

Trabajos de revisión:

Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST) en esquizofrenia: metodología y reporte de un caso

Sergio Vergara^{1,2}, Juan Rojas³, Yamil Bravo⁴

Resumen

Durante los últimos años, diferentes estudios han descrito los limitados beneficios de intervenciones conductuales como el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) en Esquizofrenia. Por otra parte, ha crecido progresivamente el interés en conocer los déficits metacognitivos que presentan sujetos diagnosticados con Esquizofrenia, y también su impacto en la sintomatología, neurocognición, *insight*, funcionamiento social y adherencia a tratamientos. Con el fin de complementar los logros obtenidos a través del EHS y desarrollar capacidades metacognitivas en estos sujetos, surge el Entrenamiento en Habilidades Sociales orientado a la Metacognición (MOSST), desarrollado por Ottavi et al (2014). En el presente artículo revisamos el concepto de Metacognición en Esquizofrenia, describimos la metodología de MOSST y exponemos el caso de un usuario que completó el programa en nuestro centro, ilustrando los cambios metacognitivos generados. Considerando que se trata de un programa piloto en nuestro país, finalizamos realizando observaciones sobre su implementación en nuestra realidad local.

Palabras clave: Metacognición, Esquizofrenia, MOSST.

Metacognition-oriented social skills training (mosst) in schizophrenia: methodology and case report.

Over the past few years, different studies have described the limited benefits of behavioral interventions such as Social Skills Training (SST) in Schizophrenia. On the other hand, interest in knowing about metacognitive deficits presented by subjects diagnosed with Schizophrenia has progressively grown, as well as their impact on symptoms, neurocognition, *insight*, social functioning, and adherence to treatments. In order to complement the achievements obtained through SST and develop metacognitive capacities in these subjects, the Metacognition-Oriented Social Skills Training (MOSST) emerged, developed by

Ottavi et al. (2014). In this paper we review the concept of Metacognition in Schizophrenia, describe the MOSST methodology and present the case of a patient who completed the program at our center, illustrating the metacognitive changes generated. Considering that it is a pilot program in our country, we conclude by making observations about its implementation in our local reality.

Key words: Metacognition, Schizophrenia, MOSST.

Introducción

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) en Esquizofrenia es una intervención psicosocial estructurada, predominantemente grupal, que apunta a reducir la ansiedad y las dificultades en las relaciones interpersonales, potenciando el funcionamiento social de los sujetos afectados a través de la modificación del comportamiento y el aprendizaje social. Varios estudios apoyan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar el funcionamiento psicosocial y reducir los síntomas psicóticos, la tasa de recaídas y hospitalizaciones en pacientes con Esquizofrenia (Heinssen, Liberman y Kopelowicz, 2000). Sin embargo, hallazgos más recientes han señalado que sus efectos y capacidad de generalización son limitados (Pilling et al 2002, Almerie et al., 2015). Considerando el acotado impacto de estos programas, diversos autores han propuesto algunas mejoras para incrementar su eficacia. En la última década, los déficits sociales en la Esquizofrenia se han relacionado de forma más consistente con dificultades en la comprensión de los estados mentales propios y ajenos en situaciones interpersonales con alto contenido emocional (Lysaker et al., 2015a, Lysaker et al., 2015b).

En este escenario, aparece el concepto de Metacognición en Esquizofrenia, cuyos déficits en este trastorno han sido de gran interés para el desarrollo de intervenciones en rehabilitación en los últimos años. Metacognición consiste en la habilidad de re-

1. Médico Psiquiatra. Universidad Católica del Maule, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Clínicas, Talca, Chile.

2. Hospital Regional de Talca, Servicio de Psiquiatría, Talca, Chile.

3. Psicólogo, Centro Diurno "Luz y Esperanza", Talca, Chile.

4. Trabajador Social, Centro Diurno "Luz y Esperanza", Talca, Chile.

* Ningún conflicto por declarar, no hubo fuente de apoyo financiero. Se contó con consentimiento informado del paciente y su tutora. Nombre: Sergio Andrés Vergara Ramírez. Dirección postal: Edificio Plaza Poniente 1258, oficina 209, Talca. Correo electrónico: vergarasergio1@gmail.com

conocer varios elementos de los estados mentales propios y de otros (pensamientos y emociones), sumado a la capacidad de comprender comportamientos en términos de intencionalidad y variaciones en el tiempo de estados intencionales (Semerari, 2003). Considera la habilidad de tomar conciencia de aspectos simples y complejos, incluyendo la utilización de dichas capacidades para resolver conflictos psicológicos e interpersonales. Como señala Lysaker, bajo el término de Metacognición se incluyen cuatro grandes habilidades o dominios: Autorreflexividad, Comprensión de la Mente de Otros, Descentración y Maestría (Lysaker, Buck y Hamm, 2016). Una de las intervenciones grupales en rehabilitación dirigida a los déficits de las capacidades metacognitivas en pacientes con Esquizofrenia, es el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales orientado a la Metacognición (MOSST), desarrollado por Paolo Ottavi y su grupo de trabajo en el Centro de Terapia Metacognitiva Interpersonal de Roma (Ottavi et al., 2014a). Este programa está dirigido a pacientes ambulatorios, en fase estable, con dificultades a nivel interpersonal y/o tendencia al aislamiento (Ottavi et al., 2014b). En otras palabras, sujetos en los que predomina la sintomatología negativa de la Esquizofrenia (Inchausti y García-Poveda, 2017a). En el caso de nuestro país, se encuentra garantizada la disponibilidad de un amplio arsenal de psicofármacos para el tratamiento de este problema de salud, sin embargo, éstos resultan de mayor utilidad en el manejo de la sintomatología positiva en comparación a los beneficios sobre la sintomatología negativa y cognitiva de este trastorno. A través de programas como MOSST, se espera promover capacidades metacognitivas, logrando impactar en la sintomatología y funcionamiento social de personas diagnosticadas con Esquizofrenia. En este artículo revisaremos el concepto de Metacognición en Esquizofrenia, describiremos la metodología de MOSST, y presentaremos el caso de Francisco a modo de ilustrar las características y logros obtenidos con MOSST.

Déficits metacognitivos en esquizofrenia

El término Metacognición fue definido por Flavell como "cognición de la cognición" (Flavell, 1979), nutriéndose de los aportes de la psicología evolutiva a través de la Teoría de la Mente, y del marco teórico propuesto por el Procesamiento de la Información (Crespo, 2004). Por un lado, "meta" es utilizado para referirse a que algo, un proceso, un conocimiento, se refleja sobre sí mismo, como la imagen en un espejo; por el otro, "cognición" alude a conocimiento entendido como acción y efecto de conocer, haciendo referencia a un proceso y un producto (Peronard, 2009). Se vincula al aspecto del procesamiento de la información que monitorea, interpreta, evalúa y regula los contenidos y procesos de su organización (Semerari, 2002). Para Paul Lysaker, Metacognición se relaciona a un conjunto de fe-

nómenos, como la capacidad necesaria para formar, revisar y reformular ideas de lo que es creído, sentido, soñado, temido, aparentado o pretendido, tanto por uno mismo como por otros, que describen una diversa gama de actos cognitivos internos y determinados socialmente (Lysaker et al., 2016). En la actualidad no hay consenso acerca de la evaluación de Metacognición en Esquizofrenia, en gran medida debido a la complejidad del constructo (Popolo et al., 2015). En el caso de los Trastornos de la Personalidad se ha utilizado la *Metacognition Assessment Scale* (MAS) (Semerari et al., 2003), y en el caso de los pacientes con Esquizofrenia se ha aplicado una adaptación abreviada de ésta denominada MAS-A (Lysaker et al., 2005). La MAS-A permite un abordaje cualitativo y cuantitativo de la capacidad metacognitiva global y de las cuatro dimensiones que la integran. Las narrativas e información necesarias para llevar a cabo la puntuación en la MAS-A, se recolectan a través de la Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana (IPII) (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer y Wright, 2002). La MAS-A incluye cuatro subescalas o dominios: Autorreflexividad (habilidad para tomar conciencia de los estados mentales de uno mismo), Comprensión de la Mente de Otros (habilidad para pensar acerca de los estados mentales de los demás), Descentración (capacidad de adoptar una perspectiva no egocéntrica y así poder interpretar los acontecimientos sin ligarlos estrictamente a nosotros) y Maestría (habilidad para establecer estrategias útiles que permitan lidiar y resolver conflictos psicológicos o la angustia relacionada con ellos). Cada dominio presenta sus propias subfunciones, las que expresan niveles progresivamente más complejos de esa capacidad evaluada, organizadas jerárquicamente (Lysaker et al., 2016, Semerari, 2002, Semerari, 2003).

Sobre los déficits metacognitivos en Esquizofrenia, se ha encontrado asociación entre éstos y mayor sintomatología. Mayores déficits en los dominios metacognitivos de Autorreflexividad, Comprensión de la Mente de Otros y Maestría han correlacionado con mayores niveles de Retraimiento Emocional (Lysaker et al., 2005). La asociación entre Metacognición y sintomatología también ha sido explorada en pacientes con un primer episodio psicótico. Así, quienes tenían altos niveles de sintomatología negativa tenían menores habilidades metacognitivas en la MAS-A (Trauelsen et al., 2016). Por otra parte, también se ha reportado la relación entre menores puntajes en Comprensión de la Mente de Otros y mayor sintomatología negativa, peor adaptación social en la adolescencia temprana y menor búsqueda de ayuda profesional (MacBeth et al., 2014). El mismo grupo de trabajo, al seguir la muestra anterior, observó correlación entre los niveles de Descentración y búsqueda de ayuda ya encontrándose en tratamiento (MacBeth et al., 2015). Hamm et al. no tan solo encontraron asociación entre déficits metacognitivos con sintomatología negativa concurrente, sino también

concluyeron que dichos déficits constituían un factor de riesgo para la aparición de los síntomas negativos en el curso del tiempo (Hamm, Renard y Fogley, 2012). Disfunciones neurocognitivas también se han asociado a los déficits metacognitivos en pacientes con Esquizofrenia. En esta población, una mayor capacidad metacognitiva ha correlacionado con mejor memoria verbal y visual, mayor velocidad de procesamiento y mayor nivel de inteligencia premórbida (Lysaker et al., 2005, Nicolò et al., 2012). Además, menores puntajes en Maestría se asociaron con mayor tendencia a sacar conclusiones apresuradamente (Buck, Warman, Huddy y Lysaker, 2012); y mayores errores en pruebas de memoria no verbal se asociaron con menor Autorreflexividad, más síntomas de desorganización y menor funcionamiento ejecutivo (Fridberg, Brenner y Lysaker, 2010). Autorreflexividad se ha relacionado con acuciosidad en la autoevaluación del desempeño propio (Luedtke et al., 2012) y se ha reportado que el nivel de Maestría constituye un predictor independiente para potencial de aprendizaje (Tas, Brown, Esen-Danaci, Lysaker y Brüne, 2012). En cuanto al Funcionamiento social de los pacientes con Esquizofrenia en virtud de sus capacidades metacognitivas, se ha visto aumento en Autorreflexividad tras seis meses de enrolamiento en un programa de rehabilitación vocacional (Lysaker et al. 2010a). También se ha encontrado que Maestría media el impacto de neurocognición sobre calidad y cantidad de relaciones sociales (Lysaker et al., 2010b); y el nivel de Maestría al inicio influyó en los niveles de Maestría en el transcurso de cinco meses, así como también en los niveles de funcionamiento social tras ese periodo (Lysaker et al., 2011). Por otra parte, déficits metacognitivos se han asociado a menor capacidad de *Insight* (Vohs, George, Leonhardt y Lysaker, 2016). Sobre los vínculos de Metacognición con alianza terapéutica, se ha reportado correlación entre altos niveles en Maestría y mayores puntajes en alianza terapéutica a través de la *Working Alliance Inventory-Short Form* (Davis, Eicher y Lysaker, 2011).

Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST)

Existe mucha evidencia sobre los déficits sociales y del funcionamiento global de los usuarios con Esquizofrenia. A partir de esto, apareció el entrenamiento en habilidades sociales, sin embargo, literatura reciente ha mostrado los limitados resultados de este tratamiento psicosocial (Pilling et al., 2002, Almerie et al., 2015). Ottavi et al. (2014a) diseñaron una nueva intervención terapéutica a la luz de los hallazgos que señalaban la presencia de importantes déficits metacognitivos en personas afectadas con Esquizofrenia. Adaptaron el entrenamiento en habilidades sociales, incorporando la estimulación de capacidades metacognitivas y la conexión entre estados mentales y conductas. El producto de este trabajo es el Entrenamiento en

Habilidades Sociales orientado a la Metacognición, MOSST, de su sigla en inglés.

MOSST se basa en un modelo jerárquico de la metacognición, en que las personas son capaces de desplegar primero funciones metacognitivas simples, y habiendo logrado éstas, son capaces de desarrollar habilidades metacognitivas más complejas (Lysaker et al., 2005). Por ejemplo, en el caso de los dominios Autorreflexividad y Comprensión de la Mente de Otros, se describen jerárquicamente distintas subfunciones metacognitivas en la toma de conciencia de los estados mentales propios y ajenos: Requisitos básicos, Identificación, Relación entre variables, Diferenciación e Integración (Lysaker et al., 2016). De este modo, a lo largo del programa el usuario puede desarrollar habilidades metacognitivas de manera progresiva junto a la adquisición de habilidades sociales (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra y Gainza-Tejedor, 2017c).

Se debe tener en cuenta de que existen ciertas condiciones que ayudan a incrementar el funcionamiento metacognitivo de los usuarios (Dimaggio y Lysaker, 2015). En primer lugar, las sesiones deben realizarse en un espacio físico seguro y libre de interrupciones. Además, los terapeutas deben promover la expresión adecuada de emociones para no alterar el despliegue de las habilidades metacognitivas de los participantes. También deben adoptar una actitud de validación que cree un entorno seguro, y hacer un uso estratégico de la autorrevelación, auto-participación y metacomunicación. Esto último con la finalidad de ayudar a los pacientes a tomar conciencia de los estados mentales ajenos y a reflexionar sobre la relación terapéutica. Otro elemento esencial es establecer una comunicación clara y sencilla, evitando metáforas e ironías, las que pueden confundir a los usuarios. Finalmente, el tratamiento debe desarrollarse en un ambiente lúdico para favorecer la identificación de estados mentales y recuerdos de situaciones cotidianas (Inchausti y García-Poveda, 2017a).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales orientado a la Metacognición es grupal, encabezado por dos psicoterapeutas. Los terapeutas deben ayudar a los usuarios a evocar narraciones de episodios vividos por ellos en relación a la habilidad social trabajada en la sesión. Además, deben contar con la capacidad para deducir las habilidades metacognitivas puestas en marcha por los participantes (Inchausti, Ortuño-Sierra, García-Poveda y Ballesteros-Prados, 2016). Esto se resume en el hecho de que los terapeutas actúan como verdaderos "Facilitadores Metacognitivos" (FM), lo que es fundamental considerando las dificultades que presentan los pacientes para reflexionar sobre los estados mentales propios y de los demás. La tarea del FM implica el promover el flujo de narraciones metacognitivas sobre episodios

interpersonales, para dar retroalimentaciones estructuradas y hacer uso de las autorrevelaciones durante los juegos de roles. También, el FM debe ser consciente del ritmo de aprendizaje de cada participante y considerar un entrenamiento más intensivo en los usuarios con mayores dificultades (Inchausti et al., 2017c).

Los criterios de inclusión de MOSST consideran a pacientes ambulatorios con esquizofrenia, con una cierta estabilidad clínica, con dificultades a nivel interpersonal y tendencia al aislamiento. Los criterios de exclusión incluyen discapacidad intelectual, presencia de síndromes neurológicos (p.ej., demencias, epilepsia, etc.), psicosis afectivas, alucinaciones o delirios graves/extremos, trastorno por uso de sustancias e ideación autolítica o heteroagresiva graves. El número de participantes oscila entre 5 y 10, con una frecuencia semanal de las sesiones, y una duración por sesión de 90 a 120 minutos considerando un descanso de 10 a 20 minutos. Se sugieren dos sesiones introductorias previas para evaluar las habilidades sociales de los usuarios, psicoeducarlos en el modelo y motivarlos en su participación. Tras estas sesiones introductorias se da inicio al programa grupal de sesiones semanales (Ottavi et al., 2014b, Inchausti y García-Poveda, 2017a). El protocolo del programa está conformado por 16 sesiones. En cada sesión se trabaja una habilidad social específica, las que han sido jerarquizadas siguiendo un nivel de dificultad ascendente. Las habilidades sociales de MOSST se dividen en 3 grupos: Habilidades de Conversación, que incluyen la escucha activa, saludar a otros, e iniciar, mantener y finalizar conversaciones; Habilidades de Asertividad, que consideran el cómo hacer y rechazar peticiones, dar y recibir elogios, pedir información, sugerir actividades a otras personas y expresar sentimientos desagradables y positivos; y Habilidades para el Manejo de Conflictos, tales como el compromiso y la negociación, hacer quejas productivas, responder a quejas negativas y pedir disculpas (Ottavi et al., 2014b).

Cada sesión del programa se divide en dos partes bien diferenciadas, con ejercicios de reflexión independientes. En la primera parte de la sesión se incluyen dos módulos: Autorreflexividad y Comprensión de la Mente de Otros. El objetivo del primer módulo es aumentar la conciencia de los propios estados mentales de manera específica y, el del segundo módulo, enriquecer la perspectiva de los participantes sobre el funcionamiento mental de los demás, es decir, promover la comprensión de cogniciones y emociones ajenas. La segunda parte consiste en aumentar capacidades metacognitivas y comportamentales a través del Juego de Roles. Aquí se trabajan las conductas observables que se pretenden adquirir, y además se aporta información metacognitiva detallada para lograr actuar de una forma adecuada y comprensiva con la habilidad social correspondiente. Con

el objetivo de facilitar la retroalimentación durante los juegos de roles, los FM deben estructurarla y formalizarla siguiendo el modelo MATER, un acrónimo que secuencia la retroalimentación en 4 partes: el Marcador o comportamiento observable del paciente; los Pensamientos Automáticos del FM inmediatos al comportamiento observable del paciente; la Emoción o estados afectivos del FM asociados al pensamiento automático y al comportamiento observable; y la Respuesta potencial del ambiente en una situación real (Inchausti y García-Poveda, 2017a). De la experiencia de Ottavi et al. (2014a) en el Centro de Terapia Metacognitiva Interpersonal de Roma, se han publicado reportes de casos con buenos resultados. Inchausti et al. (2017b) llevaron a cabo un estudio piloto de 12 pacientes con Esquizofrenia, quienes participaron de las 16 sesiones de MOSST. Obtuvieron mejoría del Funcionamiento psicosocial y capacidad metacognitiva (tamaño de efecto moderado) evaluado con las escalas PSP y MAS-A, respectivamente.

En otro trabajo, Inchausti et al. (2018), realizaron un ensayo clínico controlado randomizado, ciego, con dos grupos de pacientes con Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia. Treinta y seis pacientes fueron randomizados a MOSST y 33 a EHS, los que cumplieron 16 sesiones semanales grupales por 4 meses, con seguimiento a los 6 meses de finalizado el programa. Encontraron diferencias significativas a favor de MOSST en funcionamiento psicosocial (evaluado con SOFAS y PSP) al terminar el tratamiento y en el seguimiento. La capacidad metacognitiva mejoró en el seguimiento a los 6 meses. Además, los autores concluyeron que MOSST tendría efectos beneficiosos a corto y largo plazo en funcionamiento social y síntomas (evaluado con escala PANSS).

El caso de Francisco

El siguiente caso corresponde a un usuario de un dispositivo en rehabilitación perteneciente al Servicio de Salud Maule, lugar donde se llevó a cabo una experiencia piloto de MOSST, previa capacitación del equipo. Considerando que este programa no se ha aplicado previamente en nuestro país, se presentó un proyecto para su implementación que contó con la aprobación de la Dirección y del Comité de ética científico de dicho Servicio de Salud. Tanto el usuario como su tutora dieron consentimiento informado para participar en este programa.

Francisco, nombre que le asignaremos al usuario, es un varón de 50 años que vive con su madre, soltero, sin hijos, desempleado, con enseñanza media completa, que asiste al dispositivo de rehabilitación señalado. En tratamiento actual con Clozapina 500 mgs/día y Risperidona 4,5 mgs/día, diagnosticado de Esquizofrenia paranoide (refractaria), con un primer episodio psicótico hace 33 años. Previo al inicio de las sesiones del programa, se

aplicaron distintos instrumentos los cuales se repitieron una vez finalizado MOSST. Sobre la valoración de sus capacidades metacognitivas, se aplicó inicialmente la IPII para obtener narrativas y datos que posteriormente fueron puntuados utilizando la MAS-A (Lysaker et al., 2005). La sintomatología fue evaluada a través de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987), y el funcionamiento social valorado con la Escala reducida de funcionamiento social (SFS) (Alonso et al., 2008). Los resultados de la MAS-A al inicio, dieron cuenta de una capacidad de Autorreflexividad en la que logra disponer de requisitos básicos como tomar conciencia de tener una mente propia e independiente, identificando distintas operaciones cognitivas, sin embargo, su capacidad para identificar una amplia gama de emociones es muy pobre. Como sería de esperar, de acuerdo a la jerarquía con la que se desarrollan las habilidades metacognitivas, no logra subfunciones de Diferenciación ni de Integración. Sobre el dominio Comprensión de la Mente de Otros, logra los requisitos básicos pudiendo reconocer que el otro experimenta funciones mentales autónomas, pero su habilidad para identificar distintas operaciones cognitivas ajenas es precaria. No logra identificar una amplia gama de emociones ajenas, y tampoco consigue desplegar subfunciones de Diferenciación ni de Integración de los estados mentales de otros. Sobre la capacidad de adoptar una perspectiva no egocéntrica en la interpretación de los acontecimientos, habilidad que corresponde al dominio metacognitivo Descartación, puede reconocer que no es necesariamente el centro de las actividades mentales de los demás y por ende notar que algunas acciones de otros provienen de motivos y objetivos no relacionados con él. Sobre el dominio Maestría, en la evaluación basal mostró ser capaz de desplegar estrategias de primer nivel para enfrentar desafíos de carácter interpersonal. En otras palabras, previo a iniciar el programa consigue describir plausiblemente un problema psicológico simple y enfrentarlo a través de la evitación pasiva y activa de la situación.

Ya iniciadas las sesiones de MOSST, se pudo apreciar como sus narrativas se iban enriqueciendo con una mayor capacidad para identificar sus propios estados mentales, lo cual se hizo más evidente a partir de la séptima sesión. En la novena sesión, que trata sobre el modo de rechazar peticiones, aparecen las primeras señales que daban cuenta del despliegue de subfunciones de Diferenciación de los estados mentales propios. En este sentido, Francisco lograba darse cuenta de que las ideas sobre sí mismo, otros y el mundo eran subjetivas y por ende falibles. Simultáneamente, comienzan a aparecer con más claridad cambios en su capacidad de Comprender la Mente de Otros. Al dar su opinión sobre las emociones que el protagonista de una escena pudiera presentar, señala: "...al no haberle hecho el favor a su amigo, pienso que primero él se podría haber senti-

do un poco triste, *bajoneado*, pero como era un amigo, pienso que luego se sintió más tranquilo, en paz". Esta habilidad de identificar una mayor variedad de emociones en otras personas, se mantiene a lo largo de las sesiones futuras. En la undécima sesión, sobre hacer críticas constructivas, Francisco relata un episodio donde le señala a un amigo: "...me molesta que él dijera piropos obscenos a las mujeres, así que le dije que lo pensara bien... creo que tal vez esto no le agradó, pero pienso que él lo iba a tomar en cuenta". Según lo ilustrado, despliega esbozos de subfunciones de Diferenciación en relación a los estados mentales ajenos, así como también se aprecia la capacidad de adoptar una postura menos egocéntrica en torno a los hechos que le rodean, lo cual habla de una mayor capacidad de Descartación en la MAS-A. Sobre la habilidad de relacionar las distintas variables cognitivas y emocionales tanto propias como ajenas, en el primer ejercicio de la sesión número 14 que trata sobre la habilidad de pedir disculpas, aprovechó la sesión para disculparse con sus compañeros por sus frecuentes atrasos al inicio del programa, reconociendo la incomodidad que pudo haberles generado a ellos y los terapeutas, siendo bien acogido por el resto del grupo. Cabe destacar que la aparición de estas nuevas habilidades fue posible respetando rigurosamente las condiciones y el encuadre del tratamiento con el fin de estimular dichas habilidades metacognitivas. Al finalizar el programa MOSST, muchos de los logros apreciados en las sesiones se corroboraron mediante la aparición de estas nuevas capacidades metacognitivas en la IPII. Sobre el dominio Maestría, pasó de utilizar estrategias de afrontamiento de primer nivel a desplegar estrategias de segundo nivel en que aparecen conductas activas. Al ser preguntado si él puede hacer algo respecto a su enfermedad señala: "eh... camino por la cuadra, me distraigo, me entretengo, a veces me junto con amigos, conversamos con amigos que también están en proceso psíquico, enfermedad psiquiátrica...". La subfunción de Diferenciación en el dominio de Autorreflexividad metacognitiva también pudo corroborarse en la entrevista final: "...bueno, yo siempre fui un cabro humilde, tratando de encontrar algo que pudiera hacer en la vida, independizarme cuando tuviera más años, no sé, cosas que alguna vez pensé pero que todavía no estaban cerca, pero sí podían ser parte de una vida normal". En otro momento de la entrevista señala: "Cuando empecé a tener problemas de salud mental, la verdad, cambió mi punto de vista del mundo, de la sociedad, de mi vida, porque ya no iba a poder seguir estudiando, sacar un título universitario, una mujer, tener hijos...". Lo mismo ocurre en la IPII final al evaluar el dominio metacognitivo Comprensión de la mente de Otros: "Cuando mi mamá habla de mi papá, su difunto marido, yo sé que ella lo quiso, que lo amó de verdad, fue su primer amor...bueno, ahora ella está con otra persona, pero ya está". Finalmente, en el dominio Descartación logra adoptar una postura menos egocéntrica de los acontecimientos que le

rodean, como se ejemplifica en el siguiente segmento: "Hemos muchos que tenemos problemas de salud mental, no soy el único que está en tratamiento, el mundo seguirá así... por ejemplo, voy caminando en la calle, te miran en la calle y te saludan, después dicen este cabro es enfermito, como *julero*, pero yo con toda mi tranquilidad digo sí, sí, es verdad, yo estoy en tratamiento psiquiátrico, pero hace mucho tiempo que no me descompenso". En el curso del programa MOSST, Francisco logró un aumento modesto en su nivel de funcionamiento social al comparar la puntuación de la Escala de funcionamiento social reducida aplicada al inicio y al final del entrenamiento. La sintomatología al iniciar y finalizar el entrenamiento fue evaluada a través de la PANSS considerando el modelo de cinco factores Van der Gaag (2006), el cual utiliza los mismos ítems, pero los ordena en cinco subescalas que dan cuenta de distintos síndromes: positiva, negativa, desorganización, excitabilidad y distrés emocional. Francisco presentó menores puntajes en todas las subescalas al finalizar el programa. Los ítems donde obtuvo mayores cambios fueron: suspicacia/perjuicio, embotamiento afectivo, retraimiento emocional y social, sentimientos de culpa, sintomatología depresiva y falta de colaboración.

Discusión

Considerando la literatura que sustenta la relevancia de los déficits metacognitivos en Esquizofrenia y su relación con la sintomatología, función neurocognitiva, razonamiento, aprendizaje, *insight*, funcionamiento social, alianza terapéutica y apego, su abordaje resulta ser un objetivo terapéutico prometedor para el desarrollo de intervenciones psicosociales en el proceso de rehabilitación y recuperación de las personas diagnosticadas con Esquizofrenia (Vergara, 2018).

Considerando las limitaciones que el Entrenamiento en Habilidades Sociales ha mostrado como intervención conductual, es comprensible la posibilidad de optimizar sus resultados al incorporar estrategias que busquen promover capacidades metacognitivas en los sujetos afectados. Una alternativa promisoriosa es el Entrenamiento en Habilidades Sociales orientado a la Metacognición (MOSST) (Inchausti et al., 2017c).

En este artículo hemos descrito aspectos metodológicos del programa, que busca reforzar los logros que los sujetos obtienen con la intervención conductual, a través de una mayor comprensión de los estados mentales propios y ajenos, con la consiguiente potenciación de los resultados de ambas orientaciones. MOSST se desarrolla en base a un modelo jerárquico de la Metacognición, a través de 16 sesiones grupales cuyos participantes son guiados por dos terapeutas. Estos últimos cumplen el rol de facilitadores metacognitivos, ayudando a estimular, promover y evocar habilidades metacognitivas en los distintos

dominios (Ottavi et al., 2014b). Es interesante como este entrenamiento ha sido bien recibido por los usuarios, promoviendo de manera entretenida las capacidades autorreflexivas, la comprensión de estados mentales ajenos, consiguiendo integrar las intervenciones comportamentales y metacognitivas. El modelo MATER, como sistema de retroalimentación estructurado, resulta relevante en poder guiar a los terapeutas en su trabajo de evocar las distintas habilidades metacognitivas en el usuario (Ottavi et al., 2014a). Por otra parte, este programa es considerado costo efectivo en su implementación, lo cual puede ser interesante para quienes se desempeñan en cargos de gestión en salud. Sin embargo, debe ser implementado con entrenamiento y capacitación previa de los facilitadores metacognitivos, además de establecer espacios de supervisión.

Hemos presentado el caso de Francisco, un usuario que participó en nuestra iniciativa piloto bajo el alero del Servicio de Salud Maule. Francisco logró aumentar sus capacidades metacognitivas al cabo de los 4 meses del entrenamiento, con disminución de la sintomatología y aumento modesto de su funcionamiento social. Al considerar los logros metacognitivos, Francisco consiguió desarrollar subfunciones de Diferenciación en Autorreflexividad y Comprensión de la Mente de Otros, las cuales no había desplegado previo a iniciar el programa. Consiguió desarrollar una postura menos egocéntrica con una mayor habilidad de Descentración, y estrategias más elaboradas para enfrentar conflictos psicológicos e interpersonales, pasando de utilizar estrategias de primer a segundo nivel.

El presente reporte tiene por objetivo informar de una novedosa intervención en nuestro país, de la cual debemos realizar algunas observaciones. Es necesario llevar a cabo estudios a nivel local de mayor rigurosidad metodológica que permitan conocer su efectividad en distintos dispositivos de la red de salud mental que atiendan usuarios con Esquizofrenia. A partir de eventuales resultados se podría estimar qué sujetos pueden beneficiarse en mayor medida de MOSST y quienes no; en otras palabras, permitiría definir con mayor precisión un perfil de usuario que obtendría mejores resultados. En esta misma línea, nuevos estudios podrían ayudar a conocer como MOSST pudiera integrarse o secuenciarse con otras intervenciones o programas en rehabilitación, algo ya expuesto por investigadores españoles (Inchausti et al., 2018). Por otra parte, resultaría interesante conocer si los logros de Francisco se restringen a la dimensión temporal del programa, o son logros que permanecen en el tiempo. En el primer caso sería apropiado considerar el desarrollo de "ambientes metacognitivos", en donde se promuevan estas capacidades en distintos contextos dentro de la misma institución o en sus hogares.

En síntesis, MOSST resulta una alternativa promisorio que bien vale el desarrollo de una línea de investigación a nivel local, para así sumarse a las intervenciones psicosociales que ya se aplican en Esquizofrenia en nuestro país.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Servicio de Salud Maule por respaldar el desarrollo de este proyecto, al equipo de profesionales del Centro Diurno "Luz y Esperanza" de Talca, y en especial a los usuarios que participaron de este programa piloto.

Referencias

- Almerie, M. Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N., y Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6), Cd009006. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2.
- Alonso, J., Olivares, J., Ciudad, A., Manresa, J., Casado, A., Gilaberte, I. (2008). Development and validation of the Social Functioning Scale, short version, in schizophrenia for its use in the clinical practice. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 102-110.
- Buck, K., Warman, D., Huddy, V y Lysaker, P. (2012). The relationship of metacognition with jumping to conclusions among persons with Schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology*. 45: pp 271-275. doi: 10.1159/000330892
- Crespo, N. (2004). La Metacognición: Las diferentes vertientes de una teoría. *Revista Signos*, 33(48), 97-115.
- Davis, L., Eicher, A., y Lysaker, P. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(1), 85-90. doi: 10.1016/j.schres.2011.02.026.
- Dimaggio, G., y Lysaker, P. (2015). Metacognition and Mentalizing in the Psychotherapy of patients with Psychosis and Personality Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124. doi: 10.1002/jclp.22147
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*. 34(10), 906-911. doi: 10.1037/003-066x.34.10.906
- Fridberg, D., Brenner, A., y Lysaker, P. (2010). Intrusion errors in Schizophrenia: Association with self-monitoring, symptoms and executive function. *Psychiatry Research*, 179(1), 6-11. doi: 10.1016/j.psychres.2010.06.026
- Hamm, H., Renard, S. y Fogley, R. (2012). Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and relationship to current and prospective symptom assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1303-1312. doi: 10.1002/jclp.21906
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., y Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21-46. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033441
- Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., García-Poveda, N. V., y Ballesteros-Prados, A. (2016). Metacognitive abilities in adults with substance abuse treated in therapeutic community. *Adicciones*, 29(2), 74-82. doi: 10.20882/adicciones.719.
- Inchausti, F., y García-Poveda N. (2017a). Entrenamiento en Habilidades Sociales centrado en la Metacognición. *Manual técnico y de aplicación*. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Ballesteros-Prados, A., Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S.,... y Mole, J. (2017b). A pilot study on feasibility, acceptance and effectiveness of metacognitive-oriented social skills training in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 17:217. doi: 10.1186/s12888-017-1378-z.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J., y Gainza-Tejedor, I. (2017c). Metacognition-oriented social skills training (MOSST): theoretical framework, working methodology and treatment description for patients with schizophrenia. *Psychologist Papers*, 38(3), 204-215.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J.,... y Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6):1235-1244. doi:10.1093/schbul/sbx168
- Kay, S., Fiszbein, A., y Opler, L. (1987). The Positive and negative syndrome scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
- Luedtke, B., Kukla, M., Renard, S., Dimaggio, G., Buck, K. y Lysaker, P. (2012). Metacognitive functioning and social cognition as predictors of accuracy of self-appraisals of vocational function in Schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 137(1-3), 260-261. doi: 10.1016/j.schres.2012.02.006
- Lysaker, P., Clements, C., Plascak-Hallberg, C., Knipscheer, S. y Wright, D. (2002). Insight and Personal Narrative of Illness in Schizophrenia. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes*. 65(3): 197-206. doi: 10.1521/psyc.65.3.197.20174
- Lysaker, P., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesenn, J., Nicolò, G., Procacci, M. y Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in Schizophrenia: Associations with insight, neurocognition, symptom and function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x
- Lysaker, P., Dimaggio, G., Carcione, A., Procacci, M., Buck, K., Davies, L.,... y Nicolò, G. (2010a). Metacognition and Schizophrenia: The capacity for self-reflexivity as a predictor for prospective assessment of work performance over six months. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 124-130. doi: 10.1016/j.schres.2009.04.024
- Lysaker, P., Dimaggio, G., Daroyanni, P., Buck, K., LaRocco, V., Carcione, A. y Nicolò, G. (2010b). Assessing Metacognition in Schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: Associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychology and Psychotherapy*, 83(3), 303-315. doi: 10.1348/147608309X481117
- Lysaker, P., Erickson, M., Buck, B., Buck, K., Olesek, K., Grant, M.,... y Dimaggio, G. (2011). Metacognition and social function in Schizophrenia: Associations over a period of five months. *Cognitive Neuropsychiatry*. 16(3), 241-255. doi: 10.1080/13546805.2010.530470

23. Lysaker, P., Vohs, J., Minor, K. Irarrázabal, L., Leonhardt, B., Hamm, J.,... y Dimaggio, G. (2015a). Metacognitive Deficits in Schizophrenia. Presence and associations with psychosocial outcomes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 203(7), 530-536. doi: 10.1097/NMD.0000000000000323
24. Lysaker, P. H., Kukla, M., Dubreucq, J., Gumley, A., McLeod, H., Vohs, J. L., . . . y Dimaggio, G. (2015b). Metacognitive deficits predict future levels of negative symptoms in schizophrenia controlling for neurocognition, affect recognition, and self-expectation of goal attainment. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 267-272. doi: 10.1016/j.schres.2015.06.015
25. Lysaker, P., Buck, K. y Hamm, J. (2016). Escala de Evaluación de la Metacognición: Una breve visión general y Manual de Codificación para la versión abreviada (EEM-A) v 2015. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 12(2), 174-190.
26. MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Carcione, A., Fisher, R., McLeod, H. y Dimaggio, G. (2014). Metacognition, symptoms and pre-morbid functioning in a first episode psychosis sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 268-273. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.027
27. MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Carcione, A., McLeod, H. y Dimaggio, G. (2015). Metacognition in first episode psychosis: Item level analysis of associations with symptoms and engagement. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 23(4), 329-339. doi: 10.1002/cpp.1959
28. Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J.,... y Lysaker, P. (2012). Associations of Metacognition with symptoms, insight and neurocognition in Schizophrenia in an Italian replication study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 644-647. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825bfb10
29. Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., y Dimaggio, G. (2014a). Metacognition oriented social skills training for individuals with long-term schizophrenia: methodology and clinical illustration. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 465-473. doi: 10.1002/cpp.1850
30. Ottavi, P., Pasinetti, M., Popolo, R., Salvatore, G., Lysaker, P. H., y Dimaggio, G. (2014b). Metacognition- Oriented Social Skills Training. In P. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brüne (Eds.), *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 285-300). London, UK: Academic Press.
31. Peronard, M. (2009). Metacognición: mente y cerebro. *Boletín de Filología*, 44(2), 263 - 275.
32. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., . . . y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32(5), 783-791. doi: 10.1017/s0033291702005640
33. Popolo, R., Vinci, G., D'Amato, F., Buonocore, L., Balbi, A., Dimaggio, G. y Salvatore, G. (2015). The metacognitive functioning in schizophrenia: a proposal for assessment. *Journal of Psychopathology*. 21(2), 133-140. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20180039
34. Semerari, A. (2002). Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
35. Semerari, A., Carcione, A. y Dimaggio, G. (2003). How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(4), 238-261. doi: 10.1002/cpp.362
36. Tas, C., Brown, E., Esen-Danaci, A., Lysaker, P., y Brüne, M. (2012). Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), 1086-1092. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.027
37. Trauelsen, A., Gumley, A., Jansen, J., Pedersen, M., Nielsen, H., Trier, C.,... y Simonsen, E (2016). Metacognition in first episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Research*. 238, 14-23. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.003
38. Van der Gaag, M., Hoffman, T., Remijsen, M., Hijman, R., De Haan, L., Van Meijel, B.,... y Wiersma, D (2006). The five factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: A ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 280-287. doi: 10.1016/j.schres.2006.03.021
39. Vergara, S. (2018). Metacognición en Esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 269-278. doi: 10.4067/s0717-92272018000400269
40. Vohs, J.L., George, S., Leonhardt, B.L., y Lysaker, P.H. (2016). An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(10), 1193-1204. doi: 10.1080/14737175.2016.1199275