Duración de la enfermedad (en meses)	23,70 (16,95)
Número de hospitalizaciones	1,43 (0,84) / Me = 1
Diagnóstico DSM-5	
Esquizofrenia (295.90)	9 (32,1%)
Tr. Esquizofreniforme (295.40)	2 (7,1%)
Tr. Delirante (297.1)	1 (3,6%)
Tr. esquizoafectivo (295.70)	3 (10,7%)
Tr. Depresivo Mayor (206.20 – 296.36)	1 (3,6%)
Tr. Bipolar tipo I (296.40 – 296.56)	4 (14,3%)
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado (298.9)	8 (28,6%)
Puntuación PANSS	
Síndrome positivo	11,57 (3,79)
Síndrome negativo	16,04 (7,23)
Psicopatología general	26,89 (8,22)
Puntuación PSP-T	57,89 (19,92)

*Nota.* Tr = trastorno, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PSP = Personal and Social Performance scale

Las Tablas 27 y 28 muestran los análisis por IT para variables clínicas y de funcionamiento y para variables cognitivas, respectivamente. El tamaño de la muestra para cada comparación -y, en consecuencia, los grados de libertad- varían levemente por la presencia de valores perdidos en la línea base. En concreto, existen 27 observaciones para las pruebas de la MCCB, el Test de las Insinuaciones y el AIHQ; 26 para BAI, ER-40 y BCIS; 25 para MAAS y 24 para el Test de Ojos. El síndrome depresivo y las cuatro

subescalas de la PSP no seguían una distribución normal en la línea base, con valores  $Z$  que oscilaban entre 1,396 y 1,721 ( $0,005 < p < 0,041$ ). Los participantes asignados al grupo experimental presentaron puntuaciones significativamente menores en la subescala Certeza del BCIS ( $M = 6,33$ ;  $DT = 2,29$ ) que los participantes de la rama comparador activo ( $M = 9,09$ ;  $DT = 3,83$ ),  $t(24) = -1,293$ ,  $p = 0,031$ . Debido al reducido número de grados de libertad, se realizó un análisis confirmatorio con la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, que no replicó este hallazgo,  $Z = -1,861$ ,  $p = 0,069$ . El resto de las variables dependientes fueron equivalentes en ambas ramas de tratamiento ( $p > 0,183$ ).

Tabla 27

*Diferencias en variables clínicas y de funcionamiento entre las dos ramas de tratamiento (SocialMIND e IMP) y entre la línea base y las 16 semanas de intervención ( $t_0$  y  $t_2$ ) utilizando la prueba T para muestras independientes y relacionadas, respectivamente (análisis IT).*

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T/Z	gl/n	p	d
<b>Síndrome positivo</b>											
IMP	11,85	3,44	11,38	4,21	-0,46	-1,53	0,60				
SM	11,33	4,17	10,87	3,91	-0,47	-1,88	0,95	-0,01	26	1,00	0,00
Total	11,57	3,79	11,11	3,98	-0,46	-1,31	0,38	-1,12	27	0,27	0,30
<b>Síndrome negativo</b>											
IMP	16,85	7,68	13,62	4,84	-3,23	-5,40	-1,06				
SM	15,33	7,02	13,93	6,87	-1,40	-4,60	1,80	0,99	26	0,33	0,38
Total	16,04	7,23	13,79	5,91	-2,25	-4,15	-0,35	-2,44	27	0,02	0,93
<b>Psicopatología general</b>											
IMP	27,08	8,34	25,92	8,05	-1,15	-3,23	0,92				
SM	26,73	8,40	25,27	6,49	-1,47	-4,80	1,87	-0,17	26	0,87	0,06
Total	26,89	8,22	25,57	7,12	-1,32	-3,22	0,58	-1,43	27	0,17	0,33
<b>Síndrome depresivo<sup>a</sup></b>											
IMP	4,69	4,17	2,69	2,14	-2,00	-4,55	0,55				
SM	2,87	2,47	3,20	2,68	0,33	-0,95	1,62	-1,80	28	0,07	0,68
Total	3,71	3,43	2,96	2,41	-0,75	-2,10	0,60	-0,75	28	0,45	0,81
<b>Síndrome ansioso</b>											
IMP	11,27	10,08	10,00	9,27	-1,27	-5,01	2,47				
SM	9,80	8,99	9,13	8,18	-0,67	-4,20	2,86	0,25	24	0,80	0,10
Total	10,42	9,30	9,50	8,49	-0,92	-3,32	1,48	-0,79	25	0,44	0,30



Tabla 27 (cont.)

Autocuidado <sup>a</sup>												
IMP	0,85	0,99	0,77	0,73	-0,08	-0,54	0,38	-0,76	28	0,45	0,25	
SM	1,00	1,07	1,13	1,06	0,13	-0,37	0,64					
Total	0,93	1,02	0,96	0,92	0,04	-0,29	0,36	0,23	28	0,82	0,13	
Relaciones interpersonales <sup>a</sup>												
IMP	2,31	1,38	1,92	1,32	-0,38	-0,78	0,01	-1,58	28	0,14	0,69	
SM	1,80	1,52	1,93	1,44	0,13	-0,33	0,60					
Total	2,04	1,45	1,93	1,36	-0,11	-0,41	0,20	-0,71	28	0,48	0,69	
Actividades sociales <sup>a</sup>												
IMP	1,69	1,32	1,92	1,38	0,23	-0,38	0,84	-0,32	28	0,75	0,04	
SM	1,60	1,59	1,87	1,30	0,27	-0,18	0,71					
Total	1,64	1,45	1,89	1,31	0,25	-0,09	0,59	1,43	28	0,15	0,37	
Agresividad <sup>a</sup>												
IMP	0,85	0,80	0,46	0,78	-0,38	-0,85	0,08	-1,03	28	0,31	0,38	
SM	0,67	0,72	0,60	0,83	-0,07	-0,56	0,42					
Total	0,75	0,75	0,54	0,79	-0,21	-0,54	0,11	-1,30	28	0,19	0,65	
Funcionamiento psicosocial												
IMP	58,46	22,49	62,15	21,27	3,69	-4,47	11,9	-0,44	26	0,66	0,16	
SM	57,40	18,19	59,20	20,14	1,80	-3,21	6,8					
Total	57,89	19,92	60,57	20,34	2,68	-1,65	7,00	1,27	27	0,22	0,47	
Funcionamiento general												
IMP	59,08	17,64	60,69	19,86	1,62	-5,75	8,98	-0,70	26	0,49	0,26	
SM	60,27	16,49	59,27	16,48	-1,00	-5,03	3,03					
Total	59,71	16,72	59,93	17,79	0,21	-3,57	4,00	0,12	27	0,91	0,23	

Nota. Dif = diferencia de medias ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, n = tamaño de la muestra (en pruebas no paramétricas), IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND

<sup>a</sup> Contrastes no paramétricos (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon)

Tabla 28

*Diferencias en variables cognitivas entre las dos ramas de tratamiento (SocialMIND e IMP) y entre la línea base y las 16 semanas de intervención (t<sub>0</sub> y t<sub>2</sub>) utilizando la prueba T para muestras independientes y relacionadas, respectivamente (análisis IT)*

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T	gl	p	d
<b>Velocidad de procesamiento</b>											
IMP	48,83	11,39	49,17	8,60	0,33	-4,07	4,74	1,24	25	0,23	0,48
SM	46,33	9,30	50,00	9,62	3,67	-0,19	7,52				
Total	47,44	10,15	49,63	9,02	2,19	-0,59	4,96				
<b>Memoria operativa no verbal</b>											
IMP	17,17	1,85	16,83	2,41	-0,33	-1,49	0,83	1,40	25	0,17	0,56
SM	15,80	4,41	16,80	3,76	1,00	-0,58	2,58				
Total	16,41	3,52	16,81	3,17	0,41	-0,58	1,40				
<b>Memoria operativa verbal</b>											
IMP	16,50	2,84	15,83	2,82	-0,67	-2,59	1,26	0,95	25	0,35	0,36
SM	15,80	3,69	16,20	3,75	0,40	-1,16	1,96				
Total	16,11	3,30	16,04	3,31	-0,07	-1,22	1,08				
<b>Atención sostenida 2</b>											
IMP	3,03	1,08	2,73	1,14	-0,30	-0,62	0,01	2,85	25	0,01	1,11
SM	3,17	0,72	3,44	0,78	0,26	-0,03	0,55				
Total	3,11	0,89	3,12	1,00	0,01	-0,22	0,24				
<b>Atención sostenida 3</b>											
IMP	2,23	0,80	2,36	1,07	0,13	-0,37	0,63	-0,15	25	0,88	0,06
SM	2,24	0,79	2,33	0,88	0,09	-0,17	0,35				
Total	2,24	0,78	2,35	0,95	0,11	-0,13	0,36				
<b>Atención sostenida 4</b>											
IMP	0,96	0,47	1,12	0,65	0,16	-0,19	0,51	0,09	25	0,93	0,03
SM	1,07	0,73	1,26	0,72	0,19	-0,28	0,65				
Total	1,02	0,62	1,20	0,68	0,18	-0,11	0,46				
<b>Atención sostenida MEDIA</b>											
IMP	2,08	0,67	2,07	0,90	0,00	-0,33	0,32	0,96	25	0,35	0,37
SM	2,16	0,64	2,34	0,66	0,18	-0,09	0,45				
Total	2,12	0,64	2,22	0,77	0,10	-0,10	0,29				
<b>Inteligencia emocional</b>											
IMP	107,75	13,00	110,17	12,67	2,42	-1,14	5,97	-0,44	25	0,66	0,17
SM	104,40	11,10	105,73	11,70	1,33	-2,48	5,15				
Total	105,89	11,87	107,70	12,11	1,81	-0,66	4,29				

Tabla 28 (cont.)

Test de las insinuaciones												
IMP	9,00	0,95	9,50	0,52	0,50	-0,29	1,29	-1,58	25	0,13	0,62	
SM	8,27	1,39	7,80	2,40	-0,47	-1,47	0,53					
Total	8,59	1,25	8,56	1,99	-0,04	-0,68	0,61	-0,12	26	0,91	0,43	
Test de ojos												
IMP	19,50	3,60	19,80	3,94	0,30	-1,17	1,77	1,33	22	0,20	0,59	
SM	21,29	3,43	23,79	3,72	2,50	-0,33	5,33					
Total	20,54	3,54	22,13	4,24	1,58	-0,13	3,29	1,91	23	0,07	0,10	
Reconocimiento emocional												
IMP	31,64	2,91	31,73	3,26	0,09	-0,88	1,06	1,19	24	0,24	0,49	
SM	31,33	2,64	32,40	3,33	1,07	-0,26	2,40					
Total	31,46	2,70	32,12	3,25	0,65	-0,19	1,49	1,60	25	0,12	0,06	
Sesgo de hostilidad												
IMP	1,75	0,41	1,71	0,34	-0,05	-0,27	0,18	-0,62	25	0,54	0,24	
SM	1,81	0,23	1,70	0,33	-0,11	-0,23	0,01					
Total	1,79	0,32	1,70	0,33	-0,08	-0,19	0,03	-1,54	26	0,14	0,23	
Intencionalidad												
IMP	2,87	0,68	2,74	0,84	-0,13	-0,56	0,29	-0,51	25	0,61	0,19	
SM	3,18	0,75	2,94	0,86	-0,24	-0,49	0,00					
Total	3,05	0,72	2,85	0,84	-0,19	-0,41	0,02	-1,85	26	0,08	0,34	
Culpa												
IMP	2,44	0,64	2,52	0,61	0,07	-0,06	0,20	-1,36	25	0,19	0,54	
SM	2,63	0,80	2,55	0,85	-0,08	-0,28	0,11					
Total	2,55	0,72	2,53	0,74	-0,01	-0,13	0,10	-0,26	26	0,80	0,34	
Agresión												
IMP	2,46	0,58	2,47	0,63	0,01	-0,24	0,27	-1,25	25	0,22	0,48	
SM	2,58	0,83	2,42	0,86	-0,16	-0,33	0,01					
Total	2,53	0,72	2,44	0,75	-0,08	-0,23	0,06	-1,21	26	0,24	0,05	
Sesgo de agresión												
IMP	1,93	0,57	1,86	0,56	-0,06	-0,20	0,07	0,75	25	0,46	0,29	
SM	1,81	0,36	1,81	0,39	0,01	-0,14	0,15					
Total	1,86	0,46	1,84	0,47	-0,02	-0,12	0,07	-0,50	26	0,62	0,37	
Estilo atribucional global												
IMP	2,29	0,43	2,26	0,44	-0,03	-0,17	0,11	-1,07	25	0,29	0,41	
SM	2,40	0,48	2,28	0,55	-0,12	-0,23	0,00					
Total	2,35	0,45	2,27	0,50	-0,08	-0,16	0,00	-1,95	26	0,06	0,20	

Tabla 28 (cont.)

<i>Insight</i> cognitivo (reflexividad)												
IMP	15,45	2,77	14,82	4,35	-0,64	-3,29	2,02	-0,27	24	0,79	0,10	
SM	14,73	4,25	13,80	4,38	-0,93	-1,70	-0,17					
Total	15,04	3,65	14,23	4,31	-0,81	-1,90	0,29	-1,52	25	0,14	0,33	
<i>Insight</i> cognitivo (certeza)												
IMP	9,09	3,83	9,55	3,24	0,45	-0,93	1,84	-2,11	24	0,05	0,81	
SM	6,33	2,29	5,40	2,47	-0,93	-1,64	-0,22					
Total	7,50	3,28	7,15	3,46	-0,35	-1,06	0,37	-1,00	25	0,33	0,36	
<i>Insight</i> cognitivo global												
IMP	24,55	4,13	24,36	3,61	-0,18	-3,01	2,65	-1,29	24	0,21	0,49	
SM	21,07	4,54	19,20	4,11	-1,87	-3,20	-0,53					
Total	22,54	4,63	21,38	4,63	-1,15	-2,50	0,19	-1,77	25	0,09	0,08	
Disposición <i>mindfulness</i>												
IMP	4,10	0,51	4,11	0,72	0,01	-0,51	0,54	-0,08	23	0,93	0,03	
SM	4,13	0,79	4,13	0,90	-0,01	-0,25	0,23					
Total	4,12	0,68	4,12	0,82	0,00	-0,23	0,23	0,02	24	0,98	0,04	

*Nota.* Dif = diferencia de medias ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND

En términos generales, los resultados muestran una mejoría tras la intervención, con tamaños del efecto que van de despreciables (para la atención sostenida global o la disposición *mindfulness*) a elevados (síndromes negativo y depresivo). Este aumento intrasujeto sólo alcanza la significación estadística en el caso del síndrome negativo, cuyo intervalo de confianza va de un tercio hasta los cuatro puntos [-4,15; -0,35].

Respecto a las diferencias entre los tratamientos, los tamaños del efecto oscilan de nuevo entre valores cercanos a cero (síndrome positivo, psicopatología general o disposición *mindfulness*, entre otros) y efectos elevados (la subescala Certeza de la escala BCIS) o muy elevados (la detección de señales en la prueba CPT-IP de 2 dígitos). Concretamente, existiría una tendencia a mejorar la detección de señales en el grupo SocialMIND,  $IC_{95\%} = [-0,03; 0,55]$ , frente a una tendencia a disminuir esta detección en el grupo IMP,  $IC_{95\%} = [-0,62; 0,01]$ . Respecto al BCIS, las personas asignadas a la rama SocialMIND presentan una mayor reducción en la certeza sobre los propios procesos mentales que las personas asignadas a IMP,  $IC_{95\%} \text{ SocialMIND} = [-1,64; -0,22]$ ,  $IC_{95\%} \text{ IMP} = [-0,93; 1,84]$ . Ambas diferencias son estadísticamente

significativas; sin embargo, las diferencias en la línea base en el BCIS obligan a extremar la cautela a la hora de establecer inferencias.

Hasta septiembre de 2019, los datos de seguimiento revelan que seis personas han sido hospitalizadas en la Unidad de Agudos (cuatro de ellas pertenecían a la rama IMP y dos a la rama SocialMIND) y que tres personas han acudido al Servicio de Urgencias por motivos de salud mental (una pertenecía a la rama SocialMIND y dos a la rama IMP). Ninguno de estos registros fue provocado por intentos de suicidio o ideaciones autolíticas.

## ***2.2. Análisis por intención de tratar modificado***

Un total de 24 personas fueron incluidas en el análisis por ITm. Sus características se presentan en la Tabla 29.

Tabla 29

*Características de los participantes del Estudio 3 (análisis ITm) (N = 28)*

	<u>N (%) / M (DT)</u>
Edad en años	25,96 (6,82)
Sexo	
Mujeres	13 (54,2%)
Hombres	11 (45,8%)
Nivel educativo	
Estudios primarios (6-9 años)	1 (4,2%)
Estudios secundarios (10-14 años)	15 (62,5%)
Estudios universitarios (> 15 años)	8 (33,3%)
Ocupación	
Trabajando	12 (50%)
En situación de desempleo	1 (4,2%)
En situación de incapacidad	1 (4,2%)
Estudiando	10 (41,6%)
Estado civil	
Soltero/a	24 (100%)
Casado/a	0 (0%)
Duración de la enfermedad (en meses)	21,13 (15,93)
Número de hospitalizaciones	1,33 (0,76) / Me = 1
Diagnóstico DSM-5	
Esquizofrenia (295.90)	8 (33,3%)
Tr. Esquizofreniforme (295.40)	2 (8,3%)
Tr. Delirante (297.1)	0 (0%)
Tr. esquizoafectivo (295.70)	2 (8,3%)
Tr. Depresivo Mayor (206.20 – 296.36)	1 (4,2%)
Tr. Bipolar tipo I (296.40 – 296.56)	4 (16,7%)
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado (298.9)	7 (29,2%)
Puntuación PANSS	
Síndrome positivo	10,79 (2,93)
Síndrome negativo	16,25 (7,71)
Psicopatología general	26,38 (8,05)
Puntuación PSP-T	57,25 (19,38)

*Nota.* PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PSP = Personal and Social Performance

Las Tablas 30 y 31 muestran los análisis por ITm para variables clínicas y de funcionamiento y para variables cognitivas, respectivamente. El tamaño de la muestra para cada comparación -y, en consecuencia, los grados de libertad- varían levemente por la presencia de valores perdidos en la línea base. En concreto, se perdió una observación para el Test de Ojos, el AIHQ y el MAAS. Las subescalas de la PSP Relaciones Interpersonales, Actividades sociales y Agresividad no seguían una distribución normal

en la línea base, con valores  $Z$  de Kolmogorov-Smirnov que oscilaban entre 1,441 y 1,512 ( $0,021 < p < 0,031$ ). No se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las ramas de tratamiento en la línea base ( $p > 0,054$ ). Aunque la subescala Certeza del BCIS continuó siendo inferior en el grupo experimental ( $M = 6,46$ ;  $DT = 2,44$ ) que en el comparador activo ( $M = 9,09$ ;  $DT = 3,83$ ), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ni con el contraste paramétrico,  $t(22) = -2,038$ ,  $p = 0,054$ , ni con el contraste no paramétrico,  $Z = -1,636$ ,  $p = 0,106$ .

Tabla 30

*Diferencias en variables clínicas y de funcionamiento entre las dos ramas de tratamiento (SocialMIND e IMP) y entre la línea base y las 16 semanas de intervención ( $t_0$  y  $t_2$ ) utilizando la prueba  $T$  para muestras independientes y relacionadas, respectivamente (análisis ITm)*

	$M_1$	$DT_1$	$M_2$	$DT_2$	Dif	$IC_{inf}$	$IC_{sup}$	$T/Z$	gl/n	p	d
Síndrome positivo											
IMP	11,64	3,26	11,09	4,18	-0,55	-1,83	0,74	0,25	22	0,81	0,10
SM	10,08	2,53	9,77	2,31	-0,31	-1,91	1,30				
Total	10,79	2,93	10,38	3,29	-0,42	-1,39	0,56	-0,89	23	0,38	0,34
Síndrome negativo											
IMP	17,64	8,14	13,82	5,27	-3,82	-6,24	-1,40	1,00	22	0,33	0,42
SM	15,08	7,44	13,38	7,18	-1,69	-5,43	2,04				
Total	16,25	7,71	13,58	6,25	-2,67	-4,85	-0,48	-2,53	23	0,02	1,04
Psicopatología general											
IMP	27,64	8,91	26,27	8,66	-1,36	-3,86	1,14	-0,04	22	0,97	0,02
SM	25,31	7,43	23,85	4,20	-1,46	-5,37	2,45				
Total	26,38	8,05	24,96	6,58	-1,42	-3,65	0,81	-1,31	23	0,20	0,37
Síndrome depresivo											
IMP	5,18	4,35	2,82	2,27	-2,36	-5,40	0,67	2,09	22	0,06	0,80
SM	2,92	2,66	3,46	2,79	0,54	-0,91	1,99				
Total	3,96	3,64	3,17	2,53	-0,79	-2,38	0,79	-1,03	23	0,31	0,89
Síndrome ansioso											
IMP	11,27	10,08	10,00	9,27	-1,27	-5,01	2,47	0,19	22	0,85	0,08
SM	10,23	9,63	9,46	8,77	-0,77	-4,93	3,39				
Total	10,71	9,63	9,71	8,81	-1,00	-3,61	1,61	-0,79	23	0,44	0,29
Autocuidado											
IMP	0,91	1,04	0,82	0,75	-0,09	-0,65	0,47	1,23	22	0,11	0,50
SM	0,69	0,75	1,00	1,00	0,31	-0,15	0,76				
Total	0,79	0,88	0,92	0,88	0,13	-0,21	0,46	0,77	23	0,45	0,16

Tabla 30 (cont.)

Relaciones interpersonales <sup>a</sup>												
IMP	2,55	1,29	2,09	1,30	-0,45	-0,92	0,01	-1,41	24	0,16	0,68	
SM	1,69	1,60	1,77	1,42	0,08	-0,44	0,60					
Total	2,08	1,50	1,92	1,35	-0,17	-0,51	0,18	-0,97	24	0,33	0,79	
Actividades sociales <sup>a</sup>												
IMP	1,82	1,33	2,09	1,38	0,27	-0,47	1,01	-0,16	24	0,87	0,12	
SM	1,38	1,56	1,77	1,36	0,38	-0,08	0,85					
Total	1,58	1,44	1,92	1,35	0,33	-0,05	0,72	1,63	24	0,10	0,42	
Agresividad <sup>a</sup>												
IMP	0,91	0,83	0,45	0,82	-0,45	-1,01	0,10	-1,37	24	0,17	0,52	
SM	0,54	0,66	0,54	0,88	0,00	-0,55	0,55					
Total	0,71	0,75	0,50	0,83	-0,21	-0,58	0,16	-1,12	24	0,27	0,73	
Funcionamiento psicosocial												
IMP	54,55	21,27	58,91	20,56	4,36	-5,50	14,23	-0,47	22	0,64	0,19	
SM	59,54	18,18	61,54	20,30	2,00	-3,90	7,90					
Total	57,25	19,38	60,33	20,01	3,08	-2,00	8,17	1,26	23	0,22	0,51	
Funcionamiento general												
IMP	55,73	15,23	57,64	18,59	1,91	-7,04	10,86	-0,72	22	0,48	0,29	
SM	62,54	16,43	61,31	16,70	-1,23	-5,96	3,50					
Total	59,42	15,93	59,63	17,29	0,21	-4,26	4,67	0,10	23	0,92	0,26	

*Nota.* Dif = diferencia de medias ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, n = tamaño de la muestra (en pruebas no paramétricas), IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND

<sup>a</sup> Contrastes no paramétricos (U de Mann-Withney y W de Wilcoxon)



Tabla 31

*Diferencias en variables cognitivas entre las dos ramas de tratamiento (SocialMIND e IMP) y entre la línea base y las 16 semanas de intervención (t<sub>0</sub> y t<sub>2</sub>) utilizando la prueba T para muestras independientes y relacionadas, respectivamente (análisis ITm)*

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T	gl	p	d
<b>Velocidad de procesamiento</b>											
IMP	49,00	11,93	49,36	8,99	0,36	-4,52	5,25	1,29	22	0,21	0,53
SM	45,85	9,85	50,08	10,29	4,23	-0,20	8,67				
Total	47,29	10,73	49,75	9,52	2,46	-0,67	5,59	1,62	23	0,12	0,07
<b>Memoria operativa no verbal</b>											
IMP	17,27	1,90	16,91	2,51	-0,36	-1,65	0,92	1,43	22	0,17	0,60
SM	15,46	4,37	16,62	3,69	1,15	-0,69	3,00				
Total	16,29	3,52	16,75	3,14	0,46	-0,66	1,58	0,85	23	0,41	0,19
<b>Memoria operativa verbal</b>											
IMP	16,36	2,94	15,64	2,87	-0,73	-2,85	1,40	0,94	22	0,36	0,38
SM	15,00	3,24	15,46	3,43	0,46	-1,38	2,30				
Total	15,63	3,12	15,54	3,12	-0,08	-1,39	1,22	-0,13	23	0,90	0,33
<b>Atención sostenida 2</b>											
IMP	3,12	1,09	2,79	1,18	-0,33	-0,67	0,01	2,89	22	0,01	1,19
SM	3,16	0,67	3,46	0,73	0,30	-0,03	0,64				
Total	3,14	0,86	3,16	1,00	0,01	-0,25	0,27	0,10	23	0,92	0,76
<b>Atención sostenida 3</b>											
IMP	2,30	0,80	2,45	1,08	0,14	-0,41	0,70	-0,12	22	0,90	0,05
SM	2,26	0,85	2,37	0,94	0,11	-0,20	0,41				
Total	2,28	0,81	2,41	0,99	0,12	-0,15	0,40	0,93	23	0,36	0,31
<b>Atención sostenida 4</b>											
IMP	0,95	0,49	1,13	0,69	0,18	-0,21	0,56	0,12	22	0,90	0,05
SM	1,10	0,78	1,31	0,76	0,21	-0,33	0,76				
Total	1,03	0,66	1,23	0,72	0,20	-0,12	0,51	1,28	23	0,21	0,33
<b>Atención sostenida MEDIA</b>											
IMP	2,13	0,68	2,12	0,92	0,00	-0,37	0,36	0,99	22	0,33	0,40
SM	2,17	0,67	2,38	0,69	0,21	-0,10	0,52				
Total	2,15	0,66	2,26	0,80	0,11	-0,11	0,33	1,03	23	0,31	0,01
<b>Inteligencia emocional</b>											
IMP	109,73	11,59	112,36	10,62	2,64	-1,27	6,55	-0,40	22	0,69	0,16
SM	104,38	10,43	105,92	11,15	1,54	-2,95	6,02				
Total	106,83	11,07	108,88	11,16	2,04	-0,75	4,84	1,51	23	0,14	0,56

Tabla 31 (cont.)

Test de las insinuaciones												
IMP	8,91	0,94	9,45	0,52	0,55	-0,32	1,41	-1,58	22	0,13	0,66	
SM	8,38	1,45	7,85	2,58	-0,54	-1,71	0,63					
Total	8,63	1,24	8,58	2,06	-0,04	-0,77	0,69	-0,12	23	0,91	0,45	
Test de ojos												
IMP	19,50	3,60	19,80	3,94	0,30	-1,17	1,77	1,41	21	0,17	0,62	
SM	21,15	3,53	23,85	3,87	2,69	-0,35	5,74					
Total	20,43	3,58	22,09	4,33	1,65	-0,13	3,44	1,92	22	0,07	0,10	
Reconocimiento emocional												
IMP	31,64	2,91	31,73	3,26	0,09	-0,88	1,06	1,31	22	0,20	0,55	
SM	31,54	2,50	32,77	3,22	1,23	-0,31	2,77					
Total	31,58	2,64	32,29	3,21	0,71	-0,20	1,62	1,61	23	0,12	0,06	
Sesgo de hostilidad												
IMP	1,75	0,43	1,69	0,35	-0,05	-0,30	0,20	-0,67	22	0,51	0,27	
SM	1,81	0,25	1,68	0,35	-0,13	-0,27	0,01					
Total	1,78	0,34	1,69	0,34	-0,09	-0,22	0,03	-1,54	23	0,14	0,23	
Intencionalidad												
IMP	2,84	0,70	2,69	0,87	-0,15	-0,62	0,33	-0,56	22	0,58	0,23	
SM	3,24	0,80	2,95	0,93	-0,28	-0,56	0,00					
Total	3,05	0,76	2,83	0,89	-0,22	-0,46	0,02	-1,86	23	0,08	0,36	
Culpa												
IMP	2,42	0,66	2,50	0,64	0,08	-0,07	0,22	-1,36	22	0,19	0,57	
SM	2,69	0,77	2,59	0,84	-0,10	-0,33	0,13					
Total	2,57	0,72	2,55	0,74	-0,02	-0,15	0,12	-0,26	23	0,80	0,35	
Agresión												
IMP	2,41	0,58	2,42	0,64	0,01	-0,27	0,30	-1,28	22	0,21	0,52	
SM	2,65	0,87	2,47	0,92	-0,18	-0,39	0,02					
Total	2,54	0,75	2,45	0,79	-0,09	-0,25	0,07	-1,21	23	0,24	0,05	
Sesgo de agresión												
IMP	1,78	0,30	1,72	0,24	-0,07	-0,22	0,08	0,73	22	0,47	0,30	
SM	1,86	0,31	1,87	0,35	0,01	-0,16	0,18					
Total	1,82	0,30	1,80	0,31	-0,03	-0,13	0,08	-0,50	23	0,62	0,37	
Estilo atribucional global												
IMP	2,24	0,41	2,21	0,42	-0,03	-0,19	0,12	-1,14	22	0,27	0,46	
SM	2,45	0,49	2,31	0,58	-0,14	-0,27	-0,01					
Total	2,35	0,46	2,26	0,51	-0,09	-0,19	0,01	-1,96	23	0,06	0,21	

Tabla 31 (cont.)

<i>Insight</i> cognitivo (reflexividad)												
IMP	15,45	2,77	14,82	4,35	-0,64	-3,29	2,02	-0,37	22	0,71	0,15	
SM	14,92	4,44	13,85	4,62	-1,08	-1,95	-0,21					
Total	15,17	3,70	14,29	4,43	-0,88	-2,06	0,31	-1,52	23	0,14	0,32	
<i>Insight</i> cognitivo (certeza)												
IMP	9,09	3,83	9,55	3,24	0,45	-0,93	1,84	-2,20	22	0,04	0,88	
SM	6,46	2,44	5,38	2,66	-1,08	-1,87	-0,28					
Total	7,67	3,36	7,29	3,57	-0,38	-1,15	0,40	-1,00	23	0,33	0,35	
<i>Insight</i> cognitivo global												
IMP	24,55	4,13	24,36	3,61	-0,18	-3,01	2,65	-1,42	22	0,17	0,57	
SM	21,38	4,75	19,23	4,36	-2,15	-3,65	-0,66					
Total	22,83	4,67	21,58	4,74	-1,25	-2,71	0,21	-1,77	23	0,09	0,07	
Disposición <i>mindfulness</i>												
IMP	4,10	0,51	4,11	0,72	0,01	-0,51	0,54	-0,08	21	0,94	0,03	
SM	4,12	0,84	4,11	0,97	-0,01	-0,29	0,28					
Total	4,11	0,70	4,11	0,85	0,00	-0,25	0,25	0,02	22	0,98	0,03	

Nota. Dif = diferencia de medias ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND

En términos generales, los resultados muestran una mejoría tras la intervención similar al análisis por intención de tratar, con tamaños del efecto que van de despreciables (para la atención sostenida global o la disposición *mindfulness*) a elevados (síndromes negativo y depresivo). Este aumento intrasujeto sólo alcanza la significación estadística en el caso del síndrome negativo,  $IC\ 95\% = [-4,85; -0,48]$ . Mientras que los efectos inferiores se mantienen prácticamente idénticos al análisis por intención de tratar, los tamaños del efecto más elevados experimentan un ligero aumento (de 0,81 a 0,89 para el síndrome depresivo y de 0,93 a 1,04 para el síndrome negativo).

Respecto a las diferencias entre los tratamientos, los resultados también son similares al análisis por intención de tratar y los tamaños del efecto oscilan entre valores cercanos a cero (psicopatología general o disposición *mindfulness*, entre otros) y efectos elevados (la subescala Certeza de la escala BCIS) o muy elevados (la detección de señales en la prueba CPT-IP de 2 dígitos), alcanzando la significación estadística en estos últimos dos casos. Además, las personas en IMP tienen mayor probabilidad de ver reducida su sintomatología depresiva que las personas en SocialMIND-16, como puede desprenderse

al comparar sus intervalos de confianza. Sin embargo, esta diferencia no alcanza la significación estadística, probablemente debido a que ambos grupos son algo disímiles en su puntuación basal (superior en IMP).

Los resultados de porcentaje de cambio neto tras calcular las puntuaciones SID y excluir las variables que no se ajustan a la distribución normal se presentan en la Figura 12. Uno de los motivos que explican el hecho de que las proporciones sean tan bajas (tanto para el grupo experimental como para el comparador activo) es que muchas de las diferencias entre el post y el pre-tratamiento se han calculado imputando la última observación disponible. Ello supone que existen numerosos casos en que  $M_2 - M_1 = 0$ , siendo muy complicado que la puntuación SID supere el punto de corte de  $|1,645|$  o  $|1,96|$ .

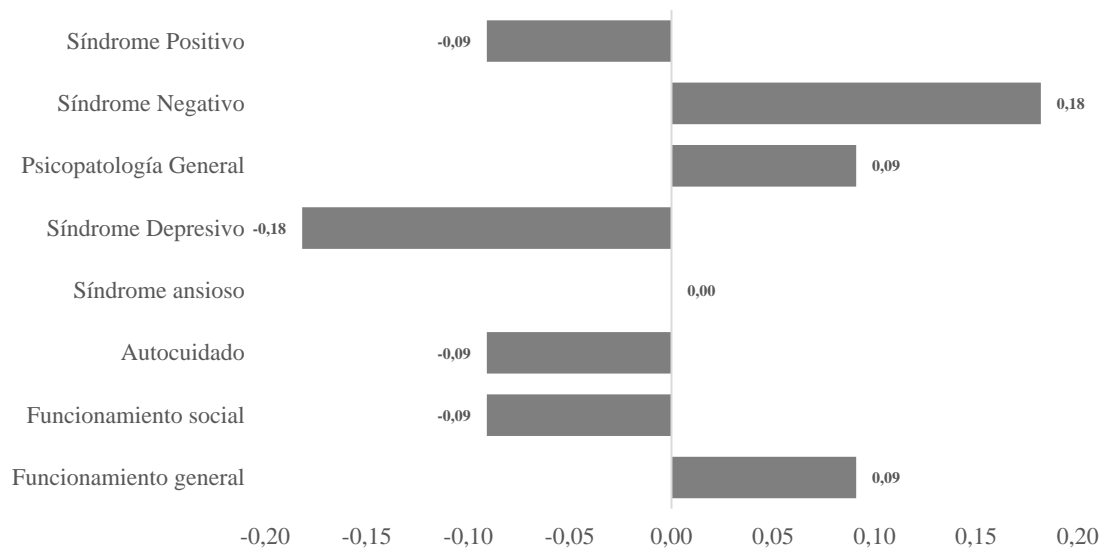


Figura 12. Proporción de cambio neto de las variables clínicas y de funcionamiento tras el entrenamiento de 16 semanas (análisis ITm) (valores positivos favorecen a SocialMIND y valores negativos favorecen a IMP)

Hasta septiembre de 2019, los datos de seguimiento revelan que cinco personas han sido hospitalizadas en la Unidad de Agudos (cuatro de ellas pertenecían a la rama IMP y una a la rama SocialMIND) y que tres personas han acudido al Servicio de Urgencias por motivos de salud mental (una pertenecía a la rama SocialMIND y dos a la rama IMP). Ninguno de estos registros fue provocado por intentos de suicidio o ideaciones autolíticas.

### 2.3. Análisis por protocolo

Un total de 14 personas fueron incluidas en el análisis por protocolo. Sus características se presentan en la Tabla 32.

Tabla 32

*Características de los participantes del Estudio 3 (análisis por protocolo) (N = 14)*

	N (%) / M (DT)
Edad en años	24,93 (5,12)
Sexo	
Mujeres	8 (57,1%)
Hombres	6 (42,9%)
Nivel educativo	
Estudios primarios (6-9 años)	0 (0%)
Estudios secundarios (10-14 años)	8 (57,1%)
Estudios universitarios (> 15 años)	6 (42,9%)
Ocupación	
Trabajando	5 (35,7%)
En situación de desempleo	1 (7,1%)
En situación de incapacidad	0 (0%)
Estudiando	8 (57,1%)
Estado civil	
Soltero/a	14 (100%)
Casado/a	0 (0%)
Duración de la enfermedad (en meses)	22,31 (17,62)
Número de hospitalizaciones	1,29 (0,73) / Me = 1
Diagnóstico DSM-5	
Esquizofrenia (295.90)	3 (21,4%)
Tr. Esquizofreniforme (295.40)	1 (7,1%)
Tr. Delirante (297.1)	0 (0%)
Tr. esquizoafectivo (295.70)	2 (14,3%)
Tr. Depresivo Mayor (206.20 – 296.36)	1 (7,1%)
Tr. Bipolar tipo I (296.40 – 296.56)	2 (14,3%)
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado (298.9)	5 (35,7%)
Puntuación PANSS	
Síndrome positivo	10,57 (2,65)
Síndrome negativo	15,36 (6,36)
Psicopatología general	26,21 (8,01)
Puntuación PSP-T	59,36 (19,79)

*Nota.* Tr = trastorno, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PSP = Personal and Social Performance scale

Las Tablas 33 y 34 muestran los análisis por protocolo a las 16 semanas para variables clínicas y de funcionamiento y para variables cognitivas, respectivamente. Una persona no completó el Test de Ojos en la línea base ( $n = 13$ ), por lo que el tamaño de la muestra y los grados de libertad son inferiores para las comparaciones sobre esta variable. Todas las variables presentaron una distribución normal a excepción de la subescala Agresividad de la PSP,  $Z = 1,374$ ,  $p = 0,046$ , y no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las ramas de tratamiento en la línea base ( $p > 0,103$ ).

Tabla 33

*Diferencias en variables clínicas y de funcionamiento entre las dos ramas de tratamiento (SocialMIND e IMP) y entre la línea base y las 16 semanas de intervención ( $t_0$  y  $t_2$ ) utilizando la prueba T para muestras independientes y relacionadas, respectivamente (análisis por protocolo)*

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T/Z	gl/ n	p	d
<b>Síndrome positivo</b>											
IMP	10,86	2,12	9,86	3,24	-1,00	-3,14	1,14	0,33	12	0,75	0,18
SM	10,29	3,25	9,71	1,89	-0,57	-2,89	1,75				
Total	10,57	2,65	9,79	2,55	-0,79	-2,13	0,56	-1,26	13	0,23	0,61
<b>Síndrome negativo</b>											
IMP	16,00	5,69	12,57	3,60	-3,43	-6,39	-0,46	0,32	12	0,76	0,17
SM	14,71	7,36	12,14	7,20	-2,57	-8,42	3,27				
Total	15,36	6,36	12,36	5,47	-3,00	-5,79	-0,21	-2,32	13	0,04	1,00
<b>Psicopatología general</b>											
IMP	25,71	7,72	23,57	6,24	-2,14	-5,62	1,34	-0,55	9	0,60	0,29
SM	26,71	8,88	22,86	3,67	-3,86	-10,66	2,95				
Total	26,21	8,01	23,21	4,93	-3,00	-6,28	0,28	-1,98	13	0,07	0,53
<b>Síndrome depresivo</b>											
IMP	3,57	3,51	2,29	2,29	-1,29	-4,43	1,86	0,88	12	0,39	0,47
SM	3,00	2,24	3,29	3,04	0,29	-2,72	3,29				
Total	3,29	2,84	2,79	2,64	-0,50	-2,40	1,40	-0,57	13	0,58	0,55
<b>Síndrome ansioso</b>											
IMP	11,86	8,32	9,86	8,41	-2,00	-8,18	4,18	-0,46	12	0,65	0,25
SM	12,57	11,82	8,86	11,23	-3,71	-10,44	3,01				
Total	12,21	9,82	9,36	9,55	-2,86	-6,77	1,05	-1,58	13	0,14	0,42
<b>Autocuidado</b>											
IMP	1,00	0,82	0,71	0,76	-0,29	-0,98	0,41	2,08	12	0,06	1,11
SM	0,71	0,76	1,29	0,76	0,57	-0,16	1,30				
Total	0,86	0,77	1,00	0,78	0,14	-0,36	0,64	0,62	13	0,55	0,47

Tabla 33 (cont.)

Relaciones interpersonales												
IMP	2,14	1,35	1,43	0,98	-0,71	-1,41	-0,02	2,45	12	0,03	1,31	
SM	1,29	1,70	1,71	1,38	0,43	-0,47	1,33					
Total	1,71	1,54	1,57	1,16	-0,14	-0,74	0,45	-0,52	13	0,61	0,98	
Actividades sociales												
IMP	1,86	1,46	1,71	1,25	-0,14	-1,13	0,85	1,59	12	0,14	0,85	
SM	1,29	1,60	2,00	1,15	0,71	-0,17	1,59					
Total	1,57	1,50	1,86	1,17	0,29	-0,33	0,90	1,00	13	0,34	0,19	
Agresividad <sup>a</sup>												
IMP	0,71	0,76	0,29	0,76	-0,43	-0,92	0,07	-1,12	14	0,26	0,39	
SM	0,57	0,79	0,43	0,53	-0,14	-0,97	0,69					
Total	0,64	0,74	0,36	0,63	-0,29	-0,71	0,13	-1,41	14	0,16	0,83	
Funcionamiento psicosocial												
IMP	58,29	23,46	65,71	14,50	7,43	-8,33	23,19	-0,65	12	0,53	0,35	
SM	60,43	17,19	63,00	16,83	2,57	-6,78	11,92					
Total	59,36	19,79	64,36	15,16	5,00	-2,91	12,91	1,37	13	0,20	0,77	
Funcionamiento general												
IMP	59,29	13,05	65,57	16,70	6,29	-2,88	15,45	-1,32	12	0,21	0,70	
SM	61,86	16,08	62,14	12,39	0,29	-6,05	6,62					
Total	60,57	14,13	63,86	14,24	3,29	-1,77	8,34	1,40	13	0,18	1,02	

Nota. Dif = diferencia de medias ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, n = tamaño de la muestra (en pruebas no paramétricas), IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND

<sup>a</sup> Contrastes no paramétricos (U de Mann-Withney y W de Wilcoxon)

Tabla 34

*Diferencias en variables cognitivas entre las dos ramas de tratamiento (SocialMIND e IMP) y entre la línea base y las 16 semanas de intervención ( $t_0$  y  $t_2$ ) utilizando la prueba T para muestras independientes y relacionadas, respectivamente (análisis por protocolo)*

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T	gl	p	d
<b>Velocidad de procesamiento</b>											
IMP	53,29	8,85	49,86	10,54	-3,43	-6,04	-0,82	2,19	7	0,06	1,17
SM	43,14	12,93	46,71	12,11	3,57	-3,79	10,93				
Total	48,21	11,87	48,29	11,03	0,07	-3,85	3,99	0,04	13	0,97	0,71
<b>Memoria operativa no verbal</b>											
IMP	17,14	1,95	16,86	2,73	-0,29	-1,86	1,29	0,86	12	0,41	0,46
SM	15,00	3,96	16,00	3,27	1,00	-2,29	4,29				
Total	16,07	3,20	16,43	2,93	0,36	-1,24	1,95	0,48	13	0,64	0,15
<b>Memoria operativa verbal</b>											
IMP	16,57	3,74	15,57	3,21	-1,00	-4,25	2,25	1,27	12	0,23	0,68
SM	15,29	3,68	16,57	3,82	1,29	-1,67	4,24				
Total	15,93	3,63	16,07	3,43	0,14	-1,84	2,13	0,16	13	0,88	0,41
<b>Atención sostenida 2</b>											
IMP	3,31	1,09	2,79	1,27	-0,52	-1,03	0,00	2,40	12	0,03	1,28
SM	3,07	0,87	3,24	0,83	0,17	-0,31	0,65				
Total	3,19	0,96	3,02	1,06	-0,17	-0,54	0,19	-1,03	13	0,32	1,17
<b>Atención sostenida 3</b>											
IMP	2,52	0,95	2,36	1,29	-0,16	-0,82	0,50	0,49	12	0,63	0,26
SM	2,00	0,87	2,02	0,92	0,02	-0,56	0,60				
Total	2,26	0,92	2,19	1,09	-0,07	-0,45	0,31	-0,40	13	0,70	0,34
<b>Atención sostenida 4</b>											
IMP	1,10	0,56	1,10	0,78	0,00	-0,47	0,48	-0,09	12	0,93	0,05
SM	0,98	0,72	0,95	0,80	-0,03	-0,70	0,64				
Total	1,04	0,63	1,03	0,77	-0,01	-0,36	0,34	-0,08	13	0,94	0,01
<b>Atención sostenida MEDIA</b>											
IMP	2,31	0,76	2,08	1,08	-0,23	-0,65	0,20	1,21	12	0,25	0,65
SM	2,02	0,73	2,07	0,69	0,05	-0,32	0,42				
Total	2,16	0,73	2,08	0,87	-0,09	-0,34	0,17	-0,73	13	0,48	0,73
<b>Inteligencia emocional</b>											
IMP	114,00	10,92	116,57	8,10	2,57	-3,61	8,75	0,15	12	0,88	0,08
SM	104,43	12,95	107,57	14,41	3,14	-3,64	9,93				
Total	109,21	12,53	112,07	12,16	2,86	-1,04	6,75	1,58	13	0,14	0,54



Tabla 34 (cont.)

Test de las insinuaciones												
IMP	8,86	1,07	9,43	0,53	0,57	-0,83	1,97	-0,87	12	0,40	0,47	
SM	9,14	0,90	8,71	2,98	-0,43	-2,87	2,01					
Total	9,00	0,96	9,07	2,09	0,07	-1,16	1,30	0,13	13	0,90	0,38	
Test de ojos												
IMP	20,83	2,79	20,83	2,79	0,00	-2,57	2,57	1,27	11	0,23	0,73	
SM	20,86	4,06	24,00	4,36	3,14	-2,02	8,30					
Total	20,85	3,39	22,54	3,93	1,69	-1,06	4,44	1,34	12	0,21	0,00	
Reconocimiento emocional												
IMP	32,00	2,71	32,57	2,30	0,57	-0,83	1,97	1,02	12	0,33	0,55	
SM	31,86	2,61	33,71	3,25	1,86	-0,89	4,60					
Total	31,93	2,56	33,14	2,77	1,21	-0,15	2,58	1,93	13	0,08	0,34	
Sesgo de hostilidad												
IMP	1,55	0,26	1,64	0,37	0,09	-0,22	0,40	-1,51	12	0,16	0,81	
SM	1,74	0,22	1,59	0,34	-0,15	-0,38	0,08					
Total	1,65	0,25	1,61	0,34	-0,03	-0,21	0,15	-0,38	13	0,71	0,40	
Intencionalidad												
IMP	2,68	0,68	2,62	0,83	-0,06	-0,47	0,36	-1,39	12	0,19	0,75	
SM	3,06	0,89	2,61	1,00	-0,45	-0,99	0,10					
Total	2,87	0,79	2,61	0,88	-0,25	-0,57	0,06	-1,74	13	0,11	0,15	
Culpa												
IMP	2,58	0,77	2,62	0,74	0,04	-0,16	0,24	-0,39	12	0,71	0,21	
SM	2,48	0,82	2,44	1,06	-0,04	-0,46	0,39					
Total	2,53	0,76	2,53	0,88	0,00	-0,20	0,20	0,00	13	1,00	0,15	
Agresión												
IMP	2,40	0,58	2,55	0,70	0,15	-0,26	0,56	-1,35	12	0,20	0,72	
SM	2,55	0,87	2,40	1,02	-0,15	-0,53	0,22					
Total	2,48	0,71	2,48	0,84	0,00	-0,25	0,25	0,00	13	1,00	0,50	
Sesgo de agresión												
IMP	1,71	0,22	1,66	0,23	-0,06	-0,26	0,15	0,70	12	0,50	0,37	
SM	1,84	0,37	1,90	0,40	0,06	-0,29	0,40					
Total	1,78	0,30	1,78	0,34	0,00	-0,17	0,17	-0,02	13	0,99	0,28	
Estilo atribucional global												
IMP	2,18	0,40	2,22	0,44	0,03	-0,13	0,20	-1,41	12	0,18	0,75	
SM	2,33	0,53	2,19	0,68	-0,15	-0,41	0,12					
Total	2,26	0,46	2,20	0,55	-0,06	-0,20	0,09	-0,85	13	0,41	0,19	

Tabla 34 (cont.)

<i>Insight</i> cognitivo (reflexividad)												
IMP	15,14	3,02	15,57	3,95	0,43	-3,53	4,38	-0,94	12	0,37	0,50	
SM	16,43	4,65	15,29	5,06	-1,14	-2,27	-0,02					
Total	15,79	3,83	15,43	4,36	-0,36	-2,16	1,45	-0,43	13	0,68	0,19	
<i>Insight</i> cognitivo (certeza)												
IMP	7,43	2,30	8,29	2,06	0,86	-1,10	2,81	-2,39	12	0,03	1,27	
SM	6,86	2,61	5,43	2,88	-1,43	-2,72	-0,14					
Total	7,14	2,38	6,86	2,82	-0,29	-1,49	0,92	-0,51	13	0,62	0,58	
<i>Insight</i> cognitivo global												
IMP	22,57	2,64	23,86	3,67	1,29	-2,36	4,94	-2,27	12	0,04	1,21	
SM	23,29	4,23	20,71	3,68	-2,57	-4,56	-0,58					
Total	22,93	3,41	22,29	3,89	-0,64	-2,75	1,46	-0,66	13	0,52	0,50	
Disposición <i>mindfulness</i>												
IMP	4,02	0,54	3,97	0,75	-0,05	-0,85	0,76	0,71	7	0,50	0,38	
SM	4,27	0,99	4,47	1,09	0,20	-0,07	0,47					
Total	4,14	0,78	4,22	0,93	0,08	-0,29	0,44	0,44	13	0,66	0,10	

*Nota.* Dif = diferencia de medias ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND

El bajo número de participantes para realizar el análisis por protocolo obliga a interpretar los resultados con cautela, especialmente en lo relativo a los tamaños del efecto. Los contrastes intrasujeto muestran una mejoría estadísticamente significativa en la sintomatología negativa,  $IC\ 95\% = [-5,79; -0,20]$ . Respecto a las diferencias entre los tratamientos, la probabilidad de reducir las dificultades en las Relaciones interpersonales es significativamente mayor en el grupo IMP  $[-1,41; -0,02]$  que en el grupo SocialMIND  $[-0,47; 1,33]$ . Además, se confirman los resultados respecto a la tarea de atención sostenida de dos dígitos y la subescala Certeza del BCIS, viéndose éste último reforzado por una mejoría del insight cognitivo global significativamente mayor en el grupo SocialMIND.

Los resultados de porcentaje de cambio neto tras calcular las puntuaciones SID y excluir las variables que no se ajustan a la distribución normal se presentan en la Figura 13. En este caso, si bien el tamaño de la muestra es más reducido que en el análisis por intención de tratar modificado, el número de observaciones perdidas es menor y las bajas proporciones de cambio no pueden ser explicadas por la imputación de valores perdidos.

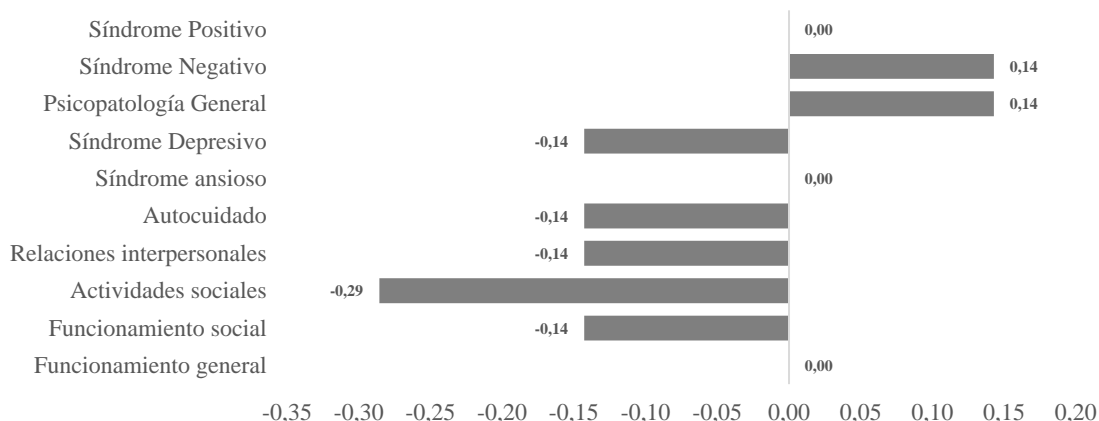


Figura 13. Proporción de cambio neto de las variables clínicas y de funcionamiento tras el entrenamiento de 16 semanas (análisis por protocolo) (valores positivos favorecen a SocialMIND y valores negativos favorecen a IMP)

Hasta septiembre de 2019, los datos de seguimiento revelan que tres personas han sido hospitalizadas en la Unidad de Agudos (todas pertenecientes a la rama IMP) y que dos personas han acudido al Servicio de Urgencias por motivos de salud mental (una pertenecía a la rama SocialMIND y otra a la rama IMP). Ninguno de estos registros fue provocado por intentos de suicidio o ideaciones autolíticas.

Por último, se exploró si diferencias en características sociodemográficas o en las variables principales podían explicar quiénes completaban los programas de intervención (es decir, acudían a 6 o más sesiones semanales y a 2 o más sesiones quincenales), y quiénes no. El análisis reveló que ni la edad, ni el sexo, ni el nivel educativo, ni el tiempo transcurrido desde el primer episodio se asociaban a completar o no la intervención. La única variable relevante fue el sesgo de hostilidad (medido a través del AIHQ), que era significativamente mayor entre quienes no completaron los programas ( $M = 1,94$ ;  $DT = 0,33$ ) que entre quienes sí los completaron ( $M = 1,65$ ;  $DT = 0,25$ ),  $t(25) = -2,585$ ,  $p = 0,016$ .

### 3. Discusión

El objetivo principal del Estudio 3 era evaluar la eficacia (en términos de mejora en el funcionamiento social) del programa SocialMIND en personas con PEP. Este trabajo presenta los resultados de un análisis intermedio por intención de tratar

modificado que se realizó tras la fase intensiva del entrenamiento (12 sesiones distribuidas en 16 semanas).

### **3.1. Variable principal: funcionamiento psicosocial**

Respecto a la variable principal de resultado (funcionamiento social), a nivel descriptivo se observa un aumento del funcionamiento tanto en la rama SocialMIND como en la rama IMP, que no llega a ser estadísticamente significativo. Tampoco lo es la diferencia entre ambos grupos, que muestran un aumento en la puntuación muy similar. Se observa una diferencia significativa que favorece al grupo IMP en el dominio de relaciones interpersonales al realizar el análisis por protocolo, que sin embargo es difícilmente interpretable por el escaso número de participantes que completan las intervenciones y por no ser consistente con el resto de los dominios de funcionamiento social.

La falta de efecto global sobre el funcionamiento general es esperable tras una intervención relativamente breve (cuatro meses) en una muestra relativamente reducida. Es difícil imaginar que en ese tiempo se encuentren cambios a nivel ocupacional, en la realización de actividades de ocio y tiempo libre o en las relaciones sociales, más aún cuando ninguna de las intervenciones se inspira en programas más estructurados de rehabilitación psicosocial o laboral. La incorporación de cinco sesiones mensuales de recuerdo -y, con ellas, el aumento del período de seguimiento-, podría facilitar la aparición de cambios significativos en esta dimensión. Este fenómeno sería congruente con el ensayo de Chien y cols. (2017), donde las diferencias en funcionamiento entre un programa psicoeducativo basado en *mindfulness* y un programa psicoeducativo estándar surgen, precisamente, en el período de seguimiento (Chien et al., 2017). Éste es, probablemente, el único trabajo con el que es posible comparar este estudio, en tanto que incluye un comparador activo, asigna aleatoriamente a los participantes a las ramas de tratamiento y explora el funcionamiento social (aunque no le otorga el estatus de variable principal de resultado). Si se generaliza la comparación a otros ensayos clínicos, la falta de efecto sobre el funcionamiento psicosocial es la norma y no la excepción tanto con intervenciones psicológicas (Laws et al., 2018) como farmacológicas (Leucht y Davis, 2017). En la línea de las TCC clásicas, los programas inspirados en *mindfulness* incorporan un enfoque alternativo al de la remisión sintomática, centrándose en aspectos

relacionados con la reducción del sufrimiento generado por los síntomas y no en la disminución de los síntomas en sí. Pero este trabajo va más allá, y trata de superar la falta de atención que la TCC ha prestado históricamente a la dimensión funcional y social de la recuperación (Jackson et al., 2019).

La falta de efecto sobre el funcionamiento social también puede explicarse por la hipótesis de que este indicador no sea tan relevante durante el período crítico, entendido como el período que comprende los cinco años transcurridos desde el PEP (Birchwood y Fiorillo, 2000). Esto es congruente con la idea de que existe un deterioro progresivo en la psicosis, y que las personas que han experimentado más episodios tienen un peor funcionamiento. Nuestros datos muestran puntuaciones globales de funcionamiento psicosocial prácticamente idénticas en los Estudios 2 y 3, lo que sugiere que el deterioro funcional es independiente del tiempo transcurrido desde el PEP y, por tanto, relevante en ambos grupos. Compatible con esta observación sería la hipótesis de que exista un “efecto techo”, donde ambas submuestras presentarían puntuaciones elevadas en funcionamiento psicosocial que reducirían el margen de mejoría potencial. De nuevo, la puntuación promedio en torno a los 60 puntos (siendo 0 la mínima puntuación y 100 la máxima puntuación) obliga a rechazar esta hipótesis. Una observación final la encontramos cuando se dejan de lado los indicadores de tendencia central y se observa que la dispersión de las puntuaciones es mayor en el grupo de PEP que en el grupo de personas de mayor evolución -quienes presentan a su vez unos valores muy similares a los de la muestra del estudio de validación española (García-Portilla et al., 2011). El hecho de que el funcionamiento de las personas con PEP presente mayor variabilidad es compatible con una impresión clínica acerca de la heterogeneidad de estas personas, que se traduce, entre otras cosas, en la utilización de diagnósticos transitorios y no especificados (Fusar-Poli et al., 2016), o en el mejor encaje de la psicopatología en modelos multifactoriales y dimensionales que categoriales (Quattrone et al., 2019). Este nivel de dispersión requiere de contrastes estadísticos con mayor potencia que el del presente estudio, y alerta sobre la dificultad de identificar cambios en el funcionamiento psicosocial en poblaciones tan heterogéneas.

### 3.2. Variables secundarias: sintomatología

Se exploraron cambios en los síntomas psicóticos positivos y negativos, la psicopatología general, y los síndromes ansioso y depresivo. Salvo los síntomas depresivos, que sufren un ligero aumento no significativo en el grupo SocialMIND, el resto de los síntomas descienden en ambos grupos. Este descenso sólo es estadísticamente significativo en la sintomatología negativa, que se ve reducida por igual en ambas ramas de tratamiento.

Al no existir diferencias entre ambas ramas de tratamiento no puede realizarse una interpretación en base a los aspectos diferenciales. Sí puede, sin embargo, interpretarse el descenso obtenido al estudiar las dos intervenciones conjuntamente, siempre con la cautela a la que obliga el no contar con un comparador pasivo que permita atribuir los efectos al hecho de recibir un tratamiento activo. Una aproximación de obligada realización proviene del enfoque de los factores comunes en psicoterapia, que defiende que las distintas psicoterapias funcionan en mayor medida gracias a factores inespecíficos que a factores específicos (Frank, 1971). Aunque la mayoría de la investigación en factores comunes se ha realizado en contexto de terapia individual (Cuijpers, Reijnders y Huibers, 2019), algunos de estos factores podrían estar presentes en este estudio e impactar sobre los síntomas negativos. Lambert y Ogles (2004) proponen tres grupos de factores comunes, que clasificarían en factores de apoyo, de aprendizaje y de acción (Lambert y Ogles, 2004, citado en Cuijpers et al., 2019). En el grupo de factores de apoyo encontraríamos la reducción del aislamiento, que sería literalmente el opuesto al componente del síndrome negativo denominado aislamiento social; la liberación de la tensión, que podría tener lugar durante las prácticas formales de meditación (SocialMIND) y al expresar y compartir dudas e inquietudes sobre la psicosis y cualquier otro aspecto vital (IMP); o la participación activa durante las sesiones, que sería un modo de superar experiencias relacionadas con la apatía o con el retraimiento social. En el segundo grupo (factores de aprendizaje) destacaría el fenómeno de la experiencia emocional correctiva, que se refiere a la capacidad de la propia situación terapéutica de generar cambios positivos en la vida (Castonguay y Hill, 2012). Esto podría ser especialmente relevante en un entrenamiento grupal (Frank y Ascher, 1951), donde emergen tanto el *feedback* y la participación de las terapeutas y las profesoras, como el proceso de aprendizaje interactivo y compartido con personas que se encuentran en

situaciones similares. En el último grupo de factores comunes, relacionados con la acción, destacaría la invitación de ambas ramas de tratamiento a convertirse en personas “expertas” de su propia experiencia (“*mastery*” es el término anglosajón para este factor común). Porque, aunque desde aproximaciones diferentes, tanto IMP como SocialMIND buscan aumentar el autoconocimiento acerca de los propios procesos mentales (o síntomas) y la experiencia (o ambiente) y desarrollar estrategias (o planes individualizados de bienestar) que permitan mejorar el funcionamiento en el día a día.

Una interpretación complementaria a la de los factores comunes es que, además, existan factores específicos, diferentes en cada rama de tratamiento, que contribuyan de modo similar a mejorar la sintomatología cognitiva. No es posible probar esta hipótesis sin realizar un análisis de mediación, y ello implicaría contar con una muestra mucho mayor de participantes. Sin embargo, sí se puede hipotetizar que, en el caso de SocialMIND, procesos comunes a los PBM como el descentramiento o difusión puedan tener un papel muy relevante. Concretamente, distanciarse de -o no identificarse con- las propias experiencias desagradables o perturbadoras podría reducir la tendencia a evitar la experiencia y aumentar estrategias activas de afrontamiento opuestas al síndrome negativo. Además, el trabajo directo y explícito con elementos de cognición social podría facilitar que la persona se implique en actividades sociales y reduzca su aislamiento. En el caso de IMP, poder dar un nombre consensuado a las propias experiencias y conceptualizarlas como síntomas que son, además, compartidos por otras personas, podría también apelar directamente a elementos potencialmente aislantes. Concretamente, podría actuar aumentando el contacto social a través de una reducción de la internalización del estigma o una percepción de controlabilidad en torno a la aparición de futuros episodios de psicosis.

Los síntomas psicóticos positivos han sido clásicamente la “diana” de las TCC para psicosis. En este estudio, sin embargo, no se encuentra ningún cambio tras la intervención ni ninguna diferencia entre las ramas. Una primera explicación la encontramos en que la mayoría de los participantes tomaba medicación antipsicótica y no presentaba síntomas psicóticos de especial gravedad. Podría esperarse entonces una suerte de “efecto suelo”, donde síntomas psicóticos resistentes a la farmacoterapia como la aparición esporádica de voces o ciertas actitudes suspicaces no se vean afectados por las intervenciones. Además, ni SocialMIND ni la IMP se dirigen expresamente a

modificar o reducir la sintomatología psicótica positiva: la IMP es una intervención psicoeducativa más centrada en explicar por qué aparecen esas experiencias y en desarrollar estrategias para gestionarlas, que en abordar directamente su contenido o forma, y SocialMIND otorga a las experiencias psicóticas la misma entidad que a cualquier otra experiencia que surge y desaparece, invitando a responder desde su radical aceptación. La no reducción de los síntomas positivos es habitual en la literatura sobre *mindfulness* y psicosis cuando se incluyen comparadores activos (Louise et al., 2018). Respecto a la IMP, los PIT que le sirven de inspiración sí suelen disminuir levemente la sintomatología positiva (Correll et al., 2018). Sin embargo, éstos son auténticos servicios de atención temprana con alta frecuencia de visitas y muchos medios disponibles que no permiten la comparación directa con la adaptación realizada para este trabajo.

Es habitual que los estudios con programas basados e inspirados en *mindfulness* en personas con trastorno mental no encuentren disminución en los síntomas de ansiedad y depresión cuando se incluyen comparadores activos (Khoury, Lecomte, Fortin, et al., 2013). En personas con psicosis, estas dimensiones no se han explorado sistemáticamente, y no se cuenta con evidencia ni en los ECA más sólidos (Chadwick et al., 2005; Chien et al., 2017; Jacobsen et al., 2019) ni en los metanálisis (Goldberg et al., 2018; Louise et al., 2018). Sin embargo, la ansiedad y la depresión son los elementos que mejoran sistemáticamente tras programas inspirados y basados en *mindfulness* en población no clínica (Grossman et al., 2004; Khoury et al., 2015; Zoogman et al., 2015), y la regulación emocional se ha postulado como uno de los principios activos de los PBM (Chambers, Gullone y Allen, 2009). Una explicación es que los mecanismos de regulación emocional podrían estar más afectados en personas con psicosis que en personas sin problemas de salud mental. Si los PBM suelen tener efectos sobre estos síntomas precisamente a través de ese mecanismo, es posible que estos grupos de personas más vulnerables requieran entrenamientos más extensos o estrategias dirigidas directamente a mejorar el estado de ánimo y reducir la ansiedad. Otra explicación tiene que ver con la intensidad de los síndromes de ansiedad y depresión, que tiende a ser baja en nuestros participantes, de los cuales únicamente cinco presentan psicosis afectivas. Esto podría generar un “efecto suelo” que impediría reducir este tipo de síntomas. Profundizando en la ansiedad, tanto el Estudio 2 como el estudio de Jacobsen y cols. (2019) encuentran una disminución significativa de, respectivamente, la ansiedad y el estrés *al finalizar las sesiones* (Jacobsen et al., 2019). Si bien es cierto que ninguno



cuenta con un grupo control, es posible que los PBM en general y SocialMIND en particular sí disminuyan la ansiedad *durante las sesiones*, pero que estos cambios permanezcan cuando se amplía la ventana de medida o se pregunta por variables de el rasgo de ansiedad y no por el estado de ansiedad. Una posible explicación es que el tiempo dedicado a la práctica es bajo o inexistente entre los participantes de este estudio<sup>3</sup> y, aunque levemente, parece que el tiempo dedicado a la práctica formal se asocia con mejores resultados de los PBM (Parsons, Crane, Parsons, Fjorback y Kuyken, 2017).

### **3.3. Variables secundarias: neurocognición**

Uno de los objetivos del estudio era explorar las diferencias en algunas variables neurocognitivas claves en psicosis, hipotetizando que un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* podría mejorar estos indicadores más que una IMP, tanto por los aspectos más propios de *mindfulness* (entrenamiento atencional) como por los aspectos sociocognitivos, que podrían influir también en la neurocognición (véase, por ejemplo, Sandoval et al., 2019). Los resultados arrojan una única diferencia estadísticamente significativa en favor del entrenamiento SocialMIND en la capacidad de detección de señales en una tarea de vigilancia con la condición más baja de carga cognitiva (dos dígitos). Debido al bajo tamaño de la muestra y el número de comparaciones realizadas, la explicación más plausible para este resultado es que tenga un carácter anecdótico. De hecho, tanto la capacidad media de detectar señales, como la detección bajo las condiciones de tres y cuatro dígitos, son similares en ambas ramas de tratamiento. Sin embargo, aunque se trata de un resultado aislado, el efecto es elevado y puede ser interpretado. Una consideración previa es que la prueba de detección de señales utilizada no contempla la presentación contrabalanceada de los ensayos, y presenta siempre los tres bloques de práctica en orden ascendente de demanda cognitiva (presentando estímulos de 2, 3 y 4 dígitos, respectivamente). En este sentido, quizá no sea tanto la propia capacidad para detectar señales lo que mejora tras SocialMIND, sino el modo de enfrentarse a la tarea, y es por esa razón por la que aparecen diferencias en el

---

<sup>3</sup> Un análisis realizado para el Congreso Mundial de Psiquiatría de 2019 revela que sólo un 47% de los participantes se registraron en la web [www.socialmindtraining.com](http://www.socialmindtraining.com) y accedieron a los audios necesarios para la práctica formal. El tiempo medio de cada sesión fue de menos de cinco minutos (Orosa et al., 2019; comunicación personal).

primer bloque, pero desaparecen en los bloques segundo y tercero. Esta explicación daría cuenta de la disociación entre los efectos encontrados. Otra explicación posible es que el entrenamiento SocialMIND mejore la velocidad de procesamiento de la información, necesaria también en una tarea donde debe responderse ante estímulos que están disponibles durante muy poco tiempo. Es cierto que la práctica meditativa influye positivamente sobre algunos mecanismos atencionales (Evans et al., 2018; Fox et al., 2016; Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008); sin embargo, es poco probable que ésta sea la causa cuando la tasa de abandono es tan alta y la práctica en casa tan reducida. El análisis por protocolo no revela ningún otro resultado que arroje luz en este sentido, por lo que serán los resultados finales los que permitan establecer conclusiones más sólidas. De contar con el suficiente número de participantes, los análisis finales permitirán hacer estudios de mediación que diluciden el rol de los mecanismos neurocognitivos.

#### **3.4. Variables secundarias: metacognición y cognición social**

Otro objetivo del estudio era explorar si existen diferencias entre ambas ramas de tratamiento en los procesos sociocognitivos de mentalización, procesamiento emocional y estilo atribucional, así como en la capacidad de *insight* cognitivo.

La hipótesis era que un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* sería capaz de generar una mejoría en los indicadores de cognición social, y que ésta sería mayor que la encontrada en la rama IMP. Esto iría en la línea de los ensayos clínicos con entrenamientos en cognición social, que suelen detectar efectos bajos y moderados, fundamentalmente en reconocimiento emocional y teoría de la mente (Grant et al., 2017; Kurtz et al., 2016). Los resultados no muestran diferencias entre SocialMIND e IMP, ni revelan una mejoría tras las intervenciones analizando ambos grupos conjuntamente. Esto puede deberse a la baja potencia estadística, un problema presente en toda la investigación en cognición social por ser relativamente joven y no disponer aún de grandes ensayos clínicos de calidad que permitan detectar diferencias sutiles (véase, por ejemplo, Grant et al., 2017). Además, la capacidad de detección de diferencias debe ser aún mayor cuando se incluyen comparadores activos que controlan aspectos inespecíficos de las intervenciones. Esto entronca con una segunda explicación, que se tiene que ver con el modo *sui generis* en que actuaría un entrenamiento en cognición social *basado en mindfulness*, como SocialMIND. En las últimas décadas, el desarrollo de las

intervenciones orientadas a mejorar la cognición social ha ido en paralelo al desarrollo de los instrumentos de medida de los dominios sociocognitivos, con diseños terapéuticos (como el SCIT) y proyectos de sistematización de la evaluación llevados a cabo por los mismos grupos de trabajo (véase, por ejemplo, Penn et al., 2005; Pinkham et al., 2018, 2014). Aunque la cognición social puede definirse ampliamente como *cualquier proceso cognitivo* que esté “al servicio” de la esfera social (Happé et al., 2017), estas intervenciones se han ido refinando para generar cambios en esos instrumentos de medida y, sobre todo, los instrumentos de medida han ido mejorando su sensibilidad para detectar cambios en estas intervenciones (siendo, en caso contrario, suprimidos de los consensos de expertos). En paralelo, autores como Alcalá-López y cols. (2018) plantean que la investigación vuelva a los “cimientos” de la cognición social, que serían los procesos de reflejar, mentalizar y compartir (“*mirror, mentalize, share*”) (Alcalá-López, Vogeley, Binkofski y Bzdok, 2018). SocialMIND trata de dirigirse a estos procesos sociocognitivos comunes, que son también neurocognitivos y emocionales, sin buscar directamente esos cambios en los instrumentos de medida utilizados en los ensayos clínicos.

Otro aspecto que podría dar cuenta de la falta de resultados sobre la cognición social es que las personas con PEP, aunque pueden presentar problemas en estos dominios, tienen un funcionamiento cognitivo en términos generales más preservado que las personas con trastornos del espectro de la psicosis de mayor duración. Aunque la investigación de los entrenamientos en cognición social para PEP sólo es aún concluyente en términos de aceptación y tolerabilidad (Roberts y Brown, 2017), podría existir una suerte de efecto techo que dificulte la detección de cambios significativos en las pruebas que miden cognición social.

Este estudio también hipotetizaba que las personas asignadas a la rama SocialMIND experimentarían un aumento en la metacognición (concretamente, el *insight* cognitivo) mayor que las personas asignadas a la rama IMP. Los resultados van en la línea de lo esperado: los participantes de SocialMIND refieren una disminución de la autocerteza (sensación de seguridad acerca de los propios procesos mentales) moderadamente superior a la que presentan los participantes de la IMP. El análisis por protocolo revela, además, un aumento en el dominio global de *insight* cognitivo que es significativamente superior en el grupo SocialMIND. Estas observaciones son congruentes con la propia naturaleza de la meditación *mindfulness*, en tanto que la

observación intencional y consciente de la propia experiencia -y, específicamente, de los propios procesos mentales- revela que éstos son, en efecto, experiencias inciertas y cambiantes (“impermanentes”). Es precisamente éste el mecanismo que permite tomar distancia respecto de los propios contenidos de la mente y favorece un proceso de desidentificación que aumentaría a su vez nivel de incertidumbre que uno es capaz de otorgar a los contenidos mentales. Esto no es exclusivo de los PBM: otras intervenciones cognitivas, desde la TCC clásica al entrenamiento metacognitivo MKT o los propios entrenamientos en cognición social buscan, en palabras de Steffen Moritz, “sembrar la semilla de la duda” (Moritz, Andreou, et al., 2014) para poder trabajar con los elementos cognitivos de la psicosis. Complementariamente a este mecanismo de acción de SocialMIND, es posible que la naturaleza de la IMP sea a aumentar la certeza que la persona tiene acerca de sus contenidos mentales. Esto es, en cierto sentido, la esencia de las intervenciones psicoeducativas, que persiguen proporcionar información sólida y certera sobre todo lo que rodea a la psicosis. Los datos descriptivos apoyarían también esta hipótesis, porque las personas asignadas a IMP tienden a *aumentar* esos niveles de certeza, mientras que las personas del grupo experimental tienden a disminuirla.

### 3.5. *Variables secundarias: disposición mindfulness*

Cualquier ensayo clínico que incluya un PBM debe evaluar los cambios en las dimensiones de *mindfulness*, entre otras cosas, porque son precisamente éstos los que más darían cuenta de los resultados positivos de los programas (Alsubaie et al., 2017; Gu et al., 2015). Se hipotetizó que las personas asignadas a la rama SocialMIND experimentarían un aumento en estos indicadores significativamente mayor que las personas asignadas a la rama IMP; sin embargo, las puntuaciones en disposición *mindfulness* son prácticamente idénticas en ambos grupos antes y después de la intervención. La explicación más plausible a este fenómeno reside en las propiedades psicométricas la escala de atención y conciencia plena MAAS (por sus siglas en inglés), que no es sensible a la detección del cambio terapéutico (Soler et al., 2012). Una alternativa habría sido utilizar el otro cuestionario disponible en español (Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness [FFMQ, por sus siglas en inglés]) (Cebolla et al., 2012); sin embargo, no está validado en población con psicosis y habría incrementado aún más el tiempo de evaluación. Al observar el análisis por protocolo (para ver si las personas que sí acuden a las sesiones tienden a experimentar cambios en la disposición

*mindfulness*), el análisis tras la fase intensiva arroja los mismos resultados que el análisis por intención de tratar modificado, y el análisis a las 8 semanas encuentra un aumento de la disposición *mindfulness* significativamente mayor *en la rama IMP*. El reducido tamaño de la muestra sólo permite valorar a este fenómeno como anecdótico, pero invita a reflexionar en una línea similar a la del *insight* cognitivo: mientras que las personas asignadas a la IMP es posible que tengan la sensación de ser más conscientes y prestar más atención a lo que sucede a su alrededor (especialmente tras un entrenamiento intensivo de 8 semanas), las personas que realizan un entrenamiento en *mindfulness* pueden experimentar la sensación, a priori, paradójica, de ser conscientes *de que no son conscientes*. En eso consiste, de hecho, la práctica de la meditación formal, que invita a la persona a *darse cuenta* de esos momentos -inevitables- donde se deja de prestar atención al objeto de la meditación. Es posible que este tipo de aprendizaje no tenga un reflejo directo en un cuestionario que mide cuán atenta y consciente cree la persona que suele estar en su día.

### **3.6. Limitaciones y fortalezas**

La principal limitación de este trabajo radica en su naturaleza de ensayo piloto y en el análisis intermedio de los datos de eficacia. El carácter de aproximación piloto abunda en una de las limitaciones de la investigación en psicosis, tanto con intervenciones basadas en *mindfulness* como con entrenamientos en cognición social: la proliferación de estudios con bajos tamaños muestrales y muy heterogéneos entre sí. Sin embargo, es complicado implementar este tipo de estudios, que deben en muchas ocasiones ser multicéntricos a la vista de las tasas de reclutamiento y abandono, sin antes hacer ensayos pilotos de eficacia y análisis intermedios de datos. En este sentido, aunque los análisis preliminares o intermedios tienen habitualmente una baja potencia estadística, pueden ser pertinentes desde el punto de vista ético y útiles en términos clínicos (Hommel, 2001). En este caso, además, la realización de análisis parciales está contemplada en el protocolo de la investigación (Mediavilla, Muñoz-Sanjose, Rodríguez-Vega, Bayon, Palao, et al., 2019), y tiene un carácter puramente preliminar y restringido al contexto de un trabajo monográfico de mayor extensión como lo es esta tesis doctoral. Esto, unido al -también público- plan de análisis de datos, permite que los ensayos continúen hasta reclutar la muestra prevista y realizar el análisis final de datos *independientemente de la naturaleza de los resultados intermedios*. Esta ECA cuenta con una serie de fortalezas metodológicas

que responden a múltiples necesidades identificadas en distintos ensayos clínicos y revisiones. La primera es el hecho de incluir un grupo control y de interpretar los resultados en base a la comparación con éste, un fenómeno no tan habitual en los ensayos clínicos con *mindfulness* y psicosis (Goldberg et al., 2018; Louise et al., 2018). La segunda se refiere a la naturaleza de dicho grupo control, habitualmente pasivo (lista de espera o tratamiento habitual) tanto en los ensayos con programas de cognición social (Grant et al., 2017; Kurtz et al., 2016) como en los ensayos con *mindfulness* (Goldberg et al., 2018; Laws et al., 2018; Louise et al., 2018). El comparador desarrollado no sólo es activo, sino que se inspira en diferentes PITs que están obteniendo buenos resultados (Correll et al., 2018) y es formalmente equivalente a SocialMIND en términos de número de participantes, número, duración y distribución de las sesiones, o número de terapeutas o profesoras por grupo. La tercera fortaleza es la replicabilidad del ECA, que ha publicado el protocolo de la investigación y ha manualizado ambas intervenciones con el objetivo de que éste y otros grupos de investigación lo apliquen. La última fortaleza se refiere a la utilidad clínica y el potencial de impacto comunitario del proyecto, en tanto que se desarrolla en personas que han sufrido un PEP recientemente -y se enmarca, por tanto, en el ámbito de la prevención secundaria- y, en la línea de múltiples recomendaciones (Burns y Patrick, 2007; Galderisi et al., 2014; Green, 2016; Laws et al., 2018; Oorschot et al., 2012), aspira a mejorar la vida de las personas en términos de adaptación y recuperación personal, clínica y funcional.

## **Estudio 4**

### **1. Método**

#### **1.1. Participantes**

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador tanto en el Hospital Universitario La Paz (Estudios 2 y 3) como en otros centros colaboradores del proyecto AGES-CM 2-CM (Estudio 3) entre enero de 2018 y febrero de 2019. El profesional de referencia de cada participante fue contactado y se realizó una pequeña entrevista acerca del estado de salud del posible participante y la idoneidad de participar en grupos terapéuticos. En caso afirmativo, bien se contactaba a la persona para informarle sobre el proyecto, bien el propio profesional de referencia actuaba como informador.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- 1) Edad entre 18 y 60 años
- 2) Diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia de acuerdo con criterios DSM-5
- 3) Firma del consentimiento informado

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- 1) Presencia de cualquier diagnóstico relacionado con el abuso de sustancias (excepto nicotina y cannabis) según DSM-5.
- 2) Presencia de síntomas graves, constatada por una puntuación superior a 5 (“marcadamente enfermo”) en la escala ICG.
- 3) Diagnóstico de discapacidad intelectual y alteración del funcionamiento *previas* al inicio del trastorno
- 4) Diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo

Los criterios de retirada fueron los siguientes:

- 1) Decisión expresa del participante
- 2) Ingreso hospitalario en unidad psiquiátrica
- 3) Empeoramiento clínico identificado por el equipo investigador y/o los profesionales de referencia del participante
- 4) Participar en otros cursos de *mindfulness* u otras intervenciones psicoeducativas estructuradas durante el ensayo

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz de Madrid (códigos 3066 y 4911) (Anexos 1 y 2) y registrado en [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) con (identificadores NCT03309475 y NCT03434405) (Anexos 5 y 7). El diseño e implementación del ensayo se hizo según las declaraciones SPIRIT 2013 (Calvert et al., 2018; Chan et al., 2013) y CONSORT 2010 (Eldridge et al., 2016; Moher et al., 2010) y de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

## **1.2. Diseño**

Ensayo piloto de grupo único, abierto, no controlado y no aleatorizado. La variable independiente es el grupo de tratamiento y su único nivel es la intervención SocialMIND en su versión 8 semanas (SocialMIND-8). La variable dependiente principal es el funcionamiento psicosocial, medido a través de la puntuación global de la escala PSP (véase Instrumentos y medidas). La intervención SocialMIND-8 consta de ocho sesiones semanales y las evaluaciones se realizaron a en la línea base ( $t_0$ ) y a las 8 semanas ( $t_1$ ). La Tabla 35 muestra la línea temporal de los participantes de acuerdo con los criterios CONSORT.



Tabla 35

*Línea temporal de los participantes del Estudio 4*

Momento	Período		
	Reclutamiento t <sub>1</sub>	Asignación t <sub>0</sub>	Post-intervención t <sub>1</sub>
Reclutamiento			
<i>Screening</i>	X		
Consentimiento informado	X		
Asignación		X	
Intervención			
SocialMIND		X	X
Evaluación			
Línea base	X		
Características demográficas			
Tiempo desde el PEP			
Número de hospitalizaciones			
Diagnóstico			
Evaluación clínica	X		X
Hospitalizaciones			
Evaluación funcional	X		X
Evaluación cognitiva y de cognición social	X		X
Disposición <i>mindfulness</i> e <i>insight</i> cognitivo	X		X

*Nota.* PEP = primer episodio de psicosis

### 1.3. Instrumentos y medidas

En la línea base, se registró la edad, el sexo, el nivel educativo, el estatus laboral y el estado civil. Además, se registró el tiempo transcurrido desde el primer episodio de psicosis (PEP), el diagnóstico DSM-5 y el número de ingresos en servicios de salud mental.

#### Variable principal

El **cambio en funcionamiento social** a las 8 semanas se midió con la escala PSP (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

## **Variables secundarias**

### *Funcionamiento social*

El **cambio en funcionamiento social** a las 8 semanas se midió con la escala PSP (ver Estudio 3, “1.3. Instrumentos y medidas”)

### *Síndrome positivo y negativo*

El **cambio en sintomatología psicótica** se midió con la escala PANSS (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

### *Cognición social (atribución de estados mentales)*

El **cambio en teoría de la mente** a las 8 semanas se evaluó con la versión reducida del Test de las Insinuaciones y con la versión revisada del Test de Ojos (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”)

### *Cognición social (estilo atribucional)*

El **cambio en estilo atribucional** a las 8 semanas se midió con el cuestionario AIHQ (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

### *Disposición mindfulness*

El **cambio en la disposición *mindfulness*** a las 8 semanas se evaluó a través de la escala MAAS (ver Estudio 1, “1.3. Instrumentos y medidas”).

#### **1.4. Procedimiento**

##### **Evaluación**

Los participantes potenciales fueron identificados por el equipo investigador o derivados por profesionales del Hospital Universitario La Paz u otros centros colaboradores de AGES-CM. En ambos casos, y tras obtener el consentimiento verbal de participar en la investigación, se realizaba un cribado de criterios de inclusión y exclusión en base a todas las fuentes de información disponibles, a saber: entrevista con la persona y con sus informantes, conversación con el profesional de referencia, revisión de los datos del registro electrónico de pacientes y conversación con el personal de urgencias o de la unidad de hospitalización psiquiátrica (en su caso). En caso de cumplirse todos los criterios de inclusión y no cumplirse ningún criterio de exclusión, la persona debía leer la Hoja de Información al Participante y firmar el Consentimiento Informado. Durante este proceso, el investigador instaba a la persona a expresar todas sus dudas y poder hacer cualquier pregunta. Además, se permitía a la persona estar acompañada en todo momento.

Cuando la persona daba su consentimiento por escrito, se le asignaba un código alfanumérico para garantizar su anonimato durante todo el ensayo. Este código se asociaba a su nombre, apellidos y número de historia clínica en una base de datos almacenada en un servidor de la Comunidad de Madrid de acceso restringido. Los demás documentos y bases de datos utilizados en el ensayo incluirían únicamente el identificador alfanumérico, excluyendo cualquier dato de identificación personal.

En función de si el participante formaba parte del Estudio 2 o del Estudio 3, realizaba la evaluación en 1 o 2 sesiones (Estudio 2) o en 2 o 3 sesiones (Estudio 3), de acuerdo con sus preferencias. Los datos clínicos y de funcionamiento se extrajeron de la entrevista clínica y los datos de cognición social y disposición *mindfulness* de la sesión de pruebas autoaplicadas. Un ejemplo de sección del cuaderno de recogida de datos puede verse en los Anexos 3 y 4.

## Intervención

SocialMIND-8. La intervención SocialMIND completa consta de ocho sesiones intensivas semanales, cuatro sesiones intensivas quincenales y cinco sesiones de recuerdo mensuales. En total, se ofrecen cuatro meses de intervención intensiva y cinco meses de sesiones de recuerdo, todas de 90 minutos de duración. En este estudio se ofrece la intervención de ocho semanas (SocialMIND-8).

### 1.5. Análisis de datos

Los diseños de grupo único no permiten establecer conclusiones acerca de la eficacia de una intervención determinada. Sí permiten, en cambio, realizar inferencias sobre un posible efecto post-intervención. Para detectar un efecto moderado ( $d = 0,06$ ) con un 95% de probabilidad ( $1 - \beta = 0,95$ ) y un error tipo I del 5% ( $1 - \alpha = 0,05$ ) la muestra necesaria es de 39 personas.

En primer lugar, se exploró que todas las variables se distribuyesen de forma normal a través de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Para calcular las diferencias pre-post, se utilizó la prueba  $T$  para muestras relacionadas si la distribución era normal y la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas cuando la distribución no era normal. Los tamaños del efecto se calcularon, en ambos casos, utilizando la  $d$  de Cohen. Se exploró si existían diferencias entre los participantes del Estudio 2 y del Estudio 3 en la línea base sobre aquellas variables en las que se identificó un efecto significativo.

Siguiendo el protocolo desarrollado por Estrada y cols. (2019), se calcularon las diferencias individuales estandarizadas (SID, por sus siglas en inglés) para todas las variables dependientes mediante la siguiente fórmula (Estrada et al., 2019):

$$SID = \frac{M_{t1} - M_{t0}}{DT_{M_{t1} - M_{t0}}}$$

donde  $M$  es la media,  $DT$  es la desviación típica,  $t_1$  es la semana 8 y  $t_0$  es la línea base

Tras excluir aquellas variables que no seguían una distribución normal, se calculó el porcentaje de mejorías significativas, entendidas como aquéllas que presentan una puntuación SID superior o inferior a 1,645 (en función de si la mejoría se infiere de un aumento o una reducción en la puntuación).

Por último, se exploró si la variable dicotómica “finalizar / no finalizar” el programa de intervención se asociaba a alguna de las variables de la línea base. Para ello, se realizó la prueba de independencia  $\chi^2$  de Pearson sobre las variables categóricas (p. ej., sexo) y ordinales (p. ej., nivel de educación), y las pruebas de diferencia de medias para grupos independientes *T* de Student (para distribuciones normales) o *U* de Mann-Whitney (para distribuciones no normales) sobre las variables escalares y de intervalo.

La aproximación a ambos análisis se realizó por intención de tratar y siguiendo un protocolo de análisis de casos completos (esto es, se analizaron sólo aquellos pares de puntuaciones donde tanto la observación pre como la observación post había sido recogida).

## **2. Resultados**

40 participantes firmaron el consentimiento informado y completaron la evaluación basal. Todos ellos realizaron la entrevista clínica. Uno no completó el Test de Ojos ( $n = 39$ ), dos el cuestionario de disposición *mindfulness* ( $n = 38$ ) y siete el AIHQ ( $n = 33$ ). Sus características se presentan en la Tabla 36. Al realizarse un análisis por intención de tratar con el método de análisis de casos completos, la muestra disponible para cada una de las comparaciones -y, en consecuencia, los grados de libertad- oscila entre 36 (para la entrevista clínica) y 30 (para el AIHQ).

Tabla 36

*Características de los participantes del Estudio 4 (N = 40)*

	<u>N (%) / M (DT)</u>
Edad en años	37,73 (12,76)
Sexo	
Mujeres	20 (50%)
Hombres	20 (50%)
Nivel educativo	
Estudios primarios (6-9 años)	3 (7,5%)
Estudios secundarios (10-14 años)	29 (72,5%)
Estudios universitarios (> 15 años)	8 (20%)
Ocupación	
Trabajando	7 (17,5%)
En situación de desempleo	12 (30%)
En situación de incapacidad	12 (30%)
Estudiando	9 (22,5%)
Estado civil	
Soltero/a	35 (87,5%)
Casado/a	5 (12,5%)
Duración de la enfermedad (en meses)	141,67 (137,56) / Me = 78
Número de hospitalizaciones	2,00 (2,11) / Me = 1; P75 = 2
Diagnóstico DSM-5	
Esquizofrenia (295.90)	30 (75%)
Tr. Esquizofreniforme (295.40)	1 (2,5%)
Tr. Delirante (297.1)	-
Tr. esquizoafectivo (295.70)	3 (7,5%)
Tr. Depresivo Mayor (206.20 – 296.36)	1 (2,5%)
Tr. Bipolar tipo I (296.40 – 296.56)	2 (5%)
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado (298.9)	3 (7,5%)
Puntuación PANSS	
Síndrome positivo	11,93 (3,58)
Síndrome negativo	15,93 (5,88)
Psicopatología general	26,35 (6,92)
Puntuación PSP-T	57,4 (15,80)

*Nota.* Tr = trastorno, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PSP = Personal and Social Performance scale, P75 = percentil 75

Todas las escalas seguían una distribución normal, a excepción de las subescalas de la PSP Autocuidado ( $M = 1,28$ ;  $DT = 1,012$ ),  $Z = 1,626$ ,  $p = 0,010$ , y Agresividad ( $M = 2,30$ ;  $DT = 9,387$ ),  $Z = 3,085$ ,  $p < 0,001$ <sup>4</sup>. Los resultados principales se muestran en la Tabla 36 y revelan un efecto positivo sobre sintomatología y funcionamiento que oscila entre despreciable ( $d = 0,03$  para Psicopatología general) y moderado ( $d = 0,43$  para Autocuidado) y que, sin embargo, no alcanza la significación estadística ( $p > 0,057$ ). Los intervalos de confianza reflejan una tendencia a disminuir las dificultades en el autocuidado  $[-0,72; 0,01]$  y a reducirse los síntomas positivos  $[-1,83; 0,217]$ . Las medidas de cognición social apreciadas mediante el Test de Ojos (teoría de la mente y reconocimiento emocional) y el sesgo de hostilidad del AIHQ (estilo atribucional) muestran una mejoría moderada y estadísticamente significativa. Sin embargo, el efecto es bajo y no significativo para el sesgo de agresión del AIHQ, IC 95% =  $[-0,22; 0,01]$  y para el Test de las Insinuaciones (teoría de la mente), IC 95% =  $[-0,11; 1,22]$ . El resto de las dimensiones exploradas sugieren un efecto de la intervención que va en la dirección esperada, a excepción de los índices del AIHQ Culpa, Intención y Enfado, que presentan un aumento imprevisto y, sin embargo, despreciable ( $d < 0,10$ ). Es destacable el resultado sobre la disposición mindfulness, que no varía tras el entrenamiento SocialMIND-8, IC 95% =  $[-0,25; 0,25]$ .

Se exploró si existían diferencias en la línea base en función de si los participantes pertenecían al Estudio 2 (psicosis de más de cinco años de evolución) o al Estudio 3 (menos de cinco años de evolución) que pudieran dar cuenta de los resultados sobre el Test de Ojos y el AIHQ. Se encontró que la puntuación en el Test de Ojos era significativamente inferior en la línea base entre los participantes del Estudio 2 ( $M = 17,40$ ;  $DT = 4,55$ ) que entre los participantes del Estudio 3 ( $M = 21,29$ ;  $DT = 3,43$ ),  $t(37) = -2,780$ ,  $p = 0,009$ .

---

<sup>4</sup> Las medias y desviaciones típicas no son equivalentes a las presentadas en la Tabla 37 porque se han calculado sobre la muestra total ( $N = 40$ ) y no sobre los casos completos

Tabla 37

*Cambios en variables clínicas, de funcionamiento y de cognición social tras SocialMIND-8 (prueba T para muestras relacionadas)*

Dominio	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	t/z	gl/n	p	d
<b>Sintomatología</b>											
Positiva	11,86	3,24	11,06	3,02	-0,81	-1,83	0,22	-1,60	35	0,11	0,26
Negativa	15,86	5,80	14,97	5,72	-0,89	-2,56	0,78	-1,08	35	0,28	0,15
General	25,89	6,53	25,67	6,49	-0,22	-2,76	2,31	-0,18	35	0,86	0,03
<b>Funcionamiento</b>											
Autocuidado <sup>a</sup>	1,31	0,89	0,94	0,79	-0,36	-0,72	-0,01	-1,91	36	0,05	0,43
Relaciones	2,47	1,48	2,25	1,13	-0,22	-0,59	0,15	-1,21	35	0,23	0,17
Actividades	2,33	1,51	2,08	1,30	-0,25	-0,59	0,09	-1,51	35	0,14	0,18
Agresividad <sup>a</sup>	0,89	0,79	0,69	0,89	-0,19	-0,56	0,18	-1,21	36	0,22	0,23
Global	57,61	16,34	58,39	15,33	0,78	-3,30	4,86	0,39	35	0,70	0,05
<b>Cognición social</b>											
Test de las insinuaciones	7,50	1,99	8,06	1,87	0,56	-0,11	1,22	1,70	35	0,09	0,29
Test de ojos	18,59	4,30	20,41	4,28	1,81	0,43	3,20	2,67	31	0,01	0,42
Sesgo de hostilidad	1,94	0,48	1,77	0,41	-0,17	-0,31	-0,03	-2,53	25	0,01	0,38
Intención	3,04	0,73	3,11	0,69	0,07	-0,13	0,27	0,71	25	0,48	0,10
Culpa	2,66	0,69	2,69	0,85	0,03	-0,15	0,20	0,31	25	0,76	0,03
Agresión	2,66	0,85	2,67	0,91	0,01	-0,16	0,19	0,17	25	0,86	0,02
Sesgo de agresión	1,71	0,29	1,60	0,34	-0,11	-0,22	0,01	-1,86	25	0,07	0,34
Estilo atribucional global	2,40	0,48	2,37	0,50	-0,03	-0,13	0,06	-0,74	25	0,46	0,07
Disposición <i>mindfulness</i>	4,16	0,96	4,16	0,91	0,00	-0,25	0,25	0,01	32	0,99	0,00

*Nota.* Dif = diferencia de medias ( $M_2 - M_1$ ), IC<sub>inf</sub> = límite inferior del intervalo de confianza al 95%, IC<sub>sup</sub> = límite superior del intervalo de confianza al 95%, n = tamaño de la muestra (en pruebas no paramétricas), IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND

<sup>a</sup> Contrastes no paramétricos (W de Wilcoxon)

Al analizar las puntuaciones SID, basadas en el cambio individual, los resultados son similares. El porcentaje de personas que experimentan un cambio neto fiable oscila entre el 0% (para Psicopatología General y AIHQ) y 15% (Síndrome negativo) (Figura 14).



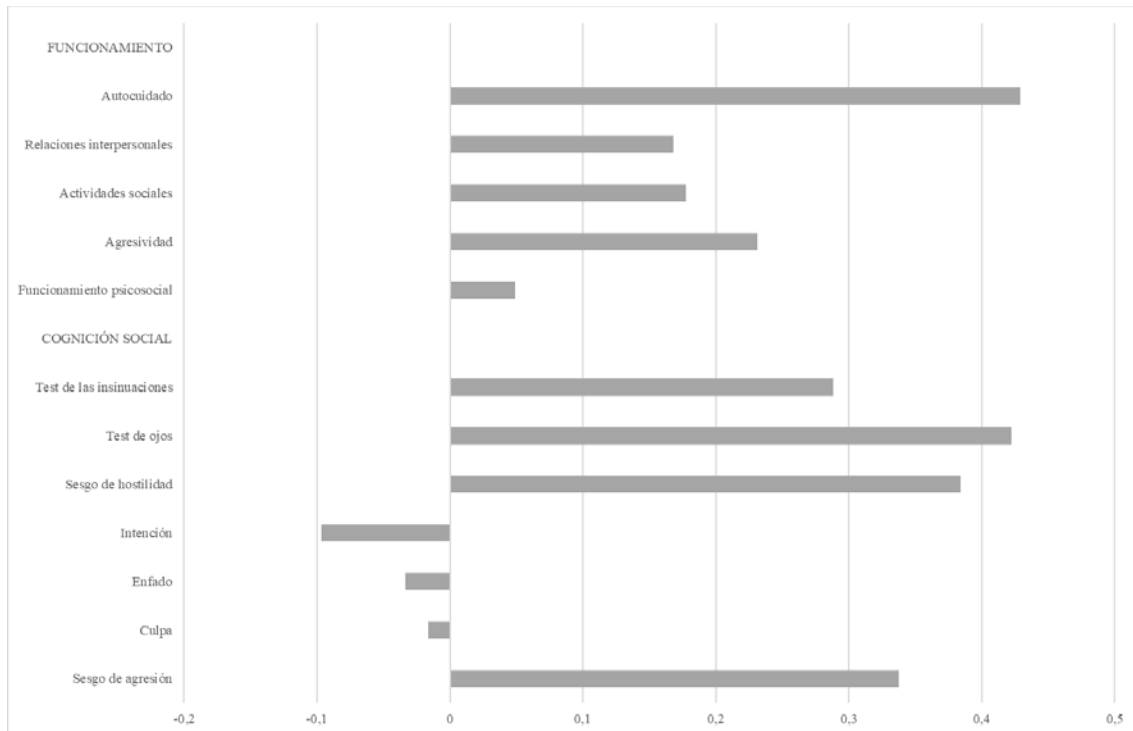


Figura 14. Proporción de cambio neto de las variables de funcionamiento y de cognición social tras el entrenamiento en 8 semanas (datos transformados para que valores positivos reflejen mejorías terapéuticas).

Por último, se exploró si las diferencias en características sociodemográficas o en las variables principales podían predecir quiénes completaban el programa SocialMIND-8 (es decir, acudían a 6 o más sesiones), y quiénes no. El análisis reveló que ni la edad, ni el sexo, ni el nivel educativo, ni el tiempo transcurrido desde el primer episodio se asociaban a completar o no la intervención, como tampoco lo hacía la puntuación basal en ninguna de las variables dependientes. El único factor relevante fue formar parte del Estudio 2 o del Estudio 3, encontrándose una proporción significativamente mayor de personas que completan la intervención en el Estudio 2 (21 frente a 4) que en el Estudio 3 (8 frente a 7),  $\chi^2(1) = 4,422$ ,  $p = 0,035$ .

### 3. Discusión

El objetivo del Estudio 4 era explorar los cambios en la sintomatología, la cognición social y el funcionamiento psicosocial de personas con psicosis tras el entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* de ocho semanas (SocialMIND-8).

### ***3.1. Variables clínicas y de funcionamiento***

No se registran cambios estadísticamente significativos en variables clínicas o en el funcionamiento psicosocial global. Sí se identificó un aumento significativo del autocuidado. Este hallazgo es de gran importancia en las personas con psicosis, porque no sólo evalúa aspectos como la toma de medicación o la asistencia a los recursos sanitarios, sino también indicadores del síndrome amotivacional relacionadas con el aseo, la cocina, el cuidado de la casa, etc. Este resultado es muy coherente con la naturaleza de los PBM en general y de SocialMIND en particular, donde las profesoras están constantemente recordando el marco de cuidados en que se inscriben las sesiones. Además, las prácticas relacionadas con la compasión o las instrucciones para realizar la práctica en casa explicitan esa amabilidad y buen trato que uno debe tener hacia sí mismo en todo momento. De replicar este resultado con una muestra mayor, podría detectarse una vía directa de asociación entre el aumento de la autoconsciencia (la importancia de los cuidados) y el funcionamiento.

### ***3.2. Variables de cognición social***

Se registraron también aumentos significativos en el rango bajo-moderado en dos dominios de la cognición social: la atribución de estados mentales (aunque la prueba mide también reconocimiento facial de emociones) y el sesgo de hostilidad. Interpretados en conjunto con los resultados del Estudio 3, parece que un incremento del tamaño de la muestra y un análisis estadístico intragrupo sí permiten identificar diferencias estadísticamente significativas en dimensiones relacionadas con la cognición social. Sin embargo, el diseño de este estudio no permite atribuir estas diferencias a la intervención SocialMIND. Penn y su equipo realizan un estudio de grupo único con el SCIT en personas con esquizofrenia, y no encuentran mejoría en el sesgo de hostilidad ni en el reconocimiento facial de emociones, pero sí en teoría de la mente (Penn et al., 2005). Roberts y Penn también aportan datos sobre los efectos dentro del grupo de tratamiento con SCIT, que son moderados-altos para el reconocimiento de emociones y no significativos en estilo atribucional ni en teoría de la mente (Roberts y Penn, 2009). Lahera y colaboradores utilizan el SCIT en personas con trastorno bipolar, y sí reportan

una mejoría estadísticamente significativa en el sesgo de hostilidad y en teoría de la mente similares a la encontrada en este estudio, y una mejoría muy superior a la de este trabajo en reconocimiento facial de emociones (Lahera et al., 2012). La diferencia de instrumentos de medida sólo permite la comparación directa de los resultados en el sesgo de hostilidad.

Una consideración previa a la interpretación de los resultados es que las personas procedentes del Estudio 2 (más de cinco años de evolución) presentaban peores puntuaciones en atribución de estados mentales en la línea base que las personas con menos de cinco años de evolución procedentes del Estudio 3 (aunque la muestra no es exactamente la misma, estos resultados son similares a los del Estudio 1). Es posible, por tanto, que el efecto positivo sobre la teoría de la mente no se deba exclusivamente a un aumento del tamaño de la muestra -y, en consecuencia, de la potencia estadística-, sino a incluir personas que tengan más dificultades en la cognición social. Esta heterogeneidad de participantes podría disminuir el fenómeno de efecto suelo y permitir un mayor impacto general sobre la cognición social, lo que abriría también la posibilidad a realizar grupos con más participantes donde el tiempo transcurrido desde el PEP no sea un criterio de inclusión. En lo que respecta a la reducción del sesgo de hostilidad, en este caso no se aprecian diferencias entre las personas con mayor o menor evolución de la psicosis en la línea base. Esta disociación entre la teoría de la mente y el estilo atribucional es congruente con las propuestas que postulan una suerte de cognición social bidimensional, con unos aspectos más relacionados con el déficit en habilidades y procesos cognitivos, y otros más relacionados con el estilo cognitivo y el procesamiento sesgado de la información (Peyroux et al., 2019). Una última consideración respecto a estos hallazgos y su interpretación es que, mientras que Peyroux y cols. (2019) desde la cognición social o Richard Bentall (1996) desde la TCC, han sugerido que los “déficits” en dominios de cognición social se asocian a la presencia de síntomas negativos y las “alteraciones” o sesgos a la presencia de síntomas positivos, los resultados de este estudio no encuentran asociaciones entre componentes de la cognición social y los síntomas psicóticos. Si estos elementos son susceptibles de mejorar sin que lo haga la sintomatología, es posible que existan otros mecanismos de acción alternativos, que serían especialmente prometedores para personas que experimentan síntomas psicóticos persistentes.

### 3.3. *Diferencias entre los participantes*

También se hipotetizó que habría más personas que finalizarían el entrenamiento (acudirían a 6 o más sesiones) en el Estudio 2 que en el Estudio 3. Los resultados muestran que, en efecto, más de un 80% de los participantes del Estudio 2 completan la intervención, frente a menos de un 60% que lo hacen en el Estudio 3. Esto debe interpretarse junto con la comparación de ambos diagramas de flujo, que muestran que el período de tiempo necesario para incluir a un número prácticamente idéntico de participantes (25 en el Estudio 2 y 28 en el Estudio 3) fue de dos meses para personas con psicosis de más de cinco años de evolución y de nueve meses para personas con PEP. Parece por tanto que la población con PEP es más difícil tanto de captar como de mantener en este tipo de programas terapéuticos, incluso cuando se ofrecen todas las facilidades en términos de disponibilidad, recordatorios telefónicos, adaptación de horarios, etc. A la luz de esta dificultad, los criterios de exclusión del Estudio 3 fueron relativamente laxos, y se animó a aquellas personas que no se encontraban convencidas de participar al cien por cien a que al menos realizasen la evaluación y probasen las primeras semanas; esto no sucedió así en el Estudio 2, donde se requería un compromiso mayor por parte de los participantes. Ninguna de las demás variables exploradas se asociaba al hecho de que las personas finalizaran o no el programa SocialMIND.

### 3.4. *Disposición mindfulness*

Los resultados en disposición *mindfulness* confirman los hallazgos del Estudio 3, siendo el promedio antes y después del entrenamiento prácticamente idéntico.

### 3.5. *Limitaciones y fortalezas*

La limitación principal de este estudio es no contar con un grupo control que permita realizar inferencias sobre las causas de los posibles efectos terapéuticos de SocialMIND. Como se comentó en el Estudio 3, esto es relativamente habitual en estudios con programas de entrenamiento en cognición social y de entrenamiento en *mindfulness*, y la justificación de este subanálisis reside en la posibilidad de establecer comparaciones con estos estudios. Para compensar estas limitaciones inherentes al diseño, se realizó un

análisis por intención de tratar únicamente de las personas que completaron las evaluaciones pre y post, en pos de un mayor rigor en el tratamiento de los datos. Además, aunque se incluyó a participantes procedentes de dos grupos que podrían ser muy diferentes, las comparaciones en la línea base sólo detectan diferencias en la capacidad de atribuir estados mentales medida con pruebas de teoría de la mente. Una última limitación es que se realiza un análisis sobre las 8 primeras sesiones, sin incluir tan siquiera el programa intensivo completo (de 12 sesiones). Sin embargo, y en línea con el diseño del Estudio 2, la totalidad del contenido de las sesiones y las prácticas formales e informales se presentan en las ocho primeras semanas. Se espera, por tanto, que los resultados puedan ser extrapolables a los encontrados en un futuro con un tamaño muestral mayor.

## Discusión general

### 1. Objetivo general y resumen de los hallazgos

El objetivo general de este trabajo era desarrollar, implementar y evaluar la tolerabilidad y eficacia de un entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* para personas que han sufrido un primer episodio de psicosis (PEP). Para ello, se realizó una prueba de concepto que encontró que la disposición *mindfulness* se asociaba con un elemento de la cognición social (el estilo atribucional), pero no con otros (la teoría de la mente y el reconocimiento emocional), y que esta asociación era independiente de la sintomatología. Con estos datos, se desarrolló un programa basado en *mindfulness* (PBM) dirigido a diferentes procesos sociocognitivos (sesgos atribucionales, atribución de estados mentales, reconocimiento de emociones, empatía, etc.), que debía poder impartirse en base a un manual y que permitiese evaluar el ajuste a dicho manual. Se comprobó entonces que el programa era muy bien tolerado por un grupo de personas con psicosis y que las profesoras se ajustaban adecuadamente a los contenidos y tiempos del manual. Se concluyó, además, que era plausible poner en marcha un ensayo controlado aleatorizado (ECA), que se dirigió a personas que habían sufrido un PEP en los últimos cinco años. Un análisis intermedio de este ECA sugiere que este PBM puede ser al menos tan eficaz como un comparador activo psicoeducativo inspirado en programas de intervención temprana (PITs), pero no permite establecer conclusiones definitivas por no contar con la suficiente potencia estadística. Sus resultados más concluyentes son que los síntomas negativos descienden significativamente en ambas ramas y que el *insight* cognitivo aumenta significativamente en el grupo experimental. En un último subestudio, se analizaron todas las personas que realizaron la primera fase de 8 sesiones semanales del PBM y que completaron las evaluaciones basal y post-intervención. A pesar de la ausencia de un grupo control que permitiese establecer inferencias causa-efecto, las personas que realizan el programa mejoran sus puntuaciones en los dominios de cognición social teoría de la mente y estilo atribucional.

## 2. La propuesta de SocialMIND

SocialMIND es una propuesta terapéutica que aspira a favorecer el proceso de recuperación y adaptación de las personas que han experimentado uno o varios episodios de psicosis. Además, como plantea Paul Chadwick (2019), *mindfulness* sería un proceso terapéutico capaz de *humanizar* no sólo a la persona con psicosis y su experiencia, sino también al fenómeno de la psicosis en sí y a cómo es valorado por la población general (Chadwick, 2019). En este sentido, SocialMIND trata de aproximarse a la diversidad experiencial y perceptiva presente en la psicosis dando una importancia central al autocuidado y evitando contribuir a la internalización del estigma. Esto sería especialmente relevante para quienes han sufrido un PEP recientemente, donde las propuestas transdiagnósticas, dimensionales y centradas en las fases clínicas son mucho más útiles a la hora de explicar y abordar el problema de salud mental que las propuestas psicopatológicas clásicas (McGorry y Nelson, 2019; McGorry y van Os, 2013; Quattrone et al., 2019).

Todo esto aleja a SocialMIND de propuestas de intervención potencialmente más estigmatizadoras, asumiendo un enfoque centrado en la persona (Chadwick, 2006) donde, en palabras de Kabat-Zinn, “*mientras estés respirando, hay más cosas en ti que están bien que cosas que están mal*” (Kabat-Zinn, 1994). En este sentido, asumir que la variabilidad y la diversidad interpersonal es la norma y no la excepción entronca tanto con las propuestas clásicas del modelo cognitivo (Garety y Freeman, 2013) como con algunas de las aproximaciones actuales al estudio de la psicosis (Guloksuz y Van Os, 2018; van Os y Linscott, 2012; van Os y Reininghaus, 2016). Partiendo de la idea de que las experiencias denominadas psicóticas podrían estar presentes en muchas personas, los psicólogos cognitivos plantean que la clave, tanto para comprender estas experiencias, como para abordarlas terapéuticamente, consistía en centrarse en la valoración que la persona hace de las mismas y la respuesta que da ante ellas (Bentall, 1996; Chadwick y Birchwood, 1994; Garety et al., 2001; Romme y Escher, 1989). SocialMIND combina algunos elementos de los PBM como la aceptación radical de la experiencia o la invitación a compartir cualquier fenómeno que surja durante la práctica, con dianas terapéuticas clásicas tanto de la terapia cognitiva (p. ej., cómo una persona reacciona ante una experiencia de tipo psicótico), como de los entrenamientos en cognición social (p. ej., por qué la persona cree que otra persona actúa como actúa). De hecho, aunque que

otras propuestas de *mindfulness* como la PBCT han incorporado elementos de la terapia cognitiva, SocialMIND es el primer PBM dirigido explícitamente a procesos relacionados con la cognición social.

Aunque procedente de análisis intermedios, el resultado más claro de este trabajo sugiere que SocialMIND reduce el nivel de certeza respecto a los propios procesos mentales. Éste es un componente fundamental del *insight* cognitivo, que se refiere a la habilidad para distanciarse de las creencias erróneas y realizar inferencias adecuadas de las propias interpretaciones, utilizando para ello el *feedback* procedente de otras personas (Beck et al., 2004). Esta conceptualización metacognitiva del *insight* se desarrolla en respuesta a las limitaciones del concepto de *insight* clínico (o conciencia de enfermedad), que presenta algunas limitaciones al trabajar con población con psicosis (David, Buchanan, Reed y Almeida, 1992). Actualmente, existen intervenciones para personas con psicosis dirigidas específicamente a éste y otros aspectos de la metacognición, como la terapia de *insight* y reflexión metacognitiva (MERIT, por sus siglas en inglés) (Jong et al., 2019) o el propio MKT (Favrod et al., 2014; van Oosterhout et al., 2014), que se han mostrado capaces de reducir la certeza respecto a las propias creencias para comprenderlas como pensamientos que cambian, en lugar de considerarlas hechos invariables. Estos entrenamientos adquieren generalmente la estructura de programas de adquisición de habilidades, con un carácter fundamentalmente psicoeducativo, y un tipo de aprendizaje muy dirigido y poco experiencial. Esto contrasta con la esencia de SocialMIND, un programa donde se cultiva la aceptación radical de la experiencia (sea cual sea) y donde el aprendizaje emerge de dicha experiencia en el contexto del grupo. Sea como fuere, la esencia de éste y de cualquier PBM es radicalmente metacognitiva, en tanto que se trabaja observando y reflexionando sobre el modo de funcionar de la propia mente, y se aspira a “sembrar la semilla de la duda” desde una aproximación que no confronta (*backdoor approach*). Un modelo que puede servir para comprender esta naturaleza metacognitiva de *mindfulness* y para dar cuenta del efecto que SocialMIND tiene sobre el *insight* cognitivo, es propuesto por Jankowski y Holas (2014) y presentado en la Figura 15.



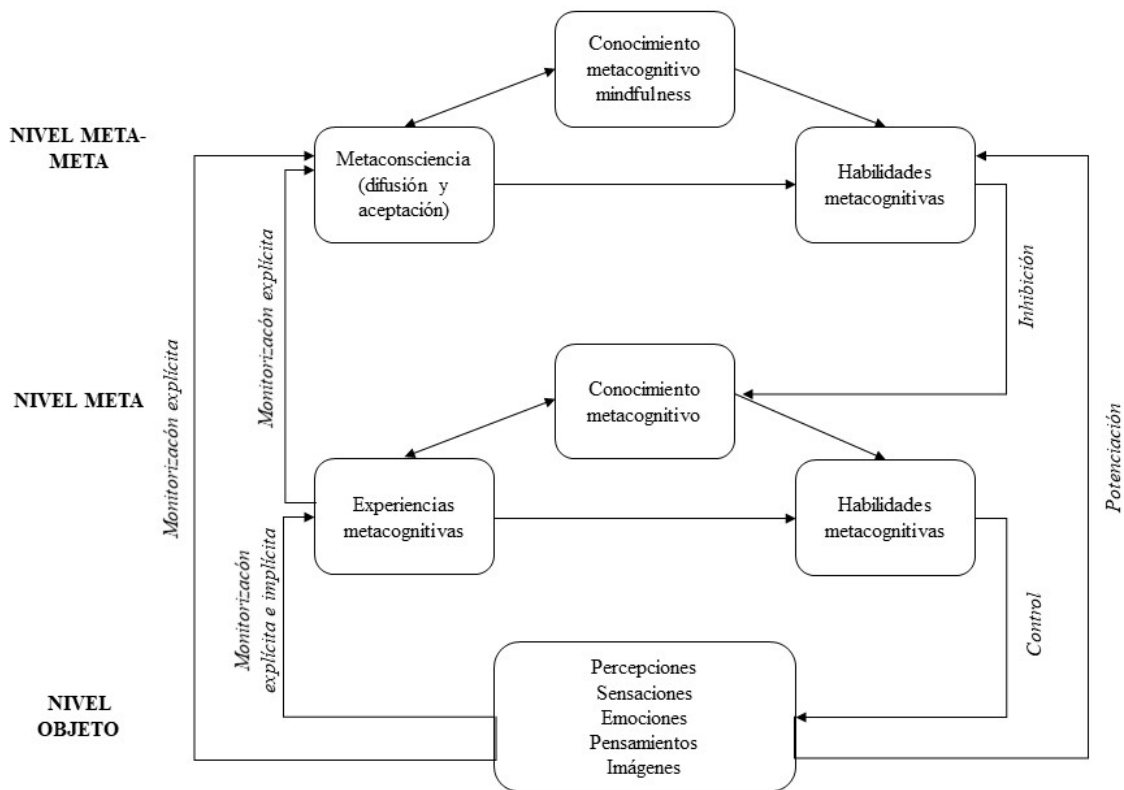


Figura 15. Modelo metacognitivo de *mindfulness* (Jankowski y Holas, 2014) (reproducido con permiso)

Estos autores postulan la existencia de tres niveles cognitivos: un nivel de objeto (percepciones, sensaciones, emociones, pensamientos e imágenes), un nivel metacognitivo (conocimiento metacognitivo, habilidades metacognitivas, y experiencias metacognitivas) y un nivel meta-metacognitivo. El componente central de este último nivel es el conocimiento metacognitivo *mindfulness*, que es ese conocimiento capaz de promover un estado de atención plena. Incluye las creencias establecidas sobre el agente (o sujeto) y el objeto de la cognición, pero también las metas y estrategias necesarias para *mantener activo* ese metaconocimiento *mindfulness*. La información procedente de los dos niveles subordinados (objetos y metacognición), es interpretada en el contexto de ese metaconocimiento *mindfulness*, generando metaexperiencias propias de *mindfulness* como son el *insight* metacognitivo, la compasión, la curiosidad o el sentido de novedad. Estas experiencias disparan habilidades metacognitivas que evocan y refuerzan el estado de atención plena, y que tienen que ver con permanecer alerta, mantener la atención, inhibir procesos o cambiar entre una y otra tarea. Los autores se basan en una serie de supuestos que discuten y justifican a partir de los resultados de trabajos previos, a saber:

(1) el procesamiento metacognitivo y multinivel de la información es inherente a un estado de consciencia plena, (2) el nivel meta-metacognitivo siempre es consciente, mientras que los otros dos niveles pueden no ser conscientes (incluido el nivel metacognitivo, que también puede ser implícito o automático), (3) la práctica intencional de *mindfulness* reduce la disociación entre los dos niveles subordinados (objeto y metacognición), (4) la especificidad del metaconocimiento *mindfulness* se debe a la interrelación entre sus tres componentes (el metaconocimiento promueve un estado de consciencia plena que genera experiencias *mindfulness*, y las estrategias metacognitivas ayudan a mantener ese estado) y (5) los tres componentes del nivel meta-metacognitivo cambian y evolucionan con la práctica.

Como se revisó en el Capítulo 3, existe un cierto solapamiento entre los entrenamientos cognitivos y los entrenamientos en cognición social, como se refleja tanto en el modo de trabajar (reflexionar sobre el modo en que se procesa la información) como en algunos módulos específicos (por ejemplo, el entrenamiento en cognición social SCIT y el entrenamiento metacognitivo MKT comparten un módulo casi idéntico sobre el “salto a las conclusiones”). Los resultados del Estudio 4 sugieren también que SocialMIND podría mejorar la atribución de estados mentales y el reconocimiento facial de emociones, dos componentes fundamentales de la cognición social. Es posible que el mecanismo que explica los cambios en *insight* cognitivo y cognición social sea compartido. Esto iría en la línea de las propuestas que sugieren que el entrenamiento en cognición social promueve el desarrollo de experiencias metacognitivas (como las presentadas en el modelo de Jankowski y Holas), y que estas experiencias afectarían al modo en que una persona juzga sus propios procesos mentales (Fernandes y Roberts, 2014). En una reciente revisión, Grant y cols. (2017) reflexionan sobre las posibles modificaciones que podrían realizarse en los entrenamientos en cognición social para potenciar el traslado de los resultados al funcionamiento diario, y sugieren que incluir un mayor número de estrategias metacognitivas podría facilitar este proceso (Grant et al., 2017).

No obstante, SocialMIND y los PBM son, en general, más que un entrenamiento metacognitivo. Según la revisión de Khoury y cols. (2017) las diferentes tradiciones *mindfulness* tienen en común el hecho de que todas ellas consideran que los procesos cognitivos se encuentran *anclados* o *enraizados* (“*embodied*”) en las experiencias sensoriales y motoras, por lo que éstas tendrían “línea directa” con la mente (Khoury

et al., 2017). En esta conceptualización no dualista está la propia esencia del *Satipatthana* budista, que otorga la misma relevancia a los cuatro elementos a los que puede dirigirse la consciencia, a saber: los fenómenos, la mente, los sentimientos y *el cuerpo*. Asume, como diría Varela, que la consciencia no *está* en los eventos mentales del cerebro, sino que *atraviesa* a la mente y el cuerpo: “*living is cognition*” (Maturana y Varela, 1980, citado en Thompson, 2004). La ciencia cognitiva se está interesando por este tipo de paradigmas, afanándose por explorar la *situación* (en el sentido de localización espacial) de la cognición, en un paradigma denominado *cognición situada* o localizada. Para Robins y Aydede (2009), este paradigma integraría tres dimensiones comunes a la mente y a la cognición, a saber: que la mente se encuentra *insertada* en un medio donde interactúa (*cognición insertada* o *embedded cognition*), que la mente excede los límites del organismo (*cognición extendida*) y que el lugar donde se sitúa la cognición no es otro que el propio cuerpo (*cognición encarnada* o *embodied cognition*) (Robbins y Aydede, 2009, p. 3). El hecho de que la cognición esté *encarnada* o *incorporada* tiene mucho que ver con el *anclaje* o *enraizamiento* de *mindfulness*. Y, como sucedía con los mecanismos metacognitivos, podría dar cuenta del modo en que SocialMIND actúa sobre aspectos cognitivos -en general- y de cognición social en particular. De hecho, el paradigma de la cognición situada entiende la percepción como un fenómeno esencialmente *intencional*, donde, por ejemplo, una taza, no es sencillamente un objeto que ocupa un lugar en el espacio sino un objeto *que yo puedo agarrar*, o llevar a mi boca, o romper (Shapiro, 2014). Esta observación ha sido confirmada por las investigaciones sobre el sistema de neuronas espejo, que demuestra que los sistemas sensoriales y motores están estrechamente relacionados, y que es difícil distinguir entre emisor y receptor y, por consiguiente, entre acción y percepción central (Iacoboni et al., 2005, 1999; Rizzolatti y Arbi, 1998; Rizzolatti, Fabbri-Destro y Cattaneo, 2009). El papel de las eferencias procedentes del cuerpo (*bottom-up*) sería fundamental a la hora de experimentar ese sentido de agencia en la ejecución de la acción. Y esta función sería especialmente crítica en las interacciones sociales, en tanto que serviría para “*estabilizar el modelo que una persona tiene de sí misma*” y para posibilitar los procesos de mentalización “*sin difuminar la barrera que la distingue de los demás* (self-other distinction)” (Palmer y Tsakiris, 2018).

Con toda la cautela a la que obligan estas reflexiones teóricas, podría argumentarse que la encarnación o el *embodiment* es el elemento diferencial que

*mindfulness* aporta al trabajo con la cognición social, complementando los mecanismos de arriba abajo (*top-down*) propios de las intervenciones cognitivas (y metacognitivas) clásicas, con mecanismos de abajo arriba presentes en la práctica de *mindfulness*. Esto sería especialmente relevante en el campo de la psicosis por, al menos, cuatro motivos:

- 1) Existen numerosos planteamientos que recuperan una aproximación fenomenológica a la esquizofrenia, definiéndola como un trastorno del sentido del sí mismo (ipseidad), donde habría una dificultad para identificar las acciones y experiencias como propias (sentido de agencia) (Nelson, Parnas y Sass, 2014; Pérez-Álvarez, García-Montes y Sass, 2010; Sass, 1990, 2014; Sass y Parnas, 2003).
- 2) Las personas con psicosis presentan múltiples problemas en diferentes dominios de la cognición social (Green et al., 2015), y se critica a la investigación en cognición social por tener una escasa validez ecológica (Redcay y Schilbach, 2019) y por obviar procesos sociocognitivos que muchas veces son implícitos (Alcalá-López et al., 2018; Nosek, Hawkins y Frazier, 2011).
- 3) Algunas propuestas subrayan la importancia de la falta de “encarnación” en la esquizofrenia, definiéndola como un “trastorno del *disembodiment*” (Crespi y Dinsdale, 2019; de Haan y Fuchs, 2010; Fuchs y Schlimme, 2009; Stanghellini, 2009; Tschacher, Giersch y Friston, 2017).
- 4) Intervenciones dirigidas a aspectos corporales están mostrando resultados prometedores en esquizofrenia (Martin, Koch, Hirjak y Fuchs, 2016).

En resumen, SocialMIND podría ofrecer una variedad de ingredientes y principios activos que apelarían a distintos procesos cognitivos y corporales, de arriba abajo y de abajo arriba, que ampliarían el número de senderos por los que trasladar los resultados obtenidos en las pruebas de cognición social a la vida diaria. Este enfoque permitiría superar algunas limitaciones propias de la investigación en cognición social, como la tendencia a focalizarse en aspectos estáticos (*off-line*) y no interactivos (en detrimento de procesos de carácter implícito) (Frith, 2004; Nosek et al., 2011; Yun, Watanabe y Shimojo, 2012) o la tendencia a situar a la persona entrenada en el rol de observador, y no de agente interactivo (Redcay y Schilbach, 2019). Además, SocialMIND proporciona un marco de trabajo con estos aspectos en el que se cultiva una actitud de autocuidado y buen trato hacia uno mismo, donde toda experiencia es bienvenida, tratando así de

disminuir procesos como la identificación con el diagnóstico o la paralización que genera la internalización del estigma.

### **3. Líneas de investigación futuras**

La investigación actual en el campo de la psicosis está abonando el terreno para la evolución de los enfoques terapéuticos disponibles. Esto se justifica en algunos de los elementos presentados en este trabajo, como la asunción del modelo dimensional del espectro de la psicosis, el interés por explorar más las fases clínicas que las diferencias entre las entidades diagnósticas, el énfasis en mejorar aquellos dominios sobre los que las intervenciones actuales no son actuales (como el síndrome negativo), el peso de los elementos cognitivos en las teorías explicativas y los desarrollos clínicos actuales, o el enfoque en el proceso de adaptación y recuperación como superación de las limitaciones de los modelos de remisión de síntomas. Teniendo en cuenta este contexto, algunas de las líneas de investigación futuras serían las siguientes:

- 1) Finalización del ensayo clínico presentado en el Estudio 3. La consecución de un ensayo controlado aleatorizado, que incluya un comparador activo de carácter psicoeducativo y que explore los efectos de la intervención sobre medidas de funcionamiento permitirá establecer conclusiones sobre la efectividad del programa SocialMIND. Contar con ensayos clínicos de calidad y con suficiente potencia estadística es algo imperativo tanto en la investigación sobre *mindfulness* y psicosis como en los estudios con programas de entrenamiento en cognición social.
- 2) Efectos de SocialMIND sobre otras variables. Tanto en los análisis intermedios como en los análisis finales se estudia el efecto de SocialMIND en dimensiones sintomáticas, funcionales y en dominios neurocognitivos y sociocognitivos. Investigaciones futuras deberían estudiar el efecto sobre fenómenos como la regulación emocional, la saliencia aberrante ante estímulos neutros, sesgos específicos de procesamiento de la información como el de aceptación liberal, o dominios específicos del síndrome negativo. Esto serviría para acercar los resultados de la investigación epidemiológica y básica con los procedentes de ensayos clínicos.

- 3) Desarrollo de ECA multicéntricos. SocialMIND tiene el potencial de ser una intervención manualizada y este ensayo clínico ha publicado su protocolo en una revista de acceso abierto. El único modo de poder contrastar hipótesis con la suficiente potencia estadística es desarrollar estudios multicéntricos que permitan, además, comprobar que otros grupos de investigación encuentran resultados similares. Éste es el caso del estudio disponible con mayor población hasta la fecha, desarrollado en China, Taiwan y Hong-Kong (Chien et al., 2017).
- 4) Exploración del cambio individual. Además de desarrollar ECAs multicéntricos que permitan hacer un análisis de los resultados basado en las puntuaciones de tendencia central, deben seguir explorándose los posibles cambios a nivel individual (Power, 2017). Este trabajo utiliza las puntuaciones SID, que identifican la proporción de personas que experimenta un cambio significativo en cada grupo de tratamiento (Estrada et al., 2019). Combinar un enfoque de análisis de datos grupales con otro de cambios en puntuaciones individuales, estudios de series de casos, o análisis cualitativos, puede permitir una aproximación más multidimensional para comprender cómo y cuándo funciona SocialMIND.

## Conclusiones

**Primera.** Las personas con psicosis que tienen una mayor disposición a permanecer atentas y conscientes (alt., disposición *mindfulness*) realizan menos atribuciones de intencionalidad y muestran un estilo atribucional general menos sesgado. Esta asociación es independiente de la sintomatología psicótica y los indicadores de psicopatología general.

**Segunda.** El entrenamiento en cognición social basado en *mindfulness* (SocialMIND) en su versión de 8 semanas es bien tolerado (en términos de acontecimientos adversos) y valorado positivamente por las personas con psicosis participantes en los grupos.

**Tercera.** Un ensayo controlado aleatorizado es realizable, como muestran la tasa de reclutamiento, adherencia y el ajuste al manual de la intervención del Estudio 2.

**Cuarta.** SocialMIND es más eficaz que una intervención multicomponente psicoeducativa para mejorar el *insight* cognitivo en personas que han sufrido un primer episodio de psicosis en los últimos cinco años.

**Quinta.** SocialMIND no es más eficaz que una intervención multicomponente psicoeducativa a la hora de mejorar la disposición *mindfulness* ni la cognición social.

**Sexta.** Las tasas de reclutamiento, adherencia y abandono del Estudio 2 (personas con psicosis de más de cinco años de evolución) y del Estudio 3 (personas con primeros episodios de psicosis) no son equivalentes, encontrándose mayor dificultad en el segundo grupo.

**Séptima.** El entrenamiento SocialMIND de 8 semanas tiene un efecto entre bajo y moderado sobre los dominios de cognición social teoría de la mente y reconocimiento emocional cuando se analizan conjuntamente los datos de los grupos de más y de menos de cinco años de evolución.

**Octava.** SocialMIND podría aportar elementos corporales y metacognitivos propios de los programas basados en *mindfulness* al entrenamiento en cognición social.

## Conclusions

**First.** People with psychosis with a higher disposition to remain attentive and aware (i.e., mindful disposition) make less attributions of intentionality and display a less biased attributional style. Neither the mindful disposition nor the attributional style are linked to psychotic symptoms or general psychopathology.

**Second.** People with psychosis are satisfied and do not experience adverse events after the 8-week version of the mindfulness-based social cognition training program named SocialMIND.

**Third.** Both recruitment and adherence rates, as well as the teachers' compliance with the SocialMIND intervention manual, suggest that a further randomized controlled trial is feasible.

**Fourth.** SocialMIND is more effective than the control intervention (a psychoeducational multicomponent intervention) in improving the cognitive insight of people who have experienced their first episode of psychosis in the past five years.

**Fifth.** SocialMIND is as effective as the psychoeducational multicomponent intervention in improving the levels of dispositional mindfulness and the domains of social cognition.

**Sixth.** People who experienced their first episode of psychosis within the past five years (Study 3) are more difficult to recruit and present both higher attrition rates and lower adherence rates than people with a longer duration of psychosis (Study 2).

**Seventh.** The 8-week version of SocialMIND has a low-to-medium effect over the socio-cognitive domains theory of mind and emotion recognition when participants with higher and lower duration of psychosis are analyzed conjointly.

**Eighth.** SocialMIND may introduce the embodied and metacognitive dimensions of mindfulness-based programs into the social cognition training programs.



## Referencias

- Aas, M., Dazzan, P., Mondelli, V., Melle, I., Murray, R. M., y Pariante, C. M. (2014). A systematic review of cognitive function in first-episode psychosis, including a discussion on childhood trauma, stress, and inflammation. *Frontiers in Psychiatry, 4*, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00182>
- Abba, N., Chadwick, P., y Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research, 18*(1), 77-87. <https://doi.org/10.1080/10503300701367992>
- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin, 85*(6), 1275-1301. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275>
- Addington, D., Addington, J., y Maticka-tyndale, E. (1993). Assessing Depression in Schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 163*(S22), 39-44. <https://doi.org/10.1192/S0007125000292581>
- Ahmed, A. O., Kirkpatrick, B., Galderisi, S., Mucci, A., Rossi, A., Bertolino, A., ... Strauss, G. P. (2019). Cross-cultural Validation of the 5-Factor Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 45*(2), 305-314. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby050>
- Alcalá-López, D., Vogeley, K., Binkofski, F., y Bzdok, D. (2018). Building blocks of social cognition: Mirror, mentalize, share? *Cortex, 101*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2018.05.006>
- Allen, D. N., Randall, C., Bello, D., Armstrong, C., Frantom, L., Cross, C., y Kinney, J. (2010). Are working memory deficits in bipolar disorder markers for psychosis? *Neuropsychology, 24*(2), 244-254. <https://doi.org/10.1037/a0018159>
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., y Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 55*, 74-91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
- American Psychiatric Association. (1986). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

- Disorders* (4.<sup>a</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amos, A. (2012). Assessing the cost of early intervention in psychosis: A systematic review. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(8), 719-734. <https://doi.org/10.1177/0004867412450470>
- Andreasen, N. C. (1982). Negative Symptoms in Schizophrenia: Definition and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784-788. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070020005>
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., y Weinberger, D. R. (2005). Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychological Rehabilitation Journal*, 16(4), 521-538.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., ... Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: El caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., y Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>
- Attkisson, C. C., y Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233-237. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-X](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-X)
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., y Herbert, J. D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5(2), 166-174. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.671349>

- Baer, R., Crane, C., Miller, E., y Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 71, 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
- Barajas, S., y Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clínica y Salud*, 25(1), 49-56. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70026-X](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70026-X)
- Barbato, M., Liu, L., Penn, D. L., Keefe, R. S. E., Perkins, D. O., Woods, S. W., y Addington, J. (2013). Social cognition as a mediator between neurocognition and functional outcome in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 150(2-3), 542-546. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.015>
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., ... Carpenter, W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.027>
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., y Robertson, M. (1997). Another Advanced Test of Theory of Mind: Evidence from Very High Functioning Adults with Autism or Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., y Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251. <https://doi.org/10.1017/S0021963001006643>
- Bauman, C. W., y Skitka, L. J. (2010). Making Attributions for Behaviors: The Prevalence of Correspondence Bias in the General Population. *Basic and Applied Social Psychology*, 32(3), 269-277. <https://doi.org/10.1080/01973533.2010.495654>
- Bechi, M., Spangaro, M., Bosia, M., Zanoletti, A., Fresi, F., Buonocore, M., ... Cavallaro, R. (2013). Theory of Mind intervention for outpatients with schizophrenia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(3), 383-400. <https://doi.org/10.1080/09602011.2012.762751>
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., y Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale.

- Schizophrenia Research*, 68(2), 319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., y Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos Campos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bentall, R. (1996). From cognitive studies of psychosis. En *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (1.<sup>a</sup> ed., pp. 1-27). London: Routledge.
- Berrios, G. E. (1987). Historical aspects of psychoses: 19th century issues. *British Medical Bulletin*, 43(3), 484-498. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a072197>
- Berrios, G. E., y Beer, D. (1994). The notion of unitary psychosis: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 5(17), 013-036. <https://doi.org/10.1177/0957154X9400501702>
- Bertolote, J. M., y McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 48, NaN-NaN. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
- Best, M. W., y Bowie, C. R. (2017). A review of cognitive remediation approaches for schizophrenia: From top-down to bottom-up, brain training to psychotherapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(7), 713-723. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1331128>
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., ... Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: Systematic review and network meta-analysis: Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(3), 316-329. <https://doi.org/10.1002/wps.20577>
- Birchwood, M., y Fiorillo, A. (2000). The Critical Period for Early Intervention. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(2), 182-198. <https://doi.org/10.1080/10973430008408405>
- Birchwood, M., y Macmillan, F. (1993). Early Intervention in Schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 374-378. <https://doi.org/10.3109/00048679309075792>

- Birchwood, M., McGorry, P., y Jackson, H. (1997). Early intervention in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 170(1), 2-5. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.2>
- Birchwood, M., y Trower, P. (2006a). Cognitive Therapy for Command Hallucinations: Not a Quasi-Neuroleptic. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s10879-005-9000-y>
- Birchwood, M., y Trower, P. (2006b). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Not a quasi-neuroleptic. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 107-108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.014985>
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>
- Bliksted, V., Fagerlund, B., Weed, E., Frith, C., y Videbech, P. (2014). Social cognition and neurocognitive deficits in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 153(1-3), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.01.010>
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., y Bousoño, M. (2002). *Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica [CD-ROM]*. Ars Medica, Barcelona.
- Bohner, G., Moskowitz, G. B., y Chaiken, S. (1995). The Interplay of Heuristic and Systematic Processing of Social Information. *European Review of Social Psychology*, 6(1), 33-68. <https://doi.org/10.1080/14792779443000003>
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., y Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141-159. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109030-00003>
- Bora, E., Lin, A., Wood, S. J., Yung, A. R., McGorry, P. D., y Pantelis, C. (2014). Cognitive deficits in youth with familial and clinical high risk to psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/acps.12261>
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., y Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>
- Braga, R. J., Reynolds, G. P., y Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia.

- Psychiatry Research*, 210(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.030>
- Broome, M. R., Johns, L. C., Valli, I., Woolley, J. B., Tabraham, P., Brett, C., ... McGuire, P. K. (2007). Delusion formation and reasoning biases in those at clinical high risk for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(S51), s38-s42. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s38>
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Browne, J., Penn, D. L., Raykov, T., Pinkham, A. E., Kelsven, S., Buck, B., y Harvey, P. D. (2016). Social cognition in schizophrenia: Factor structure of emotion processing and theory of mind. *Psychiatry Research*, 242, 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.034>
- Burns, T., y Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403-418. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>
- Burton, C. Z., Vella, L., Harvey, P. D., Patterson, T. L., Heaton, R. K., y Twamley, E. W. (2013). Factor structure of the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 146(1), 244-248. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.026>
- Calvert, M., Kyte, D., Mercieca-Bebber, R., Slade, A., Chan, A.-W., King, M. T., ... Groves, T. (2018). Guidelines for Inclusion of Patient-Reported Outcomes in Clinical Trial Protocols: The SPIRIT-PRO Extension. *JAMA*, 319(5), 483. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21903>
- Carlson, E. B., y Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16-27.
- Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., y Wagman, A. M. (1988). Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. *The American Journal of Psychiatry*, 145(5), 578-583. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.578>
- Carpenter, W. T., y Strauss, J. S. (2019). Ideology and Scientific Progress: First-Rank Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 45(5), 950-951. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz072>
- Carrière, K., Khoury, B., Günak, M. M., y Knäuper, B. (2018). Mindfulness-based interventions for weight loss: A systematic review and meta-analysis: Mindfulness interventions for weight loss. *Obesity Reviews*, 19(2), 164-177.

<https://doi.org/10.1111/obr.12623>

- Castonguay, L. G., y Hill, C. E. (Eds.). (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. <https://doi.org/10.1037/13747-000>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Dow, T., y Wykes, T. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.009>
- Cella, M., y Wykes, T. (2019). The nuts and bolts of Cognitive Remediation: Exploring how different training components relate to cognitive and functional gains. *Schizophrenia Research*, 203, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.012>
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Recuperado de [http://www.123library.org/book\\_details/?id=5050](http://www.123library.org/book_details/?id=5050)
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 333-334. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044>
- Chadwick, P. (2019). Mindfulness for psychosis: A humanising therapeutic process. *Current Opinion in Psychology*, 28, 317-320. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.022>
- Chadwick, P., y Birchwood, M. (1994). The Omnipotence of Voices: A Cognitive Approach to Auditory Hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164(2), 190-201. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.2.190>
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., y Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 47, 451-455. <https://doi.org/10.1348/014466508X314891>
- Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A.-M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L., y Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 168-173. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.001>

- Chadwick, P., Taylor, K. N., y Abba, N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351-359. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002158>
- Chambers, R., Gullone, E., y Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560-572. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- Chan, A.-W., Tetzlaff, J. M., Altman, D. G., Laupacis, A., Gøtzsche, P. C., Krleža-Jerić, K., ... Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 Statement: Defining Standard Protocol Items for Clinical Trials. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 200. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00583>
- Chan-Ob, T., y Boonyanaruthee, V. (1999). Meditation in Association with Psychosis. *Journal of Medical Association Thailand*, 82(9), 6.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., ... Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Chien, W. T., Bressington, D., Yip, A., y Karatzias, T. (2017). An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 47(12), 2081-2096. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000526>
- Chien, Wai Tong, Cheng, H. Y., McMaster, T. W., Yip, A. L. K., y Wong, J. C. L. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia: An 18-month randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.053>
- Chien, W. T., y Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 205(1), 52-59. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134635>
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441-453. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.011>
- Choi-Kain, L. W., y Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>



- Christiani, C. J., Jepsen, J. R. M., Thorup, A., Hemager, N., Ellersgaard, D., Spang, K. S., ... Nordentoft, M. (2019). Social Cognition, Language, and Social Behavior in 7-Year-Old Children at Familial High-Risk of Developing Schizophrenia or Bipolar Disorder: The Danish High Risk and Resilience Study VIA 7—A Population-Based Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz001>
- Chu, C.-S., Stubbs, B., Chen, T.-Y., Tang, C.-H., Li, D.-J., Yang, W.-C., ... Lin, P.-Y. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 234-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.025>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J., y Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophrenia Research*, 91(1-3), 112-116. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.010>
- Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M., y Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(2), 128-143. <https://doi.org/10.1080/13546800600787854>
- Corcoran, R., Mercer, G., y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00024-G](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-G)
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
- Cotton, S. M., Filia, K. M., Ratheesh, A., Pennell, K., Goldstone, S., y McGorry, P. D. (2016). Early psychosis research at Orygen, The National Centre of Excellence in

- Youth Mental Health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1140-0>
- Couture, S. M. (2006). The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Supplement 1), S44-S63. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl029>
- Cowen, P., Harrison, P. J., y Burns, T. (2012). *Shorter Oxford textbook of psychiatry* (Sixth edition). Oxford: Oxford University Press.
- Craig, T. K. J., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., y Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329(7474), 1067. <https://doi.org/10.1136/bmj.38246.594873.7C>
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., y Dobos, G. (2016). Mindfulness- and Acceptance-based Interventions for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(1), 30-43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., y Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990-999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J. M. G., Bartley, T., ... Surawy, C. (2013). Development and Validation of the Mindfulness-Based Interventions – Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC). *Assessment*, 20(6), 681-688.
- Crespi, B., y Dinsdale, N. (2019). Autism and psychosis as diametrical disorders of embodiment. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2019(1), 121-138. <https://doi.org/10.1093/emph/eoz021>
- Crow, T. J. (1980). Positive and Negative Schizophrenic Symptoms and the Role of Dopamine. *The British Journal of Psychiatry*, 137(4), 383-386. <https://doi.org/10.1192/S0007125000071919>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., y Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Cunningham, T., Hoy, K., y Shannon, C. (2016). Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective

- studies. *Psychosis*, 8(1), 48-59. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1053969>
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13(1), 28-35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Dauvermann, M. R., y Donohoe, G. (2019). The role of childhood trauma in cognitive performance in schizophrenia and bipolar disorder—A systematic review. *Schizophrenia Research. Cognition*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2018.11.001>
- David, A., Buchanan, A., Reed, A., y Almeida, O. (1992). The Assessment of Insight in Psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 161(5), 599-602. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.5.599>
- de Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J., y Bögels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for Youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19(8), 906-914. <https://doi.org/10.1177/1362361314553279>
- de Haan, S., y Fuchs, T. (2010). The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia--two case studies. *Psychopathology*, 43(5), 327-333. <https://doi.org/10.1159/000319402>
- De Herdt, A., Wampers, M., Vancampfort, D., De Hert, M., Vanhees, L., Demunter, H., ... Probst, M. (2013). Neurocognition in clinical high risk young adults who did or did not convert to a first schizophrenic psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.06.017>
- de Paula, A. L. D., Hallak, J. E. C., Maia-de-Oliveira, J. P., Bressan, R. A., y Machado-de-Sousa, J. P. (2015). Cognition in at-risk mental states for psychosis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 57, 199-208. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.09.006>
- Derogatis, L. (1979). *Symptom Checklist-90-Revised. SCL-90-R*. New Jersey: NCS Pearson.
- Dimeff, L. A., y Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science y Clinical Practice*, 4(2), 39-47.
- Dixon, L., Jones, N., Loewy, R., Perkins, D., Sale, T., Huggins, W., y Hamilton, C. (2019). Recommendations and Challenges of the Clinical Services Panel of the PhenX Early Psychosis Working Group. *Psychiatric Services*, 70(6), 514-517.

- <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800585>
- Doernberg, E., y Hollander, E. (2016). Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 295-299. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000262>
- Dominguez, M. de G., Viechtbauer, W., Simons, C. J. P., van Os, J., y Krabbendam, L. (2009). Are psychotic psychopathology and neurocognition orthogonal? A systematic review of their associations. *Psychological Bulletin*, 135(1), 157-171. <https://doi.org/10.1037/a0014415>
- Donkersgoed, R. J. M. van, Wunderink, L., Nieboer, R., Aleman, A., y Pijnenborg, G. H. M. (2015). Social Cognition in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(10), e0141075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141075>
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S., y Hutton, P. (2016). Psychosis, Delusions and the “Jumping to Conclusions” Reasoning Bias: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 652-665. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv150>
- Dyga, K., y Stupak, R. (2015). Meditation and psychosis: Trigger or cure? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 48-58.
- 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. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 952-962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225>
- Eisenacher, S., y Zink, M. (2017). Holding on to false beliefs: The bias against disconfirmatory evidence over the course of psychosis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.08.015>
- El Confidencial. (2014, diciembre 10). El DSM-5, la nueva biblia de los psiquiatras, atacada por los psicólogos. *El Confidencial*. Recuperado de [https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-05-14/el-dsm-5-la-nueva-biblia-de-los-psiquiatras-atacada-por-los-psicologos\\_583022/](https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-05-14/el-dsm-5-la-nueva-biblia-de-los-psiquiatras-atacada-por-los-psicologos_583022/)
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., y Lancaster, G. A. (2016). CONSORT 2010 statement: Extension to randomised pilot and feasibility trials. *BMJ*, i5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5239>
- Estrada, E., Ferrer, E., y Pardo, A. (2019). Statistics for Evaluating Pre-post Change:

- Relation Between Change in the Distribution Center and Change in the Individual Scores. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02696>
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., y Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 27(1), 9-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1008-9>
- 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. *European Psychiatry*, 29(5), 275-281. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.08.003>
- Feixas i Viaplana, G., y Miró Barrachina, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos* (19.<sup>a</sup> ed.). Barcelona: Paidós.
- Fernandes, J. M., y Roberts, D. L. (2014). Chapter 9 - Social Cognition and Interaction Training: The Role of Metacognition. En P. H. Lysaker, G. Dimaggio, y M. Brüne (Eds.), *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 151-162). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-405172-0.00009-0>
- Fernández-Abascal, E. G., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., y Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the 'Reading the Mind in the Eyes' test: A one-year follow-up study. *Molecular Autism*, 4(1), 33. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-33>
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford university press.
- Fett, A.-K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.-G., Penn, D. L., van Os, J., y Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- Fleischhacker, W. W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T. R. E., Carpenter, W., Duckworth, K., ... Woodruff, P. (2014). Schizophrenia—Time to Commit to Policy Change. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl 3), S165-S194. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu006>

- Forbes, M. K., G.C. Wright, A., Markon, K. E., y Krueger, R. F. (2019). The network approach to psychopathology: Promise versus reality. *World Psychiatry*, 18(3), 272-273. <https://doi.org/10.1002/wps.20659>
- Forbes, N. F., Carrick, L. A., McIntosh, A. M., y Lawrie, S. M. (2009). Working memory in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(6), 889-905. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004558>
- Ford, J. M., Morris, S. E., Hoffman, R. E., Sommer, I., Waters, F., McCarthy-Jones, S., ... Cuthbert, B. N. (2014). Studying Hallucinations Within the NIMH RDoC Framework. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl\_4), S295-S304. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu011>
- Foucault, M. (1961). Folie Et Déraison: Histoire de la Folie À l'ge Classique. *Les Etudes Philosophiques*, 16(4), 451-451.
- Fowler, D., Hodgekins, J., French, P., Marshall, M., Freemantle, N., McCrone, P., ... Birchwood, M. (2018). Social recovery therapy in combination with early intervention services for enhancement of social recovery in patients with first-episode psychosis (SUPEREDEN3): A single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 41-50. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30476-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30476-5)
- Fox, K. C. R., Dixon, M. L., Nijeboer, S., Girn, M., Floman, J. L., Lifshitz, M., ... Christoff, K. (2016). Functional neuroanatomy of meditation: A review and meta-analysis of 78 functional neuroimaging investigations. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 65, 208-228. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.021>
- Frances, A. (2014). RDoC is necessary, but very oversold. *World Psychiatry*, 13(1), 47-49. <https://doi.org/10.1002/wps.20102>
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic Factors in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), 350-361. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1971.25.3.350>
- Frank, J. D., y Ascher, E. (1951). Corrective emotional experiences in group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 108(2), 126-131. <https://doi.org/10.1176/ajp.108.2.126>
- Frankl, V. E. (1967). Logotherapy and existentialism. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 4(3), 138-142. <https://doi.org/10.1037/h0087982>
- French, A. P., Schmid, A. C., y Ingalls, E. (1975). Transcendental meditation, altered

- reality testing, and behavioral change: A case report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161(1), 55-58. <https://doi.org/10.1097/00005053-197507000-00007>
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine*, 34(3), 385-389. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001326>
- Frommann, N., Streit, M., y Wölwer, W. (2003). Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: A new training program. *Psychiatry Research*, 117(3), 281-284. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00039-8)
- Fuchs, T., y Schlimme, J. E. (2009). Embodiment and psychopathology: A phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 570. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c>
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., ... Yung, A. (2013). The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
- Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Rutigliano, G., Heslin, M., Stahl, D., Britten, Z., ... Carpenter, W. T. (2016). Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(6), 1395-1406. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw020>
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., y Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265. <https://doi.org/10.1002/wps.20446>
- Gaebel, W. (2012). Status of Psychotic Disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 895-898. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs104>
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., y Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: New developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664-677. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., ... Italian Network For Research on Psychoses. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287. <https://doi.org/10.1002/wps.20167>
- Galderisi, S., Rucci, P., Kirkpatrick, B., Mucci, A., Gibertoni, D., Rocca, P., ... Maj, M.

- (2018). Interplay Among Psychopathologic Variables, Personal Resources, Context-Related Factors, and Real-life Functioning in Individuals With Schizophrenia: A Network Analysis. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 396-404. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4607>
- García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousoño, M., Bascaran, M. T., Guzmán-Quilo, C., y Bobes, J. (2011). Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.11.003>
- Garety, P. A., Bebbington, P., Fowler, D., Freeman, D., y Kuipers, E. (2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: A theoretical paper. *Psychological Medicine*, 37(10), 1377-1391. <https://doi.org/10.1017/S003329170700013X>
- Garety, P. A., y Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: From the inexplicable to the treatable. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 203(5), 327-333. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126953>
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-195. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003312>
- Germer, C. K., y Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice: Self-Compassion. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gibson, L. E., Alloy, L. B., y Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 49, 92-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.003>
- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., y Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.11.004>
- Gilbert, D. T., y Malone, P. S. (1995). The correspondence bias. *Psychological Bulletin*, 117(1), 21-38. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.1.21>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., González-Fraile, E., Pérez-Fuentes, G., ... Santos-Zorrozúa, B. (2017). PERE:



- Una nueva herramienta para valorar el reconocimiento de las emociones básicas en esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 85. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17244>
- Giuliano, A. J., Li, H., Mesholam-Gately, R. I., Sorenson, S. M., Woodberry, K. A., y Seidman, L. J. (2012). Neurocognition in the psychosis risk syndrome: A quantitative and qualitative review. *Current Pharmaceutical Design*, 18(4), 399-415. <https://doi.org/10.2174/138161212799316019>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., y Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., y Brent, D. A. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805c1613>
- Gonzalez de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodriguez-Abuin, M., y Rodriguez-Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gore, W. L., y Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 816-821. <https://doi.org/10.1037/a0032822>
- Gorostiaga, A., Balluerka, N., Guilera, G., Aliri, J., y Barrios, M. (2017). Functioning in patients with schizophrenia: A systematic review of the literature using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference. *Quality of Life Research*, 26(3), 531-543. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1488-y>
- Grant, N., Lawrence, M., Preti, A., Wykes, T., y Cella, M. (2017). Social cognition interventions for people with schizophrenia: A systematic review focussing on methodological quality and intervention modality. *Clinical Psychology Review*, 56, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.001>
- 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. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>
- Green, M. F. (2016). Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional

- outcomes in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77 Suppl 2, 8-11. <https://doi.org/10.4088/JCP.14074su1c.02>
- Green, M. F., Horan, W. P., y Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620-631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
- Gronholm, P. C., Thornicroft, G., Laurens, K. R., y Evans-Lacko, S. (2017). Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: A systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), 1867-1879. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000344>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2003.tb04008.x>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., y Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Guillen-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Guloksuz, S., y van Os, J. (2018). Need for evidence-based early intervention programmes: A public health perspective. *Evidence Based Mental Health*, 21(4), 128-130. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300030>
- Guloksuz, S., y Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229-244. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001775>
- Guloksuz, S., y van Os, J. (2019). Renaming schizophrenia: 5 × 5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(03), 254-257. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000586>
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., ... Bernardo, M. (2012). Spanish Adaptation of the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) for Schizophrenia. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40(1), 2-9.
- Haddock, G., y Slade, P. D. (1996). *Cognitive-behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Psychology Press.
- Halverson, T. F., Orleans-Pobee, M., Merritt, C., Sheeran, P., Fett, A.-K., y Penn, D. L.

- (2019). Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *105*, 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.07.020>
- Happé, F., Cook, J. L., y Bird, G. (2017). The Structure of Social Cognition: In(ter)dependence of Sociocognitive Processes. *Annual Review of Psychology*, *68*, 243-267. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044046>
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., ... Dunn, G. (2005). Trauma and Hallucinatory Experience in Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(8), 501. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000172480.56308.21>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, *47*(6), 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, *16*(3), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., y Strauss, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review*, *45*, 183-192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.004>
- Healey, K. M., Bartholomeusz, C. F., y Penn, D. L. (2016). Deficits in social cognition in first episode psychosis: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *50*, 108-137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.001>
- Heckers, S. (2013). What Is the Core of Schizophrenia? *JAMA Psychiatry*, *70*(10), 1009-1010. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2276>
- Heinrichs, R. W. (2005). The Primacy of Cognition in Schizophrenia. *American Psychologist*, *60*(3), 229-242. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.229>
- Helzer, J. E., Brink, W. V. D., y Guth, S. E. (2006). Should there be both categorical and dimensional criteria for the substance use disorders in DSM-V? *Addiction*, *101*(s1), 17-22. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01587.x>
- Heppner, W. L., Kernis, M. H., Lakey, C. E., Campbell, W. K., Goldman, B. M., Davis, P. J., y Cascio, E. V. (2008). Mindfulness as a Means of Reducing Aggressive Behavior: Dispositional and Situational Evidence. *Aggressive Behavior*, *34*, 486-496. <https://doi.org/10.1002/ab.20258>

- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., ... Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hommel, G. (2001). Adaptive Modifications of Hypotheses After an Interim Analysis. *Biometrical Journal*, 43(5), 581-589. [https://doi.org/10.1002/1521-4036\(200109\)43:5<581::AID-BIMJ581>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1521-4036(200109)43:5<581::AID-BIMJ581>3.0.CO;2-J)
- Hopthrow, T., Hooper, N., Mahmood, L., Meier, B. P., y Weger, U. (2017). Mindfulness Reduces the Correspondence Bias. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 70(3), 351-360. <https://doi.org/10.1080/17470218.2016.1149498>
- Horan, W. P., y Green, M. F. (2019). Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophrenia Research*, 203, 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.013>
- Howes, O. D., y Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: An integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet (London, England)*, 383(9929), 1677-1687. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62036-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62036-X)
- Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J. C., y Rizzolatti, G. (2005). Grasping the Intentions of Others with One's Own Mirror Neuron System. *PLOS Biology*, 3(3), e79. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0030079>
- Iacoboni, M., Woods, R. P., Brass, M., Bekkering, H., Mazziotta, J. C., y Rizzolatti, G. (1999). Cortical Mechanisms of Human Imitation. *Science*, 286(5449), 2526-2528. <https://doi.org/10.1126/science.286.5449.2526>
- Icaran, E., Colom, R., y Orengo-Garcia, F. (1996). Validation study of the dissociative experiences scale in Spanish population sample. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 24(1), 7-10.
- Ince, P., Haddock, G., y Tai, S. (2016). A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: Rates, barriers, and improvement strategies. *Psychology y Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 89(3), 324-350. <https://doi.org/10.1111/papt.12084>
- Jackson, C., Baggott, E., Bernard, M., Clutterbuck, R., Ryles, D., Turner, E., ... Turner, E. (2019). *Recovering from a First Episode of Psychosis: An Integrated Approach to Early Intervention*. <https://doi.org/10.4324/9781315460734>
- Jacobsen, P., Richardson, M., Harding, E., y Chadwick, P. (2019). Mindfulness for Psychosis Groups; Within-Session Effects on Stress and Symptom-Related

- Distress in Routine Community Care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(4), 421-430. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000723>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., y Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jankowski, T., y Holas, P. (2014). Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*, 28, 64-80. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005>
- Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J., y van Os, J. (2003). Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 110-117. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00092.x>
- Jauhar, S., McKenna, P. J., 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. *British Journal of Psychiatry*, 204(1), 20-29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., ... Morris, E. M. J. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>
- Jones, H., Delespaul, P., y Os, J. van. (2003). Jaspers was right after all – delusions are distinct from normal beliefs. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 285-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.285>
- Jong, S. de, Donkersgoed, R. J. M. van, Timmerman, M. E., Rot, M. aan het, Wunderink, L., Arends, J., ... Pijnenborg, G. H. M. (2019). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 49(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000855>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

- Kabat-Zinn, J. (1994). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delacorte Press.
- Kahn, R. S., y Keefe, R. S. E. (2013). Schizophrenia Is a Cognitive Illness: Time for a Change in Focus. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1107-1112. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.155>
- Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., ... Insel, T. R. (2015). Schizophrenia. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 15067. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13-23. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.13>
- Kapur, S., Mizrahi, R., y Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis—Linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Research*, 79(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.01.003>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., Vital-Herne, M., y Fuentes, L. S. (1990). The Positive and Negative Syndrome Scale—Spanish Adaptation: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(8), 510-517. <https://doi.org/10.1097/00005053-199008000-00007>
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U., Werbeloff, N., Weiser, M., ... Os, J. van. (2012). Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychological Medicine*, 42(11), 2239-2253. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002911>
- Keefe, R. S. E., y Harvey, P. D. (2012). Cognitive impairment in schizophrenia. *Handbook of Experimental Pharmacology*, (213), 11-37. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-25758-2\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-642-25758-2_2)
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Lynch, F., Fitzpatrick, C., Devlin, N., ... Cannon, M. (2012). Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: Evidence from four population-based studies. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 26-32. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101543>
- Kelley, H. H., y Michela, J. L. (1980). Attribution Theory and Research. *Annual Review*

- of *Psychology*, 31(1), 457-501.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.31.020180.002325>
- Kern, R. S., Gold, J. M., Dickinson, D., Green, M. F., Nuechterlein, K. H., Baade, L. E., ... Marder, S. R. (2011). The MCCB Impairment Profile for Schizophrenia Outpatients: Results from the MATRICS Psychometric and Standardization Study. *Schizophrenia research*, 126(1-3), 124-131.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.008>
- Kern, R. S., Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Baade, L. E., Fenton, W. S., Gold, J. M., ... Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, Part 2: Co-Norming and Standardization. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 214-220. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07010043>
- Kernberg, O. (2012). Mentalization, mindfulness, insight, empathy and interpretation. En *The Inseparable Nature of Love and Agression. Clinical and Theoretical Perspectives* (1.<sup>a</sup> ed., pp. 57-80). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Khoury, B., Knäuper, B., Pagnini, F., Trent, N., Chiesa, A., y Carrière, K. (2017). Embodied Mindfulness. *Mindfulness*, 8(5), 1160-1171.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0700-7>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., y Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., ... Liberzon, I. (2013). A Pilot Study of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (mbct) for Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder (ptsd). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638-645. <https://doi.org/10.1002/da.22104>
- Kingdon, D., y Turkington, D. (2019). Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation. *Schizophrenia Research*, 203, 62-65.

- <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.023>
- Kishita, N., Takei, Y., y Stewart, I. (2017). A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people: Third wave mindfulness-based CBT for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1352-1361. <https://doi.org/10.1002/gps.4621>
- Kliem, S., Kröger, C., y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Klingbeil, D. A., y Renshaw, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for teachers: A meta-analysis of the emerging evidence base. *School Psychology Quarterly*, 33(4), 501-511. <https://doi.org/10.1037/spq0000291>
- Knowles, E. E. M., David, A. S., y Reichenberg, A. (2010). Processing Speed Deficits in Schizophrenia: Reexamining the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 828-835. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09070937>
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. En *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637-658). <https://doi.org/10.1037/10169-023>
- Kohler, C. G., Turner, T. H., Bilker, W. B., Bressinger, C. M., Siegel, S. J., Kanis, S. J., ... Gur, R. C. (2003). Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: Intensity Effects and Error Pattern. *American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1768-1774. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.10.1768>
- Korman, J., Voiklis, J., y Malle, B. F. (2015). The social life of cognition. *Cognition*, 135, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.11.005>
- Kuhn, D. (2000). Metacognitive Development. *Current Directions in Psychological Science*, 9(5), 178-181. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00088>
- Kuipers, E., Holloway, F., Rabe-Hesketh, S., y Tennakoon, L. (2004). An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 358-363. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0754-4>
- Kurtz, M. M., Gagen, E., Rocha, N. B. F., Machado, S., y Penn, D. L. (2016). Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 43, 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.003>



- Kurtz, M. M., y Richardson, C. L. (2012). Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation of Controlled Research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092-1104. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr036>
- Lahera, G., Herrera, S., Reinares, M., Benito, A., Rullas, M., González-Cases, J., y Vieta, E. (2015). Hostile attributions in bipolar disorder and schizophrenia contribute to poor social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(6), 472-482. <https://doi.org/10.1111/acps.12399>
- Lahera, Guillermo, Benito, A., Montes, J., Liria, A., Olbert, C., y Penn, D. (2012). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.032>
- Lakhan, S. E., y Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(8), e71834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>
- Lakhan, S. E., Vieira, K., y Hamlat, E. (2010). Biomarkers in psychiatry: Drawbacks and potential for misuse. *International Archives of Medicine*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1755-7682-3-1>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., y Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., McKenna, P. J., y Jauhar, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: A meta-analysis. *BMC Psychology*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2>
- Leaviss, J., y Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Lee, E. H.-M., Hui, C. L.-M., Ching, E. Y.-N., Lin, J., Chang, W.-C., Chan, S. K.-W., y Chen, E. Y.-H. (2016). Public Stigma in China Associated With Schizophrenia, Depression, Attenuated Psychosis Syndrome, and Psychosis-Like Experiences. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(7), 766-770. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500156>
- Lee, J., y Park, S. (2005). Working Memory Impairments in Schizophrenia: A Meta-

- Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 599-611.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.599>
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., y Kreyenbuhl, J. (2010). *WORK GROUP ON SCHIZOPHRENIA*. 184.
- Leucht, S., y Davis, J. M. (2017). Schizophrenia, primary negative symptoms, and soft outcomes in psychiatry. *The Lancet*, 389(10074), 1077-1078.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30181-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30181-2)
- Li, C., Zhu, Y., Zhang, M., Gustafsson, H., y Chen, T. (2019). Mindfulness and Athlete Burnout: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 449.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16030449>
- Lincoln, T. M., y Peters, E. (2019). A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 203, 66-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.12.014>
- Linscott, R. J., y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(6), 1133-1149.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- Llopis, B., y Lázaro, J. (2004). *La psicosis única: Escritos escogidos*. Madrid: Triacastela.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., y Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57-63.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023>
- Louise, S., Rossell, S. L., y Thomas, N. (2019). The Acceptability, Feasibility and Potential Outcomes of an Individual Mindfulness-Based Intervention for Hearing Voices. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 200-216.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465818000425>
- Luck, S. J., y Gold, J. M. (2008). The Construct of Attention in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 64(1), 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.02.014>
- Luck, S. J., Hahn, B., Leonard, C. J., y Gold, J. M. (2019). The Hyperfocusing Hypothesis: A New Account of Cognitive Dysfunction in Schizophrenia.

- Schizophrenia Bulletin*, 45(5), 991-1000. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz063>
- Ludwig, D. S., y Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *JAMA*, 300(11), 1350-1352. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>
- Ludwig, K. A., Pinkham, A. E., Harvey, P. D., Kelsven, S., y Penn, D. L. (2017). Social cognition psychometric evaluation (SCOPE) in people with early psychosis: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 190, 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.001>
- Lutgens, D., Gariepy, G., y Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 324-332. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197103>
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., y Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
- 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. *Psychological Medicine*, 40(1), 9-24. <https://doi.org/10.1017/S003329170900590X>
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., y Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., y Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181-205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- MacDougall, A. G., Price, E., Vandermeer, M. R. J., Lloyd, C., Bird, R., Sethi, R., ... Norman, R. M. G. (2019). Youth-focused group mindfulness-based intervention in individuals with early psychosis: A randomized pilot feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 993-998. <https://doi.org/10.1111/eip.12753>
- Maher, B. A. (1992). Delusions: Contemporary Etiological Hypotheses. *Psychiatric Annals*, 22(5), 260-268. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19920501-11>
- Mahon, K., Perez-Rodriguez, M. M., Gunawardane, N., y Burdick, K. E. (2013). Dimensional endophenotypes in bipolar disorder: Affective dysregulation and

- psychosis proneness. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 695-701. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.003>
- Mallawaarachchi, S. R., Cotton, S. M., Anderson, J., Killackey, E., y Allott, K. A. (2019). Exploring the use of the Hinting Task in first-episode psychosis. *Cognitive Neuropsychiatry*, 24(1), 65-79. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1568864>
- Mander, H., y Kingdon, D. (2015). The evolution of cognitive-behavioral therapy for psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 63-69. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S52267>
- Mangabeira, V., Kanter, J., y Del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 78-89. <https://doi.org/10.1037/h0100941>
- Manuello, J., Vercelli, U., Nani, A., Costa, T., y Cauda, F. (2016). Mindfulness meditation and consciousness: An integrative neuroscientific perspective. *Consciousness and Cognition*, 40, 67-78. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.005>
- Marshall, M., y Rathbone, J. (2011). Early Intervention for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1111-1114. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr110>
- Martin, L. A. L., Koch, S. C., Hirjak, D., y Fuchs, T. (2016). Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia-A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 7, 483. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00483>
- Mascayano, F., Nossel, I., Bello, I., Smith, T., Ngo, H., Piscitelli, S., ... Dixon, L. (2019). Understanding the implementation of coordinated specialty Care for Early Psychosis in New York state: A guide using the RE-AIM framework. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 715-719. <https://doi.org/10.1111/eip.12782>
- McCleery, A., Green, M. F., Helleman, G. S., Baade, L. E., Gold, J. M., Keefe, R. S. E., ... Nuechterlein, K. H. (2015). Latent structure of cognition in schizophrenia: A confirmatory factor analysis of the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB). *Psychological Medicine*, 45(12), 2657-2666. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000641>
- McCleery, A., Ventura, J., Kern, R. S., Subotnik, K. L., Gretchen-Doorly, D., Green, M. F., ... Nuechterlein, K. H. (2014). Cognitive functioning in first-episode schizophrenia: MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) Profile of

- Impairment. *Schizophrenia Research*, 157(1), 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.039>
- McGorry, P. D., Killackey, E., y Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x>
- McGorry, P., Keshavan, M., Goldstone, S., Amminger, P., Allott, K., Berk, M., ... Hickie, I. (2014). Biomarkers and clinical staging in psychiatry. *World Psychiatry*, 13(3), 211-223. <https://doi.org/10.1002/wps.20144>
- McGorry, P., y Nelson, B. (2019). Transdiagnostic psychiatry: Premature closure on a crucial pathway to clinical utility for psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 18(3), 359-360. <https://doi.org/10.1002/wps.20679>
- McGorry, P., y van Os, J. (2013). Redeeming diagnosis in psychiatry: Timing versus specificity. *The Lancet*, 381(9863), 343-345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61268-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61268-9)
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., y Mueser, K. T. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060906>
- Medalia, A., Beck, A. T., y Grant, P. M. (2019). Cognitive therapies for psychosis: Advances and challenges. *Schizophrenia Research*, 203, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.021>
- Mediavilla, R., Muñoz-Sanjose, A., Rodríguez-Vega, B., Bayon, C., Lahera, G., Palao, A., y Bravo-Ortiz, M. F. (2019). Mindfulness-Based Social Cognition Training (SocialMind) for People With Psychosis: A Feasibility Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 299. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00299>
- Mediavilla, R., Muñoz-Sanjose, A., Rodríguez-Vega, B., Bayon, C., Palao, A., Lahera, G., ... Bravo-Ortiz, M. F. (2019). Mindfulness-based social cognition training (SocialMIND) versus psychoeducational multicomponent intervention for people with a first episode of psychosis: A study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2206-4>
- Mesholam-Gately, R. I., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V., y Seidman, L. J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 23(3), 315-336. <https://doi.org/10.1037/a0014708>
- Milev, P., Ho, B.-C., Arndt, S., y Andreasen, N. C. (2005). Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in

- Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study With 7-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 495-506. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.495>
- Millon, T., Grossman, S., y Tringone, R. (2010). The Millon Personality Spectrometer: A tool for personality spectrum analyses, diagnoses, and treatments. En *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. (pp. 391-416). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Miró, M. T., Arceo, J., y Ibáñez, I. (2016). Mindfulness en la Psicosis: Un Estudio Piloto. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 37-56. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.103>
- Misiak, B., Kreffft, M., Bielawski, T., Moustafa, A. A., Sasiadek, M. M., y Frydecka, D. (2017). Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 75, 393-406. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.015>
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gotzsche, P. C., Devereaux, P. J., ... Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340(mar23 1), c869-c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Hottenrott, B., Woodward, T. S., Eckstaedt, F. V. v, ... Lincoln, T. M. (2009). Decision making under uncertainty and mood induction: Further evidence for liberal acceptance in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 39(11), 1821-1829. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005923>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Jelinek, L., y Klinge, R. (2008). Memory and metamemory in schizophrenia: A liberal acceptance account of psychosis. *Psychological Medicine*, 38(6), 825-832. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002553>
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., y Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>
- Moritz, S., Pfuhl, G., Lüdtker, T., Menon, M., Balzan, R. P., y Andreou, C. (2017). A two-stage cognitive theory of the positive symptoms of psychosis. Highlighting the role of lowered decision thresholds. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.07.004>

- Moritz, S., Ramdani, N., Klass, H., Andreou, C., Jungclaussen, D., Eifler, S., ... Zink, M. (2014). Overconfidence in incorrect perceptual judgments in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, *1*(4), 165-170. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.09.003>
- Moritz, S., y Woodward, T. S. (2004). Plausibility Judgment in Schizophrenic Patients: Evidence For a Liberal Acceptance Bias. *German Journal of Psychiatry*, *9*.
- Moritz, Steffen, y Woodward, T. S. (2006). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *142*(2), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.016>
- Moritz, S., Woznica, A., Andreou, C., y Köther, U. (2012). Response confidence for emotion perception in schizophrenia using a Continuous Facial Sequence Task. *Psychiatry Research*, *200*(2-3), 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.007>
- Morosini, P. -L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(4), 323-329. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x>
- Morrison, A. P. (2019). Should people with psychosis be supported in choosing cognitive therapy as an alternative to antipsychotic medication: A commentary on current evidence. *Schizophrenia Research*, *203*, 94-98. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.03.010>
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., y Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*(1), 465-497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., y Quiroga, M. de los Á. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, *186*(2), 402-408. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.019>
- Myers, S. G., Fisher, P. L., y Wells, A. (2009). Metacognition and Cognition as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptoms: A Prospective Study. *International Journal of Cognitive Therapy*, *2*(2), 132-142. <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.2.132>
- Myin-Germeys, I., Van Os, J., Schwartz, J. E., Stone, A. A., y Delespaul, P. A. (2001). Emotional Reactivity to Daily Life Stress in Psychosis. *Archives of General*

- Psychiatry*, 58(12), 1137-1144. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.12.1137>
- Nelson, B., Parnas, J., y Sass, L. A. (2014). Disturbance of Minimal Self (Ipseity) in Schizophrenia: Clarification and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479-482. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu034>
- Németh, G., Laszlovszky, I., Czobor, P., Szalai, E., Szatmári, B., Harsányi, J., ... Fleischhacker, W. W. (2017). Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: A randomised, double-blind, controlled trial. *The Lancet*, 389(10074), 1103-1113. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30060-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30060-0)
- Nhat Hanh, T. (2012). *The pocket Thich Nhat Hanh* (First Edition). Boston: Shambhala.
- NICE. (2009). *Depression in adults: Recognition and self management (GC90)*. NICE.
- NICE. (2013). *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*.
- NICE. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management*.
- Nisbett, R. E., y Wilson, T. D. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(4), 250-256. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.4.250>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. <https://doi.org/10.1002/jclp.20764>
- Nosé, M., Barbui, C., y Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(7), 1149-1160. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008328>
- Nosek, B. A., Hawkins, C. B., y Frazier, R. S. (2011). Implicit social cognition: From measures to mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(4), 152-159. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.01.005>
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., ... Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, Part 1: Test Selection, Reliability, and Validity. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 203-213. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07010042>
- Ochoa, S., López-Carrilero, R., Barrigón, M. L., Pousa, E., Barajas, A., Lorente-Rovira, E., ... the Spanish Metacognition Study Group. (2017). Randomized control trial



- to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis. *Psychological Medicine*, 47(9), 1573-1584. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003421>
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., on behalf of the CDBE2010 study group, y the European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe: Economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>
- Oorschot, M., Lataster, T., Thewissen, V., Lardinois, M., van Os, J., Delespaul, P. A. E. G., y Myin-Germeys, I. (2012). Symptomatic remission in psychosis and real-life functioning. *British Journal of Psychiatry*, 201(3), 215-220. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104414>
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10), Vol. 1*. Washington DC: Organización Mundial de la Salud.
- Ortuno-Sierra, J., Garcia-Velasco, L., Inchausti, F., Debbane, M., y Fonseca-Pedrero, E. (2016). New approaches on the study of the psychometric properties of the STAI. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 44, 83-92.
- Owen, M. J., Sawa, A., y Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
- Palmer, C. E., y Tsakiris, M. (2018). Going at the heart of social cognition: Is there a role for interoception in self-other distinction? *Current Opinion in Psychology*, 24, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.04.008>
- Pankey, J., y Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311-328.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., y Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M., y Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121(1), 114-132. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.114>
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N., y Sheitman, B. (2005).

- A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 357-359. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.011>
- Peralta, V., y Cuesta, M. J. (1999). Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia: Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 174(3), 243-248. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.243>
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., y Sass, L. A. (2010). La Hora de la Fenomenología en la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 221-233. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a2>
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., y Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 333-343. <https://doi.org/10.1111/acps.12033>
- Perlini, C., Bellani, M., Rossetti, M. G., Rossin, G., Zovetti, N., Rossi, A., ... Brambilla, P. (2019). Mindfulness-based interventions in the early phase of affective and non-affective psychoses. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.011>
- Peters, E., y Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: A longitudinal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 481-514. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.008>
- Petronis, A., y Labrie, V. (2019). The crossroads of psychiatric epigenomics. *World Psychiatry*, 18(3), 353-354. <https://doi.org/10.1002/wps.20675>
- Peyroux, E., Prost, Z., Danset-Alexandre, C., Brenugat-Herne, L., Carteau-Martin, I., Gaudelus, B., ... Franck, N. (2019). From “under” to “over” social cognition in schizophrenia: Is there distinct profiles of impairments according to negative and positive symptoms? *Schizophrenia Research: Cognition*, 15, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2018.10.001>
- Piet, J., y Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>

- Pinkham, A. E. (2014). Social cognition in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry, 75 Suppl 2*, 14-19. <https://doi.org/10.4088/JCP.13065su1.04>
- Pinkham, A. E., Harvey, P. D., y Penn, D. L. (2016). Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition, 3*, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2015.11.002>
- Pinkham, A. E., Harvey, P. D., y Penn, D. L. (2018). Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Final Validation Study. *Schizophrenia Bulletin, 44*(4), 737-748. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx117>
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., y Harvey, P. D. (2014). The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophrenia Bulletin, 40*(4), 813-823. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081>
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., y Harvey, P. D. (2016). Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Initial Psychometric Study. *Schizophrenia Bulletin, 42*(2), 494-504. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv056>
- Ponte, K. (2019). Stigma, Meet Hope. *Schizophrenia Bulletin, 45*(6), 1163-1164. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz011>
- Powell-Tuck, J., Allison, S. P., Gosling, P., Lobo, D. N., Carlson, G. L., Gore, M., ... Mythen, M. G. (2009). Summary of the British Consensus Guidelines on Intravenous Fluid Therapy for Adult Surgical Patients (GIFTASUP) – For Comment. *Journal of the Intensive Care Society, 10*(1), 13-15. <https://doi.org/10.1177/175114370901000105>
- Power, P. (2017). Outcome and recovery in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 211*(6), 331-333. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205492>
- Pries, L.-K., Lage-Castellanos, A., Delespaul, P., Kenis, G., Luykx, J. J., Lin, B. D., ... Guloksuz, S. (2019). Estimating Exposome Score for Schizophrenia Using Predictive Modeling Approach in Two Independent Samples: The Results From the EUGEI Study. *Schizophrenia Bulletin, 45*(5), 960-965. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz054>
- Quattrone, D., Di Forti, M., Gayer-Anderson, C., Ferraro, L., Jongsma, H. E., Tripoli, G., ... Reininghaus, U. (2019). Transdiagnostic dimensions of psychopathology at first episode psychosis: Findings from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine, 49*(08), 1378-1391.

- <https://doi.org/10.1017/S0033291718002131>
- Randal, C., Bucci, S., Morera, T., Barrett, M., y Pratt, D. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychosis: Measuring Psychological Change Using Repertory Grids. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 23(6), 496-508. <https://doi.org/10.1002/cpp.1966>
- Randall, F., Corcoran, R., Day, J., y Bentall, R. (2003). Attention, theory of mind, and causal attributions in people with persecutory delusions: A preliminary investigation. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8(4), 287-294. <https://doi.org/10.1080/135468000057>
- Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Read, J., Os, J. van, Morrison, A. P., y Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Redcay, E., y Schilbach, L. (2019). Using second-person neuroscience to elucidate the mechanisms of social interaction. *Nature Reviews Neuroscience*, 20(8), 495-505. <https://doi.org/10.1038/s41583-019-0179-4>
- Reininghaus, U., Böhnke, J. R., Hosang, G., Farmer, A., Burns, T., McGuffin, P., y Bentall, R. P. (2016). Evaluation of the validity and utility of a transdiagnostic psychosis dimension encompassing schizophrenia and bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 209(2), 107-113. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.167882>
- Reininghaus, U., Oorschot, M., Moritz, S., Gayer-Anderson, C., Kempton, M. J., Valmaggia, L., ... Myin-Germeys, I. (2019). Liberal Acceptance Bias, Momentary Aberrant Salience, and Psychosis: An Experimental Experience Sampling Study. *Schizophrenia Bulletin*, 45(4), 871-882. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby116>
- Revell, E. R., Neill, J. C., Harte, M., Khan, Z., y Drake, R. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 168(1), 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.017>
- Rizzolatti, G., y Arbi, M. A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21(5), 188-194. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(98\)01260-0](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(98)01260-0)

- Rizzolatti, G., Fabbri-Destro, M., y Cattaneo, L. (2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology*, 5(1), 24-34. <https://doi.org/10.1038/ncpneuro0990>
- Robbins, P., y Aydede, M. (Eds.). (2009). *The Cambridge handbook of situated cognition*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Roberts, D. L., y Brown, M. (2017). Treating Social Cognitive Dysfunction in First Episode Psychosis. *Current Psychiatry Reviews*, 12(4), 343-349. <https://doi.org/10.2174/1573400512666160927150543>
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., y Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. <https://doi.org/10.1111/bjc.12044>
- Roberts, D. L., y Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166(2), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.007>
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., y Mendias, R. M. (1984). Assessing the Client Satisfaction Questionnaire in English and Spanish. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6(4), 385-395.
- Romme, M. A. J., y Escher, A. D. M. A. C. (1989). Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.209>
- Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., de Girolamo, G., Santonastaso, P., ... The GET UP Group. (2015). Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. *Schizophrenia Bulletin*, 41(5), 1192-1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv058>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2013). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ruiz-Sancho, A., Calvo, A., Rapado-Castro, M., Moreno, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., ... Mayoral, M. (2012). PIENSA: Development of an early intervention program for adolescents with early-onset psychosis and their families. *Adolescent Psychiatry*, 2(3), 229-237. <https://doi.org/10.2174/2210676611202030229>

- Safer, D. L., Telch, C. F., y Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Sandoval, L. R., González, B. L., Stone, W. S., Guimond, S., Rivas, C. T., Sheynberg, D., ... Keshavan, M. S. (2019). Effects of peer social interaction on performance during computerized cognitive remediation therapy in patients with early course schizophrenia: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 203, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.049>
- Santesteban-Echarri, O., Paino, M., Rice, S., González-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J., y Alvarez-Jimenez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 58, 59-75. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.007>
- Santorelli, S. F. (2016). Remembrance: Dialogue and Inquiry in the MBSR Classroom. En D. McCown, D. Reibel, y M. S. Micozzi (Eds.), *Resources for Teaching Mindfulness* (pp. 47-68). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-30100-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-30100-6_3)
- Sanz, J., Garcia-Vera, M. P., y Fortun, M. (2012). El “Inventario de Ansiedad de Beck” (bai): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology*, 10(3), 563-583.
- Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 9(1), 59-84.
- Sarró, S., Dueñas, R. M., Ramírez, N., Arranz, B., Martínez, R., Sánchez, J. M., ... San, L. (2004). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68(2), 349-356. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00490-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00490-5)
- Sass, L. A. (1990). The Truth-Taking-Stare: A Heideggerian Interpretation of a Schizophrenic World. *Journal of Phenomenological Psychology; Leiden*, 21(2). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1308104284/citation/C675DD027BBE4E5DPQ/1>
- Sass, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophrenia Research*, 152(1), 5-11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.017>
- Sass, L. A., y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self.

- Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>
- Sato, M. (2006). Renaming schizophrenia: A Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5(1), 53-55.
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., y Twamley, E. W. (2013). Deficits in Domains of Social Cognition in Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979-992.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., y Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.009>
- Schneider, K., y Sánchez, A. (1997). *Psicopatología Clínica* (1.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K., y Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 569-583.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- Scott, J., Chant, D., Andrews, G., Martin, G., y McGrath, J. (2007). Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 339-343.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.026708>
- Secher, R. G., Hjorthoj, C. R., Austin, S. F., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O., y Nordentoft, M. (2015). Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 617-626. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu155>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for Depression* (2.<sup>a</sup> ed.). New York: The Guilford Press.
- Seidman, L. J., y Mirsky, A. F. (2017). Evolving Notions of Schizophrenia as a Developmental Neurocognitive Disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 23(9-10), 881-892.  
<https://doi.org/10.1017/S1355617717001114>
- Sellers, R., Wells, A., y Morrison, A. P. (2018). Are experiences of psychosis associated with unhelpful metacognitive coping strategies? A systematic review of the

- evidence. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 25(1), 31-49.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2132>
- Servicio Andaluz de Salud. (2019). *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia*. Servicio Andaluz de Salud.
- Shapiro, L. A. (Ed.). (2014). *The Routledge handbook of embodied cognition* (1 [edition]). New York: Routledge, Taylor y Francis Group.
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D., y Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 140-148.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182865>
- Shonin, E., Van Gordon, W., y Griffiths, M. D. (2014). Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis? *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 124-127. <https://doi.org/10.1177/0004867413512688>
- Singh, I., y Rose, N. (2009). Biomarkers in psychiatry. *Nature*, 460(7252), 202-207.  
<https://doi.org/10.1038/460202a>
- Sistema Nacional de Salud. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Sistema Nacional de Salud.
- Smith, B., Fowler, D. G., 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. *Schizophrenia Research*, 86(1), 181-188.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.018>
- Soffer, J. (1993). Jean piaget and george kelly: Toward a stronger constructivism. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 6(1), 59-77.  
<https://doi.org/10.1080/08936039308404332>
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual Segovia, J. C., Cebolla i Martí, A. J., Soriano, J., ... Pérez, V. (2012). *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/67740>
- Spada, M. M., Caselli, G., Nikčević, A. V., y Wells, A. (2015). Metacognition in addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 44, 9-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.002>
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., y Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*,



- 44(5), 1172-1181. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.010>
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., y Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
- Spielberger, R. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1979). *STAI. Manual of the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, R. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stanghellini, G. (2009). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(1), 56-59.
- Startup, M., Jackson, M. C., y Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 417-422. <https://doi.org/10.1348/014466502760387533>
- Strauss, G. P., Ahmed, A. O., Young, J. W., y Kirkpatrick, B. (2019). Reconsidering the Latent Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review of Evidence Supporting the 5 Consensus Domains. *Schizophrenia Bulletin*, 45(4), 725-729. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby169>
- Strauss, G. P., Esfahlani, F. Z., Galderisi, S., Mucci, A., Rossi, A., Bucci, P., ... Sayama, H. (2018). Network Analysis Reveals the Latent Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, sby133. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby133>
- Strauss, G. P., Nuñez, A., Ahmed, A. O., Barchard, K. A., Granholm, E., Kirkpatrick, B., ... Allen, D. N. (2018). The Latent Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 75(12), 1271-1279. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2475>
- Tabak, N. T., Horan, W. P., y Green, M. F. (2015). Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 537-542. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.030>
- Tager-Flusberg, H. (2007). Evaluating the Theory-of-Mind Hypothesis of Autism. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 311-315.

- <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00527.x>
- Takahashi, H., Ideno, T., Okubo, S., Matsui, H., Takemura, K., Matsuura, M., ... Okubo, Y. (2009). Impact of changing the Japanese term for “schizophrenia” for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophrenia Research*, *112*(1), 149-152. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.037>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews. Neuroscience*, *16*(4), 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Teasdale, J. D., Segal, Z., y Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, *33*(1), 25-39. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)E0011-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)E0011-7)
- Thompson, A. D., Bartholomeusz, C., y Yung, A. R. (2011). Social cognition deficits and the ‘ultra high risk’ for psychosis population: A review of literature. *Early Intervention in Psychiatry*, *5*(3), 192-202. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00275.x>
- Thompson, E. (2004). Life and mind: From autopoiesis to neurophenomenology. A tribute to Francisco Varela. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *3*(4), 381-398. <https://doi.org/10.1023/B:PHEN.0000048936.73339.dd>
- Tickle-Degnen, L. (2013). Nuts and Bolts of Conducting Feasibility Studies. *American Journal of Occupational Therapy*, *67*(2), 171-176. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006270>
- Tschacher, W., Giersch, A., y Friston, K. (2017). Embodiment and Schizophrenia: A Review of Implications and Applications. *Schizophrenia Bulletin*, *43*(4), 745-753. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw220>
- Uithol, S., y Gallese, V. (2015). The role of the body in social cognition. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science*, *6*(5), 453-460. <https://doi.org/10.1002/wcs.1357>
- Uptegrove, R., Marwaha, S., y Birchwood, M. (2017). Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin*, *43*(2), 240-244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>
- van der Gaag, M., van den Berg, D., y Ising, H. (2019). CBT in the prevention of psychosis and other severe mental disorders in patients with an at risk mental state: A review and proposed next steps. *Schizophrenia Research*, *203*, 88-93.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.018>

- Van Gordon, W., Shonin, E., y Garcia-Campayo, J. (2017). Are there adverse effects associated with mindfulness? *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, *51*(10), 977-979. <https://doi.org/10.1177/0004867417716309>
- van Oosterhout, B., Krabbendam, L., de Boer, K., Ferwerda, J., van der Helm, M., Stant, A. D., y van der Gaag, M. (2014). Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *44*(14), 3025-3035. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000555>
- Van Os, J., y Guloksuz, S. (2017). A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry*, *16*(2), 200-206. <https://doi.org/10.1002/wps.20423>
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., y Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, *45*(1), 11-20. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00224-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00224-8)
- van Os, J., y Linscott, R. J. (2012). Introduction: The Extended Psychosis Phenotype—Relationship With Schizophrenia and With Ultrahigh Risk Status for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(2), 227-230. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr188>
- van Os, J., y Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, *15*(2), 118-124. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>
- van Winkel, R., Stefanis, N. C., y Myin-Germeys, I. (2008). Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(6), 1095-1105. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn101>
- Vargas, T., Lam, P. H., Azis, M., Osborne, K. J., Lieberman, A., y Mittal, V. A. (2019). Childhood Trauma and Neurocognition in Adults With Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *45*(6), 1195-1208. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby150>
- Varghese, D., Scott, J., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O’Callaghan, M., ... McGrath, J. (2011). Psychotic-Like Experiences in Major Depression and Anxiety Disorders: A Population-Based Survey in Young Adults. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(2), 389-393. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp083>
- Velikonja, T., Velthorst, E., McClure, M. M., Rutter, S., Calabrese, W. R., Rosell, D., ... Perez-Rodriguez, M. M. (2019). Severe childhood trauma and clinical and neurocognitive features in schizotypal personality disorder. *Acta Psychiatrica*

- Scandinavica*, 140(1), 50-64. <https://doi.org/10.1111/acps.13032>
- Velthorst, E., Koeter, M., Gaag, M. van der, Nieman, D. H., Fett, A.-K. J., Smit, F., ... Haan, L. de. (2015). Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 45(3), 453-465. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001147>
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., y Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis: Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02024.x>
- Ward, T., y Garety, P. A. (2019). Fast and slow thinking in distressing delusions: A review of the literature and implications for targeted therapy. *Schizophrenia Research*, 203, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.045>
- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., y Davidson, R. J. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 285-316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., ... Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 275-279. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>
- Wood, L., Burke, E., y Morrison, A. (2015). Individual cognitive behavioural therapy for psychosis (CBTp): A systematic review of qualitative literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 285-297. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000970>
- Wood, L., Byrne, R., Enache, G., y Morrison, A. P. (2018). A brief cognitive therapy intervention for internalised stigma in acute inpatients who experience psychosis: A feasibility randomised controlled trial. *Psychiatry Research*, 262, 303-310. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.030>
- Woods, A. G., Sokolowska, I., Taurines, R., Gerlach, M., Dudley, E., Thome, J., y Darie, C. C. (2012). Potential biomarkers in psychiatry: Focus on the cholesterol system. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 16(6), 1184-1195.

- <https://doi.org/10.1111/j.1582-4934.2012.01543.x>
- Woodward, N. D. (2016). The course of neuropsychological impairment and brain structure abnormalities in psychotic disorders. *Neuroscience Research*, 102, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.neures.2014.08.006>
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C., y Whitman, J. C. (2006). The Contribution of a Cognitive Bias Against Disconfirmatory Evidence (BADE) to Delusions in Schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28(4), 605-617. <https://doi.org/10.1080/13803390590949511>
- Wright, J. H. (2009). *Cognitive-behavior Therapy for Severe Mental Illness: An Illustrated Guide*. American Psychiatric Pub.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., y Czobor, P. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855>
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., y Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>
- Wykowska, A., Chaminade, T., y Cheng, G. (2016). Embodied artificial agents for understanding human social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1693), 20150375. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0375>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yun, K., Watanabe, K., y Shimojo, S. (2012). Interpersonal body and neural synchronization as a marker of implicit social interaction. *Scientific Reports*, 2, 959. <https://doi.org/10.1038/srep00959>
- Zamansky, H. S. (1958). An investigation of the psychoanalytic theory of paranoid delusions1. *Journal of Personality*, 26(3), 410-425. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1958.tb01596.x>
- Zhu, J., Wekerle, C., Lanius, R., y Frewen, P. (2019). Trauma- and Stressor-Related History and Symptoms Predict Distress Experienced during a Brief Mindfulness Meditation Sitting: Moving toward Trauma-Informed Care in Mindfulness-Based Therapy. *Mindfulness*, 10(10), 1985-1996. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01173-z>
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., y Miller, L. (2015). Mindfulness

Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290-302.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0260-4>

**Anexos**

**Anexo 1.** Informe de aprobación del Comité de Ética para la Investigación del Hospital Universitario La Paz de Madrid (Estudio 2).



**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

D<sup>a</sup> Almudena Castro Conde, Presidenta del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario La Paz

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado la propuesta de la investigadora Fé Bravo Ortíz del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "La Paz" para que se realice el estudio titulado **"APLICABILIDAD DE UN ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSICÓTICOS CLÍNICAMENTE ESTABLES"**, Versión 1.1 de 14 febrero 2018, Hoja Información Paciente/Consentimiento Informado Versión 1.2 de 20 febrero 2018, código HULP: **PI-3066**

y considera que teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios de disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado por la investigadora Fé Bravo Ortíz del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "La Paz" como investigador principal.

Lo que firmo en Madrid a 23 de febrero de 2018

A blue circular stamp with the text 'COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN' around the perimeter and 'HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ' in the center. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in blue ink.

Firmado:  
D<sup>a</sup> Almudena Castro Conde



**Anexo 2.** Informe de aprobación del Comité de Ética para la Investigación del Hospital Universitario La Paz de Madrid (Estudio 3).



INFORME DEL COMITE DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

D<sup>a</sup> Almudena Castro Conde, Presidenta del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Universitario La Paz

**C E R T I F I C A**

Que este Comité ha evaluado, la propuesta de Modificación del Protocolo versión 4.1 de 29 agosto 2018 y Hoja de Información Paciente/Consentimiento Informado versión 4.1 de 29 de agosto 2018 del ensayo clínico titulado “INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS PARA MEJORAR LA COGNICIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS: ESTUDIO AGES-MIND”, código HULP: 4911,

y considera que dichos cambios no afectan a la seguridad del estudio, ni entran en conflicto con las Normas de Buena Práctica Clínica, por lo que se decide su Aprobación.

Lo que firmo en Madrid a 13 de septiembre de 2018

Firmado: D<sup>a</sup> Almudena Castro Conde

A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains the text 'COMITE ETICA DE INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS' and 'HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ' around the perimeter.

**Anexo 3.** Sección del cuaderno de recogida de datos del Estudio 2.

Versión 1.1 (05/02/18)

Edad \_\_\_\_\_ años      Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Género: M / H

País de origen \_\_\_\_\_

Estatus migratorio:  SÍ  NO**En caso afirmativo:**

Desde dónde: \_\_\_\_\_ Hacia dónde: \_\_\_\_\_

Cuándo (mm/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATOS DEMOGRÁFICOS (marque la casilla correspondiente)							
Estado Civil		Convivencia		Situación laboral		Nivel educativo	
0	-	0	-	0	Activo	0	Analfabetismo
1	Soltero	1	Solo	1	Parado sin subsidio	1	Leer y escribir
2	Casado	2	Familia origen	2	Parado con subsidio	2	Primarios
3	Separado/divorciado	3	Familia origen, solo madre	3	Invalidez	3	FP / ESO
4	Otros: _____	4	Familia origen, solo padre	4	Jubilación	4	BUP / Bachillerato
5	-	5	Familia propia / Pareja	5	Estudiante	5	Universidad
6	-	6	Institucionalizado	6	Labores hogar	6	Educación especial
7	-	7	Otros _____	7	Baja laboral	7	Otros _____
99	-	99	-	99	Desconocido	99	Desconocido

**Anexo 4.** Sección del cuaderno de recogida de datos del Estudio 3.

Versión 4.1 (06/09/2018)

PI 17/00768 financiado por ISCIII y Fondos FEDER

**Escala de Síndrome Positivo y Negativo en Esquizofrenia (PANSS)**

[Kay et al., 1987; Kay et al., 1990]

	Ausente	Mínimo	Leve	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Extremo
<b>PANSS-P (Síndrome positivo)</b>							
Delirios	1	2	3	4	5	6	7
Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
Excitación	1	2	3	4	5	6	7
Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
Susplicia / Perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<b>PANSS-N (Síndrome negativo)</b>							
Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>PANSS-PG (Psicopatología general)</b>							
Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
Culpa	1	2	3	4	5	6	7
Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7
Depresión	1	2	3	4	5	6	7
Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
Ø Colaboración	1	2	3	4	5	6	7
Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
Ø insight	1	2	3	4	5	6	7
Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
Ø control impulsos	1	2	3	4	5	6	7
Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5. Sección del registro del Estudio 2 en [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov).

**ClinicalTrials.gov PRS**  
Protocol Registration and Results System

**ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System (PRS) Receipt**  
Release Date: February 12, 2019

**ClinicalTrials.gov ID: NCT03434405**

**Study Identification**

Unique Protocol ID: AGES-Mind Feasibility Study  
 Brief Title: Mindfulness-based Social Cognition Training for Psychosis (SocialMind): A Feasibility Study  
 Official Title: Mindfulness-based Social Cognition Group Training for Persons With Diagnoses of Psychotic Disorders (SocialMind): A Feasibility, Non-randomized Controlled Trial  
 Secondary IDs:

**Study Status**

Record Verification: January 2018  
 Overall Status: Completed  
 Study Start: February 25, 2018 [Actual]  
 Primary Completion: June 30, 2018 [Actual]  
 Study Completion: June 30, 2018 [Actual]

**Sponsor/Collaborators**

Sponsor: Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz  
 Responsible Party: Sponsor  
 Collaborators:

**Oversight**

U.S. FDA-regulated Drug: No  
 U.S. FDA-regulated Device: No  
 U.S. FDA IND/IDE: No  
 Human Subjects Review: Board Status: Approved  
 Approval Number: PI-3066  
 Board Name: Comité Ético de Investigación Clínica  
 Board Affiliation: Hospital Universitario La Paz de Madrid  
 Phone: +34 91 727 74 13  
 Email: [sol.gracia@salud.madrid.org](mailto:sol.gracia@salud.madrid.org)  
 Address:  
 Paseo de la Castellana, 261, 28046 (Madrid, Spain)  
 Data Monitoring: No

**Anexo 6.** Escala de ajuste al manual SocialMIND

**Criterios de evaluación de la integridad de enseñanzas basadas en mindfulness (MBI:TAC, 2012)**

Para cada sesión se asignará un nivel de competencia a cada uno de los terapeutas, evaluando cada dominio y cada una de las características clave del mismo

**1: Incompetent:** Absence of key features, or highly inappropriate performance

Key features are not demonstrated. The teacher makes consistent errors and displays poor and unacceptable teaching, leading to likely or actual negative therapeutic consequences. No real evidence that the teacher has grasped the fundamentals of the MBI teaching process.

**2: Beginner:** Aspects of competence demonstrated but significant problems evident.

At least one key feature present in most domains, but numerous substantive problems and overall lack of consistency require considerable further development.

**3: Advanced Beginner:** Evidence of some competence, but numerous problems and lack of consistency.

At least two key features at a competent level in most domains, but one or more major problems and/or significant inconsistencies that require further development. Teachers adequately take care of participants' emotional and physical safety. Teacher would at a very basic level be considered 'fit for practice' as coteachers/ under supervision – the participants would not be harmed and are likely to have opportunities for learning.

**4: Competent:** Competent, with some problems and/or inconsistencies.

Most key features are present in all domains, with possibly some good features, but a number of problems and/or some inconsistencies are present. Teacher demonstrates a workable level of competence and they are clearly 'fit for practice'.

**5: Proficient:** Sustained competence demonstrated with few or minor problems and/or inconsistencies.

All key features are present in all domains, with very few and very minor inconsistencies and evidence of good ability and skill. The teacher is able consistently to demonstrate these skills over the range of aspects to MBI teaching.

**6: Advanced:** Excellent teaching practice, or very good even in the face of participant difficulties.

Expected key features are present with evidence of considerable ability. The teaching is particularly inspirational and excellent. The teacher no longer uses rules, guidelines or maxims. He/she has deep tacit understanding of the issues and is able to work in an original and flexible manner. The skills are demonstrated even in the face of difficulties (e.g. challenges from the group).

- **Dominio 1: Cobertura, ritmo y organización**

1. Cumplimiento con la forma del programa y con la cobertura de los temas y el contenido del programa SocialMind sobre los puntos más importantes sobre los que se ha trabajado
2. Capacidad de respuesta y flexibilidad a la hora de cumplir con el programa de la sesión
3. Adecuación de los temas y del contenido (preparación del programa y para los participantes)
4. Nivel de organización del profesor, la sala y los materiales
5. En qué medida fluye la sesión y si el ritmo es el adecuado

- **Dominio 2: Habilidades relacionales**

1. Autenticidad y fuerza; una comunicación que sea genuina, honesta y con confianza
2. Conexión y aceptación, prestando atención y relacionándose activamente con los participantes... haciéndoles llegar una comprensión empática y precisa
3. Compasión y calidez, transmitiendo una profunda conciencia, sensibilidad, apreciación y apertura a los participantes
4. Curiosidad y respeto, transmitiendo un interés genuino en cada participante, respetando las vulnerabilidades, los límites y la necesidad de privacidad de cada uno de ellos
5. Reciprocidad, implicándose con los participantes en una relación de trabajo de colaboración recíproca

- **Dominio 3: Personificación de Mindfulness**

1. Enfoque en el momento presente expresado a través del comportamiento y de la comunicación verbal y no verbal
2. Capacidad de respuesta al momento presente: transmitirlo a la experiencia interna y externa
3. Calma – vitalidad: transmitir simultáneamente firmeza, sencillez, no reactividad, y estado de alerta
4. Fundamentos de la actitud: transmisión de la práctica de Mindfulness a través de la forma de ser del profesor
5. La persona del profesor: el aprendizaje se transmite a través de la forma de ser del profesor

- **Dominio 4: Guía de las prácticas de Mindfulness**

1. El lenguaje es claro, preciso, exacto y accesible, transmitiendo espaciosidad al mismo tiempo
2. El profesor guía la práctica de tal forma que el aprendizaje clave sea accesible para los participantes
3. Los elementos particulares a tener en cuenta al guiar cada practica están presentes de forma apropiada

- **Dominio 5: Transmisión de los temas del curso a través de la investigación interactiva y la enseñanza didáctica**

1. Enfoque en la experiencia: ayuda a percibir y a describir los diferentes elementos de la experiencia directa
2. Hay un movimiento entre las capas dentro del proceso de indagación (por ejemplo, la experiencia directa, la reflexión sobre la experiencia directa y la conexión de ambas con un aprendizaje más amplio)
3. Transmisión del aprendizaje, a través del material de integración (poemas, etc.) con los participantes de la experiencia
4. Habilidades de enseñanza: una enseñanza clara, participativa, lúdica, viva, receptiva
5. Fluidez: el profesor transmite facilidad, familiaridad y seguridad en el conocimiento del material

- **Dominio 6: Mantenimiento del entorno de aprendizaje del grupo**

1. Contenedor para el aprendizaje: crear y sostener un entorno de aprendizaje rico, seguro, que a la vez sea un lugar en el que los participantes puedan explorar y asumir riesgos
2. Desarrollo del grupo: una gestión clara de los procesos de desarrollo del grupo a lo largo de las 8 semanas
3. Humanidad compartida: pasar de los temas personales de aprendizaje a los universales
4. Estilo de liderazgo: se ofrece una “capacidad de contener” sostenida, demostrando autoridad y fuerza sin imponer las opiniones del profesor sobre los participantes



Los ítems descritos a continuación evalúan hasta qué punto los terapeutas han realizado la intervención tal y como se diseñó. Se le pedirá que evalúe la adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento y la calidad en general de la intervención.

**1. Bienvenida y orientación sobre la sesión**

0= no se proporciona orientación al grupo (terapeuta comienza a hablar sin dar la bienvenida, comienza la sesión sin avisar)

1= el terapeuta proporciona alguna información al grupo, aunque incompleta.

2= el terapeuta proporciona orientación completa y adecuada para el grupo (da la bienvenida a los miembros, les recuerda la sesión en la que estamos, les invita a hacer una práctica de bienvenida...)

N/A= no aplicable a esta sesión

**2. Revisar tareas para casa de la sesión anterior**

0= no se mencionan

1= se mencionan las tareas que se habían asignado, pero no se revisan

2= se revisan las tareas para casa de la sesión anterior y los descubrimientos y dificultades

N/A= no aplicable a esta sesión

**3. Revisar cómo ha ido la semana**

0= no se menciona este aspecto

1= se pregunta cómo ha ido la semana, pero no se da espacio para comentarios de los participantes

2= se revisan cómo ha ido la semana favoreciendo la participación de los miembros del grupo

N/A= no aplicable a esta sesión

**4. Presentación del tema de la sesión**

0= no se menciona el tema de la sesión

1= se presenta el tema de forma superficial, sin aclaraciones ni profundizar en aspectos que no queden suficientemente claros. No se resuelven dudas de los participantes

2= se presenta en tema de forma detallada y se resuelven posibles dudas de los participantes

N/A= no aplicable a esta sesión

**5. Adherencia a prácticas y ejercicios propuestos para la sesión**

0= no se han realizado prácticas y ejercicios de la sesión

1= se han realizado sólo algunas de las prácticas y ejercicios

2= se han realizado todas las prácticas y ejercicios especificados en la sesión

N/A= no aplicable a esta sesión

**6. Calidad de las intervenciones: actitud exploratoria, de aceptación, no crítica**

0= la actitud es enjuiciadora y crítica, no se favorece la aceptación de la diversidad de experiencias

1= alguna crítica o no validación de la experiencia de los participantes (aunque sólo haya ocurrido en una ocasión, puntúa)

2= actitud exploratoria, de aceptación, no crítica

N/A= no aplicable a esta sesión

**7. Cierre-resumen de la sesión**

0= no se ha realizado

1= sólo se hace referencia a que ha terminado la sesión, pero no se facilita una breve síntesis sobre los puntos más importantes sobre los que se ha trabajado

2= se hace referencia al fin de la sesión y se realiza una breve síntesis sobre los puntos más importantes sobre los que se ha trabajado

N/A= no aplicable a esta sesión

**8. Asignación de deberes para la semana**

## *Mindfulness* y cognición social en psicosis

0= no se habla de ello

1= se hace referencia a que tienen tareas asignadas, pero no se nombran

2= se enumeran las tareas para la semana

N/A= no aplicable a esta sesión

Anexo 7. Sección del registro del Estudio 3 en [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov).

**ClinicalTrials.gov PRS**  
Protocol Registration and Results System

**ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System (PRS) Receipt**  
Release Date: April 16, 2019

**ClinicalTrials.gov ID: NCT03309475**

### Study Identification

Unique Protocol ID: AGES-Mind

Brief Title: Effectiveness of a Mindfulness-based Group Training Addressing Social Cognition in First Episode Psychosis (AGES-Mind)

Official Title: Mindfulness-based Social Cognition Group Training (SocialMIND) Versus Psychoeducational Multicomponent Intervention in Patients With a First Episode of Psychosis (AGES-Mind Study): A Randomized Controlled Trial

Secondary IDs:

### Study Status

Record Verification: October 2018

Overall Status: Recruiting

Study Start: September 1, 2018 [Actual]

Primary Completion: December 31, 2020 [Anticipated]

Study Completion: December 31, 2020 [Anticipated]

### Sponsor/Collaborators

Sponsor: Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz

Responsible Party: Sponsor

Collaborators: Carlos III Health Institute  
European Regional Development Fund

### Oversight

U.S. FDA-regulated Drug: No

U.S. FDA-regulated Device: No

U.S. FDA IND/IDE: No

Human Subjects Review: Board Status: Approved

Approval Number: PI4911

Board Name: Comité Ético de Investigación Clínica [Clinical Research Ethics Committee]

Board Affiliation: Hospital Universitario La Paz de Madrid [La Paz University Hospital]

Phone: +34 91 7277413

Email: [sol.gracia@salud.madrid.org](mailto:sol.gracia@salud.madrid.org)

Address:

**Anexo 8.** Resultados del análisis a las 8 semanas del Estudio 3 sobre variables clínicas y de funcionamiento (análisis por intención de tratar)

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T/Z	gl/n	p	d
<b>Síndrome positivo</b>											
IMP	11,85	3,44	12,23	4,36	,38	-0,81	1,58	-0,93	26	0,36	0,36
SM	11,33	4,17	10,93	4,03	-,40	-1,74	0,94				
Total	11,57	3,79	11,54	4,16	-,04	-0,90	0,82	-0,09	27	0,93	0,25
<b>Síndrome negativo<sup>a</sup></b>											
IMP	16,85	7,68	15,31	5,78	-1,54	-3,29	0,22	-1,50	28	0,13	0,18
SM	15,33	7,02	14,53	6,50	-,80	-3,66	2,06				
Total	16,04	7,23	14,89	6,08	-1,14	-2,78	0,49	-1,21	28	0,23	0,52
<b>Psicopatología general</b>											
IMP	27,08	8,34	27,62	10,53	,54	-2,62	3,69	-0,30	26	0,77	0,11
SM	26,73	8,40	26,60	7,02	-,13	-3,68	3,42				
Total	26,89	8,22	27,07	8,67	,18	-2,07	2,42	0,16	27	0,87	0,13
<b>Síndrome depresivo</b>											
IMP	4,69	4,17	3,38	3,66	-1,31	-3,77	1,15	1,92	26	0,07	0,72
SM	2,87	2,47	4,20	3,45	1,33	-0,45	3,12				
Total	3,71	3,43	3,82	3,51	,11	-1,37	1,59	0,15	27	0,88	0,48
<b>Síndrome ansioso</b>											
IMP	11,27	10,08	10,09	9,22	-1,18	-3,39	1,02	1,02	24	0,32	0,42
SM	9,80	8,99	10,60	6,84	,80	-2,42	4,02				
Total	10,42	9,30	10,38	7,77	-,04	-2,03	1,95	-0,04	25	0,97	0,34
<b>Autocuidado<sup>a</sup></b>											
IMP	,85	0,99	1,00	0,91	,15	-0,07	0,38	-0,20	28	0,85	0,10
SM	1,00	1,07	1,07	1,16	,07	-0,58	0,71				
Total	,93	1,02	1,04	1,04	,11	-0,23	0,45	0,55	28	0,58	0,25
<b>Relaciones interpersonales<sup>a</sup></b>											
IMP	2,31	1,38	2,23	1,36	-,08	-0,38	0,22	-0,05	28	0,96	0,19
SM	1,80	1,52	1,87	1,41	,07	-0,47	0,60				
Total	2,04	1,45	2,04	1,37	0,00	-0,30	0,30	0,05	28	0,96	0,14
<b>Actividades sociales<sup>a</sup></b>											
IMP	1,69	1,32	2,00	1,41	,31	-0,07	0,69	-1,59	28	0,11	0,61
SM	1,60	1,59	1,53	1,30	-,07	-0,40	0,26				
Total	1,64	1,45	1,75	1,35	,11	-0,14	0,35	0,91	28	0,37	0,69
<b>Agresividad<sup>a</sup></b>											
IMP	,85	0,80	,46	0,66	-,38	-0,85	0,08	-1,05	28	0,29	0,46
SM	,67	0,72	,73	1,03	,07	-0,58	0,71				
Total	,75	0,75	,61	0,88	-,14	-0,53	0,25	-0,83	28	0,41	0,54

Funcionamiento psicosocial <sup>a</sup>												
IMP	58,46	22,49	59,54	23,32	1,08	-3,08	5,24	-0,07	28	0,94	0,08	
SM	57,40	18,19	59,20	20,41	1,80	-4,60	8,20					
Total	57,89	19,92	59,36	21,40	1,46	-2,22	5,15	0,83	28	0,41	0,16	
Funcionamiento general <sup>a</sup>												
IMP	59,08	17,64	59,23	19,59	,15	-4,77	5,08	-1,12	28	0,26	0,42	
SM	60,27	16,49	56,73	14,53	-3,53	-8,76	1,69					
Total	59,71	16,72	57,89	16,78	-1,82	-5,27	1,63	-0,88	28	0,38	0,02	

*M = media, DT = desviación típica, Dif = diferencia ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, gl = grados de libertad, n = tamaño de la muestra (en pruebas no paramétricas), IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND*

<sup>a</sup> *Contrastes no paramétricos (U de Mann-Whitney o W de Wilcoxon)*

**Anexo 9.** Resultados del análisis a las 8 semanas del Estudio 3 sobre variables cognitivas  
(análisis por intención de tratar)

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T	gl	p	d
Velocidad de procesamiento											
IMP	48,83	11,39	49,58	7,45	0,75	-4,11	5,61	0,41	25	0,69	0,16
SM	46,33	9,30	48,13	8,23	1,80	-1,35	4,95				
Total	47,44	10,15	48,78	7,78	1,33	-1,24	3,91	1,06	26	0,30	0,16
Memoria operativa no verbal											
IMP	17,17	1,85	16,42	2,39	-0,75	-1,97	0,47	1,67	25	0,11	0,66
SM	15,80	4,41	16,67	3,75	0,87	-0,73	2,46				
Total	16,41	3,52	16,56	3,17	0,15	-0,87	1,17	0,30	26	0,77	0,41
Memoria operativa verbal											
IMP	16,50	2,84	15,17	2,98	-1,33	-3,61	0,94	1,35	25	0,19	0,51
SM	15,80	3,69	16,00	3,18	0,20	-1,08	1,48				
Total	16,11	3,30	15,63	3,07	-0,48	-1,66	0,70	-0,84	26	0,41	0,63
Atención sostenida 2											
IMP	3,03	1,08	3,09	1,23	0,06	-0,23	0,34	1,34	25	0,19	0,53
SM	3,17	0,72	3,50	0,70	0,32	0,02	0,63				
Total	3,11	0,89	3,31	0,97	0,20	0,00	0,41	2,06	26	0,05	0,16
Atención sostenida 3											
IMP	2,23	0,80	2,55	0,90	0,32	-0,01	0,65	-1,00	25	0,33	0,40
SM	2,24	0,79	2,29	0,67	0,05	-0,40	0,50				
Total	2,24	0,78	2,41	0,78	0,17	-0,10	0,45	1,27	26	0,21	0,65
Atención sostenida 4											
IMP	0,96	0,47	1,11	0,90	0,14	-0,26	0,55	-0,69	25	0,49	0,27
SM	1,07	0,73	1,03	0,67	-0,04	-0,45	0,36				
Total	1,02	0,62	1,06	0,77	0,04	-0,23	0,31	0,30	26	0,76	0,30
Atención sostenida MEDIA											
IMP	2,08	0,67	2,25	0,87	0,17	-0,04	0,39	-0,34	25	0,74	0,13
SM	2,16	0,64	2,27	0,54	0,11	-0,20	0,42				
Total	2,12	0,64	2,26	0,69	0,14	-0,05	0,33	1,52	26	0,14	0,52
Inteligencia emocional											
IMP	107,75	13,00	110,00	11,29	2,25	-3,22	7,72	-1,10	25	0,28	0,42
SM	104,40	11,10	103,47	11,86	-0,93	-4,52	2,65				
Total	105,89	11,87	106,37	11,86	0,48	-2,49	3,46	0,33	26	0,74	0,42

Test de las insinuaciones												
IMP	9,00	0,95	9,08	1,16	0,08	-0,91	1,08	-0,14	25	0,89	0,05	
SM	8,27	1,39	8,27	1,98	0,00	-0,84	0,84					
Total	8,59	1,25	8,63	1,69	0,04	-0,56	0,63	0,13	26	0,90	0,08	
Test de ojos												
IMP	19,50	3,60	19,80	4,16	0,30	-0,92	1,52	1,23	22	0,23	0,54	
SM	21,29	3,43	23,29	3,15	2,00	-0,38	4,38					
Total	20,54	3,54	21,83	3,93	1,29	-0,14	2,72	1,87	23	0,07	0,13	
Reconocimiento emocional												
IMP	31,64	2,91	32,36	3,53	0,73	-1,08	2,53	0,41	24	0,68	0,16	
SM	31,33	2,64	32,47	3,44	1,13	-0,14	2,40					
Total	31,46	2,70	32,42	3,41	0,96	-0,02	1,94	2,02	25	0,05	0,42	
Sesgo de hostilidad												
IMP	1,75	0,41	1,79	0,53	0,04	-0,15	0,24	-1,24	25	0,23	0,47	
SM	1,81	0,23	1,73	0,28	-0,08	-0,19	0,03					
Total	1,79	0,32	1,76	0,40	-0,02	-0,13	0,08	-0,50	26	0,62	0,24	
Intencionalidad												
IMP	2,87	0,68	2,74	0,80	-0,13	-0,56	0,29	0,54	25	0,60	0,20	
SM	3,18	0,75	3,15	0,68	-0,03	-0,17	0,10					
Total	3,05	0,72	2,97	0,75	-0,08	-0,27	0,11	-0,87	26	0,39	0,40	
Culpa												
IMP	2,44	0,64	2,53	0,61	0,08	-0,12	0,28	-1,39	25	0,18	0,54	
SM	2,63	0,80	2,55	0,85	-0,08	-0,24	0,08					
Total	2,55	0,72	2,54	0,74	-0,01	-0,13	0,11	-0,12	26	0,91	0,38	
Agresión												
IMP	2,46	0,58	2,57	0,77	0,11	-0,10	0,32	-1,29	25	0,21	0,50	
SM	2,58	0,83	2,52	0,69	-0,07	-0,27	0,14					
Total	2,53	0,72	2,54	0,71	0,01	-0,13	0,16	0,18	26	0,86	0,43	
Sesgo de agresión												
IMP	1,93	0,57	1,91	0,57	-0,02	-0,15	0,12	0,04	25	0,97	0,01	
SM	1,81	0,36	1,79	0,36	-0,01	-0,16	0,14					
Total	1,86	0,46	1,84	0,46	-0,02	-0,11	0,08	-0,33	26	0,74	0,10	
Estilo atribucional global												
IMP	2,29	0,43	2,31	0,52	0,02	-0,15	0,18	-0,95	25	0,35	0,35	
SM	2,40	0,48	2,35	0,45	-0,05	-0,13	0,02					
Total	2,35	0,45	2,33	0,47	-0,02	-0,10	0,06	-0,58	26	0,57	0,13	
Insight cognitivo (reflexividad)												
IMP	15,45	2,77	15,18	4,85	-0,27	-2,60	2,06	0,26	24	0,80	0,10	
SM	14,73	4,25	14,73	4,91	0,00	-1,07	1,07					
Total	15,04	3,65	14,92	4,79	-0,12	-1,18	0,95	-0,22	25	0,82	0,15	



## Mindfulness y cognición social en psicosis

Insight cognitivo (certeza)												
IMP	9,09	3,83	8,73	3,95	-0,36	-1,68	0,96	-0,60	24	0,55	0,23	
SM	6,33	2,29	5,60	2,50	-0,73	-1,38	-0,09					
Total	7,50	3,28	6,92	3,50	-0,58	-1,19	0,04	-1,93	25	0,07	0,34	
Insight cognitivo global												
IMP	24,55	4,13	23,91	3,78	-0,64	-3,12	1,85	-0,08	24	0,94	0,03	
SM	21,07	4,54	20,33	4,73	-0,73	-2,13	0,66					
Total	22,54	4,63	21,85	4,64	-0,69	-1,91	0,52	-1,18	25	0,25	0,30	
Disposición mindfulness												
IMP	4,10	0,51	4,47	0,71	0,37	-0,05	0,79	-2,57	23	0,02	1,00	
SM	4,13	0,79	4,00	0,80	-0,13	-0,34	0,08					
Total	4,12	0,68	4,19	0,79	0,07	-0,15	0,29	0,66	24	0,51	0,99	

*M = media, DT = desviación típica, Dif = diferencia ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%,  $gl$  = grados de libertad, IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND*

**Anexo 10.** Resultados del análisis a las 8 semanas del Estudio 3 sobre variables clínicas y de funcionamiento (análisis por intención de tratar modificado)

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T/Z	gl/n	p	d
<b>Síndrome positivo</b>											
IMP	11,64	3,26	12,09	4,41	0,45	-1,00	1,91	-0,71	22	0,48	0,29
SM	10,08	2,53	9,85	2,58	-0,23	-1,73	1,27				
Total	10,79	2,93	10,88	3,64	0,08	-0,90	1,06	0,18	23	0,86	0,28
<b>Síndrome negativo</b>											
IMP	17,64	8,14	15,82	6,18	-1,82	-3,90	0,26	0,43	22	0,67	0,18
SM	15,08	7,44	14,08	6,82	-1,00	-4,36	2,36				
Total	16,25	7,71	14,88	6,46	-1,38	-3,28	0,53	-1,49	23	0,15	0,57
<b>Psicopatología general</b>											
IMP	27,64	8,91	28,27	11,32	0,64	-3,20	4,48	-0,21	22	0,83	0,09
SM	25,31	7,43	25,38	5,52	0,08	-4,08	4,23				
Total	26,38	8,05	26,71	8,59	0,33	-2,30	2,97	0,26	23	0,80	0,14
<b>Síndrome depresivo</b>											
IMP	5,18	4,35	3,64	3,93	-1,55	-4,51	1,42	2,06	22	0,05	0,83
SM	2,92	2,66	4,62	3,52	1,69	-0,30	3,69				
Total	3,96	3,64	4,17	3,67	0,21	-1,53	1,94	0,25	23	0,80	0,53
<b>Síndrome ansioso</b>											
IMP	11,27	10,08	10,09	9,22	-1,18	-3,39	1,02	1,00	22	0,33	0,42
SM	10,23	9,63	11,15	7,21	0,92	-2,86	4,71				
Total	10,71	9,63	10,67	8,03	-0,04	-2,21	2,12	-0,04	23	0,97	0,33
<b>Autocuidado<sup>a</sup></b>											
IMP	0,91	1,04	1,09	0,94	0,18	-0,09	0,45	-0,14	24	0,89	0,06
SM	0,69	0,75	0,92	1,12	0,23	-0,43	0,89				
Total	0,79	0,88	1,00	1,02	0,21	-0,14	0,56	1,16	24	0,25	0,31
<b>Relaciones interpersonales<sup>a</sup></b>											
IMP	2,55	1,29	2,45	1,29	-0,09	-0,45	0,27	-0,24	24	0,81	0,11
SM	1,69	1,60	1,69	1,38	0,00	-0,60	0,60				
Total	2,08	1,50	2,04	1,37	-0,04	-0,38	0,30	-0,19	24	0,85	0,16
<b>Actividades sociales<sup>a</sup></b>											
IMP	1,82	1,33	2,18	1,40	0,36	-0,09	0,82	-1,45	24	0,15	0,58
SM	1,38	1,56	1,38	1,33	0,00	-0,35	0,35				
Total	1,58	1,44	1,75	1,39	0,17	-0,10	0,44	1,27	24	0,21	0,81
<b>Agresividad<sup>a</sup></b>											
IMP	0,91	0,83	0,45	0,69	-0,45	-1,01	0,10	-1,40	24	0,16	0,59
SM	0,54	0,66	0,69	1,11	0,15	-0,58	0,89				

## Mindfulness y cognición social en psicosis

Total	0,71	0,75	0,58	0,93	-0,13	-0,58	0,33	-0,63	24	0,53	0,60
<b>Funcionamiento psicosocial</b>											
IMP	54,55	21,27	55,82	22,55	1,27	-3,78	6,33	0,17	22	0,87	0,07
SM	59,54	18,18	61,54	20,62	2,00	-5,54	9,54				
Total	57,25	19,38	58,92	21,25	1,67	-2,68	6,01	0,79	23	0,44	0,17
<b>Funcionamiento general</b>											
IMP	55,73	15,23	55,91	17,90	0,18	-5,82	6,18	-1,11	22	0,33	0,46
SM	62,54	16,43	58,38	14,83	-4,15	-10,22	1,91				
Total	59,42	15,93	57,25	15,99	-2,17	-6,22	1,89	-1,11	23	0,28	0,03

*M = media, DT = desviación típica, Dif = diferencia ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, gl = grados de libertad, n = tamaño de la muestra (en pruebas no paramétricas), IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND*

<sup>a</sup> *Contrastes no paramétricos (U de Mann-Whitney o W de Wilcoxon)*

**Anexo 11.** Resultados del análisis a las 8 semanas del Estudio 3 sobre variables cognitivas  
(análisis por intención de tratar modificado)

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T	gl	p	d
Velocidad de procesamiento											
IMP	49,00	11,93	49,82	7,77	0,82	-4,57	6,21	0,44	22	0,67	0,18
SM	45,85	9,85	47,92	8,75	2,08	-1,60	5,76				
Total	47,29	10,73	48,79	8,19	1,50	-1,42	4,42	1,06	23	0,30	0,17
Memoria operativa no verbal											
IMP	17,27	1,90	16,45	2,50	-0,82	-2,16	0,52	1,68	22	0,11	0,70
SM	15,46	4,37	16,46	3,67	1,00	-0,86	2,86				
Total	16,29	3,52	16,46	3,12	0,17	-0,99	1,33	0,30	23	0,77	0,42
Memoria operativa verbal											
IMP	16,36	2,94	14,91	2,98	-1,45	-3,96	1,05	1,32	22	0,20	0,53
SM	15,00	3,24	15,23	2,62	0,23	-1,27	1,73				
Total	15,63	3,12	15,08	2,73	-0,54	-1,88	0,79	-0,84	23	0,41	0,65
Atención sostenida 2											
IMP	3,12	1,09	3,18	1,24	0,06	-0,25	0,38	1,42	22	0,17	0,59
SM	3,16	0,67	3,53	0,64	0,37	0,02	0,72				
Total	3,14	0,86	3,37	0,95	0,23	0,00	0,46	2,08	23	0,05	0,16
Atención sostenida 3											
IMP	2,30	0,80	2,65	0,88	0,35	-0,01	0,71	-0,96	22	0,35	0,40
SM	2,26	0,85	2,32	0,72	0,06	-0,47	0,59				
Total	2,28	0,81	2,47	0,80	0,19	-0,12	0,50	1,28	23	0,21	0,67
Atención sostenida 4											
IMP	0,95	0,49	1,11	0,95	0,16	-0,29	0,60	-0,68	22	0,50	0,28
SM	1,10	0,78	1,05	0,72	-0,05	-0,53	0,43				
Total	1,03	0,66	1,07	0,81	0,05	-0,26	0,35	0,30	23	0,76	0,30
Atención sostenida MEDIA											
IMP	2,13	0,68	2,32	0,88	0,19	-0,05	0,43	-0,30	22	0,77	0,12
SM	2,17	0,67	2,30	0,56	0,13	-0,24	0,50				
Total	2,15	0,66	2,31	0,71	0,16	-0,06	0,37	1,52	23	0,14	0,53
Inteligencia emocional											
IMP	109,73	11,59	112,18	8,80	2,45	-3,59	8,50	-1,08	22	0,29	0,44
SM	104,38	10,43	103,31	11,35	-1,08	-5,30	3,14				
Total	106,83	11,07	107,38	11,01	0,54	-2,83	3,92	0,33	23	0,74	0,43

*Mindfulness* y cognición social en psicosis

Test de las insinuaciones												
IMP	8,91	0,94	9,00	1,18	0,09	-1,01	1,19	-0,12	24	0,90	0,06	
SM	8,38	1,45	8,38	2,10	0,00	-0,99	0,99					
Total	8,63	1,24	8,67	1,74	0,04	-0,63	0,72	0,48	24	0,63	0,08	
Test de ojos												
IMP	19,50	3,60	19,80	4,16	0,30	-0,92	1,52	1,43	17	0,17	0,57	
SM	21,15	3,53	23,31	3,28	2,15	-0,41	4,72					
Total	20,43	3,58	21,78	4,01	1,35	-0,14	2,84	1,88	22	0,07	0,12	
Reconocimiento emocional												
IMP	31,64	2,91	32,36	3,53	0,73	-1,08	2,53	0,56	22	0,58	0,23	
SM	31,54	2,50	32,85	3,34	1,31	-0,16	2,78					
Total	31,58	2,64	32,63	3,36	1,04	-0,02	2,10	2,03	23	0,05	0,41	
Sesgo de hostilidad												
IMP	1,75	0,43	1,79	0,55	0,05	-0,17	0,27	-1,25	22	0,22	0,50	
SM	1,81	0,25	1,72	0,30	-0,09	-0,22	0,04					
Total	1,78	0,34	1,75	0,43	-0,03	-0,14	0,09	-0,50	23	0,62	0,24	
Intencionalidad												
IMP	2,84	0,70	2,69	0,82	-0,15	-0,62	0,32	0,51	22	0,62	0,20	
SM	3,24	0,80	3,19	0,72	-0,04	-0,20	0,12					
Total	3,05	0,76	2,96	0,79	-0,09	-0,30	0,12	-0,87	23	0,40	0,41	
Culpa												
IMP	2,42	0,66	2,51	0,64	0,09	-0,13	0,31	-1,39	22	0,18	0,57	
SM	2,69	0,77	2,60	0,84	-0,09	-0,28	0,10					
Total	2,57	0,72	2,56	0,74	-0,01	-0,15	0,13	-0,12	23	0,91	0,39	
Agresión												
IMP	2,41	0,58	2,53	0,79	0,12	-0,11	0,35	-1,27	22	0,22	0,53	
SM	2,65	0,87	2,58	0,72	-0,08	-0,32	0,17					
Total	2,54	0,75	2,56	0,74	0,01	-0,15	0,18	0,18	23	0,86	0,45	
Sesgo de agresión												
IMP	1,78	0,30	1,76	0,28	-0,02	-0,17	0,13	0,03	22	0,98	0,01	
SM	1,86	0,31	1,84	0,31	-0,02	-0,19	0,16					
Total	1,82	0,30	1,81	0,29	-0,02	-0,13	0,09	-0,33	23	0,74	0,10	
Estilo atribucional global												
IMP	2,24	0,41	2,26	0,52	0,02	-0,16	0,20	-0,96	22	0,35	0,38	
SM	2,45	0,49	2,39	0,46	-0,06	-0,15	0,02					
Total	2,35	0,46	2,33	0,48	-0,03	-0,11	0,06	-0,58	23	0,57	0,13	
Insight cognitivo (reflexividad)												
IMP	15,45	2,77	15,18	4,85	-0,27	-2,60	2,06	0,24	22	0,81	0,10	
SM	14,92	4,44	14,92	5,17	0,00	-1,26	1,26					
Total	15,17	3,70	15,04	4,92	-0,13	-1,28	1,03	-0,22	23	0,83	0,14	

Insight cognitivo (certeza)												
IMP	9,09	3,83	8,73	3,95	-0,36	-1,68	0,96	-0,74	22	0,47	0,30	
SM	6,46	2,44	5,62	2,69	-0,85	-1,58	-0,11					
Total	7,67	3,36	7,04	3,62	-0,63	-1,29	0,04	-1,93	23	0,07	0,32	
Insight cognitivo global												
IMP	24,55	4,13	23,91	3,78	-0,64	-3,12	1,85	-0,16	22	0,87	0,06	
SM	21,38	4,75	20,54	5,01	-0,85	-2,48	0,79					
Total	22,83	4,67	22,08	4,72	-0,75	-2,07	0,57	-1,18	23	0,25	0,29	
Disposición mindfulness												
IMP	4,10	0,51	4,47	0,71	0,37	-0,05	0,79	-2,49	21	0,02	1,02	
SM	4,12	0,84	3,97	0,86	-0,15	-0,39	0,10					
Total	4,11	0,70	4,18	0,82	0,08	-0,16	0,31	0,66	22	0,51	0,95	

*M = media, DT = desviación típica, Dif = diferencia ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%,  $gl$  = grados de libertad, IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND*

**Anexo 12.** Resultados del análisis a las 8 semanas del Estudio 3 sobre variables clínicas y de funcionamiento (análisis por protocolo)

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T/Z	gl/n	p	d
<b>Síndrome positivo</b>											
IMP	10,86	2,12	10,71	3,40	-0,14	-1,95	1,66	-0,65	13	0,53	0,34
SM	10,50	3,07	9,63	2,39	-0,88	-2,85	1,10				
Total	10,67	2,58	10,13	2,85	-0,53	-1,71	0,65	-0,97	14	0,35	0,09
<b>Síndrome negativo</b>											
IMP	16,00	5,69	15,43	5,38	-0,57	-1,86	0,72	-1,29	8	0,23	0,65
SM	16,38	8,28	13,13	5,87	-3,25	-8,00	1,50				
Total	16,20	6,94	14,20	5,57	-2,00	-4,40	0,40	-1,78	14	0,10	0,19
<b>Psicopatología general</b>											
IMP	25,71	7,72	25,14	7,29	-0,57	-3,90	2,76	-0,21	10	0,84	0,10
SM	27,00	8,26	25,75	5,99	-1,25	-8,35	5,85				
Total	26,40	7,75	25,47	6,39	-0,93	-4,51	2,65	-0,56	14	0,59	0,13
<b>Síndrome depresivo</b>											
IMP	3,57	3,51	2,86	4,02	-0,71	-3,31	1,89	1,40	13	0,19	0,73
SM	2,88	2,10	4,75	4,13	1,88	-1,57	5,32				
Total	3,20	2,76	3,87	4,05	0,67	-1,38	2,71	0,70	14	0,50	0,27
<b>Síndrome ansioso</b>											
IMP	11,86	8,32	10,43	8,28	-1,43	-5,04	2,19	0,67	13	0,51	0,36
SM	11,50	11,35	12,25	8,07	0,75	-5,69	7,19				
Total	11,67	9,70	11,40	7,93	-0,27	-3,66	3,12	-0,17	14	0,87	0,33
<b>Autocuidado<sup>a</sup></b>											
IMP	1,00	0,82	1,00	0,82	0,00	0,00	0,00	-0,48	15	0,63	0,25
SM	0,75	0,71	1,00	1,07	0,25	-0,91	1,41				
Total	0,87	0,74	1,00	0,93	0,13	-0,42	0,68	0,55	15	0,58	0,00
<b>Relaciones interpersonales<sup>a</sup></b>											
IMP	2,14	1,35	2,14	1,46	0,00	-0,53	0,53	-0,13	15	0,90	0,27
SM	1,38	1,60	1,63	1,19	0,25	-0,72	1,22				
Total	1,73	1,49	1,87	1,30	0,13	-0,37	0,64	0,65	15	0,52	0,00
<b>Actividades sociales</b>											
IMP	1,86	1,46	2,00	1,53	0,14	-0,50	0,78	-0,38	13	0,71	0,20
SM	1,25	1,49	1,25	1,04	0,00	-0,63	0,63				
Total	1,53	1,46	1,60	1,30	0,07	-0,32	0,46	0,37	14	0,72	0,29
<b>Agresividad</b>											
IMP	0,71	0,76	0,14	0,38	-0,57	-1,07	-0,08	1,00	13	0,33	0,53
SM	0,63	0,74	0,63	1,06	0,00	-1,18	1,18				
Total	0,67	0,72	0,40	0,83	-0,27	-0,88	0,34	-0,94	14	0,36	0,73

Funcionamiento												
psicosocial												
IMP	58,29	23,46	58,57	23,50	0,29	-6,05	6,62	0,61	13	0,55	0,32	
SM	62,75	17,22	66,25	12,79	3,50	-6,74	13,74					
Total	60,67	19,74	62,67	18,28	2,00	-3,48	7,48	0,78	14	0,45	0,04	
Funcionamiento												
general												
IMP	59,29	13,05	60,71	19,52	1,43	-7,10	9,95	-1,40	13	0,19	0,73	
SM	63,50	15,59	57,38	7,25	-6,13	-15,65	3,40					
Total	61,53	14,12	58,93	13,87	-2,60	-8,58	3,38	-0,93	14	0,37	0,19	

$M$  = media,  $DT$  = desviación típica,  $Dif$  = diferencia ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%,  $gl$  = grados de libertad,  $n$  = tamaño de la muestra (en pruebas no paramétricas),  $IMP$  = intervención multicomponente psicoeducativa,  $SM$  = SocialMIND

<sup>a</sup> Contrastes no paramétricos ( $U$  de Mann-Whitney o  $W$  de Wilcoxon)



**Anexo 13.** Resultados del análisis a las 8 semanas del Estudio 3 sobre variables cognitivas  
(análisis por protocolo)

	M <sub>1</sub>	DT <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	DT <sub>2</sub>	Dif	IC <sub>inf</sub>	IC <sub>sup</sub>	T	gl	p	d
Velocidad de procesamiento											
IMP	53,29	8,85	50,29	8,85	-3,00	-7,14	1,14	1,33	13	0,21	0,69
SM	43,63	12,05	44,00	8,00	0,38	-4,02	4,77				
Total	48,13	11,44	46,93	8,72	-1,20	-3,99	1,59	-0,92	14	0,37	0,84
Memoria operativa no verbal											
IMP	17,14	1,95	16,29	2,69	-0,86	-2,74	1,03	1,23	13	0,24	0,65
SM	15,63	4,07	16,63	3,25	1,00	-1,93	3,93				
Total	16,33	3,24	16,47	2,90	0,13	-1,51	1,78	0,17	14	0,86	0,41
Memoria operativa verbal											
IMP	16,57	3,74	14,57	3,41	-2,00	-6,03	2,03	1,06	13	0,31	0,54
SM	15,75	3,65	15,75	2,25	0,00	-2,41	2,41				
Total	16,13	3,58	15,20	2,81	-0,93	-2,96	1,09	-0,99	14	0,34	0,77
Atención sostenida 2											
IMP	3,31	1,09	3,38	1,30	0,07	-0,47	0,61	0,86	13	0,40	0,45
SM	3,11	0,81	3,44	0,70	0,33	-0,16	0,82				
Total	3,20	0,92	3,41	0,99	0,21	-0,11	0,53	1,39	14	0,19	0,17
Atención sostenida 3											
IMP	2,52	0,95	2,78	1,07	0,26	-0,23	0,75	-0,61	13	0,55	0,32
SM	2,09	0,85	2,07	0,60	-0,02	-0,93	0,89				
Total	2,29	0,89	2,40	0,90	0,11	-0,36	0,59	0,51	14	0,62	0,43
Atención sostenida 4											
IMP	1,10	0,56	1,18	1,20	0,08	-0,67	0,83	-0,91	13	0,38	0,46
SM	0,95	0,67	0,73	0,51	-0,22	-0,59	0,15				
Total	1,02	0,61	0,94	0,90	-0,08	-0,43	0,27	-0,49	14	0,63	0,18
Atención sostenida MEDIA											
IMP	2,31	0,76	2,44	1,05	0,14	-0,22	0,49	-0,41	13	0,69	0,21
SM	2,05	0,69	2,08	0,46	0,03	-0,45	0,51				
Total	2,17	0,71	2,25	0,78	0,08	-0,19	0,35	0,64	14	0,53	0,40
Inteligencia emocional											
IMP	114,00	10,92	117,00	2,00	3,00	-7,60	13,60	-0,61	13	0,55	0,31
SM	103,50	12,27	103,63	14,27	0,13	-5,13	5,38				
Total	108,40	12,48	109,87	12,30	1,47	-3,43	6,37	0,64	14	0,53	0,48
Test de las insinuaciones											

IMP	8,86	1,07	8,71	1,38	-0,14	-1,95	1,66	-0,11	13	0,92	0,06
SM	8,88	1,13	8,63	2,56	-0,25	-1,85	1,35				
Total	8,87	1,06	8,67	2,02	-0,20	-1,23	0,83	-0,42	14	0,68	0,11
Test de ojos											
IMP	20,83	2,79	21,00	3,52	0,17	-2,08	2,41	1,28	12	0,23	0,73
SM	20,38	4,00	23,38	3,58	3,00	-1,24	7,24				
Total	20,57	3,41	22,36	3,63	1,79	-0,64	4,22	1,59	13	0,14	0,06
Reconocimiento emocional											
IMP	32,00	2,71	33,43	2,64	1,43	-1,49	4,35	0,60	13	0,56	0,31
SM	31,50	2,62	33,75	2,82	2,25	0,48	4,02				
Total	31,73	2,58	33,60	2,64	1,87	0,43	3,30	2,79	14	0,01	0,78
Sesgo de hostilidad											
IMP	1,55	0,26	1,63	0,23	0,08	-0,13	0,28	-1,89	13	0,08	0,97
SM	1,73	0,20	1,62	0,20	-0,12	-0,26	0,03				
Total	1,65	0,24	1,62	0,21	-0,03	-0,14	0,09	-0,46	14	0,65	0,51
Intencionalidad											
IMP	2,68	0,68	2,59	0,65	-0,09	-0,42	0,25	0,17	13	0,87	0,09
SM	3,01	0,84	2,95	0,61	-0,06	-0,32	0,20				
Total	2,85	0,76	2,78	0,63	-0,07	-0,25	0,11	-0,85	14	0,41	0,38
Culpa											
IMP	2,58	0,77	2,60	0,73	0,02	-0,32	0,35	-0,59	13	0,56	0,31
SM	2,56	0,79	2,46	0,89	-0,10	-0,44	0,24				
Total	2,57	0,75	2,52	0,79	-0,04	-0,25	0,16	-0,46	14	0,65	0,07
Agresión											
IMP	2,40	0,58	2,54	0,72	0,14	-0,13	0,42	-0,81	13	0,43	0,43
SM	2,62	0,83	2,59	0,59	-0,03	-0,45	0,38				
Total	2,52	0,71	2,57	0,63	0,05	-0,18	0,28	0,46	14	0,66	0,49
Sesgo de agresión											
IMP	1,71	0,22	1,72	0,29	0,01	-0,18	0,19	0,26	13	0,80	0,14
SM	1,80	0,36	1,85	0,37	0,05	-0,25	0,35				
Total	1,76	0,29	1,79	0,33	0,03	-0,13	0,19	0,41	14	0,69	0,04
Estilo atribucional global											
IMP	2,18	0,40	2,22	0,43	0,03	-0,08	0,15	-1,17	13	0,26	0,61
SM	2,35	0,49	2,29	0,40	-0,05	-0,18	0,08				
Total	2,27	0,44	2,26	0,40	-0,01	-0,09	0,07	-0,31	14	0,76	0,34
Insight cognitivo (reflexividad)											
IMP	15,14	3,02	15,86	5,18	0,71	-2,73	4,16	-0,29	13	0,78	0,15
SM	16,13	4,39	16,38	5,45	0,25	-1,79	2,29				
Total	15,67	3,72	16,13	5,14	0,47	-1,19	2,13	0,60	14	0,56	0,34
Insight cognitivo (certeza)											

## Mindfulness y cognición social en psicosis

IMP	7,43	2,30	7,14	3,29	-0,29	-2,33	1,76	-0,65	13	0,53	0,33
SM	7,13	2,53	6,25	2,92	-0,88	-1,92	0,17				
Total	7,27	2,34	6,67	3,02	-0,60	-1,55	0,35	-1,35	14	0,20	0,23
<hr/>											
Insight	cognitivo										
global											
IMP	22,57	2,64	23,00	3,79	0,43	-2,77	3,63	-0,65	13	0,53	0,33
SM	23,25	3,92	22,63	4,03	-0,63	-2,99	1,74				
Total	22,93	3,28	22,80	3,78	-0,13	-1,83	1,57	-0,17	14	0,87	0,20
<hr/>											
Disposición	mindfulness										
IMP	4,02	0,54	4,48	0,77	0,46	-0,17	1,09	-2,31	13	0,04	1,17
SM	4,28	0,92	4,08	0,97	-0,19	-0,52	0,13				
Total	4,16	0,75	4,27	0,88	0,11	-0,23	0,45	0,69	14	0,50	1,04

*M = media, DT = desviación típica, Dif = diferencia ( $M_2 - M_1$ ),  $IC_{inf}$  = límite inferior del intervalo de confianza al 95%,  $IC_{sup}$  = límite superior del intervalo de confianza al 95%, gl = grados de libertad, IMP = intervención multicomponente psicoeducativa, SM = SocialMIND*