

**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  

---

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y  
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**  
**EFFECTO DEL PROGRAMA MIND TRAINING  
EN LA MEJORA DE LA AUTOESTIMA**

**PRESENTADA POR:  
FERMÍN GONZÁLEZ HIGUERAS**

**DIRIGIDA POR:  
DRA. DÑA. BEATRIZ LÓPEZ LUENGO**

**JAÉN, 21 DE ENERO DE 2016**

**ISBN 978-84-16819-35-5**



## **AGRADECIMIENTOS**

Comenzar una Tesis Doctoral doce años después de terminar Psicología sólo podía significar una cosa: miedo y no considerarme capaz de hacerlo. Y ahora lo entiendo, no era sólo un miedo irracional. Y me siento orgulloso de haberlo conseguido, pero reconozco que muchas personas han contribuido a que pueda hacerla. A ellas van dirigidas mis agradecimientos.

En primer lugar a mi directora Beatriz, a la que no tengo suficientes palabras de agradecimiento y considero sinceramente que debo el cien por cien de este trabajo. Gracias por sus correcciones, por su paciencia, por animarme a comenzar y terminar cuando ya me estaba echando hacia atrás. Gracias por iniciarme en el campo de la investigación y de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia.

En segundo lugar a los usuarios que participaron voluntariamente en el estudio, por su esfuerzo tanto en las evaluaciones y en el programa de entrenamiento. Gracias también a todos los usuarios de la URA y la Comunidad Terapéutica de Jaén, por enseñarme a luchar contra las adversidades, por tener siempre una sonrisa aunque la vida les siga poniendo obstáculos.

En tercer lugar a Carmen, Pepa, Mariló y Pilar. Con ellas conocí la salud mental, la esquizofrenia, las intervenciones familiares y las visitas a domicilio. Fueron las que me animaron a presentarme al PIR y las que permitieron que descubriera porqué me gusta este trabajo.

En cuarto lugar a todos mis compañeros, y sobre todo amigos, por hacerme sentir afortunado con el trabajo que tengo. A Pedro, Mercedes, Eva, Mati, Loles,

Jacinto, Emi, Mari Carmen y todos los profesionales con los que he coincidido alguna vez. Gracias por comprender mis inseguridades, por vuestra ayuda en los momentos difíciles, por vuestras sonrisas, por vuestro ánimo. Gracias por permitirme realizar esta Tesis Doctoral sin ninguna objeción. Por supuesto, también a los PIR, Salva, Agustín, Rafa, Noelia y Cristina. Por vuestra indispensable ayuda en las evaluaciones, por vuestras sugerencias y ánimo.

En quinto lugar a mis sobrinos, a Salva, Alberto, Pablo, Carmen y Valeria (también a los que espero estén por venir). Aspiro algún día parecerme a vosotros. A Prudi por sus ánimos y por cuidar tan bien a mi hijo. A Cuqui por estar siempre a nuestro lado, por ser como una hermana, por sus buenos consejos, por sus imitaciones. A Salva por su sabiduría, por su ayuda incondicional, por ser como un hermano y mi mejor amigo. A Carmen, Vero, Lourdes, Pedro, Yohana y Manolo, por vuestro ánimo, por estar siempre ahí.

En sexto lugar a mis padres. Les debo ser quién soy, sobre todo en lo bueno, lo malo lo he ido añadiendo yo. A mi madre, por ser un ejemplo para mí en todos los aspectos de mi vida. Por luchar contra la enfermedad y no perder la ilusión de vivir, por tu cariño, aunque a veces no lo corresponda como debería, por querer tanto a mi hijo, por su insistencia en vernos, por enseñarme qué es lo importante en la vida. A mi padre, por ser un ejemplo de tesón y trabajo por su familia. Gracias a él he podido cumplir con muchos sueños en mi vida. Gracias por querer tanto a mi hijo. A mis hermanos, con los que me veo menos de lo que quisiera, pero cuando lo hacemos me siento muy feliz y orgulloso. Gracias por estar siempre ahí, en lo bueno y en lo malo. Gracias por tan buenos momentos vividos juntos.

Para terminar, sin duda más que gracias a mi mujer y a mi hijo, que han sufrido de primera mano la gestación de esta tesis. A Eva, por ser el sustento de mi vida desde que la conocí, por su cariño y comprensión incondicional, por entenderme incluso cuando no me comprendo yo, por formar una familia soñada. Y a Fermín, por saber esperar a que su padre se levantara del trabajo, por su cachondeo, por sus bailes, por ser la alegría de mi vida.

# ÍNDICE



INTRODUCCIÓN .....	11
MARCO TEÓRICO .....	17
1. La autoestima .....	19
1.1. Evolución del concepto de autoestima .....	19
1.2. Teorías actuales sobre la autoestima .....	23
1.3. Definición de autoestima .....	24
2. La autoestima en la esquizofrenia .....	27
2.1. Modelos teóricos sobre autoestima en la esquizofrenia .....	28
2.1.1. Modelo emocional .....	28
2.1.2. Modelo motivacional y teoría de la defensa de la paranoia .....	29
2.1.3. Paranoias “yo soy malo” y “pobre de mí” .....	31
2.1.4. Autoestima relacionada con las relaciones interpersonales .....	32
2.1.5. Modelos cognitivos sobre los delirios .....	32
3. Vulnerabilidad y esquizofrenia .....	41
4. Funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia .....	45
4.1. Cognición y esquizofrenia .....	45
4.2. Cognición social y esquizofrenia .....	47
4.3. Percepción subjetiva de déficits cognitivos .....	49
5. Programas de intervención sobre autoestima .....	51
6. Intervenciones para mejorar la autoestima en esquizofrenia .....	59
MARCO EXPERIMENTAL .....	63
7. Objetivos e hipótesis .....	65
7.1. Objetivos .....	67
7.2. Hipótesis .....	68
8. Método .....	71
8.1. Participantes .....	71
8.2. Pruebas de evaluación .....	71
8.2.1. Autoestima .....	71

8.2.2. Psicopatología .....	72
8.2.3. Cognición y cognición social .....	73
8.2.4. Percepción de déficits cognitivos .....	75
8.3. Programa de entrenamiento de la autoestima .....	75
8.3.1. Programa Mind Training .....	75
8.3.2. Ejercicios complementarios de autoestima .....	81
8.4. Procedimiento .....	82
8.5. Análisis estadístico .....	84
9. Resultados .....	85
9.1. Datos demográficos y clínicos de la muestra .....	85
9.2. Análisis de la autoestima .....	87
9.3. Efecto del entrenamiento .....	90
10. Discusión y conclusiones .....	93
10.1. Discusión .....	93
10.2. Conclusiones .....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	105
ANEXOS .....	129
ANEXO I. Escala PANSS. Descripción de los ítems .....	131
ANEXO II. Ejercicios complementarios de autoestima .....	133
ANEXO III. Hoja de Información y Formulario de Consentimiento Informado. ....	137
ANEXO IV. Hoja resumen de escalas .....	140
ANEXO V. Planning entrenamiento de la autoestima .....	141



*A veces creo que soy un astronauta  
y veo a todo el mundo desde arriba.  
No es que me crea superior,  
es que prefiero ver mis problemas  
desde la distancia...*  
(Usuaría de la Comunidad Terapéutica)



La esquizofrenia es un trastorno mental grave cuya principal característica es la pérdida de contacto con la realidad (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2011), en cuya aparición están implicados factores genéticos, biológicos y ambientales (Van Os y Kapur, 2009). Es una enfermedad crónica, muy incapacitante, que afecta a todos los aspectos de la vida cotidiana, que van desde el funcionamiento social al bienestar subjetivo (Garrido et al., 2013; Espinosa, Valiente y Bentall, 2014) y afecta aproximadamente al 1% de la población general (Saha, Chant, Welham y McGrath, 2005). Se estima que la padecen más de 21 millones de personas en el mundo, produciendo discapacidad moderada o grave en el 60% de los casos (Saha, Chant, Welham y McGrath, 2005). En España supone un 2,7% del gasto sanitario público (Oliva, López, Osuna, Montejo y Duque, 2006).

Esta enfermedad crea enormes cargas para las personas que la sufren, para sus cuidadores, para los servicios de salud mental y para la sociedad en general (Knapp, Mangalore y Simon, 2004; Kuipers et al., 2006). Las personas con esquizofrenia sufren altas tasas de desempleo (Marwaha y Johnson, 2004) y se les ha estigmatizado e incomprendido (Schulze y Rossler, 2005; Kuipers et al., 2006). La esquizofrenia causa angustia, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario tanto en las propias personas que la padecen como en los familiares de éstas (Chisholm, Wood, Reniers, Broome y Lin., 2014), siendo el riesgo de suicidio del 5% (Palmer, Pankratz y Bostwick, 2005) y hasta del 13% (Tarrier, Haddock, Lewis, Drake y Gregg, 2006).

Debido a estos resultados, se ha encontrado con frecuencia una baja autoestima en pacientes con esquizofrenia (Freeman et al., 1998; Tiernan, Tracey y Shannon, 2014) y en trastornos psiquiátricos en general (Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008).

Así, el modelo emocional sobre autoestima describe cómo la esquizofrenia produciría problemas emocionales y descenso de la autoestima (Freeman et al., 1998). Sin embargo, se ha encontrado que los procesos emocionales determinarían la aparición de síntomas psicóticos (Fowler et al., 2012). Además, algunas investigaciones encuentran una autoestima conservada en pacientes con esquizofrenia (Fornells-Ambrojo y Garety, 2009), como plantea el modelo motivacional, que describe una función defensiva del delirio para evitar emociones negativas, manteniendo la autoestima intacta a través de atribuciones externas sobre hechos negativos (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001; Bentall et al., 2009). Por tanto, la relación de la autoestima con la sintomatología de la esquizofrenia no está todavía clara.

Los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013) incluyen en la definición de la esquizofrenia dos o más de los siguientes síntomas (al menos uno de ellos ha de estar entre los tres primeros):

- Delirios
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado.
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- Síntomas negativos.

Además indican que durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes de este inicio.

Crow (1980, 1995) estableció una tipología de la esquizofrenia basándose en la sintomatología clínica de la enfermedad: la esquizofrenia tipo I, caracterizada por sintomatología “positiva”, con un buen ajuste premórbido, mejor respuesta al tratamiento con antipsicóticos, no deterioro intelectual y déficit neuroquímico; y la esquizofrenia tipo II, en la que predomina la sintomatología “negativa”, con peor ajuste premórbido, peor pronóstico, alteraciones cognitivas y probables alteraciones neuroanatómicas.

La sintomatología positiva hace referencia a alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento, mientras que la sintomatología negativa sería el aplanamiento afectivo, la pobreza del lenguaje, la abulia, la apatía y la anhedonia.

Esta tipología ha dado lugar a varias escalas de evaluación de la psicopatología de los pacientes con esquizofrenia, por ejemplo, la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*; Kay, Fiszbein y Opler, 1987).

Bleuler (1911) fue el primer autor en acuñar el término esquizofrenia, diferenciandola de la demencia precoz descrita anteriormente por Kraepelin (1896) y que incluía diversas entidades clínicas. Kraepelin (1896, 1919) describió la demencia precoz como una entidad unitaria, de curso crónico y mala evolución, con alteraciones del pensamiento, atención y emocionales, con conductas estereotipadas y presencia de alucinaciones. Y distinguió varios subtipos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

La esquizofrenia paranoide es el tipo de esquizofrenia más frecuente en la mayor parte del mundo (OMS, 2008). Siguiendo las indicaciones diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OMS, 2008), en la esquizofrenia paranoide “predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos” (pag. 72).

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- Alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez predominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

El modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977), reformulado por Nuechterlein y colaboradores (1992) ha sido ampliamente utilizado para explicar la génesis

y mantenimiento de la esquizofrenia, proponiendo tres tipos de factores: 1) de vulnerabilidad; 2) mediadores; y 3) precipitantes.

Entre los factores mediadores, que influyen en el afrontamiento de las situaciones estresantes (Brekke, Kay, Lee, y Green, 2005), este modelo permite integrar el funcionamiento cognitivo y de la cognición social, que ha sido definida como los procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones (Penn, Corrigan, Bentall, Racenstein y Newman, 1997).

Estos procesos cognitivos y de cognición social influirían en la percepción del entorno (Bentall et al., 2009), en la adquisición y mantenimiento de estrategias de afrontamiento y en la propia autoestima (Lysaker et al., 2011; Wang, Wu, Chang y Chuang, 2013).

Las alteraciones cognitivas aparecen en un 70% de pacientes con esquizofrenia (Harvey y Sharma, 2002), por lo que algunos autores establecen dicho deterioro como signo patognomónico de la enfermedad (Wilk et al., 2005). Sin embargo, los déficits cognitivos de la esquizofrenia no se incluyen en las categorías diagnósticas por no tener suficiente valor discriminante con respecto a otros cuadros (Tandon et al., 2013), pero su importante papel en la génesis y mantenimiento del trastorno determinan su frecuente estudio en la actualidad, como ocurre con los Criterios de Dominios de Investigación del National Institute of Mental Health (Cuthbert, 2014).

Se ha encontrado con frecuencia que la disfunción cognitiva precede a los síntomas psicóticos, apareciendo en fases prodrómicas y en primeros episodios (Fusar-Poli et al., 2012). Además, este deterioro suele mantenerse estable o progresar con el curso de la enfermedad (Bozikas y Andreou, 2011; Garrido y Albeni, 2011) y es resistente a los tratamientos antipsicóticos (Fatouros-Bergman, Cervenka, Flyckt, Edman y Farde, 2014). Se ha hallado una mayor autoestima en pacientes con mejor funcionamiento ejecutivo (Lysaker, Vohs, y Tsai, 2009) y menor autoestima en pacientes con déficits atencionales (Wang et al., 2013). Una posible explicación de estos resultados podría ser que estos déficits cognitivos afectan ampliamente a la vida de los pacientes reduciendo su independencia, su competencia social y ocupacional, y su capacidad de adaptación al entorno (Barrera, 2006; Bowie et al., 2008; Green, Kerf, Braff y Mintz, 2000; Nuechterlein et al., 2011), teniendo una importante influencia en el pronóstico de la enfermedad (Harvey y Sharma, 2002). Pero también la percepción subjetiva de estos déficits por parte del paciente podría determinar esta menor autoestima. Así, se ha encontrado que la autoestima sólo se relaciona con los déficits cuando hay percepción de estos (Cella, Reeder y Wykes, 2014).

La falta de conciencia de los síntomas es una característica común de las personas que sufren esquizofrenia (Amador et al., 1993; Roe, Mashiaj-Eizenberg y Lysaker, 2011). La investigación sobre la conciencia de los síntomas tradicionalmente se ha centrado en los síntomas psicóticos, siendo reciente la exploración de la conciencia de los déficits cognitivos (Aleman, Agrawal, Morgan y David, 2006). Diversos estudios indican un desajuste entre la evaluación subjetiva de los procesos cognitivos y los datos de los tests neuropsicológicos (Harvey y Sharma, 2002; Stip, Caron, Renaud, Pampoulova y Lecomte, 2003; Sanjuan et al., 2003). Por tanto, las evaluaciones subjetivas que realiza el paciente de su situación clínica, y de su funcionamiento general, social y cognitivo, presentan una gran influencia en la autoestima (Stip et al., 2003), aunque no siempre son tenidas en cuenta. Por ejemplo, los estudios suelen recurrir con mayor frecuencia a pruebas objetivas de déficits cognitivos (Sanjuan et al., 2003).

A pesar de las frecuentes relaciones encontradas entre autoestima y el resto de factores implicados en la esquizofrenia, la autoestima no siempre es medida como resultado de las intervenciones terapéuticas (Garrido et al., 2013), siendo difícil que mejore en los pacientes atendidos si no es tratada específicamente en las psicoterapias (Tarrier, 2001). Además, las intervenciones sobre autoestima en esquizofrenia no son tan frecuentes como otro tipo de tratamientos (Hall y Tarrier, 2003; Laithwaite et al., 2007; Moritz et al., 2011). La mayoría de intervenciones sobre autoestima se centran en estrategias cognitivo-conductuales y psicosociales, pero ninguna en la hipervigilancia a las señales de rechazo presentes tanto en la baja autoestima (Dandeneau, Baldwin, Baccus, Sakellaropoulo y Pruessner, 2007), como en la esquizofrenia (Freeman et al., 2013). Esta hipervigilancia influye negativamente en los niveles de autoestima y en el desempeño de actividades importantes para la persona (Freeman et al., 2013). De esta manera, existe un programa eficaz de intervención sobre autoestima centrado en la disminución de esta hipervigilancia, pero no utilizado en población clínica (Dandeneau et al., 2007): el programa informatizado Mind Training (Baldwin, 2008). Existen estudios que han encontrado una mejora de la autoestima como consecuencia de intervenciones cognitivas (Rose et al., 2008; Garrido et al., 2013), y el programa Mind Training incluye elementos cognitivos en su entrenamiento. La demostración de la eficacia de este programa en personas con esquizofrenia permitiría ampliar las estrategias terapéuticas en un trastorno tan complejo.





## MARCO TEÓRICO



# 1

## LA AUTOESTIMA

### 1.1. Evolución del concepto de autoestima.

El concepto de autoestima ha evolucionado mucho desde los orígenes de la psicología (James, 1890), mostrando los diferentes marcos teóricos términos que se acercaban en menor o mayor medida a las ideas actuales sobre el concepto. Así, términos como “yo”, “proprium”, “autovaloración”, “autoconcepto”, “concepto de sí mismo”, pueden ser tomados como sinónimos, aunque tengan un significado y procesos distintos a la autoestima (Clemens y Bean, 2001).

A continuación se expone la evolución del término autoestima (para más detalle ver Sansinenea, 2001).

#### Primeras aproximaciones sobre la autoestima.

William James (1890) es considerado el precursor de los estudios sobre la autoestima, definiéndola como la evaluación global de la propia autovalía.

Distinguió entre “yo” (sería la experiencia pura, el sujeto) y “mí” (sería el contenido de esa experiencia, el objeto percibido), describiendo un acto de autoobservación y autorrepresentación.

Clasificó cuatro componentes del yo, en orden descendente, según sus implicaciones para la autoestima: yo espiritual, yo material, yo social y yo corporal. Y describió cómo nuestra autopercepción depende de lo que nos proponemos ser y hacer. La

autoestima dependería de los éxitos pero también de las potencialidades, pudiendo ser formulada de la siguiente manera: Autoestima = Éxitos/Pretensiones.

Por otro lado, Cooley (1912) desarrolló la teoría del “yo a través del espejo”, donde describía cómo el autoconcepto está influenciado por lo que el individuo cree que los otros piensan de él.

También Mead (1934) otorgó un papel principal a la influencia de los procesos sociales y culturales en las conductas de las personas y la imagen de uno mismo. De esta manera la persona intentará mostrar esta imagen social a los demás.

Angyal (1941) postulaba dos modelos de autoevaluación: de autodeterminación, con un yo sano, y de autorrenuncia, con un yo neurótico. Los dos modelos coexisten pero uno domina al otro según cada persona.

Otras concepciones, definen el concepto de sí mismo como un sistema que organiza los valores de la persona, aceptando o rechazando experiencias si son o no consistentes con este sistema (Lecky, 1945).

### Modelos psicoanalíticos.

Desde el psicoanálisis, Horney (1950) consideraba necesario una autoimagen idealizada para que la persona pueda autorrealizarse. Como esta idealización es imposible, se generan conductas neuróticas.

Para Sullivan, Perry y Gavel (1953), el yo surge del intento de satisfacer una necesidad dependiente de la experiencia interpersonal con la madre en el desarrollo evolutivo.

Kohut (1977) postulaba que la autoestima se desarrolla a partir de las relaciones objetales del niño y del narcisismo primario.

### Modelos fenomenológicos y humanistas.

Desde la corriente fenomenológica, Rogers (1951) describió cómo el concepto que la persona posee de sí mismo determina las percepciones que realiza. De esta manera, cada persona tendrá una percepción diferente ante una misma situación. Definió el autoconcepto como la gestalt conceptual organizada y consistente, compuesta de características del yo o mí, y de la percepción de las relaciones del yo o del mí con los otros y con aspectos

variados de la vida, junto con el valor otorgado a estas percepciones (Rogers, 1959). Planteaba también dos procesos defensivos ante la incongruencia con el autoconcepto: la distorsión y la negación.

Otros autores acuñaron términos diferentes para referirse a la autoestima. Así Allport (1955) describió el “*proprium*” como todas las partes de nuestra vida que consideramos como íntimas y nuestras, y estaría constituido por siete aspectos, entre los que se incluyen el amor de sí mismo y la autoimagen.

La autoestima también se relaciona con los sentimientos. Cattell (1965) planteó el autosenntimiento como proceso unificador de la personalidad y del resto de sentimientos. La persona prestaría una atención a determinados objetos y reaccionaría de forma específica a ellos.

Desde una aproximación sociocultural Rosenberg (1965) concebía la autoestima como resultado de la cultura, sociedad, familia y las relaciones interpersonales.

La Teoría del Constructo del Rol de Kelly (1955) influyó en las aportaciones de Epstein (1973), que afirmaba que el autoconcepto se identifica como una teoría acerca del yo que el individuo construye acerca de sí mismo, en cuanto persona que siente y actúa, y que lucha con la naturaleza de su medio psicológico. De forma similar, Goffman (1967) describía una adaptación del yo a roles diferentes, para que las personas que le rodean en ese momento concreto mantengan la representación que tienen de esa persona. Es decir, habría diferentes guiones para cada situación.

Desde una aproximación más constructivista, Guidano (1994) marcó la existencia de polaridades siempre presentes en la comprensión del self, el experimentar y el explicar. De esta manera, ante una misma situación, dos personas tendrían experiencias y explicaciones distintas.

### Modelos cognitivo-conductuales.

Diversos autores han relacionado la autoestima con la ansiedad y la depresión (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1965), incluso con el suicidio (Branden, 1969).

Desde modelos cognitivos explicativos de la depresión, se implican factores atencionales centrados en uno mismo (autoconciencia), intentos conductuales por disminuir las discrepancias entre su situación real e ideal, un afecto negativo aumentado y atribuciones internas sobre fracasos (Carver y Scheier, 1981; Smith y Greenberg, 1981;

Smith, Ingman y Roth, 1985). Estos factores desencadenan una autoestima disminuida que a su vez influye en dichos factores (Baños y Belloch, 2008; Sanz y Vázquez, 2008).

Lewinsohn, Steinmetz, Larson y Franklin (1981) planteaban que el estilo atribucional típico de la depresión (culpase de eventos negativos) es más evidente durante episodios depresivos que eufímicos.

El modelo inicial de la Indefensión Aprendida (Overmier y Seligman, 1967) fue reformulado posteriormente incorporando al mismo procesos de atribución de causalidad (Peterson y Seligman, 1984). De esta manera, cuando una persona percibe que las consecuencias son incontrolables, realiza una atribución causal sobre por qué ocurre esto. Si la atribución causal es interna (se debe a uno mismo), afectará a la pérdida de autoestima. Además si la atribución es estable (la causa es constante) y global (generalizable a diferentes situaciones), la percepción de indefensión será más frecuente y ocurrirá en mayor variedad de situaciones (Peterson y Seligman, 1984).

Por otro lado, Bandura (1986) diferenció entre autoeficacia y autoestima. De esta manera, la autoeficacia influirá en la autoestima si la actividad realizada es valorada positivamente por la persona. Y Epstein (1985) entendía la autoestima como consecuencia de una comprensión individual del mundo, de los otros y quién somos nosotros en relación a ellos. También diferenció entre una autoestima global, específica y situacional.

La teoría de la Autofocalización de Pyszczynski y Greenberg (1987), explica cómo una persona ante una pérdida como la muerte de un ser querido, focaliza la atención sobre él mismo (autofocalización) y compara su situación actual con la situación deseada que se ha vuelto inalcanzable. Este hecho intensifica su afecto negativo, se siente responsable de sus acciones sin éxito, disminuye su autoestima y presenta una autoimagen negativa que le lleva a nuevos fracasos conductuales. Esta situación se convierte en una espiral de la que sería difícil salir, pero que le podría producir cierta “seguridad” para no enfrentarse con situaciones con escasa expectativa de éxito (sus éxitos no son autofocalizados), ya que tendría que “esforzarse” para tener una autoimagen positiva. Por el contrario, se quedaría “indefenso” por no poder anticipar sus pérdidas futuras y mantendría un “estilo depresivo de autofocalización” que reforzaría su autoimagen (Baños y Belloch, 2008).

La teoría de la Auto-discrepancia (Higgins, 1987) afirma que las personas presentan varias representaciones del self: la representación real, la representación que debería ser y la de los demás (cómo somos percibidos por personas significativas). Las discrepancias en

dichas representaciones pueden ocasionar estados afectivos negativos, como baja autoestima.

Desde el paradigma de la metacognición, el modelo Funcionamiento ejecutivo autoreferente (*Self-Referent Executive Function*, S-REF; Wells y Matthews, 1994) describe un síndrome cognitivo atencional consistente en una remarcada atención focalizada en el "yo", un procesamiento de la información de carácter rumiativo (rumiación y preocupación), sesgos atencionales, y la activación de auto-creencias y auto-percepciones disfuncionales, que determinarían una baja autoestima.

## 1.2. Teorías actuales sobre la autoestima.

Habría dos modelos sobre la autoestima con planteamientos opuestos. Por un lado el modelo cognitivo de autoestima que otorga especial importancia a las autoevaluaciones de las competencias (*bottom-up*). Así, la autoestima dependería de las habilidades desarrolladas por la persona (Crocker y Wolfe, 2001). Y, por otro, el modelo afectivo de autoestima que sostiene un desarrollo temprano de la autoestima, donde las autoevaluaciones no influirían en la autoestima (*top-down*). De esta manera plantearía que las competencias, el aprendizaje de habilidades y los éxitos no influirían en la autoestima (Brown, Dutton y Cook, 2001).

El modelo cognitivo, por tanto, sí permitiría intervenciones para mejorar la autoestima, mientras que el modelo afectivo determinaría unos niveles de autoestima difícilmente modificables.

Así, el planteamiento de Dandeneau y Baldwin (2004) parte de un modelo cognitivo de autoestima, donde las personas que experimentan mayor rechazo, real o imaginario, desarrollarían una autoestima más baja y una mayor sensibilidad para percibir rechazo. Esta sensibilidad dependería del nivel de intimidad con los otros, con los dominios de desempeño y con la relevancia para el yo, e influiría en la motivación para actuar de tal modo que conserve su autoestima (Gómez-Jacinto, 2005). Pero esta sensibilidad puede convertirse en una profecía autocumplida, donde la expectativa al rechazo puede producir precisamente este e incluso que la persona evite situaciones que podrían ser de aceptación por el miedo al rechazo (Dandeneau y Baldwin, 2004). La baja autoestima se relaciona con una vigilancia de las señales de rechazo, que conlleva mayores recursos cognitivos y, por tanto, incrementa la probabilidad de percibir o interpretar claves sociales como signos de

rechazo (Dandeneau et al., 2007) y conductas de evitación que disminuirían probables situaciones de aceptación (Dandeneau y Baldwin, 2004).

### **1.3. Definición de autoestima.**

Dada la gran variedad de autores y marcos teóricos que han trabajado con la autoestima se observa que no existe una única definición; sin embargo, existen patrones comunes en las diferentes definiciones. Por ejemplo, algunas definiciones entienden la autoestima en términos de mérito (Baumeister, Smart y Boden, 1996). Así, Rosenberg (1965) la describe como una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, en concreto el yo. Para Smith y Mackie (2007), el autoconcepto es lo que pensamos sobre el self y la autoestima son las evaluaciones sobre el self positivas o negativas, y cómo nos sentimos por estas evaluaciones. Esta postura se centra, por tanto, en creencias y sentimientos independientemente del comportamiento de la persona.

Otra forma de definir la autoestima se centra en la eficacia. Como se indicaba anteriormente, William James (1890) definió la autoestima como la evaluación global de la propia autovalía, que dependía de la relación entre los logros y las aspiraciones.

Existe otro enfoque que se basa en la relación entre competencia y mérito y, por tanto, implica pensamientos, sentimientos y comportamientos, siendo experiencias significativas para la persona al estar unidas a su identidad. Para Coopersmith (1967) la autoestima sería un juicio personal de valor que se manifiesta en las actitudes del individuo.

Por otro lado, Borrás y colaboradores (2009) definen la autoestima como el resultado de la interacción entre la autoevaluación y el feedback social, añadiendo, por tanto, el componente social a la definición. La Hipótesis Sociométrica (Leary, Tambor, Terdal y Downs, 1995) indicaba que la autoestima es un indicador de cómo uno es aceptado o rechazado por otros, mediante un proceso de vigilancia constante de dicha información. Por tanto, la autoestima dependería de las relaciones que mantenemos con los demás. Así, Baldwin (2008) define la autoestima como la imagen que uno tiene de sí mismo y sería la base de las relaciones sociales.

Dandeneau y colaboradores (2007) postulan una hipervigilancia a las señales de rechazo en personas con baja autoestima e incluso conductas de evitación que disminuyen posibles señales de aceptación (Dandeneau y Baldwin, 2004). La baja autoestima se formaría a través de experiencias repetidas de rechazo social, favoreciendo la hipersensibilidad de la persona a las evaluaciones sociales negativas. Esto conlleva mayor



hipervigilancia de estas señales lo que le influiría en el desempeño de otras actividades significativas para la persona (Freeman et al., 2013). De esta manera la autoestima dependería de procesos internos (sentimientos, creencias), externos (éxito, feedback social) y procesos atencionales (hipervigilancia, rumiaciones) que se influyen mutuamente.

Las aportaciones del grupo de investigadores liderados por Dandeneau y Baldwin permiten conceptualizar la autoestima de manera que pueda ser entrenada. Así, igual que se puede generar una hipersensibilidad al rechazo mediante procesos atencionales también se podría entrenar a la persona mediante intervenciones cognitivas a disminuir este proceso y, por tanto, mejorar la autoestima (Baldwin, 2008).



## 2

### LA AUTOESTIMA EN LA ESQUIZOFRENIA

Con respecto a los estudios sobre la autoestima en la esquizofrenia, Grbic (2013) realizó una revisión sistemática de estudios sobre la autoestima y los delirios persecutorios concluyendo que era más frecuente encontrar una baja autoestima en pacientes con delirios. Determinó también que era importante evaluar los estados de ánimo porque influían en las relaciones entre la autoestima y los delirios persecutorios. De esta manera, la depresión podría determinar una menor autoestima, encontrándose menor relación entre autoestima y delirios cuando era controlada esta relación por las puntuaciones en depresión. Esta postura también ha sido defendida por otros autores (Jones, Hansen, Moskvina, Kingdon y Turkington, 2010).

La autoestima sería, por tanto, un elemento mediador muy importante en la sintomatología de la esquizofrenia, influyendo incluso en el desarrollo y mantenimiento del estado psicopatológico (Smith et al., 2006). En una muestra de 4000 personas evaluada durante tres años se encontró que la baja autoestima predecía sintomatología psicótica (Krabbendam, Janssen, Bijl, Vollebergh y van Os, 2002).

También la baja autoestima sería un resultado probable de la esquizofrenia que provocaría mayores dificultades clínicas y sociales a la persona, el mantenimiento de la sintomatología y aumentaría aún más la carga de la enfermedad (Navarro y Carrasco, 2009).

Se ha encontrado una baja autoestima incluso en fases de recuperación sintomática (Gureje, Harvey y Herrman, 2004), se ha implicado en la formación y mantenimiento de delirios y alucinaciones (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington, 2002; Hall y Tarrier, 2003), en mayor severidad de la enfermedad psiquiátrica, la depresión, la ansiedad, pérdida de motivación, tendencia a la soledad y funcionamiento picosocial (Borras et al., 2009; Moritz et al., 2010), mayor autoestigma (Nabors et al., 2014), evaluaciones negativas

de cuidadores (Kuipers et al., 2006) y relación de los síntomas positivos de la esquizofrenia con extremas evaluaciones negativas de uno mismo y de los otros (Smith et al., 2006). La autoestima también se ha relacionado con el tipo de creencias delirantes experimentadas (Guillem, Pampoulova, Stip, Lalonde y Todorov, 2005).

Por otro lado, la autoestima estaría afectada por otros factores tales como el nivel de insight, o falta de conciencia de los síntomas, característica común de las personas que sufren esquizofrenia (Amador et al., 1993; Roe, Mashiaj-Eizenberg y Lysaker, 2011), encontrándose que los pacientes con mayor insight pueden presentar menor autoestima (Cavelti, Rüschi y Vauth, 2014) denominándose a este efecto “paradoja insight” (Lysaker, Roe y Yanos, 2007). Los niveles de autoestigmatización sobre padecer una enfermedad mental podrían mediar esta relación entre autoestima e insight (Nabors et al., 2014).

## **2.1. Modelos teóricos sobre autoestima en la esquizofrenia.**

### *2.1.1. Modelo emocional.*

Se ha encontrado con frecuencia una baja autoestima en pacientes con esquizofrenia (Grbic, 2013; Tiernan, Tracey y Shannon, 2014), incluso se ha llegado a encontrar cómo tres cuartas partes de los pacientes la presentaban (Freeman et al., 1998), siendo estos resultados postulados por los modelos emocionales o directos, donde la presencia de sintomatología afectaría emocionalmente a la persona disminuyendo su autoestima.

De esta manera la baja autoestima, junto con la depresión y las creencias evaluativas negativas, se han asociado con la angustia delirante y la preocupación, pero no con el grado de convicción en las creencias delirantes (Smith et al., 2006).

Los modelos emocionales plantean una disminución de la autoestima, debido a la percepción negativa del paciente de su estado psicopatológico y de la percepción de amenazas, lo que determinaría la afectación de un estado de ánimo bajo. Proponen que la combinación de creencias negativas de sí mismo, la ansiedad y los problemas emocionales previos dan lugar a estas experiencias de amenaza (Espinosa, Valiente y Bentall, 2014). Así, hay estudios que encuentran más creencias negativas de sí mismo (self) en pacientes con delirios en comparación con un grupo control, pero no se detectan diferencias en las creencias negativas sobre los otros (Espinosa, Valiente y Bentall, 2014). Sin embargo, también se ha encontrado que los procesos emocionales determinarían la aparición de delirios (Fowler et al., 2012).

### 2.1.2. Modelo motivacional y teoría de la defensa de la paranoia.

Contrario al modelo emocional, algunos autores encuentran puntuaciones conservadas en autoestima en pacientes con esquizofrenia (Fornells-Ambrojo y Garety, 2009), lo que es explicado a través de la teoría de la defensa en la paranoia (Lyon, Kaney y Bentall, 1994) o el modelo motivacional o autosirviente, que plantea una función defensiva del delirio y la posibilidad de evitar emociones negativas y mantener la autoestima a través de atribuciones externas sobre hechos negativos. Así, el paciente con delirios de persecución culparía a los otros de sus experiencias adversas, asumiendo que los fracasos en su vida son causados por los acciones de los demás (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994; Kaney y Bentall, 1989) (Figura 1).

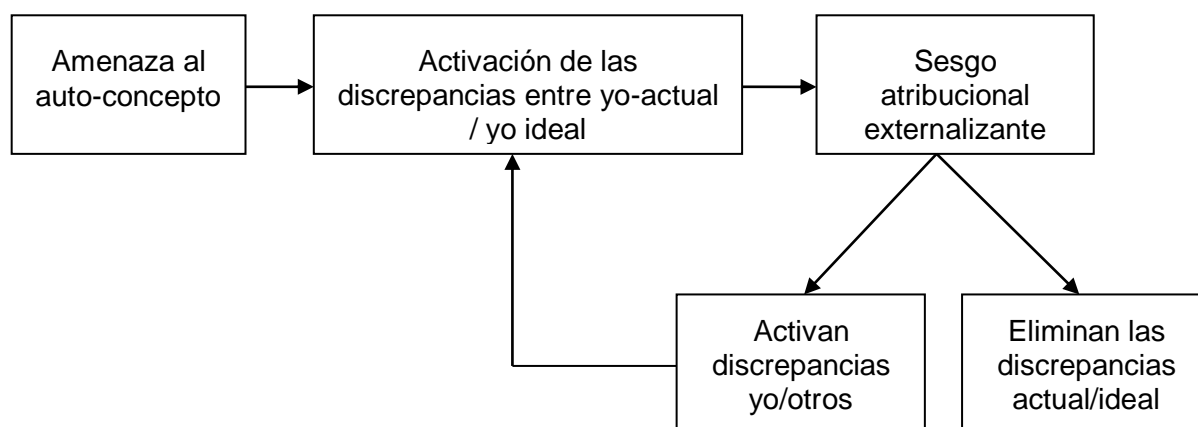


Figura 1. Modelo motivacional de la psicosis (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994). Traducción al castellano de Díez-Alegría y Vázquez (2006).

Un mecanismo distinto es el propuesto por Garety y colaboradores (2001), que sugieren que son los autoconceptos negativos los que pueden contribuir a la formación y al mantenimiento de algunos delirios y alucinaciones de contenido negativo mediante su consistencia temática.

La teoría de la defensa en la paranoia presenta una argumentación similar al modelo motivacional (Lyon, Kaney y Bentall, 1994) y fue planteada por Freud (1971) para la formulación psicoanalítica de la paranoia, en la que las ideas incompatibles con el yo se proyectarían hacia el mundo externo. Anteriormente a esta teoría, Havener e Izard (1962) habían encontrado una baja autoestima en pacientes psicóticos, pero una autoestima elevada en pacientes paranoicos. De la misma manera Zigler y Glick (1988) planteaban que la paranoia sería una forma de “*depresión camuflada*”, y Bentall y colaboradores (2001) una creencia anticipatoria de persecución como consecuencia de sentirse mal por haber cometido un mal acto. Así, se produciría una defensa del bajo estado anímico a través de la

paranoia o delirios de persecución. También indicaban la presencia de creencias negativas latentes sobre el self, que se activan con eventos negativos, pero que el paciente tiende a evitar, atribuyendo los eventos amenazantes a las acciones de otras personas. Siguiendo con argumentaciones similares Bentall, Kinderman y Moutoussis (2008), basándose en la teoría de la auto-discrepancia de Higgins (1987), proponen que los delirios de persecución surgen como consecuencia de atribuciones externas hacia alguna amenaza, reduciendo las discrepancias entre el self actual y el ideal, pero aumentando la discrepancia entre el self real y el percibido por los demás, atribuyendo a los demás la responsabilidad de sus problemas personales. Moritz, Werner y von Collani (2006) encontraron una alta autoestima sólo en pacientes con delirios de persecución mientras que en los pacientes con esquizofrenia sin estos delirios la puntuación en autoestima fue baja.

También se ha planteado que los delirios de grandeza y la manía ayudan al paciente a reducir la discrepancia entre la autorepresentación ideal y la autopresentación actual o real, que le genera malestar y disconfort y, por tanto, a evitar la disminución de la autoestima (Grbic, 2013), ejerciendo un papel de defensa similar al propuesto por las paranoias en el modelo motivacional.

Las teorías de la defensa en la paranoia también indican que la persona no siempre tiene éxito para evitar los sentimientos negativos, por lo que la autoestima en personas con delirios de persecución sería inestable (Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os y Myin-Germeys, 2008), encontrándose que la autoestima más estable se relaciona con mayores delirios de persecución, prediciendo la disminución de la autoestima un incremento en estos delirios (Erickson y Lysaker, 2012; Grbic, 2013).

Por último Valiente y colaboradores (2011), utilizando medidas de autoestima explícita (a través de cuestionarios donde la persona sabe que están evaluando su autoestima) y autoestima implícita (a través de ejercicios de asociación donde la persona no sabe que se está evaluando su autoestima), encontraron una baja autoestima implícita y una alta autoestima explícita en pacientes con delirios de persecución, por lo que este resultado iría en la línea de estos modelos motivacionales o defensivos.

Habría que indicar que también hay estudios que encuentran una autoestima conservada en personas con delirios paranoides, acorde con el modelo motivacional, aunque presentan creencias autoevaluativas más negativas que personas sin estos delirios, como defiende el modelo emocional (Valiente, Cantero, Sánchez, Provencio y Wickham, 2014). Así Espinosa y colaboradores (2014) encontraron una concepción de sí mismo más

negativa en pacientes con paranoia que en personas sin patología, describiendo a dicho proceso cognitivo como un “*complejo de inferioridad*” que podría estar relacionado con mayor susceptibilidad a sentirse amenazado y a anticipar amenazas, presentando con frecuencia conductas de evitación y culpabilizando a los demás de sus problemas.

Por tanto, estos argumentos sustentan los dos modelos comentados, derivando de un modelo emocional inicial a un posible modelo motivacional posterior. Así Garety, Everitt y Hemsley (1988) encontraron en una muestra con pacientes con delirios una proporción similar de pacientes con delirios de persecución y pacientes con delirios sobre creencias negativas sobre uno mismo.

Por último indicar que se ha comprobado que las fluctuaciones en la autoestima se asocian con una tendencia a hacer atribuciones extremas sobre problemas cotidianos y que los individuos con alta pero fluctuante autoestima tienen una tendencia a atribuir a las experiencias negativas causas externas (Greenier, Kernis, y Waschull, 1995; Kernis, Cornell, Sun, Berry y Harlow 1993). Estas observaciones plantean la posibilidad de que las autorrepresentaciones en pacientes con delirios de persecución pueden ser inestables con el tiempo y sugieren que estos pacientes podrían estar inmersos en una intensa lucha para mantener autorrepresentaciones positivas, fallando a menudo en sus intentos por mantener éstas (Bentall et al., 2001).

### 2.1.3. Paranoias “*soy malo*” y “*pobre de mí*”.

Freeman, Garety y Kuipers (2001) encontraron que los pacientes que creían que sus delirios de persecución eran merecidos presentaban una baja autoestima y esto no ocurría en quienes pensaban que sus delirios no eran merecidos. En relación con esto, Trower y Chadwick (1995) habían distinguido entre pacientes que creían que sus delirios de persecución eran merecidos y se culpaban a sí mismos, denominando a estas paranoias “*soy malo*” o “*autoculpables*” (“*bad me*” o “*self-blaming*”), y pacientes que no consideraban sus delirios como merecidos, culpando a los demás, denominando a estas paranoias “*pobre de mí*” o “*no autoculpables*” (“*poor me*” o “*non-self-blaming*”). Chadwick, Trower, Juusti-Butler y Maguire (2005) encontraron que los pacientes con paranoias “*soy malo*”, creían que se lo merecían cuando eran amenazados, mientras que los pacientes con paranoias “*pobre de mí*” sentían ira hacia las personas que los amenazaban, identificando su malestar en la maldad de estos. En relación con los modelos emocionales y motivacionales que guardan similitudes con esta clasificación de paranoias o delirios de persecución, se ha encontrado

mayor apoyo a la función defensiva del delirio en las paranoias “*pobre de mí*” (Nakamura et al., 2015).

Hay que señalar que existe escaso apoyo a esta clasificación de paranoias (Freeman, 2007; Tiernan et al., 2014). Así, Melo, Taylor y Bentall (2006) indican que no habría dos dimensiones separadas de las paranoias sino una dimensión en la forma de valorar las situaciones.

Por último, es importante destacar que Bentall y colaboradores (2008) también plantean diferencias en el contenido de las paranoias que irían cambiando, lo que determinaría las diferentes fases de la enfermedad (aguda, remisión, etc.).

#### *2.1.4. Autoestima relacionada con las relaciones interpersonales.*

Como se explico anteriormente, la hipótesis sociométrica postulaba la hipersensibilidad al rechazo como factor determinante de la baja autoestima (Leary et al., 1995). Así, se ha encontrado en pacientes con delirios una menor autoestima con creencias negativas sobre el self respecto a los demás, pero no cuando estas creencias no están relacionadas con las relaciones interpersonales (Lincoln et al., 2010).

Otros autores también han relacionado la autoestima con las relaciones interpersonales y la hipersensibilidad al rechazo (Baldwin, 2008), aunque no en poblaciones clínicas.

#### *2.1.5. Modelos cognitivos sobre los delirios.*

En la última década se han propuesto una serie de modelos cognitivos que integran procesos cognitivos, sociales y emocionales, influyentes en la aparición y mantenimiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia. Entre los procesos cognitivos se incluye con frecuencia los esquemas disfuncionales del self y la autoestima (Fowler et al., 2012; Garety et al., 2001). Además, la autoestima se relaciona con frecuencia con los procesos cognitivos, sociales y emocionales incluidos en los modelos (Borras et al., 2009; Moritz et al., 2010).

Algunos de estos modelos parten de la idea principal de Maher (1988), que considera que los delirios pueden ser producto de un razonamiento normal para explicar experiencias anormales como, por ejemplo, una alucinación.



A continuación se exponen los diferentes modelos incluidos dentro de esta línea explicativa.

#### Modelos atencionales sobre creencias delirantes.

Estos modelos postulan una atención selectiva a estímulos amenazantes en pacientes con creencias delirantes (Díez-Alegría y Vázquez, 2006). Por ejemplo, en pacientes con creencias delirantes se ha encontrado una atención selectiva hacia las palabras de contenido amenazante comparadas con las neutras (Leafhead, Young y Szulecka, 1996), un recuerdo selectivo a material amenazante (Kaney, Wolfenden, Dewey y Bentall, 1992) y una rápida identificación de estímulos amenazantes (Freeman, Garety y Phillips, 2000).

Además, encuentran semejanzas en el procesamiento de la información entre pacientes con delirios y pacientes con depresión (Díez-Alegría y Vázquez, 2006). De esta manera se ha encontrado en pacientes con delirios un pobre recuerdo de material autobiográfico (Kaney, Bowen-Jones y Bentall, 1999) y una mayor estimación de los eventos negativos en sus vidas, aunque sólo los pacientes delirantes realizaban sobreestimaciones de la cantidad de eventos negativos en la vida de los demás (Kaney, Bowen-Jones, Dewey y Bentall, 1997).

Estos modelos plantean, por tanto, la presencia de una hipervigilancia a estímulos amenazantes en pacientes con creencias delirantes (Díez-Alegría y Vázquez, 2006). Esta hipervigilancia también se ha encontrado en personas con baja autoestima y sin trastorno mental (Dandeneau et al., 2007).

#### Modelo cognitivo de los síntomas positivos de la psicosis.

El modelo cognitivo de los síntomas positivos de la psicosis otorga un papel fundamental en la aparición de síntomas positivos, a las evaluaciones que la persona realiza de los estímulos externos y a la reevaluación de los síntomas positivos que padece (Garety et al., 2001; Kuipers et al., 2006). La valoración que la persona haga de una experiencia anómala podría determinar que la experiencia fuera psicótica o no. Este proceso de valoraciones dependería de una vulnerabilidad biopsicosocial y de un estímulo desencadenante, como la percepción de estrés, tal y como plantea el modelo de vulnerabilidad estrés (Zubin y Spring, 1977). El estrés influiría en cambios emocionales, entre los que el modelo incluye la ansiedad, depresión y la autoestima. A su vez, estos cambios emocionales influirían en la

valoración de la persona. Los déficits en el procesamiento de la información jugarían también un papel importante en las valoraciones de experiencias anómalas y, junto con los estados emocionales y la valoración que haga la persona de la psicosis, influirían en el mantenimiento de la sintomatología psicótica.

Este modelo no especifica el papel de la autoestima aunque insiste en la importancia de la autoestima y otros procesos emocionales, como ansiedad y depresión, en las valoraciones de las experiencias psicóticas y en el mantenimiento de la sintomatología, especificando la función de los esquemas disfuncionales del self (Figura 2).

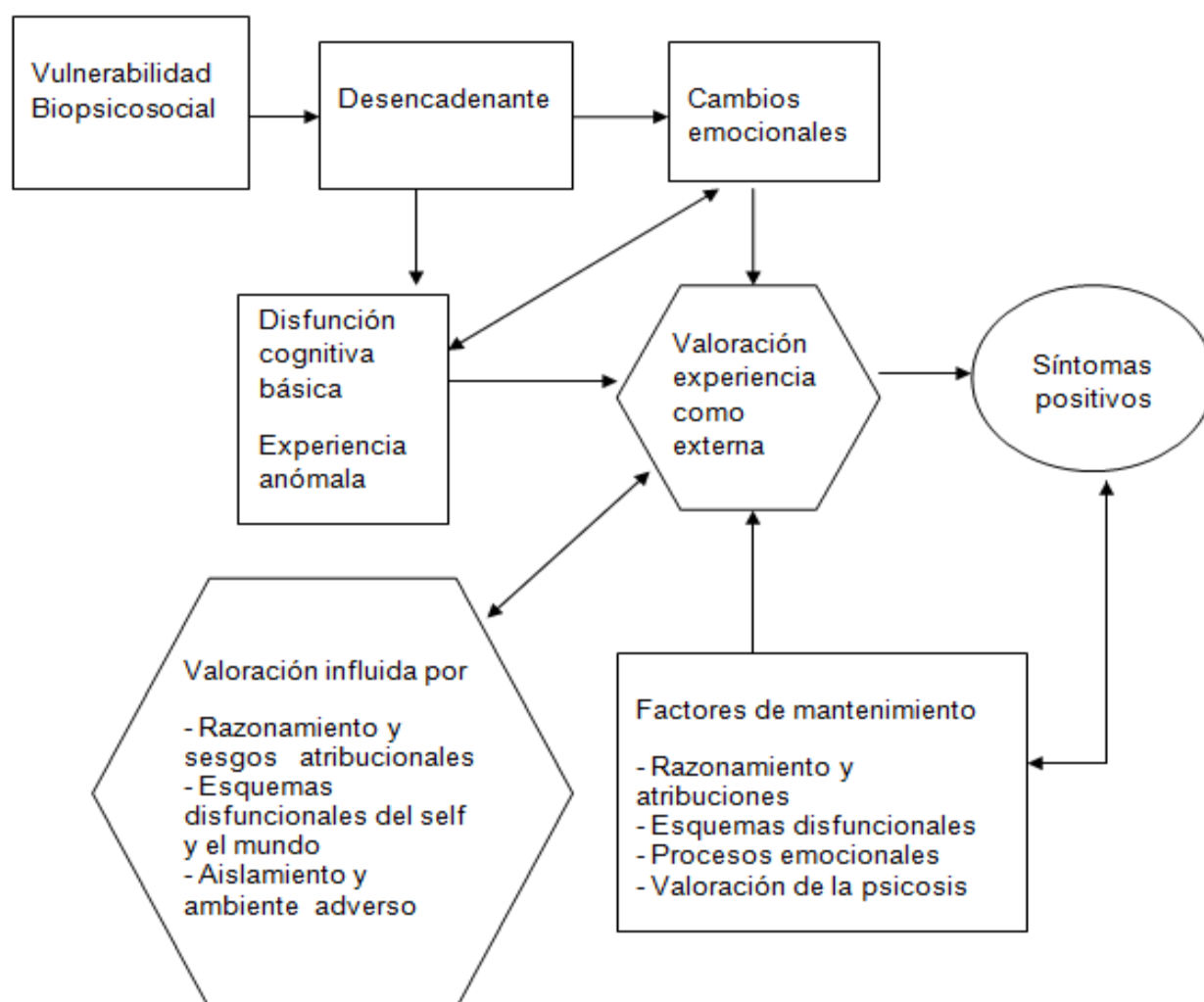


Figura 2. Modelo cognitivo de los síntomas positivos de la psicosis (Garety et al., 2001; Kuipers et al., 2006).

La autoestima se ha relacionado con los componentes del modelo (Borras et al., 2009; Moritz et al., 2010), incluso con conductas de aislamiento (Barrowclough et al., 2003). De esta manera, se ha encontrado que delirios y alucinaciones con contenidos negativos, se relacionan con esquemas negativos del self (Close y Garety, 1998). Así, una creencia

distorsionada sobre el self (por ejemplo, que uno es malo) confirmaría más fácilmente una creencia psicótica acerca de que le quieren hacer daño, que a su vez reforzaría la creencia sobre el self (Garety et al., 2001).

Smith y colaboradores (2006), tratando de valorar este modelo, encontraron que pacientes con baja autoestima y depresión tenían alucinaciones auditivas de mayor gravedad y presentaban mayor angustia ante ellas, independientemente de la convicción de realidad que tuvieran de ellas.

#### *Modelo cognitivo de la formación y mantenimiento de los delirios de persecución.*

Este modelo parte del modelo cognitivo de Garety y colaboradores (2001) sobre la psicosis, pero aplicado a los delirios de persecución. Así plantea que en los delirios de persecución ocurren mecanismos cognitivos similares a los cuadros de ansiedad, especialmente la preocupación constante por evitar un daño. Habría tres factores que influirían en la aparición de las experiencias anómalas (experiencia psicótica que se puede relacionar con mayor arousal, como por ejemplo la falta de sueño): un precipitante (estrés, consumo de tóxicos, etc.), malestar emocional (en el que incluyen creencias sobre el self) y sesgos cognitivos asociados con la psicosis. Ante una experiencia anómala, la persona trataría de buscar un significado a ésta, estando mediada esta explicación por: 1) factores emocionales, como la autoestima, las creencias “soy malo” o experiencias traumáticas vividas y que provocarían la percepción de un mundo amenazante; y 2) el procesamiento cognitivo alterado de la esquizofrenia. La elección de una explicación dependería también de los siguientes procesos: 1) las creencias sobre la enfermedad mental que tiene la persona que la padece; 2) las atribuciones que la persona hace de esa experiencia anómala; y 3) la capacidad de contrastar la información con otras personas. Estos procesos influirán en la creencia de amenaza que iniciaría el delirio de persecución (Freeman et al., 2002) (Figura 3).

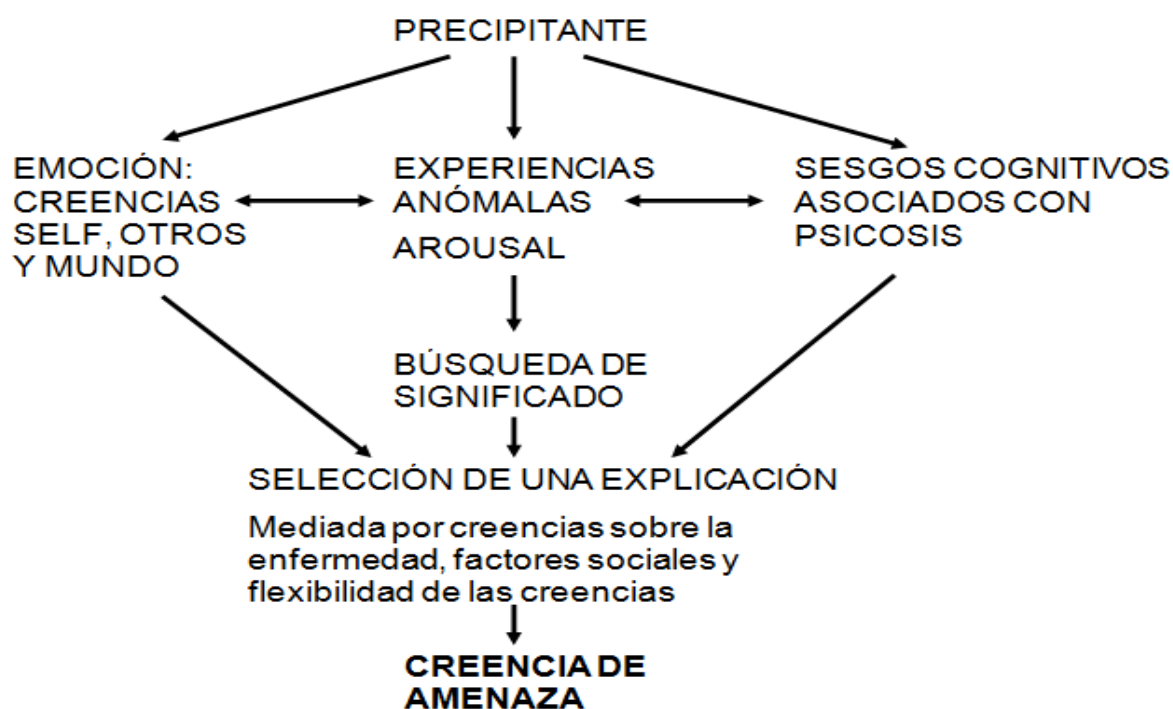


Figura 3. Modelo cognitivo de la formación de los delirios de persecución (Freeman et al., 2002).

De esta forma, este modelo determina que la autoestima juega un papel importante en las creencias de amenaza y, por tanto, en los delirios de persecución, a través de su influencia en la búsqueda de significados en las experiencias anómalas y en la elección de una explicación a través de procesos atribucionales, por lo que una menor autoestima podría determinar atribuciones externas a sus experiencias anómalas y la conclusión de una creencia de amenaza (Bentall et al., 2001)

Los autores de este modelo cognitivo también sugieren que los procesos cognitivos y emocionales influyen en el mantenimiento de los delirios de persecución. Plantean dos mecanismos mantenedores de las creencias de amenaza: uno confirmatorio y otro de descarte de la evidencia desconfirmatoria. Estos dos mecanismos darían seguridad a la persona, pero mantendrían la creencia de amenaza. El mecanismo confirmatorio se basa en creencias anteriores de la persona, en las que podría estar “*el alivio por no estar loco*” ante una experiencia anómala, que provocaría o conductas de agresividad hacia los otros (culpándolos de la amenaza) o aislándose por el miedo a la amenaza. Estas dos conductas mantendrían la creencia de amenaza. De forma parecida, el mecanismo de descarte de la evidencia desconfirmatoria se realiza a través de conductas de seguridad (como aislarse o evitar el contacto social) e incorporando este mecanismo al sistema delirante (por ejemplo: “*los demás no me harán nada si yo soy cauteloso...*”). Los procesos emocionales como la ansiedad, depresión y el estrés aumentarían ante el contenido de la amenaza y por la evaluación que realiza la persona sobre la aparición de estas creencias de amenaza. De

esta manera, si la persona con estas creencias valora que éstas son producto de tener una enfermedad mental, podría verse afectado a nivel emocional, con mayor percepción de estrés, menor autoestima, mayor depresión y mayor ansiedad (Freeman et al., 2002) (Figura 4).

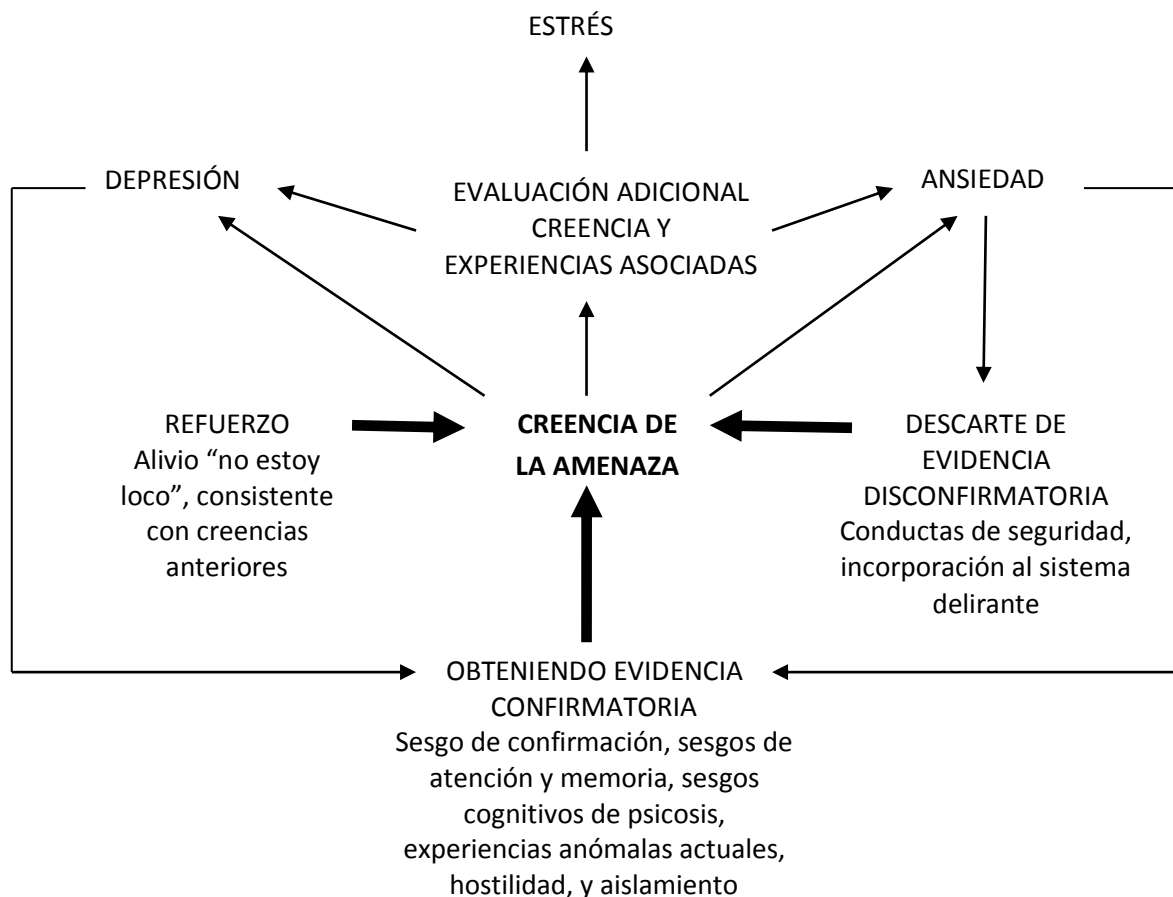


Figura 4. Modelo cognitivo del mantenimiento de los delirios de persecución (Freeman et al., 2002).

Modelo de estados emocionales negativos en síntomas psicóticos.

Navarro y Carrasco (2009), partiendo de los modelos cognitivos sobre los delirios, buscaron relaciones entre estados emocionales y síntomas psicóticos, y encontraron que la ansiedad rasgo correlacionaba con los síntomas positivos, mientras que la ansiedad estado correlacionaba con los años de evolución. No encontraron relación de la autoestima con estas variables, pero incluyeron la autoestima dentro de esquemas disfuncionales propios de la depresión que, unida a la ansiedad rasgo, jugarían un papel clave en los síntomas psicóticos y en respuestas desadaptativas de deterioro psicosocial.

De esta manera, un paciente que padeciera de esquizofrenia y ansiedad rasgo presentaría un estado permanente de malestar emocional que conllevaría una hipervigilancia hacia estímulos amenazantes, tal y como plantean los modelos atencionales

sobre creencias delirantes (Freeman et al., 2000). Este estado continuo de malestar emocional influiría en una mayor depresión y menor autoestima que, a su vez, influirían en la sintomatología psicótica, retroalimentando el proceso. El malestar emocional influiría en conductas de evitación, déficits en cognición social y deterioro psicosocial, que no mejorarían la situación emocional del paciente. Por otro lado, este proceso de malestar emocional e incertidumbre ante amenazas provocaría una frecuente ansiedad estado, siendo más evidente con una mayor duración de la esquizofrenia (Figura 5).

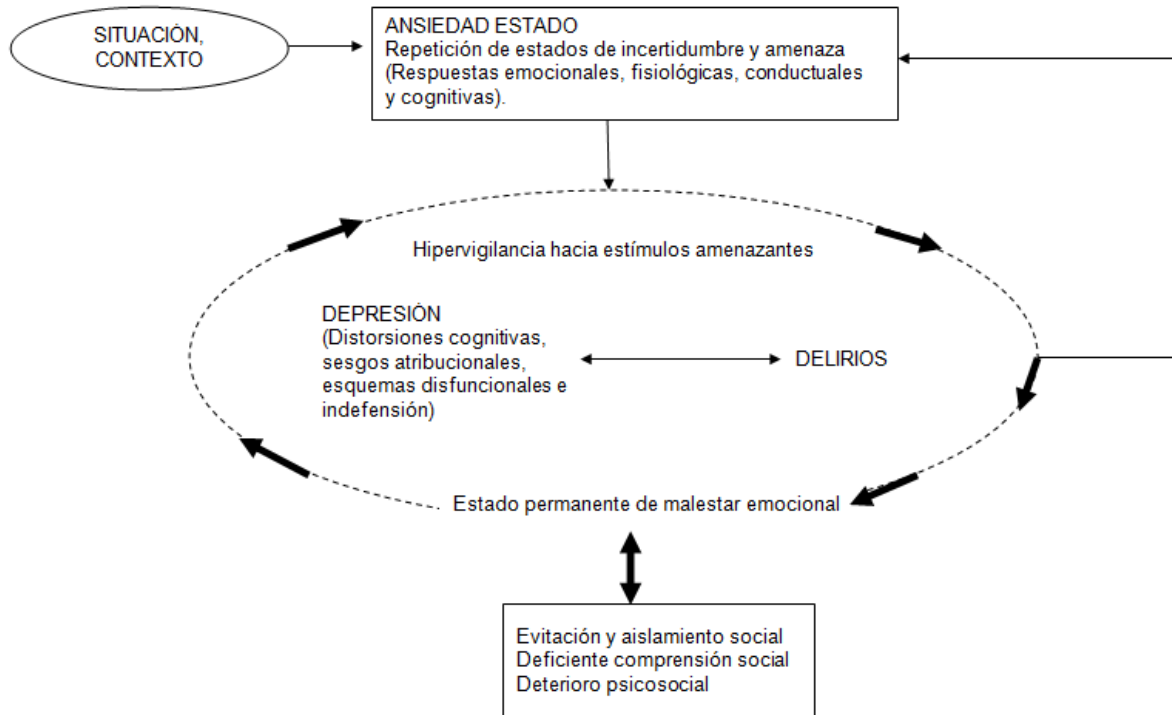


Figura 5. Influencia de los estados emocionales negativos en los síntomas psicóticos (Navarro y Carrasco, 2009).

Este modelo, al utilizar análisis correlacionales, no determina si los estados emocionales, entre los que se encuentra la autoestima, preceden o son consecuentes a la sintomatología psicótica.

Modelo funcionamiento ejecutivo autoreferente.

Se ha encontrado que el síndrome cognitivo atencional descrito por el modelo “funcionamiento ejecutivo autoreferente” estaría presente en la esquizofrenia (Morrison y Wells, 2007). Según este modelo, la preocupación sería una forma de procesamiento de información perseverativa, esto es, una manera de hacer frente a ciertas emociones o

pensamientos que traen como consecuencia el mantenimiento de éstos (García, Pérez, Fernández, Forniellas y Muyor, 2008).

Habría una marcada atención focalizada en el "yo", un procesamiento de la información de carácter rumiativo (rumiación y preocupación), sesgos atencionales, y la activación de auto-creencias y auto-percepciones disfuncionales, que determinarían una baja autoestima (Wells y Matthews, 1994). Esta perseveración de información dificultaría la realización de cualquier actividad con requerimientos atencionales, estando ya de por sí alterada la atención en la esquizofrenia (De la Higuera y Sagastagoitia, 2006).

#### Modelo de evitación de creencias negativas del self.

La teoría de la saliencia aberrante plantea un déficit en la saliencia en pacientes con esquizofrenia. La saliencia es la capacidad de integrar las funciones cerebrales y permite seleccionar entre los diferentes estímulos recibidos para centrarse en la información que interesa a la persona, quedando los demás estímulos amortiguados o anulados (Kapur, 2003).

Basándose en la teoría de la saliencia aberrante, el modelo de evitación de creencias negativas del self incluye en sus argumentos el papel principal de un neurotransmisor, la dopamina, en la detección y evitación de amenazas, y en la evitación de creencias negativas del self. Así, el aumento de dopamina provocaría la evitación de creencias negativas del self y el aumento de la paranoia "pobre de mí", con las consecuentes atribuciones externas sobre hechos negativos y aumento de la autoestima. Los tratamientos antipsicóticos disminuirían los niveles de dopamina y explicarían la disminución de la sintomatología paranoide a través de este proceso (Bentall et al., 2008).

#### Teoría de las creencias en un mundo justo.

Lerner (1980) proponía la hipótesis de un mundo justo para explicar las reacciones de las personas ante una injusticia. Esta hipótesis afirma que las personas necesitan creer en un mundo justo (*Beliefs in a Just World*), donde cada uno recibiría lo que se mereciese según su actitud o comportamientos. Estas creencias permitirían a la persona hacer frente a los problemas sociales como si estos fueran estables y ordenados. Por tanto, estas creencias tendrían una función adaptativa. Así, habría una motivación para defender las creencias en un mundo justo cuando se vieran amenazadas por alguna injusticia, ya sean experimentadas u observadas.

Desde esta perspectiva teórica, se ha encontrado que, comparado con un grupo control sano, los pacientes con delirios de persecución tenían menos creencias en un mundo justo relacionadas con ellos mismos (Valiente, Espinosa, Vázquez, Cantero y Fuentenebro, 2010) y estas creencias se han encontrado como predictoras de la autoestima (Dzuka y Dalbert, 2002) y reductoras de la incidencia de psicopatología tras un desastre natural (Otto, Boos, Dalbert, Schöps, y Hoyer, 2006; Valiente et al., 2010). De esta manera, un paciente con delirios de persecución ante una situación estresante, presentaría menos creencias en un mundo justo relacionadas con ellos mismos y por tanto menor autoestima para hacerle frente al estresor.



### 3

## VULNERABILIDAD Y ESQUIZOFRENIA

Los modelos de vulnerabilidad a la esquizofrenia intentan explicar las posibles interacciones entre los diferentes factores etiopatogénicos de la enfermedad: genéticos, bioquímicos, neuroanatómicos, familiares, déficits cognitivos, etc.

Mirsky y Duncan (1986) plantearon que la esquizofrenia aparece por la interacción de factores genéticos, del desarrollo y estresores. Durante el desarrollo, cada factor contribuiría al aumento de vulnerabilidad a la enfermedad. El estrés se define como el conjunto de relaciones entre la persona y una situación interpretada como algo que excede sus propios recursos (Lazarus y Folkman, 1984) y tiene una importante influencia tanto en la aparición como en el curso de la esquizofrenia (Godoy et al., 2011).

Se ha propuesto que los pacientes con esquizofrenia tienen una mayor vulnerabilidad al estrés debido a su menor capacidad de reacción y adaptación a situaciones adversas (Sandi, Venero y Cordero, 2001), y se ha detectado la presencia de “sucesos vitales estresantes” como factores de riesgo en el inicio y recaídas de la enfermedad (Zubin y Spring, 1977).

Hirsch y colaboradores (1996) plantean que los estresores más frecuentemente encontrados en la esquizofrenia tienen una duración prolongada en la vida del paciente.

El modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) ha sido ampliamente utilizado en la explicación de la aparición y mantenimiento de la esquizofrenia. Se basa en el modelo de diátesis-estrés de Rosenthal (1970) y describe la vulnerabilidad como la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales producen un grado de estrés que supera el umbral de tolerancia al estrés del individuo. Así, una persona con una mayor vulnerabilidad a la esquizofrenia sufriría esta enfermedad ante la aparición de un estímulo o situación con niveles más bajos de estrés, que en una persona con menor vulnerabilidad.

Este modelo fue reformulado por Nuechterlein y colaboradores (1992), proponiendo tres tipos de factores: 1) de vulnerabilidad, que marcarían la predisposición de la persona a padecer esquizofrenia, tales como la carga genética o las experiencias tempranas (Garety et al., 2001); 2) mediadores, o factores que influyen en el afrontamiento de las situaciones estresantes (Brekke et al., 2005); y 3) precipitantes, que serían las propias situaciones estresantes a las que la persona tiene que enfrentarse, tales como sucesos vitales estresantes, y que se han relacionado con una menor autoestima (Vracotas, Schmitz, Joobar y Malla, 2007).

La esquizofrenia aparecería cuando el estrés percibido supera el grado que la persona es capaz de soportar y que depende directamente de la interacción de los tres factores (Nuechterlein et al., 1992; Zubin y Spring, 1977) (Figura 6).

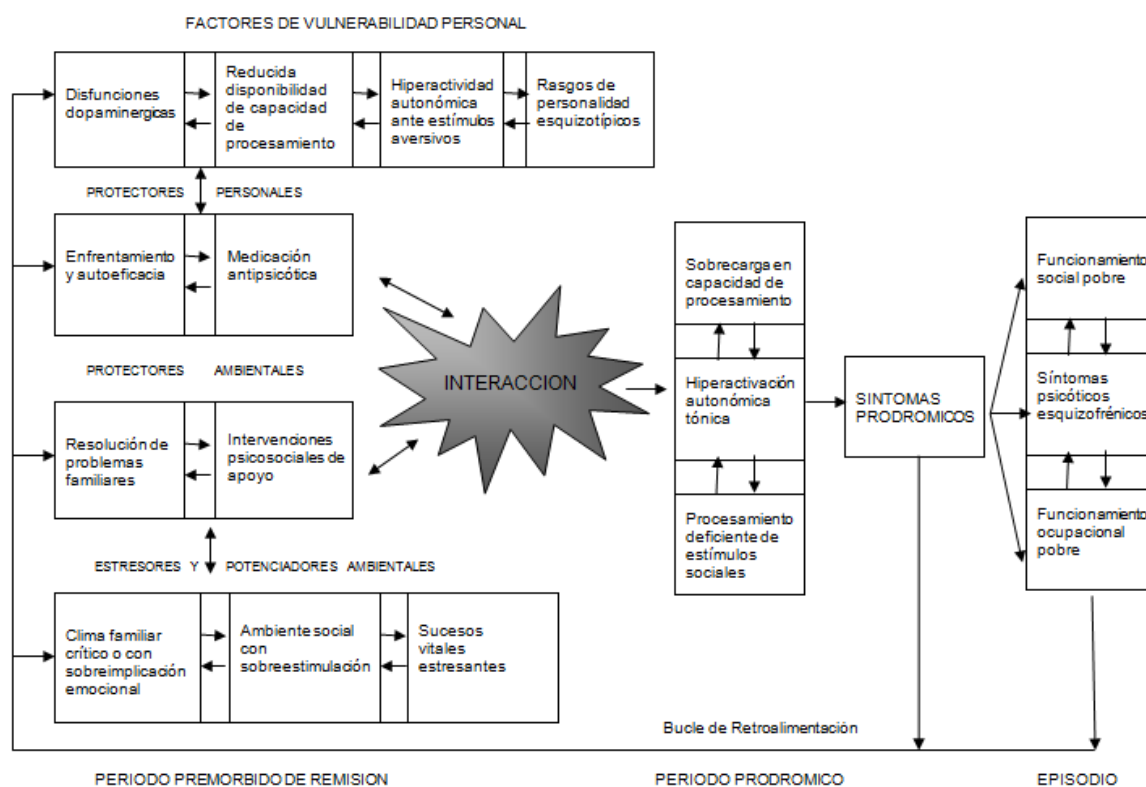


Figura 6. Modelo de diátesis-estrés de la esquizofrenia (Nuechterlein et al., 1992). Traducción al castellano de Vázquez, López y Florit (1996).

Dentro de los factores mediadores, se podrían incluir la percepción de autoeficacia, los procesos cognitivos y la cognición social, factores que habitualmente se encuentran deteriorados en la esquizofrenia (Jaramillo, Fuentes y Ruiz, 2009; Tiernan et al., 2014; Wang et al., 2013). Estos procesos cognitivos influirían en la percepción del entorno (Bentall

et al., 2009), en la adquisición y mantenimiento de estrategias de afrontamiento y en la propia autoestima (Lysaker et al., 2011; Wang et al., 2013).

La autoestima, a su vez, se vería influida por una mayor susceptibilidad a percibir el sentido de sí mismo amenazado, una tendencia a anticipar amenazas interpersonales y a la evitación como estrategia de afrontamiento (Espinosa et al., 2014).

También incidirían en la autoestima conductas problemáticas como el consumo de tóxicos y/o alcohol (Fialko et al., 2006), la soledad, una mayor percepción de estrés y la presencia de autovaloraciones negativas perseverativas, provocadas por la reacción de la persona ante estas circunstancias adversas (Navarro y Carrasco, 2009).

Por último, es importante aclarar que desde los modelos de vulnerabilidad a la esquizofrenia se incluye con frecuencia los déficits en el funcionamiento cognitivo como marcadores de vulnerabilidad, es decir, que pueden influir en el inicio de la enfermedad, por ejemplo el menor rendimiento en test de ejecución continua (Cornblatt y Keilp, 1994), pero estos déficits cognitivos pueden considerarse también factores moderadores que influyen en el mantenimiento del trastorno y que, por tanto, influyen en la aparición de recaídas (Vázquez et al., 1996). De igual manera el estrés tiene un papel muy importante tanto en la aparición como en el curso de la esquizofrenia (Godoy et al., 2011).



## 4

# FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN LA ESQUIZOFRENIA

### 4.1. Cognición y esquizofrenia.

El paradigma del procesamiento de la información determinó que la disfunción cognitiva básica de la esquizofrenia es el procesamiento anormal o defectuoso de la información (Ruiz-Vargas, 1991).

Se ha encontrado la presencia de déficits cognitivos en un 70% de pacientes con esquizofrenia (Harvey y Sharma, 2002). Los déficits cognitivos encontrados habitualmente en la esquizofrenia son los siguientes: 1) las funciones ejecutivas, sobretodo la fluidez verbal, la categorización y la flexibilidad cognitiva; 2) la memoria, con un peor rendimiento en tareas de memoria reciente seguidas de las de memoria a corto plazo y de codificación, y déficit en la memoria de trabajo; y 3) atención, especialmente la atención sostenida (de la Higuera y Sagastagoitia, 2006).

Se ha llegado a encontrar un tamaño del efecto medio de 0.92, y entre 0.5 y 1.5 en todos los dominios cognitivos (diferencia de rendimiento en pruebas cognitivas), donde controles sanos puntúan casi una desviación estándar por encima comparados con los participantes con esquizofrenia. Es decir, presentan mejor funcionamiento cognitivo (Dickinson, Ramsey y Gold, 2007; Heinrichs y Zakzanis, 1998; Schaefer, Giangrande, Weinberger y Dickinson, 2013).

Harvey y Sharma (2002), encontraron los siguientes niveles de deterioro en los dominios cognitivos de pacientes esquizofrenicos, en comparación con controles sanos:

- Deterioro leve: habilidades perceptivas, memoria (de reconocimiento) y denominación.
- Deterioro moderada: distracción, memoria (evocación), memoria de trabajo, memoria inmediata y habilidades viso-motoras.
- Deterioro grave: aprendizaje, funciones ejecutivas, vigilancia, velocidad motora y fluidez verbal.

El proyecto “Investigación en Medición y Tratamiento para la Mejora de la Cognición en Esquizofrenia” (*Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*: MATRICS; Green y Nuechterlein, 2004), ha pretendido consensuar los déficits cognitivos en la esquizofrenia y las intervenciones más eficaces en su tratamiento. Para ello han desarrollado la batería MCCB (*MATRICS Consensus Cognitive Battery*; Green y Nuechterlein, 2004; Nuechterlein y Green, 2009) que evalúa: velocidad de procesamiento, atención y vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas y cognición social.

Kern y colaboradores (2011) han encontrado un rendimiento en personas con esquizofrenia mayor a una desviación típica por debajo de la media, en comparación con controles sanos, en todos los dominios de la batería MCCB.

Además, los déficits cognitivos parecen permanecer estables (Bozikas y Andreou, 2011), son resistentes a los tratamientos antipsicóticos (Fatouros-Bergman et al., 2014) y tienen una importante influencia en el pronóstico y funcionamiento del paciente (Harvey y Sharma, 2002). Aparecen incluso en fases prodrómicas y en primeros episodios (Fusar-Poli et al., 2012).

Se han encontrado relaciones entre los déficits cognitivos y peor funcionamiento cotidiano, concretamente funcionamiento y competencia social, adquisición de habilidades y resolución de problemas (Bowie et al., 2008), desempeño e inserción laboral (Nuechterlein et al., 2011) y deterioro en la calidad de vida (Tolman y Kurtz, 2012).

En relación con la autoestima, se ha hallado una mayor autoestima en pacientes con un mejor funcionamiento ejecutivo (Lysaker et al., 2009) y menor autoestima en pacientes con déficits atencionales (Wang et al., 2013;).

De la misma manera, estudios que han aplicado programas específicos de rehabilitación cognitiva en personas con esquizofrenia han encontrado una mejoría en medidas de autoestima (Garrido et al., 2013).

Dado que se han relacionado los déficits cognitivos con el funcionamiento, por un lado, y con la autoestima, por otro lado, la autoestima podría mediar esta relación, si bien esto podría depender de que el paciente percibiera estos déficits cognitivos (Cella et al., 2014).

## 4.2. Cognición social y esquizofrenia.

La cognición social es un constructo multidimensional que hace referencia a los procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones (Penn et al., 1997).

Los déficits en cognición social, presentes en la esquizofrenia, dificultarían el poder interpretar los pensamientos e intenciones de otros así como explicar y predecir su propia conducta (Ruiz, García y Fuentes, 2006).

Se ha encontrado una importante relación entre menor cognición social y sintomatología negativa, pero dependiente de la presencia de baja autoestima, en pacientes con esquizofrenia (Lincoln, Mehl, Kesting y Rief, 2011). Se ha relacionado con el funcionamiento social (Green, Helleman, Horan, Lee y Wynn, 2012) y como variable mediadora entre la cognición y el funcionamiento social, de manera que una alteración de la cognición social no sólo denotaría un deterioro cognitivo sino también una deficiencia en el desempeño social (Rodríguez y Touriño, 2010).

La cognición social incluye: la percepción o reconocimiento de emociones, la teoría de la mente, los procesos atribucionales, la percepción social, y el conocimiento social o esquemas sociales (Ruiz et al., 2006).

A continuación, se exponen cada uno de los elementos de la cognición social:

### Percepción de emociones.

Una de las áreas de la cognición social más estudiadas ha sido la percepción de emociones, también denominada procesamiento emocional o reconocimiento de emociones (Jaramillo et al., 2009) encontrándose déficits en funcionamiento social cuando el paciente presenta déficits en dicha área (Couture, Penn y Roberts, 2006). Aunque se han encontrado déficits en el reconocimiento de emociones (Kohler, Walker, Martin, Healey y Moberg, 2010; Park, Matthews y Gibson, 2008), reconocimiento de la prosodia emocional (Bach, Buxtorf, Grandjean y Strik, 2009) e incluso reconocimiento de la comunicación postural (Walther et al., 2015), la mayoría de estudios se han centrado en la percepción del afecto facial (Ruiz et al., 2006).

Por otro lado, existe evidencia de una mayor dificultad en el reconocimiento del miedo y asco y, por otro lado, se ha encontrado que las emociones de alegría, tristeza o

enfado parecen más fáciles de identificar en la esquizofrenia (Edwards, Jackson y Pattison, 2002; Kohler et al., 2003).

A su vez, Davis y Gibson (2000) encontraron peor reconocimiento de emociones cuando éstas son actuadas, pero mejor reconocimiento de sorpresa y emoción negativa cuando las emociones son naturales. Así, también suelen presentar la habilidad para determinar cuándo una persona expresa una emoción falsa (Bentall et al., 2001).

Se ha hallado en pacientes con delirios de persecución una mayor sensibilidad a expresiones emocionales negativas (Davis y Gibson, 2000), aunque dedican menos tiempo a inspeccionar estos estímulos amenazantes (Bentall et al., 2001; Phillips y David, 1997).

### Teoría de la mente.

Con respecto a la teoría de la mente, hace referencia a la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros como, por ejemplo, intenciones, disposiciones y creencias (Premack y Woodruff, 1978). Frith y Happé (1994) plantean que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits en la teoría de la mente que se relaciona con creencias sobre las malas intenciones de los demás.

### Procesos atribucionales.

Los estudios sobre procesos atribucionales indican que los pacientes con sintomatología paranoide tienden a realizar atribuciones internas más que situacionales cuando suceden eventos negativos (Bentall et al., 2001).

### Percepción social.

La percepción social tiene relación con la interpretación de las claves disponibles en una situación social proporcionadas por los roles sociales, reglas, contexto social y relaciones entre personas (Fuentes, García, Ruíz, Dasí y Soler, 2011). Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan déficits en esta percepción social (Penn, Ritchie, Francis, Combs y Martin, 2002). Se ha encontrado que presentan más dificultades para detectar señales socialmente relevantes y utilizan más tiempo en procesar aquellas que son irrelevantes (Ruiz et al., 2006).

### Conocimiento social.



El conocimiento social es la capacidad para identificar los componentes que caracterizan a un situación social, e incluye acciones, roles, reglas y metas, que actúan como guía dentro de cualquier situación (Ruiz et al., 2006).

Por tanto, la presencia de déficits en cognición social influiría en el funcionamiento social y en la autoestima, pudiendo anticipar la persona un bajo rendimiento social por lo que evitaría las relaciones interpersonales, pero siempre que perciba estos déficits (Birchwood et al., 2007; Lincoln et al., 2011).

### **4.3. Percepción subjetiva de déficits cognitivos.**

El insight o la falta de conciencia de los síntomas es una característica común de las personas que sufren esquizofrenia (Amador et al., 1993; Roe et al., 2011). La autoestima podría estar afectada por el nivel de insight, encontrándose que los pacientes con mayor insight presentan menor autoestima (Cavelti et al., 2014) denominándose a este efecto “*paradoja insight*”, es decir, que el insight podría ayudar al paciente con esquizofrenia en la adherencia al tratamiento pero, por otro lado, tendría una mayor percepción de la problemática que conlleva la enfermedad, lo que disminuiría su autoestima (Lysaker et al., 2007).

La investigación sobre la conciencia de los síntomas tradicionalmente se ha centrado en los síntomas psicóticos, siendo reciente la exploración de la conciencia de los déficits cognitivos (Aleman et al., 2006). Se ha llegado a plantear que los propios déficits cognitivos podrían influir en la capacidad de insight y en la propia percepción de déficits cognitivos (Rossell, Coakes, Shapleske, Woodruff y David, 2003).

Los estudios sobre la percepción de estos déficits cognitivos por el paciente muestran resultados contradictorios. Hay estudios que encuentran la existencia de insight respecto a estos déficits cognitivos (Sanjuan et al., 2003), sin embargo, otros estudios encuentran escasa relación entre los déficits cognitivos y la percepción de estos por parte del paciente (Harvey y Sharma, 2002; Stip et al., 2003), determinándose que sólo la autoestima se relaciona con los déficits cuando hay percepción de estos (Cella et al., 2014).

Durand y colaboradores (2015) no encuentran relación entre la percepción de los déficits y el funcionamiento cognitivo, sin embargo, cuando los pacientes presentan sintomatología depresiva sus evaluaciones indican una mayor presencia de déficits

cognitivos, siendo estas evaluaciones más parecidas a las realizadas por los profesionales sanitarios que los atendían, aunque con menor percepción de déficits.

De la misma manera, Bowie y colaboradores (2008) también encontraron que los pacientes con sintomatología depresiva y menores déficits cognitivos subestimaban menos su funcionamiento y tenían una percepción más cercana a la objetiva (como la medida por instrumentos de evaluación).

También se ha encontrado que los pacientes con esquizofrenia no predicen bien cómo será su funcionamiento en una tarea, sobreestimando sus capacidades en el funcionamiento diario (Gould et al., 2015).

Rose y colaboradores (2008) encontraron que la mejoría con programas de rehabilitación cognitiva dependía de la conciencia de los pacientes sobre su cambio cognitivo tras el entrenamiento.

Todos estos datos nos indican que las evaluaciones subjetivas que realiza el paciente sobre su situación clínica, funcionamiento y cognición, presentan una gran influencia en la autoestima (Sanjuan et al., 2003; Stip et al., 2003).

## 5

### PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE AUTOESTIMA

El tratamiento de la autoestima presenta varios procedimientos según la corriente teórica que los sustente, al igual que ocurría con los modelos y definiciones de la autoestima.

Desde la *corriente cognitivo-conductual* se plantean diferentes tipos de intervenciones:

Por ejemplo, la *terapia cognitiva*, representada especialmente por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), se centra en la identificación de pensamientos automáticos negativos y en el debate de creencias irracionales. Desde el punto de vista de esta terapia, la autoestima se vería influenciada por estos pensamientos y creencias negativas y mejoraría si se interviene en estos procesos cognitivos.

El *aprendizaje de habilidades*, como las habilidades sociales, las técnicas de resolución de problemas, se han relacionado con el aumento de autoestima (Bednar, Wells y Peterson, 1989; Frey y Carlock, 1989).

También la *psicoeducación* se puede utilizar para mejorar la autoestima, mediante la identificación de comportamientos que disminuyen la autoestima y el entrenamiento en ejercicios o comportamientos que la mejoran (Moritz, Woodward y Burlon, 2005).

Al contrario de los planteamientos cognitivo-conductuales, desde la *Terapia de Aceptación y Compromiso* se plantea la aceptación del malestar, más que los intentos por cambiarlo (controlarlo) que pueden llevar a un aumento del mismo. El compromiso se centraría en la búsqueda de los valores personales (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La autoestima mejoraría en relación con el acercamiento a estos dos conceptos, aunque conlleve reconocer aspectos personales mejorables o situaciones desagradables inevitables. Esta terapia no rechaza, sin embargo, el entrenamiento de habilidades que puedan mejorar el desempeño de la persona como habilidades sociales, consciencia plena (mindfulness), etc., siempre que permitan ayudar a la persona a orientarse en sus valores y cambien la pauta de actuación que les conduce a la desesperanza creativa; situación de malestar donde las propias soluciones a problemas serían el problema (Hayes, 2011).

Por otro lado, en cualquier tipo de intervención psicoterapéutica, existen una serie de factores comunes que ayudan a la efectividad de ésta. Entre ellos se encuentran la aceptación del paciente sin juicios de valor y dar feedback positivo sobre los intentos de cambio. Estos factores actuarían directamente sobre la autoestima del paciente (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

Existen varios programas de intervención específicos sobre la autoestima (Mora y Raich, 2005).

### *Programa de Mejora de la Autoestima de Frey y Carlock.*

El programa de Mejora de la Autoestima (*Enhancing Self-Steem*; Frey y Carlock, 1989) parte de un enfoque humanista y cognitivo en un contexto grupal. Consta de cuatro fases secuenciales.

- En la primera fase (identidad) la persona tiene que descubrir una serie de pensamientos y percepciones erróneas de sí misma, para descubrir quién es.
- En la segunda fase (toma de conciencia de puntos fuertes y débiles), la persona identifica sus habilidades y limitaciones a través de la retroalimentación dada por el terapeuta y el grupo.
- La tercera fase (nutrición) consiste en fortalecer los puntos fuertes de cada componente del grupo. Así, en contextos ajenos a la terapia, donde el feedback puede ser negativo, la persona irá aprendiendo a contrastar el feedback negativo con sus puntos fuertes.
- La cuarta fase (mantenimiento) permite consolidar las mejoras conseguidas y generalizar a otros contextos, disminuyendo las conductas de evitación y anticipando posibles resultados.

### *Programa de Mejora de la Autoestima en Niños y Adolescentes.*

Este programa (*Self-Esteem Enhancement with Children and Adolescents*), desarrollado por Pope, McHale y Craighead (1988), está destinado a niños y adolescentes, pero puede aplicarse a adultos.

Tiene varias fases, en las que se detecta las áreas vulnerables de la autoestima para tratar de potenciarlas, los estilos cognitivos y autoevaluativos, y el entrenamiento de habilidades. Estas habilidades son: resolución de problemas, entrenamiento e autoafirmaciones positivas, promover un estilo atribucional positivo, aumento del autocontrol, establecimiento de normas adecuadas, desarrollo de las habilidades sociales, mejora de habilidades comunicativas y mejora de la imagen corporal (Mora y Raich, 2005).

### *Programa cognitivo de Rednar, Wells y Peterson.*

En este programa de Rednar, Wells y Peterson (1989) se busca como principal objetivo, aumentar las conductas de afrontamiento (aunque sean aversivas a corto plazo) y disminuir las conductas de evitación (aunque disminuyan la ansiedad a corto plazo). Se intenta aumentar la capacidad de la persona para afrontar situaciones.

Consta de varias fases en las que se identifican patrones de evitación, pensamientos y sentimientos asociados a esta evitación, afrontamiento de las situaciones temidas y autoevaluaciones negativas de estas, y practica continuada de las conductas y cogniciones de afrontamiento.

### *Programa cognitivo-conductual de McKay y Fanning.*

McKay y Fanning (1991) elaboraron un programa cognitivo para la autoestima pero añadieron técnicas conductuales como la asertividad.

Para la baja autoestima situacional (por ejemplo, en casa, en el trabajo, en las relaciones sociales), buscan aumentar la conciencia de las habilidades personales y habilidades para manejarse con errores y críticas.

En una baja autoestima caracteriológica se trabajan pensamientos automáticos autocríticos, distorsiones cognitivas, parada del pensamiento, autohipnosis, autoevaluaciones precisas y actitud de aceptación y de no valoración hacia uno mismo.

### *Programa de Autoestima en 10 días.*

Burns (2000) desarrolló este programa en formato grupal con diez sesiones. Consta de varias fases. Primero se evalúa el estado de ánimo, el nivel de ansiedad y la satisfacción relacional. Posteriormente se trabaja con pensamientos automáticos y distorsiones

cognitivas para buscar pensamientos alternativos. Se trabajan estos pensamientos con ejercicios similares a la terapia de Beck y colaboradores (1979).

También incluye las técnicas “*exteriorización de voces internas*”, donde el terapeuta reproduce el pensamiento negativo y el paciente lo rebate, y “*la paradoja de la aceptación*”, donde el paciente intenta aceptar sus propios errores o pensamientos negativos. Se modifican las suposiciones básicas del paciente y los parámetros para medir su autoestima, buscando una autoestima incondicional. Por último, se trabaja el perfeccionismo y la tendencia a la postergación.

### *Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional.*

Roca (2003) desarrolló este programa de autoestima dándole una especial importancia a las relaciones interpersonales y centrándose en el desarrollo de habilidades sociales. Así considera tres dimensiones fundamentales de las habilidades sociales:

- Las conductas observables, en las que incluye el lenguaje verbal, como el contenido de la comunicación y el lenguaje no verbal, como la mirada, los gestos, etc. En esta dimensión el entrenamiento en habilidades sociales sería la principal intervención a realizar.
- Las respuestas fisiológicas, especialmente en situaciones que provoquen ira o ansiedad, siendo el entrenamiento en el control de estas emociones el objetivo principal de esta dimensión.
- Las cogniciones, pensamientos y creencias, donde el principal objetivo de intervención sería la reestructuración cognitiva.

El entrenamiento de las habilidades sociales permitiría favorecer la autoafirmación como persona y por tanto mejorar la autoestima.

### *Programa cognitivo-conductual de Mora y Raich.*

Mora y Raich (2005) proponen un programa de corriente cognitivo-conductual al que se añade el entrenamiento en habilidades sociales. Se desarrolla en tres fases principales:

- Detección y corrección de pensamientos automáticos.

- Detección y corrección de cogniciones profundas, en las que se trabaja la autoaceptación, potenciación de puntos fuertes de la autoestima, diversificación del autoconcepto y diario de actividades.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

### Programa para desarrollar la autoestima en adolescentes.

Duclos, Laporte y Ross (2010) diseñaron este programa para educar a padres en el desarrollo de la autoestima de sus hijos adolescentes, a través de la búsqueda de identidad y la ganancia de confianza. Los contenidos del programa incluían técnicas para controlar el estrés, la búsqueda de la independencia, el reconocimiento y el respeto, encontrar su lugar, y ser escuchado y comprendido.

El programa utiliza como herramienta de trabajo el autodebate que realizan los padres respecto a su situación personal, por ejemplo la confianza en sí mismo, para más tarde poder cuestionarse como ayudar a sus hijos.

### Programa Mind Training.

El grupo de investigadores liderados por Dandeneau y Baldwin (2004) han evaluado los componentes básicos de la autoestima, analizando intervenciones cognitivas para intentar mejorarla y desarrollando un programa informático que aúna toda esta información: el Mind Training (Baldwin, 2008).

Se trata de un programa novedoso en la intervención sobre autoestima ya que se centra en la hipersensibilidad a los estímulos amenazantes y en cómo disminuirla (Dandeneau et al., 2007). La finalidad del programa es aumentar la autoestima, disminuir la percepción de estrés y mejorar la calidad de vida, y se centra en la confianza y la seguridad en el marco de las relaciones interpersonales y su relación con la autoestima (Dandeneau y Baldwin, 2004; Dandeneau et al., 2007).

Presenta un apartado de seguimiento, donde la persona recibe información sobre su autoestima y ejercicios para mejorarla.

Baldwin (2008) enfatiza la utilización de tres mecanismos psicológicos puestos en práctica en la realización de los ejercicios de entrenamiento: inhibición, asociación y activación.

- Inhibición: Indica que al aumentar la capacidad para concentrarse en la búsqueda de estímulos positivos, se está “inhibiendo” la tendencia a fijarse en estímulos negativos que la mente percibe como posibles amenazas sociales.
- Asociación: El autor explica que al asociar una referencia personal (nombre, apodo, lugar de nacimiento...) con un refuerzo positivo (una sonrisa en la prueba de identidad), se logra mejorar la imagen que tiene de sí mismo y aumentar su autoestima.
- Activación: Se podrían activar pensamientos más positivos por medio de palabras que evoquen ideas agradables. Así, el mero hecho de leer palabras como “amor”, “cariño”, o “amistad” puede mejorar el estado de ánimo.

La tabla 1 indica los mecanismos psicológicos implicados en los ejercicios de entrenamiento:

Tabla 1. Mecanismos psicológicos implicados en los ejercicios de Mind Training.

	INHIBICIÓN	ASOCIACIÓN	ACTIVACIÓN
<i>CARA A CARA</i>	X		
<i>IDENTIDAD</i>		X	
<i>SOPA DE LETRAS</i>			X
<i>POR LAS NUBES</i>	X	X	X

Los resultados hallados en sus investigaciones permitieron desarrollar las pruebas necesarias para la evaluación e intervención en autoestima. Encontraron que las personas con baja autoestima están más atentas a caras de desagrado, parece que las procesan y detectan más rápido que personas con mayor autoestima y su ejecución en tareas tipo stroop, donde se implican emociones negativas, es peor. Estas tareas tipo stroop incluyen caras con emociones negativas o palabras desagradables como estímulo distractor para luego indicar en qué dirección va una flecha (estímulo de ejecución). Estos estímulos negativos influirían en un mayor tiempo de reacción en personas con baja autoestima, porque mantendría una actitud de mayor hipervigilancia a dichos estímulos en comparación con personas con alta autoestima (Dandeneau y Baldwin, 2004).

Estos autores han descrito también procesos preatencionales en la percepción de amenaza social que correlacionaba con la liberación de cortisol y cómo estos procesos



atencionales dependían de rasgos personales, entre los que se encuentra el nivel de autoestima (Dandeneau et al., 2007).

También mostraron, mediante dos estudios de laboratorio, que este patrón de atención más evidente entre las personas con baja autoestima puede ser modificado con una tarea de entrenamiento repetitivo. Encontraron que estudiantes que habían conseguido modificar su modelo de atención para reducir la vigilancia de amenaza social mostraron menor percepción de estrés ante los exámenes. Este entrenamiento también permitió un aumento de la autoestima, una disminución de las respuestas de estrés, incluida la disminución de niveles de cortisol, mayor confianza y mayor rendimiento en el trabajo en un grupo de trabajadores de venta telefónica (Dandeneau et al., 2007).

El entrenamiento utilizado por estos autores no fue la desensibilización a estímulos amenazantes sino aprender a atender a estímulos no amenazantes y, por tanto, aprender a ignorar los amenazantes. De esta manera consiguen reducir la hipervigilancia a estos estímulos en personas con baja autoestima.

Posteriormente a la aparición del programa Mind training, Schnabel y Asendorpf (2015) utilizando un entrenamiento atencional basado en los ejercicios de Dandeneau y colaboradores (2007) de búsqueda de estímulos de aceptación e ignorar estímulos de rechazo, encontraron mejoras en personas sin trastorno mental en la disminución del miedo a la evaluación negativa, pero de forma implícita. Además no midieron cambios en la autoestima.

El programa Mind Training no interviene a nivel cognitivo-conductual (pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias irracionales), ni plantea técnicas psicoterapéuticas concretas, utilizadas en otros programas, como habilidades sociales, parada del pensamiento, pruebas de realidad, etc.. Trabaja, por tanto, de una forma novedosa la autoestima a través de un entrenamiento atencional para disminuir la hipervigilancia al rechazo y aumentar la atención a estímulos reforzantes. También permite reforzar componentes personales, como el nombre, que mejorarían la imagen que tiene la persona de sí mismo (Baldwin, 2008).

Cuenta también como novedoso la aplicación del programa mediante un programa de ordenador, por lo que puede hacerse más ameno y con un conocimiento preciso de los avances conseguidos.

Indicar que no se ha evaluado la efectividad del programa en población clínica.



## 6

# INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN ESQUIZOFRENIA

La evidencia sugiere que, incluso en los pacientes que muestran una mejora significativa en los síntomas psicóticos y afectivos, la baja autoestima puede persistir y seguir siendo un factor de vulnerabilidad para las recaídas (Tarrrier, 2001).

Existen estudios que sin tratar específicamente la autoestima encuentran resultados beneficiosos en su medida cuando utilizan intervenciones psicoterapéuticas (Garrido et al., 2013).

En una revisión de estudios en los últimos cuarenta años, aproximadamente sólo el 25% de los programas de rehabilitación cognitiva utilizaron medidas de calidad de vida o de autoestima y, los que lo hicieron, presentan resultados contradictorios (Garrido et al., 2013; Hodge et al., 2010). Además, Rose y colaboradores (2008) encontraron que la mejoría con estos programas dependía de la conciencia de los pacientes sobre su cambio cognitivo tras el entrenamiento.

Las intervenciones cognitivo-conductuales son ampliamente utilizadas en esquizofrenia (Vallina y Lemos, 2001). De esta manera Vázquez, Godoy y Godoy-Izquierdo (2009), basándose en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977, 1997), desarrollaron un programa de autoeficacia para el afrontamiento del estrés en pacientes psicóticos, encontrando mejoras en las creencias de autoeficacia y en el bienestar percibido, pero no recogieron medidas específicas sobre autoestima. Otra intervención cognitivo-conductual, como el entrenamiento metacognitivo (Moritz et al., 2005; Moritz et al., 2011) dirigido a la modificación de los sesgos metacognitivos que producen los delirios y que incluye un módulo de autoestima y estado de ánimo, encuentra mejoras en la autoestima y mejoras en la calidad de vida subjetiva, aunque no siempre encuentra mejoras en psicopatología.

Por otro lado, los enfoques terapéuticos en esquizofrenia normalizadores y no estigmatizantes, definen la sintomatología psicótica desde un continuo de mayor a menor intensidad, donde personas con mayor vulnerabilidad desarrollarían la enfermedad y desculpabilizarían a la persona del inicio de la misma. Así, Moritz y colaboradores (2014) indican que estos enfoques podrían ayudar a mejorar la autoestima al reducir la sensación de estrés, la culpa y la estigmatización. De esta manera, se ha encontrado que modelos médicos tradicionales (centrados en la sintomatología exclusivamente) que intervienen en la esquizofrenia no disminuyen la autoestigma (el estigma que tiene una persona con enfermedad mental sobre la enfermedad que padece) ni ayudan a mejorar la autoestima, sin embargo modelos psicoterapéuticos que plantean un continuo entre la enfermedad y la normalidad, ayudan a disminuir estereotipos y mejorar la autoestima (Wiesjahn, Brabban, Jung, Gebauer y Lincoln, 2014).

#### *Intervenciones específicas sobre autoestima en esquizofrenia.*

Varios autores sostienen que es difícil que la autoestima mejore en los pacientes atendidos si no es tratada específicamente en las psicoterapias (TARRIER, 2001). De esta manera la imagen negativa de uno mismo se refuerza por la presencia de depresión, desesperanza e ideación suicida y factores externos como los comentarios críticos de los familiares, el estigma y las relaciones sociales empobrecidas (Hall y TARRIER, 2003). De esta manera, Turkington y Siddle (2000) plantean cambios en las intervenciones en esquizofrenia, concretamente añadir actitudes personales hacia el logro, la aprobación y la sensación de control de los síntomas con la comprensión de la enfermedad.

Aunque existe una relación frecuente entre las medidas de autoestima y la esquizofrenia, hay escasos trabajos dirigidos a intervenir específicamente en esta, siendo la terapia cognitivo-conductual en autoestima la que mejores resultados ha obtenido.

A pesar de esto, algunos programas de intervención sobre autoestima en esquizofrenia no obtuvieron los resultados esperados (Lecomte et al., 1999) y otros programas han encontrado mejoras en autoestima, pero con resultados discretos (Borras et al., 2009; Tiernan et al., 2014). Los efectos de estos programas en otras medidas no son claras: por ejemplo no mejoras en sintomatología negativa (Moritz et al., 2011), funcionamiento general o funcionamiento cognitivo (Knight, Wykes y Hayward, 2006).

Lecomte y colaboradores (1999) sí encontraron mejoras en las estrategias de afrontamiento y disminución de sintomatología positiva con un programa adaptado de autoestima, utilizado originariamente en contextos escolares (Reasoner, 1992), pero no se obtuvieron mejoras en autoestima. El programa trabajaba a nivel psicoeducativo y grupal con cinco módulos: sensación de seguridad, sentido de identidad, sentido de pertenencia, sentido de propósito y sentido de competencia, con la finalidad de aumentar la autodeterminación y la competencia, y mejorar las estrategias de afrontamiento. Se utilizaban como estrategias terapéuticas el cuestionamiento socrático y las pruebas de realidad en un ambiente seguro como era el grupo.

En una replicación de este estudio (Borras et al., 2009) sí obtuvieron mejoras en autoestima, disminución de pensamientos negativos, mejora de estrategias de afrontamiento y disminución de sintomatología positiva. Hay que destacar la incorporación de una atención individualizada entre sesiones, algo que no ocurría en el estudio anterior.

Hall y Tarrier (2003), siguiendo los planteamientos de Tarrier (2001) sobre la utilización de terapia cognitivo-conductual para trabajar autoatributos positivos de los pacientes y la identificación de comportamientos específicos que confirmaran estos atributos, encontraron un aumento de la autoestima, disminución de la sintomatología psicótica y mejora del funcionamiento social, pero no cambios en los síntomas negativos, destacando que se trataban de intervenciones individuales. Laithwaite y colaboradores (2007) utilizando también esta intervención, pero en formato grupal y con pacientes ingresados en el hospital, encontraron mejoras en autoestima y sintomatología depresiva. Kuipers y colaboradores (2006) también encontraron resultados significativos en términos de mejora de la autoestima con psicoterapia cognitivo-conductual.

Otras intervenciones también cognitivo-conductuales, pero centradas en la autoestigma y la autoestima, encontraron mejoras significativas en autoestima, así como en los niveles de depresión y psicopatología positiva, negativa y general (Knight et al., 2006).

Por tanto, la mayoría de las intervenciones se basan en estrategias cognitivo-conductuales pero ninguna se centra en la hipervigilancia a las señales de rechazo presentes tanto en la baja autoestima (Dandeneau et al., 2007), como en la esquizofrenia (Freeman et al., 2013). Esta hipervigilancia también influiría en el desempeño de otras actividades importantes para la persona, disminuyendo sus recursos cognitivos y empeorando este desempeño (Freeman et al., 2013).



## **MARCO EXPERIMENTAL**





## 7

### OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La autoestima es un componente importante de la salud psicológica. Muchos estudios indican que frecuentemente una autoestima baja está presente en los trastornos psiquiátricos (Garaigordobil et al., 2008; Tiernan et al., 2014), sin embargo, la relación entre baja autoestima y trastornos psiquiátricos permanece poco clara.

En los últimos años la autoestima se ha convertido en un importante foco de estudio en el contexto de los modelos psicológicos de las psicosis (Barrowclough et al., 2003). Se ha encontrado que la autoestima es un elemento mediador importante en la sintomatología propia de la esquizofrenia, influyendo incluso en el desarrollo y mantenimiento del estado psicopatológico (Smith et al., 2006; Fernández, Quevedo-Blasco y Buela-Casal, 2010).

La baja autoestima sería un resultado previsible de la esquizofrenia (Tiernan et al., 2014), que provocaría mayores dificultades clínicas y sociales a la persona que la padece, el mantenimiento de la sintomatología y aumentaría aún más la carga de la enfermedad (Navarro y Carrasco, 2009). Esta baja autoestima, que se detecta incluso en fases de recuperación sintomática (Gureje et al., 2004), está implicada en la formación y mantenimiento de los delirios y las alucinaciones (Hall y Tarrier, 2003; Romm et al., 2011), encontrándose una relación de los síntomas positivos de la esquizofrenia con extremas evaluaciones negativas de uno mismo y de los otros (Smith et al., 2006). Además, la baja autoestima correlaciona con una mayor severidad de la enfermedad psiquiátrica, la depresión, la ansiedad, pérdida de motivación, tendencia a la soledad y funcionamiento psicosocial de las personas con esquizofrenia (Borras et al., 2009; Moritz et al., 2010; Vracotas et al., 2012), mayor autoestigma (Nabors et al., 2014), evaluaciones negativas de los cuidadores (Kuipers et al., 2006) e ideación y conducta suicida (Tarrier et al., 2004).

Diversos modelos de psicosis han enfatizado la influencia de la autoevaluación negativa en los síntomas psicóticos (Birchwood et al., 2007; Smith et al., 2006). El papel de

la autoestima con respecto a la causalidad de los síntomas psicóticos ha sido una línea importante del trabajo desarrollado por Bentall y colaboradores (Bentall et al., 2001; Bentall et al., 2009), quienes han propuesto que los delirios paranoides surgen del intento por mantener la autoestima en personas en las que subyace una baja autoestima.

El modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977) ha sido ampliamente utilizado en la explicación de la aparición y mantenimiento de la esquizofrenia. Este modelo fue reformulado por Nuechterlein y colaboradores (1992), proponiendo tres tipos de factores: 1) De vulnerabilidad, que marcarían la predisposición de la persona a padecer esquizofrenia; 2) mediadores, o factores que influyen en el afrontamiento de las situaciones estresantes; y 3) precipitantes, que serían las propias situaciones estresantes a las que la persona tiene que enfrentarse, tales como sucesos vitales estresantes, y que se han relacionado con una menor autoestima. La esquizofrenia aparecería cuando el estrés percibido supera el nivel que la persona es capaz de soportar y que depende directamente de la interacción de los tres factores.

Dentro de los factores mediadores destacan la percepción de autoeficacia, los procesos cognitivos y la cognición social, aspectos éstos que habitualmente se encuentran deteriorados en la esquizofrenia (Jaramillo et al., 2009; Wang et al., 2013; Tiernan et al., 2014). Estos procesos cognitivos influirían en la percepción del entorno (Bentall et al., 2009), en la adquisición y mantenimiento de estrategias de afrontamiento y en la propia autoestima (Lysaker et al., 2011; Wang et al., 2013). Se ha encontrado escasa relación entre los déficits cognitivos y la percepción de estos por parte del paciente, determinándose que la autoestima se relaciona con los déficits cognitivos sólo cuando hay percepción de estos (Cella et al., 2014).

La falta de conciencia de los síntomas es una característica común de las personas que sufren esquizofrenia (Amador et al., 1993; Roe et al., 2011). La investigación sobre la conciencia de los síntomas tradicionalmente se ha centrado en los síntomas psicóticos, siendo reciente la exploración de la conciencia de los déficits cognitivos (Aleman et al., 2006). Diversos estudios indican un desajuste entre la evaluación subjetiva de los procesos cognitivos y los datos de los tests neuropsicológicos (Harvey y Sharma, 2002; Sanjuan et al., 2003; Stip et al., 2003). Es por ello que es necesario conocer no sólo la relación existente entre la autoestima y el funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia sino, además, la posible relación de la autoestima con la percepción de esos déficits cognitivos.

Con respecto a los intentos de mejorar la autoestima de los pacientes, generalmente se enmarcan dentro de las intervenciones psicosociales y cognitivo-conductuales, donde desde una perspectiva con un alto componente psicoeducativo, se intenta modificar

aquellas cogniciones y pensamientos responsables de la baja autoestima. Por otro lado, de forma indirecta se analiza si las intervenciones que se realizan pueden estar afectando a la autoestima. Desde esta perspectiva, estudios que han aplicado programas específicos de rehabilitación cognitiva en personas con esquizofrenia han encontrado una mejoría en medidas de autoestima (Garrido et al., 2013). Rose y colaboradores (2008) encontraron, además, que esa mejoría depende de la conciencia de los pacientes sobre su cambio cognitivo tras el entrenamiento.

Dandeneau y Baldwin (2004) han evaluado los componentes básicos de la autoestima, analizando intervenciones cognitivas para intentar mejorarla y desarrollando un programa informático que auna toda esta información: el Mind Training (Baldwin, 2008). Encontraron que las personas con baja autoestima están más atentas a caras de desagrado; parece que las procesan y detectan más rápido que personas con mayor autoestima. Describieron procesos preatencionales en la percepción de amenaza social que correlacionaban con la liberación de cortisol (Dandeneau et al., 2007) y de cómo estos procesos atencionales dependían de rasgos personales, entre los que se encuentra el nivel de autoestima. También mostraron que este patrón de atención, más evidente entre las personas con baja autoestima, puede ser modificado con una tarea de entrenamiento repetitivo.

El entrenamiento utilizado por estos autores fue aprender a atender a estímulos no amenazantes e ignorar los amenazantes, de esta manera consiguen reducir la hipervigilancia a estos estímulos en personas con baja autoestima. Al igual que ocurre en personas sin diagnóstico pero con baja autoestima, los pacientes con delirios de persecución presentan una mayor sensibilidad a las señales de rechazo o amenaza (Freeman et al., 2013). A pesar del éxito de este programa en la mejora de la autoestima no ha sido evaluado en población clínica.

En función de todo lo anterior, los objetivos de este trabajo serían los que a continuación se presentan.

## **7.1. Objetivos.**

El objetivo principal de esta Tesis Doctoral es doble. Por un lado, se pretende analizar la relación existente entre la autoestima y variables cognitivas y clínicas en un grupo de pacientes con esquizofrenia y, por otro, se desea evaluar la eficacia del Mind Training, un programa diseñado específicamente para trabajar con la autoestima con ejercicios cognitivos, en la mejora de la autoestima de los pacientes.

De estos objetivos generales se desprende los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la relación entre la autoestima en pacientes con esquizofrenia y el funcionamiento cognitivo. Para ello se va a analizar las correlaciones entre las puntuaciones de autoestima con la escala de Rosenberg y las puntuaciones de funcionamiento cognitivo con la batería MCCB.
- Analizar la relación entre la autoestima en pacientes con esquizofrenia y la percepción de déficits cognitivos. Para ello se va a analizar las correlaciones entre las puntuaciones de autoestima y las puntuaciones de la percepción de déficits cognitivos con las escalas GEOPTE y SSTICS.
- Analizar la relación entre la autoestima en pacientes con esquizofrenia y la psicopatología positiva, negativa y general. Para ello se va a analizar las correlaciones entre las puntuaciones de autoestima y las puntuaciones de la psicopatología con la escala PANSS.
- Evaluar la eficacia del programa Mind Training en la mejora de la autoestima. Para ello se medirá la autoestima en un grupo que reciba el entrenamiento con el programa Mind Training, comparado con un grupo que no recibirá el entrenamiento, antes y después del entrenamiento.
- Evaluar la eficacia del programa Mind Training en la mejora del funcionamiento cognitivo. Para ello se medirá el funcionamiento cognitivo en el grupo que reciba el entrenamiento comparado con el grupo que no reciba el entrenamiento, antes y después del entrenamiento.
- Evaluar la eficacia del programa Mind Training en la percepción de déficits cognitivos. Para ello se medirá la percepción de déficits cognitivos en el grupo que reciba el entrenamiento comparado con el grupo que no reciba el entrenamiento, antes y después del entrenamiento.

Evaluar la eficacia del programa Mind Training en la mejora de la psicopatología. Para ello se medirá la psicopatología positiva, negativa y general en el grupo que reciba el entrenamiento comparado con el grupo que no reciba el entrenamiento, antes y después del entrenamiento.

## 7.2. Hipótesis.

Planteamos las hipótesis siguientes:

- La puntuación en autoestima de los pacientes con esquizofrenia correlacionará positivamente con el funcionamiento cognitivo.
- La puntuación en autoestima de los pacientes con esquizofrenia correlacionará negativamente con la percepción de déficits cognitivos.
- La puntuación en autoestima de los pacientes con esquizofrenia correlacionará negativamente con la psicopatología positiva, negativa y general.
- La autoestima del grupo de pacientes que reciba el entrenamiento con el programa de autoestima mejorará en comparación con el grupo de pacientes que no reciba entrenamiento.
- El funcionamiento cognitivo del grupo de pacientes que reciba el entrenamiento con el programa de autoestima mejorará en comparación con el grupo de pacientes que no reciba entrenamiento.
- La percepción de los déficits cognitivos del grupo de pacientes que reciba el entrenamiento con el programa de autoestima mejorará en comparación con el grupo de pacientes que no reciba entrenamiento.
- La psicopatología positiva, negativa y general del grupo de pacientes que reciba el entrenamiento con el programa de autoestima mejorará en comparación con el grupo de pacientes que no reciba entrenamiento.



## 8

# MÉTODO

### 8.1. Participantes.

La muestra estuvo formada por 83 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide, que cumplían los criterios diagnósticos de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1999), procedentes de diversos centros de salud mental de Jaén: Comunidad Terapéutica y Unidad de Rehabilitación de Área.

Para formar parte del estudio los pacientes no debían de presentar trastornos neurológicos, abuso de alcohol o drogas, ni discapacidad intelectual. Todos los pacientes recibían tratamiento con antipsicóticos en el momento del estudio.

De uno de los centros (Comunidad Terapéutica) 20 pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental, que recibió el programa de entrenamiento de autoestima y 20 pacientes formaron parte del grupo control, que no recibió el programa de entrenamiento. Los pacientes de ambos grupos continuaron realizando las actividades terapéuticas y ocupacionales habituales de plan de tratamiento, en las que no se incluía intervención específica sobre autoestima ni rehabilitación cognitiva.

### 8.2. Pruebas de evaluación.

Las pruebas utilizadas en la evaluación de los pacientes fueron las siguientes:

#### 8.2.1. Autoestima.

La autoestima fue medida con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1989), traducida al castellano por Echeburúa (1995), siendo uno de los instrumentos más utilizados para la

evaluación de la autoestima y ampliamente utilizada en estudios sobre esquizofrenia (Vázquez, Vázquez-Morejón y Bellido, 2013; Nabors et al., 2014).

Su contenido se centra en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo (Vázquez et al., 2013).

Consta de diez ítems: cinco miden autoestima en sentido positivo (por ejemplo “*puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente*”) y cinco ítems miden autoestima en sentido negativo (autodesprecio) (por ejemplo “*creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí*”). La puntuación final determina el nivel de autoestima.

Tiene un formato de respuesta tipo Likert con 4 puntos: 1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo, y para su corrección se invierten las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente.

El rango de puntuación va de 10 (menor autoestima) a 40 (mayor autoestima).

### 8.2.2. Psicopatología.

El nivel de psicopatología fue explorado con la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*; Kay et al., 1987), en su versión en castellano (Peralta y Cuesta, 1994).

Evalúa a nivel dimensional y categorial psicopatología positiva, negativa y general en población con esquizofrenia.

Requiere de una entrevista semiestructurada donde las respuestas del paciente evaluado determinan una puntuación dimensional en la hoja de respuestas.

Las escalas positiva y negativa tienen siete ítems y la escala general dieciséis ítems, con un formato de respuesta tipo Likert con 7 puntos: 1=Ausente, 2=Mínimo, 3=Ligero, 4=Moderado, 5=Moderado severo, 6=Severo, 7=Extremo. Cada respuesta al ítem presenta una definición y criterios operativos para ayudar al evaluador en el registro de la puntuación (ANEXO I).

Una mayor puntuación indica mayores niveles de psicopatología en cada escala.



### 8.2.3. Cognición y cognición social.

El funcionamiento cognitivo y de cognición social fue medido por las diez pruebas de la Batería MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*), denominada MCCB (*MATRICS Consensus Cognitive Battery*; Green y Nuechterlein, 2004), en su versión en castellano (Nuechterlein y Green, 2009).

Esta batería evalúa los déficit cognitivos más relevantes en la esquizofrenia: atención, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria no verbal, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas y cognición social (Nuechterlein et al., 2004).

La descripción de cada una de las pruebas de la batería se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Batería MCCB. Prueba, dominio cognitivo e índice de puntuación y descripción de la prueba.

<b>Pruebas MCCB</b>	<b>Dominio cognitivo e Índice de puntuación</b>	<b>Descripción de la prueba</b>
1. Prueba de Trazado Parte A (Trail Making Test Part A, TMT)	Velocidad de Procesamiento Índice puntuación: tiempo en segundos	Prueba cronometrada de trazado, sobre capacidad de exploración visual y seguimiento visomotor. Consiste en conectar números consecutivos situados irregularmente en una hoja
2. Código Símbolos (Symbol Coding, BACS)	Velocidad de Procesamiento Índice puntuación: número de aciertos	Prueba de rapidez visomotora, con 90 segundos de límite de tiempo. Consiste en escribir una serie de números que corresponden con símbolos sin sentido
3. Aprendizaje Verbal de Hopkins (Hopkins Verbal Learning Test-Revised, HVLT)	Aprendizaje Verbal Índice puntuación: número de aciertos	Mide la capacidad para aprender una lista de palabras, mediante el recuerdo inmediato. La lista se presenta 3 veces.
4. Escala de Memoria de Wechsler III (Wechsler Memory Scale III, WMS III)	Memoria de Trabajo (no verbal) Índice puntuación: número de aciertos	Mide la capacidad para recordar la localización de una serie de bloques que anteriormente había señalado el administrador. Tiene una parte de amplitud de recuerdo espacial hacia adelante y otra de amplitud de recuerdo espacial hacia atrás.
5. Amplitud de letras y números (Letter-Number Span, LNS)	Memoria de Trabajo (verbal) Índice puntuación: número de aciertos	Prueba de amplitud de dígitos, pero que exige reorganizar mentalmente listas de letra y números presentados anteriormente por el administrador.
6. Laberintos (Neuropsychological Assessment Battery, NAB)	Razonamiento y Solución de Problemas Índice puntuación: número de aciertos y tiempo en segundos (categorizado según escala).	Los laberintos presentados evalúan la capacidad de anticipación, planificación y control de impulsos. Se mide el tiempo que se tarda en resolverlos.
7. Prueba Breve de Memoria Visoespacial (Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVM-T-R)	Aprendizaje Visual Índice puntuación: número de aciertos según exactitud y orden de las figuras	Evalúa el aprendizaje visual y la memoria utilizando el recuerdo inmediato y diferido de seis figuras visuales geométricas, presentadas durante 10 segundos, en 3 ensayos.
8. Fluencia Semántica: nombre de animales (Fluency: Animal Naming)	Velocidad de Procesamiento Índice puntuación: número de aciertos	Evalúa la producción espontánea y rápida de palabras, concretamente nombres de animales en 60 segundos.
9. Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso: Manejo de las Emociones (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test, MSCEIT)	Cognición social (conocimiento social) Índice puntuación: número de aciertos según corrección del instrumento	Mide la capacidad para poner en juego las emociones cuando se tiene que tomar una decisión. El administrador lee una situación y posibles acciones. El evaluado tiene que indicar lo ineficaz o eficaz que le parece cada acción.
10. Prueba de Ejecución Continua – Pares Idénticos (Continuous Performance Test-Identical Pairs, CPT-IP)	Atención/Vigilancia Índice puntuación: índice de sensibilidad (DPRIME): número de aciertos, con corrección por tiempo de reacción y falsas alarmas	Medida informatizada de atención sostenida y focalizada o de vigilancia. Implica pulsar un botón cuando dos estímulos consecutivos son idénticos, en concreto se trata de números. Se presentan 3 bloques de números, con 2, 3 y 4 dígitos.

#### 8.2.4. *Percepción de déficits cognitivos.*

Para evaluar la percepción del paciente de sus déficits cognitivos y de cognición social se utilizaron dos instrumentos.

##### Escala GEOPTE.

La Escala GEOPTE (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia) de cognición social para la psicosis (Sanjuan et al., 2003) mide percepción de déficits cognitivos y de déficits en cognición social.

La percepción de déficits cognitivos consta de siete ítems (ejemplo: “*¿Tiene dificultad para prestar atención?*”) y la percepción de déficits en cognición social consta de ocho ítems (ejemplo: “*¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros?*”).

Los quince ítems tienen cinco alternativas de respuesta: 1= No, 2= Un poco, 3= Regular, 4= Bastante, 5= Mucho. Una mayor puntuación indica una mayor percepción de déficits.

##### Escala SSTICS.

La Escala Subjetiva para Investigar la Cognición en la Esquizofrenia (*Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia; SSTICS*) (Stip et al., 2003) mide la percepción de déficits cognitivos en seis factores: función ejecutiva sostenida, memoria de información, conciencia de esfuerzo, vida diaria, distraibilidad y alerta/vigilancia.

Consta de 21 ítems con cinco alternativas de respuesta: 0= Nunca, 1= Raramente, 2= A veces, 3= A menudo, 4= Muy a menudo. Una mayor puntuación indica una mayor percepción de déficits.

### **8.3. Programa de entrenamiento de la autoestima.**

El programa de entrenamiento de la autoestima se compone del programa Mind Training y de ejercicios complementarios de autoestima.

### 8.3.1. Programa Mind Training.

El programa Mind training (Baldwin, 2008) requiere inicialmente de un registro de perfil con los siguientes datos: nombre, apellidos, apodo, año y lugar de nacimiento, y color favorito. Esta información permite identificar al participante y continuar con las sesiones ya realizadas. También es utilizada por determinados ejercicios de reconocimiento de información personal.

El programa consta de pruebas de seguimiento y ejercicios de entrenamiento.

#### Pruebas de seguimiento.

Consta de cinco pruebas para medir el nivel de autoestima y dar feedback al participante sobre sus avances. Las pruebas son consecutivas y requieren de la correcta ejecución de cada una para poder pasar a la siguiente (el programa detecta si el participante contesta al azar o no contesta, solicitando la repetición de la prueba).

Al final de la administración de las pruebas el programa indica un nivel de autoestima: desde 0 (muy baja autoestima) hasta 10 (muy alta autoestima), dependiendo de la ejecución en las pruebas.

Las puntuaciones quedan registradas en un calendario personal que puede ser consultado para ver la evolución de las puntuaciones en autoestima.

El programa avisa al participante si va a realizar los ejercicios de entrenamiento antes de las pruebas de seguimiento, con la intención de que éstas se realicen antes.

Las pruebas de seguimiento son las siguientes:

#### **Concentración.**

Consiste en señalar con los cursores de flecha dirección arriba o abajo, la dirección que presenta una flecha oculta tras la fotografía de una cara (Figura 7).

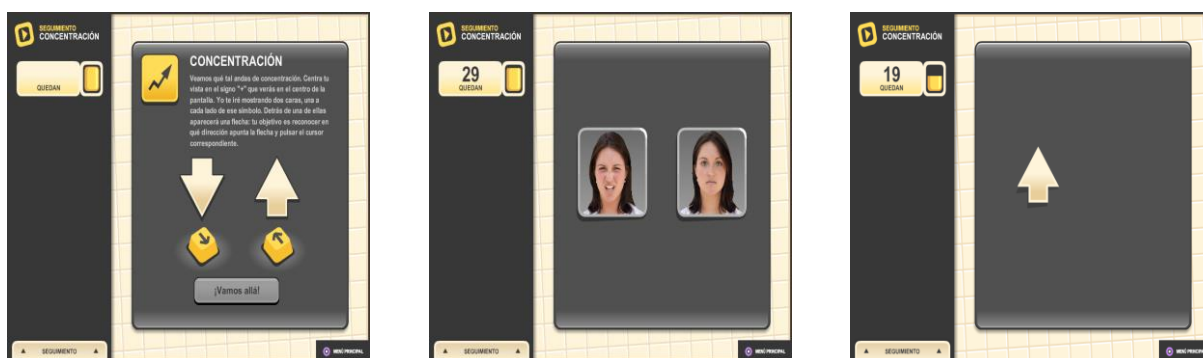


Figura 7. Prueba de seguimiento: concentración.

Se pretende evaluar si la visión de un rostro poco amable condiciona el tiempo de respuesta, es decir, si se tiende a fijar de forma inconsciente en los estímulos sociales negativos.

### Observación.

Se trata de una tarea tipo Stroop pero con fotografías de caras (sonrientes o no), en las que habría que señalar el color de la fotografía con el ratón del ordenador (Figura 8).



Figura 8. Prueba de seguimiento: observación.

También evalúa el efecto de las caras negativas sobre la velocidad de reacción.

### Abstracción.

También se trata de una tarea tipo Stroop. En este caso sí se trata de palabras que pueden expresar contenidos negativos (como odio), y el participante tiene que marcar el color de la palabra (Figura 9).



Figura 9. Prueba de seguimiento: abstracción.

Evalúa la capacidad para ignorar determinados estímulos.

### Percepción.

El objetivo de esta prueba es determinar si en una rápida sucesión de retratos aparece una cara sonriente, marcando SI, NO o TAL VEZ (Figura 10).



Figura 10. Prueba de seguimiento: percepción.

En este caso la presencia de un estímulo negativo puede “entorpecer” la detección de un estímulo positivo.

### Autoevaluación.

Consiste en responder en una escala con 5 alternativas de respuesta (1 en absoluto, hasta 5 totalmente de acuerdo) a preguntas sobre “cómo se encuentra” y “cómo se ve a sí mismo” (Figura 11).

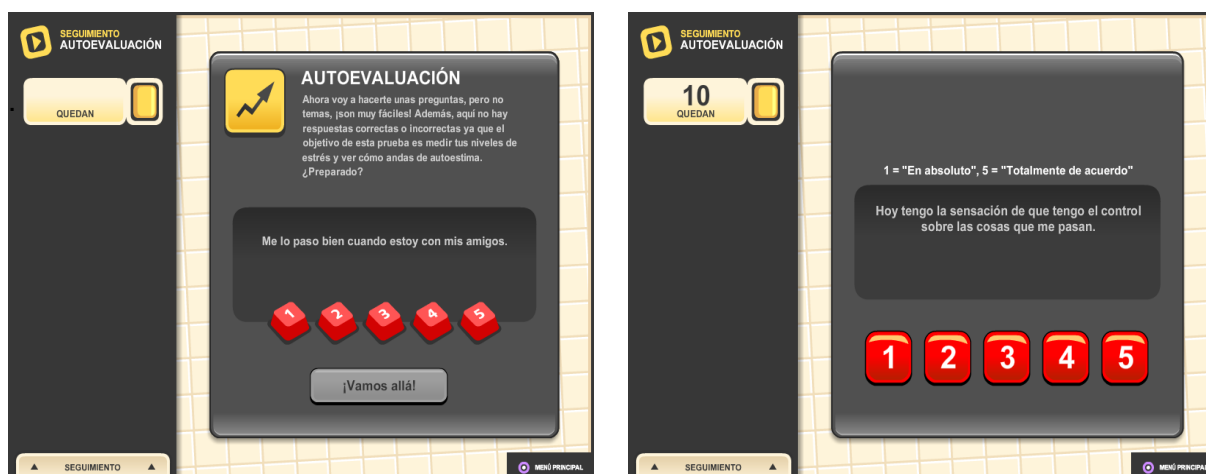


Figura 11. Prueba de seguimiento: autoevaluación.

### Ejercicios de entrenamiento.

El programa consta de cuatro ejercicios de entrenamiento independientes, es decir, que la ejecución de uno no influye en la ejecución de otro.

Cada ejercicio tiene niveles de dificultad creciente (mayor número de estímulos, menor tiempo de exposición de estímulos, más estímulos distractores, etc.), estando limitados por tiempo. Requiere de un mínimo de ejecución para poder pasar a un nivel superior, que está supeditado a la obtención de puntos. Si no se alcanza esta puntuación mínima el programa indica la repetición del ejercicio en el mismo nivel. Si se alcanza la puntuación, el programa felicita al participante y permite pasar de nivel.

Cada ejercicio presenta un contador de tiempo y puntos ejecutados, pero no del nivel exigido para pasar de nivel.

Cada vez que se inician los ejercicios de entrenamiento el programa permite comenzar desde el nivel 1 o desde el último nivel alcanzado, es decir, el nivel que aún no se ha superado.

Los ejercicios de entrenamiento son los siguientes.

#### **Cara a cara.**

La tarea consiste en marcar con el ratón del ordenador la cara o caras sonrientes que aparecen en pantalla. Si se dan una serie de ejecuciones correctas, se pueden conseguir más puntos, pero si se produce un error en la ejecución, no se obtiene estos beneficios (Figura 12).



Figura 12. Ejercicio de entrenamiento: cara a cara.

### Identidad.

Consiste en localizar con el ratón del ordenador los paneles que contienen información personal, que ha sido introducida con anterioridad en el perfil del jugador (nombre, apellidos, apodo, color preferido, lugar de nacimiento, mes de nacimiento) (Figura 13).

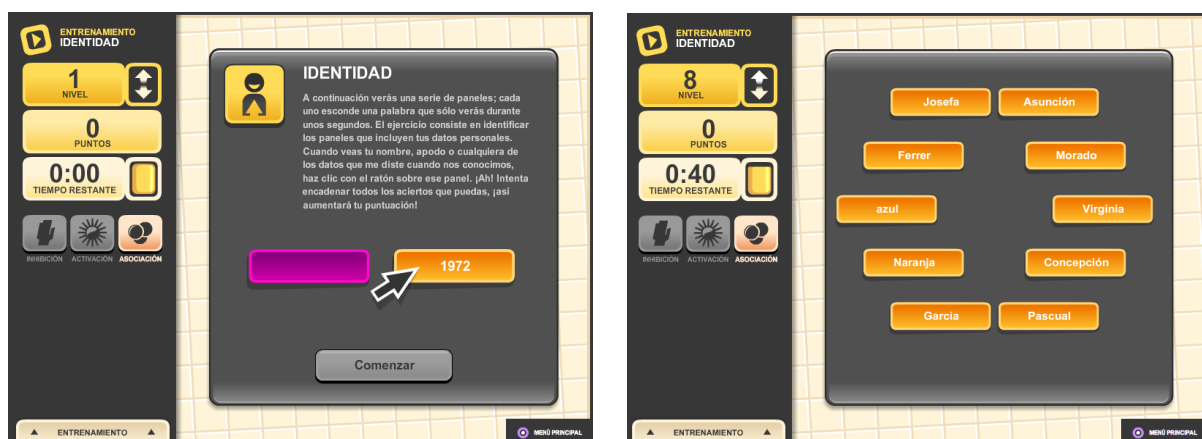


Figura 13. Ejercicio de entrenamiento: identidad.

### Sopa de letras.

En esta sopa de letras las palabras a buscar tienen connotaciones positivas (abrazo, amor, empatía, ...), pudiendo también aparecer palabras relacionadas con el perfil del jugador (nombre, apodo, etc.) (Figura 14).



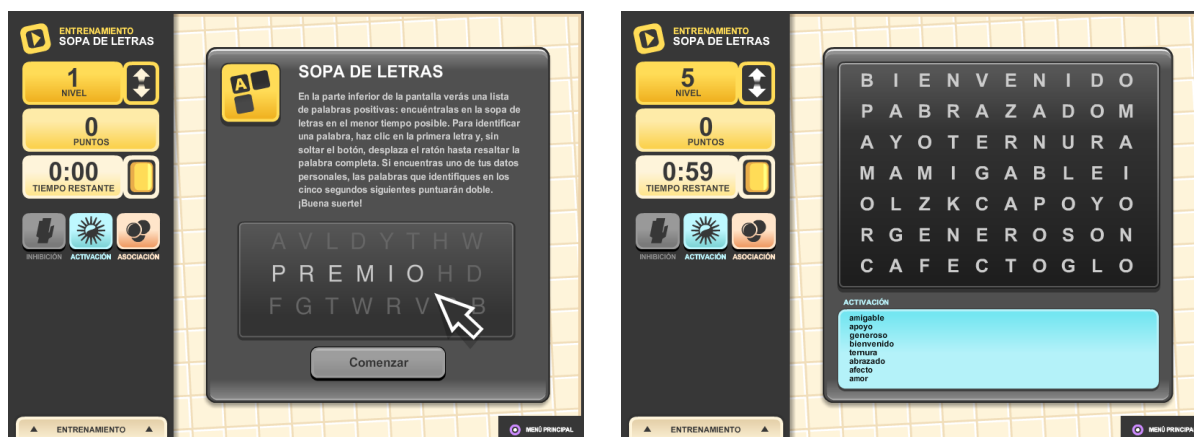


Figura 14. Ejercicio de entrenamiento: sopa de letras.

### Por las nubes.

Consiste en localizar con el ratón del ordenador las caras sonrientes que aparecen dentro de nubes moviéndose por la pantalla y paneles con información referente al perfil del jugador (Figura 15).

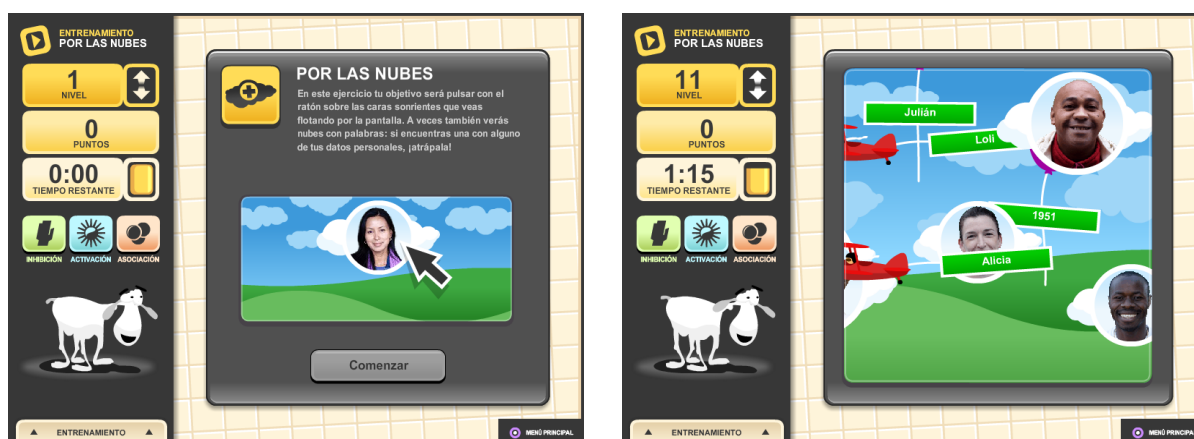


Figura 15. Ejercicio de entrenamiento: por las nubes.

### 8.3.2. Ejercicios complementarios de autoestima.

Los ejercicios complementarios de autoestima se relacionan con las tareas de entrenamiento del Mind Training pero aplicadas a la vida diaria del participante.

Se incluyen ejercicios de mejora de la autoestima (Beyebach y Herrero, 2010), como los siguientes (ANEXO III):

- “Sonreír ante un espejo”. Tiene que dedicar unos minutos a mostrar una sonrisa ante un espejo e identificar las emociones que genera en uno mismo.

- “Registrar caras sonrientes”. Debe de utilizar un registro donde anotar las situaciones en las que ha percibido a una persona que les sonríe cuando la miran.
- “Carta de aprecio a mí mismo”. Consiste en escribir una carta dirigida a uno mismo, en la que se indiquen aspectos positivos de su persona tales como actitudes, rasgos físicos y rasgos de personalidad.
- “Sopa de letras”. Mediante un programa que genera sopa de letras con las palabras que indiquemos de antemano, se personalizan con aspectos positivos extraídos de la “Carta de aprecio a sí mismo” administrada en sesiones anteriores.
- Buscar en revistas caras con diferentes tipos de emociones, como sonrisa, tristeza, enfado, etc., recortarlas y pegarlas en una hoja de registro.

#### **8.4. Procedimiento.**

Los pacientes fueron identificados por medio de los registros de los Centros de Salud Mental de Jaén (Comunidad Terapéutica y Unidad de Rehabilitación de Área). Una vez comprobado que cumplían los criterios de inclusión y exclusión para formar parte del estudio, firmaban un consentimiento de participación voluntaria (ANEXO IV) y se les evaluaba, en tres sesiones, en una sala del Centro de Salud, de forma individual.

En la primera sesión se recogía la información sociodemográfica y clínica (edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, diagnóstico, medicación y síntomas). La dosis diaria de antipsicótico recibida por cada paciente se convertía en su equivalente de dosis de clorpromacina (Wood et al., 2003). En la segunda sesión se evaluaba el funcionamiento cognitivo mediante la batería MCCB y en la tercera sesión se evaluaba la percepción subjetiva de déficits cognitivos (GEOPTe y SSTICS) y autoestima (escala de Rosenberg). Las puntuaciones eran anotadas en una hoja de respuesta diseñada para tal efecto (ANEXO V).

El entrenamiento se implementó únicamente en la Comunidad Terapéutica de forma que fuera una única persona la que los llevara a cabo. Cuarenta pacientes fueron asignados de forma aleatoria, usando una tabla de números aleatorios, a uno de los dos grupos: control o experimental.

Aquellas personas que formaban parte del grupo experimental recibían entrenamiento, de forma individualizada, dos veces por semana durante diez semanas. En primer lugar, se les explicó el funcionamiento y finalidad del programa informático Mind Training. Cada sesión comenzaba preguntando a los pacientes cómo les había ido desde la sesión anterior y cómo se encontraban en la actualidad. Seguidamente se administraban las pruebas de seguimiento, que determinan una puntuación de 0 a 10 en el nivel de autoestima. Esta puntuación se comentaba con el paciente y se comparaba con las puntuaciones anteriores.

Posteriormente se administraban los ejercicios de entrenamiento, dedicando 5 minutos, aproximadamente, a cada uno de los ejercicios, independientemente de que el paciente hubiera superado o no el último nivel realizado. El entrenador reforzaba tanto los avances como la no superación de las pruebas, incidiendo en la importancia de la continuidad del entrenamiento. El entrenador registraba tanto la puntuación en las pruebas de seguimiento, como la última puntuación, el último nivel realizado y la superación o no de cada uno de los ejercicios (ANEXO VI).

Se realizaron 20 sesiones de Mind Training, incluyéndose en las diez últimas los ejercicios complementarios de autoestima que se indicaban como tareas para casa y que eran debatidos en la sesión siguiente. Cada sesión duraba unos treinta minutos. Este entrenamiento se realizaba de forma individual, en un despacho de la Comunidad Terapéutica.

Al finalizar el entrenamiento los pacientes fueron evaluados de nuevo. A los participantes del grupo control se les volvió a evaluar transcurridas diez semanas desde la primera evaluación.

A los participantes del grupo control, se les ofreció la posibilidad de participar en el programa de entrenamiento de la autoestima una vez realizada la evaluación posterior.

Durante el tiempo que duró el estudio los participantes asistieron a las actividades habituales de los centros: psicoterapia de apoyo, terapia ocupacional, actividades de ocio y tiempo libre.

## **8.5. Análisis estadístico.**

Se realizaron análisis descriptivos de la muestra y de las variables de estudio.

Para determinar si había diferencias significativas en autoestima con respecto al sexo se utilizó la prueba de diferencia de medias t de Student.

Se realizaron correlaciones de Pearsons para determinar posibles relaciones entre la autoestima y las variables clínicas y cognitivas (duración de la enfermedad, dosis de clorpromacina, psicopatología, funcionamiento cognitivo y percepción subjetiva de los déficits cognitivos).

Con respecto a la intervención, para comprobar si había diferencias significativas en autoestima y el resto de las variables analizadas, entre la evaluación previa y posterior en el grupo entrenado y no entrenado, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) 2x2 de medidas repetidas.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa informático SPSS 19.0 (IBM, Chicago USA), utilizando un nivel de significación de 0.05.

## 9

# RESULTADOS

### 9.1. Datos demográficos y clínicos de la muestra.

Con el objeto de conocer la relación entre autoestima y psicopatología, así como con el funcionamiento cognitivo y la percepción subjetiva de déficits cognitivos, se utilizó una muestra formada por 83 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide.

El total de la muestra estudiada estuvo formada por 56 varones (67%) y 27 mujeres (33%), con una edad media de 37.27 (rango: 17-55).

En la tabla 3 se presenta el análisis descriptivo de la muestra, siendo las variables analizadas las siguientes: sexo, estado civil, edad, nivel de estudios (años de escolarización), años de evolución de la enfermedad, dosis de medicación antipsicótica (convertida a mg. de clorpromacina/día), autoestima (evaluada con la escala de Rosenberg) y psicopatología (medido con la escala PANSS).

Tabla 3. Datos descriptivos de la muestra (n:83).

<b>Variable</b>	<b>Media (S<sub>x</sub>)</b>
Sexo	
Mujer (%)	32.5
Hombre (%)	67.5
Estado civil	
Soltero (%)	94
Casado (%)	2.4
Separado (%)	3.6
Edad	37.27 (8.97)
Nivel de estudios (años escolarización)	12.24 (3.08)
Años evolución enfermedad	14.61 (8.86)
Dosis de medicación antipsicótica (mg.)	602.03 (444.05)
Autoestima	28.57 (6.01)
PANSS	
Psicopatología positiva	18.59 (9.24)
Psicopatología negativa	17.30 (6.40)
Psicopatología general	36.35 (10.26)

Para comprobar la efectividad del entrenamiento de autoestima, del centro Comunidad Terapéutica se seleccionaron aleatoriamente 20 pacientes que recibieron entrenamiento (grupo experimental) y 20 pacientes que no fueron entrenados (grupo control).

En la tabla 4 se recogen los datos descriptivos de las mismas variables que en el apartado anterior pero para cada uno de los grupos.

Tabla 4. Datos descriptivos de las muestras (n: 20 y n: 20).

Variable	Grupo experimental Media (S <sub>x</sub> )	Grupo control Media (S <sub>x</sub> )
Sexo		
Mujer (%)	30	40
Hombre (%)	70	60
Estado civil		
Soltero (%)	100	85
Casado (%)	0	10
Separado (%)	0	5
Edad	35.20 (8.25)	35.35 (10.35)
Nivel de estudios (años de escolarización)	11.30 (1.97)	11.60 (1.78)
Años evolución de la enfermedad	12.90 (8.36)	11.65 (9.81)
Dosis de medicación antipsicótica	544.10 (407.79)	521.94 (576.85)
Autoestima	30.15 (5.73)	28.25 (6.68)
PANSS		
Psicopatología positiva	20.35 (9.94)	19.95 (10.49)
Psicopatología negativa	17.05 (5.72)	15.25 (5.25)
Psicopatología general	36.35 (9.39)	38.55 (8.75)

## 9.2. Análisis de la autoestima.

Con el objetivo de comprobar si había diferencias significativas en autoestima en función del sexo, se utilizó la prueba de diferencia de medias t de Student (Tabla 5). Los datos indican que no hay diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 5. Análisis de las diferencias en autoestima en la variable sexo.

Variable (n)	Media en autoestima (S <sub>x</sub> )	t	p
Sexo			
Hombre (56)	29.05 (5.79)	1.064	0.558
Mujer (27)	27.56 (6.43)		

Para averiguar si existe relación entre la autoestima, y funcionamiento cognitivo (MCCB) y percepción subjetiva de los déficits cognitivos (GEOPTe y SSTICS) así como del resto de variables sociodemográficas y clínicas (edad, nivel de estudios, duración de la enfermedad y dosis de clorpromacina), se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearsons entre la autoestima y el resto de las variables.

Los resultados encontrados indican que existe una correlación negativa entre autoestima y la puntuación de HVLT-R de la batería MCCB, la puntuación DPRIME del CPT-IP II de la batería MCCB, las dos dimensiones de la escala GEOPTe, así como todas las dimensiones de la escala SSTICS (Tabla 6).



Tabla 6. Análisis de correlación de Pearsons entre autoestima y variables sociodemográficas, clínicas, cognitivas, de cognición social y percepción de déficits cognitivos.

Variable	Media (S <sub>x</sub> )	r	p
Edad	37.27 (8.97)	-0.047	0.670
Nivel de estudios (años)	12.24 (3.08)	0.122	0.112
Duración enfermedad (años)	14.61 (8.86)	0.070	0.529
Dosis clorpromazina (mg.)	602.03 (444.05)	0.049	0.661
PANSS			
Positiva	18.59 (9.24)	0.173	0.119
Negativa	17.30 (6.40)	-0.198	0.073
General	36.35 (10.26)	-0.237	<b>0.031*</b>
MATRICS			
TMT	69.35 (35.76)	-0.034	0.758
BACS	29.19 (10.37)	-0.098	0.38
HVLT-R	17.64 (5.25)	-0.299	<b>0.006*</b>
WMS-III	11.69 (4.14)	-0.048	0.660
LNS	8.66 (4.13)	-0.210	0.057
NAB	9.16 (6.98)	-0.059	0.597
BVMT-R	14.01 (8.17)	-0.132	0.235
Fluency	16.89 (5.44)	-0.024	0.827
MSCEIT	81.90 (9.73)	-0.143	0.198
CPT-IP DPRIME II	2.17 (1.20)	-0.256	<b>0.020*</b>
CPT-IP DPRIME III	1.46 (0.94)	-0.174	0.115
CPT-IP DPRIME IV	0.86 (0.71)	-0.090	0.418
GEOPTE			
Funciones cognitivas básicas	13.83 (5.13)	-0.531	<b>0.000*</b>
Cognición social	16.31 (5.45)	-0.575	<b>0.000*</b>
SSTICS			
Función ejecutiva sostenida	0.30 (0.25)	-0.574	<b>0.000*</b>
Memoria de información	0.35 (0.18)	-0.284	<b>0.009*</b>
Conciencia de esfuerzo	0.31 (0.21)	-0.492	<b>0.000*</b>
Vida diaria	0.22 (0.16)	-0.479	<b>0.000*</b>
Distraibilidad	0.37 (0.25)	-0.500	<b>0.000*</b>
Alerta	0.29 (0.34)	-0.330	<b>0.002*</b>

\*p &lt; 0.05

### 9.3. Efecto del entrenamiento.

Previo a los análisis de datos, con el objetivo de comprobar que las muestras fueran homogéneas, se realizó un análisis de diferencia de medias mediante la prueba *t de Students*, entre el grupo control y experimental con la edad, nivel educativo, estado civil, años de evolución y medicación antipsicótica (para la edad se usó la prueba *Chi-cuadrado*).

Los resultados obtenidos indican que no existen diferencias significativas entre los grupos para esas variables, por lo que se concluye que las muestras fueron estadísticamente equivalentes (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de diferencia de medias mediante *t de Students* y diferencia de frecuencias mediante  $\chi^2$ , entre grupo experimental y grupo control.

	<b>Grupo experimental Media (S<sub>x</sub>)</b>	<b>Grupo Control Media (S<sub>x</sub>)</b>	<b>t/ <math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Edad	35.20 (8.25)	35.35 (10.35)	0.003	0.960
Sexo: n (%)				
Hombres	14 (70%)	12 (60%)	0.440	0.507
Mujeres	6 (30%)	8 (40%)		
Educación (años)	11.30 (1.97)	11.60 (1.78)	0.253	0.618
Estado civil: n (%)				
Soltero	20 (100%)	17 (85%)		
Casado	0 (0%)	2 (10%)	3.243	0.198
Separado	0 (0%)	1 (5%)		
Años de evolución	12.90 (8.36)	11.65 (9.81)	0.188	0.667
Dosis de medicación antipsicótica	544.10 (407.79)	521.94 (576.85)	0.020	0.889

Con el objetivo de averiguar si el entrenamiento realizado mejoraba la autoestima u otra variable de las analizadas en el estudio en los pacientes, se llevó a cabo un ANOVA 2x2 con medidas repetidas. Un factor lo formaba el grupo (experimental/control) y el otro

factor estaba determinado por el momento de administración de la prueba (previa/posterior) (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis de la diferencia de medias mediante análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas comparando los niveles pre-post de autoestima, funcionamiento cognitivo y percepción de déficits entre el grupo control y el experimental.

	Grupo experimental		Grupo control		F	p	$\eta^2$
	pre	post	pre	post			
Escala Rosenberg	30.15 (5.733)	31.60 (5.529)	28.25 (6.688)	29.10 (6.577)	0.193	0.663	0.005
PANSS							
Positiva	20.35 (9.943)	18.4 (7.89)	19.95 (10.495)	16.9 (8.89)	0.407	0.527	0.011
Negativa	17.05 (5.72)	17.85 (5.47)	15.25 (5.25)	16.95 (5.91)	0.321	0.574	0.008
General	36.35 (9.39)	35.35 (9.43)	38.55 (8.75)	36.20 (10.21)	0.381	0.541	0.010
MATRICS							
TMT	59.35 (21.320)	56.45 (17.937)	54.05 (17.203)	51.60 (15.080)	0.029	0.867	0.001
BACS	30.35 (11.366)	30.80 (11.601)	32.85 (10.499)	32.00 (9.926)	2.348	0.134	0.058
HVL-T-R	17.25 (5.486)	18.25 (5.543)	19.05 (4.883)	19.85 (4.030)	0.054	0.817	0.001
WMS-III	11.35 (4.59)	11.50 (4.33)	13.50 (4.136)	14.15 (4.332)	0.381	0.541	0.010
LNS	8.00 (4.768)	8.30 (5.048)	10.80 (3.533)	10.65 (3.951)	0.598	0.444	0.015
NAB	8.95 (6.517)	10.05 (6.90)	12.20 (6.582)	12.20 (6.058)	1.211	0.278	0.031
BVMT-R	13.50 (7.55)	15.80 (7.43)	16.50 (7.119)	18.95 (7.338)	0.013	0.909	0.000
Fluency	15.50 (4.67)	16.60 (4.65)	17.30 (5.212)	17.65 (4.870)	0.889	0.352	0.023
MSCEIT	82.91 (11.03)	84.13 (8.06)	83.429 (6.228)	84.317 (6.930)	0.029	0.867	0.001
CPT-IP DPRIME II	1.966 (1.32)	1.923 (1.12)	2.485 (0.96)	2.252 (1.07)	0.733	0.397	0.019
CPT-IP DPRIME III	1.469 (1.10)	1.590 (0.78)	1.672 (0.79)	1.901 (1.07)	0.139	0.711	0.004
CPT-IP DPRIME IV	0.980 (0.75)	1.206 (0.91)	1.193 (0.93)	1.592 (0.97)	0.459	0.502	0.012
GEOPTTE							
Neurocognitivo	14.75 (5.702)	13.45 (4.707)	15.55 (5.717)	15.20 (5.578)	0.669	0.419	0.017
Cognición social	17.20 (6.387)	15.65 (5.334)	18.35 (5.480)	19.00 (4.341)	3.985	0.053	0.095
SSTICS							
Función ejecutiva	0.26 (.2062)	0.23 (.2317)	0.36 (.2976)	0.33 (.2685)	0.000	0.989	0.000
Memoria de información	0.32 (0.203)	0.29 (0.167)	0.36 (0.150)	0.41 (0.206)	3.764	0.060	0.090
Conciencia de esfuerzo	0.32 (0.187)	0.25 (0.171)	0.38 (0.216)	0.38 (0.188)	4.197	<b>0.047*</b>	0.099
Vida diaria	0.21 (0.154)	0.18 (0.127)	0.29 (0.204)	0.27 (0.267)	0.110	0.741	0.003
Distraibilidad	0.35 (0.230)	0.32 (0.156)	0.44 (0.228)	0.44 (0.226)	0.349	0.558	0.009
Alerta	0.17 (0.282)	0.20 (0.208)	0.37 (0.393)	0.40 (0.328)	0.000	1.000	0.000
Total	1.63 (1.008)	1.46 (0.775)	2.21 (1.259)	2.22 (1.016)	1.500	0.228	0.038

\*p < 0.05

Los resultados encontrados indican una mejora significativa en el grupo de entrenamiento con respecto al grupo control en la variable “conciencia de esfuerzo” de la escala SSTICS (Figura 16).

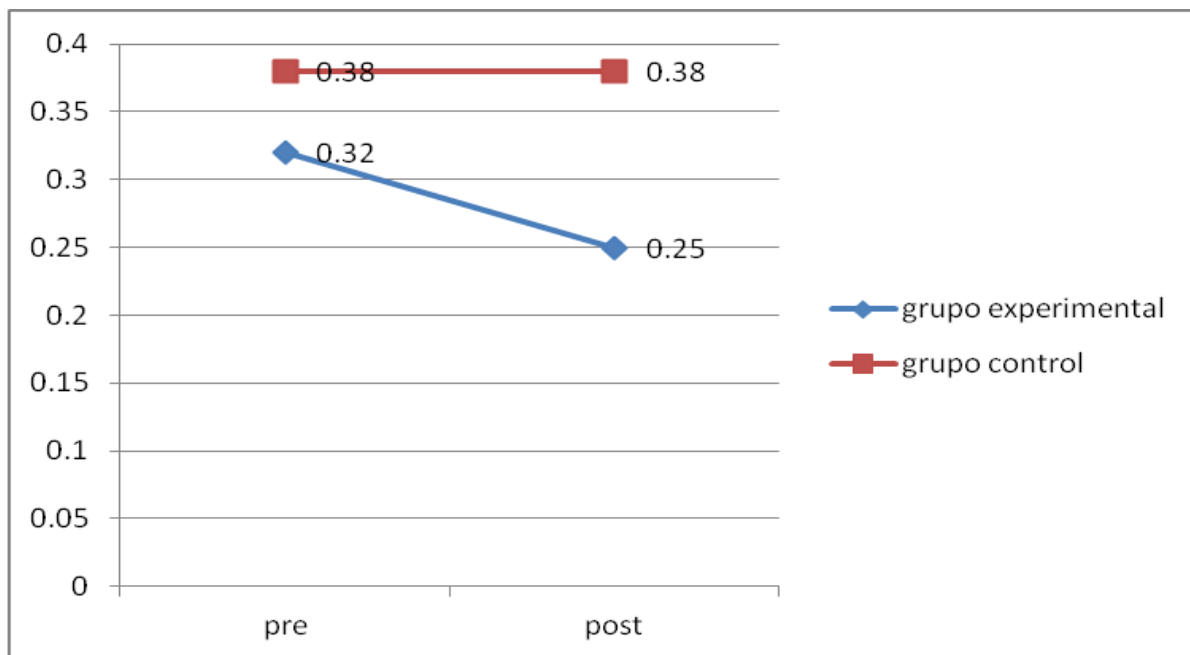


Figura 16. Diferencias entre grupo de entrenamiento de autoestima y grupo control, en el ítem conciencia de esfuerzo de la escala STICSS.

## 10

# DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 10.1. Discusión.

Desde el modelo de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein et al., 1992) se plantea que los procesos cognitivos y la cognición social serían factores mediadores que podrían estar afectando a la autoestima (Lysaker et al., 2011).

Un objetivo de esta Tesis Doctoral era comprobar si existe relación entre la autoestima y el funcionamiento cognitivo, cognición general y cognición social, así como la percepción subjetiva de los déficits cognitivos en personas diagnosticadas de esquizofrenia.

En relación con la cognición general, nuestra hipótesis era encontrar una relación positiva entre la autoestima y el funcionamiento cognitivo. Los resultados encontrados indican que no hay relación entre autoestima y funcionamiento cognitivo medido con la batería MCCB, excepto con una medida de aprendizaje verbal con recuerdo inmediato (HVLTR) y una medida de atención como es la sensibilidad del Test de Ejecución Continua (CPT-IP II), siendo la relación negativa. Es decir, a mayor autoestima habría peor rendimiento en memoria inmediata y atención. Una posible explicación a este resultado no esperado sería que el mejor funcionamiento cognitivo (mejor memoria inmediata y mejor atención) permitiría al paciente tener una visión más objetiva de su situación personal, disminuyendo su autoestima al percibir su situación clínica y social afectada por la enfermedad mental. De la misma manera Brekke, Kohrt y Green (2001) encontraron que la autoestima podría mediar en la relación entre funcionamiento cognitivo y funcionamiento psicosocial. Así pacientes con un funcionamiento cognitivo sin déficits, medido con Wisconsin Card Sorting Test (Berg, 1948), presentaba menor autoestima, argumentando que los pacientes con mejor funcionamiento cognitivo presentarían mejor capacidad de análisis de los contextos y de autoanálisis, factores que influirían en las evaluaciones subjetivas como la autoestima. Así, un paciente con mejor funcionamiento cognitivo podría no mejorar su autoestima (medida subjetiva) aunque mejore su situación personal (medida

objetiva como, por ejemplo, mejor funcionamiento diario, mayores relaciones interpersonales, ...) tras una intervención farmacológica y/o psicoterapéutica, porque tendría mayor capacidad de análisis de su situación personal respecto a la enfermedad que padece, en comparación con pacientes con peor funcionamiento cognitivo. De la misma manera Narváez y colaboradores (2008) y Fiszdon, Choi, Goulet y Bell (2008) obtuvieron una relación negativa entre funcionamiento cognitivo (que incluía el primer estudio: velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, aprendizaje y funciones ejecutivas, y el segundo estudio: funciones ejecutivas) y percepción de la calidad de vida, una medida subjetiva relacionada con la autoestima (Weinberg et al., 2012), en pacientes con esquizofrenia. Estos resultados los valoraban en relación a una mayor conciencia de enfermedad en pacientes con mejor funcionamiento cognitivo, por lo que percibirían el impacto de la enfermedad mental en su calidad de vida, en mayor medida que pacientes con peor funcionamiento cognitivo.

Por otro lado, varios estudios sí han encontrado relaciones positivas entre la autoestima y el funcionamiento cognitivo. Así Wang y colaboradores (2013) obtuvieron una relación positiva entre autoestima y funcionamiento cognitivo (medido con Wisconsin Card Sorting Test). Lysaker y colaboradores (2009) hallaron que un pobre rendimiento en una prueba de atención (CPT de Conners) estaba relacionado con una baja autoestima. Hesse y colaboradores (2015) encontraron una relación positiva entre la velocidad de procesamiento (medida con la prueba *Trail Making Test*; TMT) y la memoria verbal (medida con la prueba *Verbaler Lern und Merkfähigkeitstest*; VLMT) con una mayor autoestima.

Una posible explicación a estos resultados contradictorios sería que la relación entre las medidas de la autoestima y las medidas de funcionamiento cognitivo dependen de que el paciente perciba o no su situación actual influida por la presencia de la enfermedad, y cómo valore esta situación. Así, un mejor funcionamiento cognitivo podría influir en una valoración más cercana de su estado personal y la presencia o no de creencias negativas sobre sí mismo (variable muy similar a la autoestima), sobre la enfermedad mental (autoestigma) y sobre su situación social (familiar, apoyo social, situación laboral) determinarían una menor o mayor autoestima (Nabors et al., 2014). También sería importante delimitar qué medidas (y puntuaciones de estas medidas) de funcionamiento cognitivo influyen más o menos en esta percepción de la situación personal que realiza el paciente (Brekke et al., 2001).

Con respecto a la cognición social, no hemos encontrado relación entre la medida de esta variable y la medida de autoestima, siendo nuestra hipótesis encontrar una relación positiva entre la autoestima y la cognición social. Una posible explicación de este resultado

sería el haber utilizado sólo una medida de cognición social; la escala *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*; Mayer, Salovey y Caruso, 2002), siendo una medida global de cognición social (Ruiz et al., 2006). De esta manera, algunas medidas de cognición social podrían tener más relación que otras con medidas subjetivas como la autoestima. Así, Lincoln y colaboradores (2011) sí encontraron relación entre la teoría de la mente (medida de cognición social) y mayor autoestima, determinando que las relaciones entre la teoría de la mente y los síntomas negativos dependería de la mediación de la autoestima. Birchwood y colaboradores (2007) también encontraron cómo una menor puntuación en teoría de la mente podría influir en la presencia de ansiedad, culpa, estigma y menor autoestima.

Por otro lado, la presencia de una mayor cognición social, por ejemplo, un mejor reconocimiento de emociones, mejor teoría de la mente o mejor conocimiento social, influiría en la autoestima de la persona si ésta percibiera estas habilidades (Sanjuán et al., 2003), pero incluso aunque se produjera esta percepción, los resultados en la autoestima podrían verse influidos por otras variables, como la presencia de habilidades para obtener un mejor desempeño diario, como las habilidades sociales, la resolución de problemas, la capacidad de empatía, etc. Esto, unido a la posible presencia de sintomatología negativa y un habitual entorno estresante, ya sea por la presencia de estigma, problemas familiares, consecuencias negativas derivadas de problemas conductuales derivados de la psicopatología de la esquizofrenia, podrían disminuir los niveles de autoestima cuando la cognición social favorece una valoración más objetiva de su situación personal (Nabors et al., 2014). Así, Green y colaboradores (2012) encontraron una relación negativa entre varias medidas de cognición social, como la percepción social y la teoría de la mente y una menor autoestima medida mediante creencias disfuncionales del self. Estos resultados indicarían que una mayor cognición social podría estar relacionada con una mayor percepción de las dificultades que conlleva la enfermedad de la esquizofrenia.

Para concluir, indicar que habría resultados de la relación entre funcionamiento cognitivo y autoestima en ambos sentidos. Así, la autoestima podría mediar la relación entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento psicosocial, pero dependería de que el paciente percibiera o no sus déficits cognitivos (Cella et al., 2014).

En línea con los resultados entre funcionamiento cognitivo y autoestima, el planteamiento de nuestra segunda hipótesis era encontrar una relación negativa entre la autoestima y la percepción de déficits cognitivos. En este sentido encontramos una relación significativa negativa de la autoestima con todas las dimensiones de las escalas GEOPTE y SSTICS. Es decir, a una mayor autoestima habría una menor percepción de déficits

cognitivos. De esta manera la autoestima, tratándose de una medida subjetiva, tendría una mayor relación con medidas subjetivas de funcionamiento cognitivo, concretamente la percepción que tiene el paciente de posibles déficits cognitivos. En relación con las medidas subjetivas en esquizofrenia se ha encontrado, por ejemplo, que la sintomatología depresiva puede influir en la evaluación de los déficits cognitivos. Así, Durand y colaboradores (2015) y Bowie y colaboradores (2008) encontraron que pacientes con esquizofrenia y sintomatología depresiva mostraban una mayor presencia de déficits cognitivos, siendo estas evaluaciones más parecidas a las realizadas por los profesionales sanitarios que los atendían. Por tanto, las medidas de percepción de déficits cognitivos parecen ser fundamentales en las medidas de eficacia de las intervenciones realizadas con los pacientes con esquizofrenia. En relación con los resultados encontrados Caqueo-Urizar, Boyer, Baumstarck y Gilman (2015) encuentran también una relación negativa entre la calidad de vida subjetiva y la percepción subjetiva de déficits de cognición social, pero este resultado no se daba con la percepción subjetiva de déficits cognitivos (medidas las percepciones con la escala GEOPTe). En un intento por explicar qué variables pueden ser las responsables de esta relación entre la autoestima y la percepción de déficits cognitivos, Cella y colaboradores (2014) llevaron a cabo un estudio para conocer el papel que los síntomas y la autoestima tienen en la percepción subjetiva de los problemas cognitivos en la esquizofrenia. Concluyen que un cuarto de la varianza subjetiva de los problemas cognitivos puede ser explicada por la autoestima, los síntomas negativos y el funcionamiento social. La predicción más fuerte era con autoestima, de forma que una baja autoestima predice una alta conciencia de los déficits cognitivos. Esta relación, que también aparece en nuestro estudio, sugiere que la alta autoestima sólo puede preservarse si se niegan las dificultades cognitivas. Estos resultados se enmarcan dentro del contexto general de insight y síntomas psicóticos (Roe et al., 2011), donde la recuperación objetiva de un paciente no es sinónimo de recuperación subjetiva, aunque sí complementaria. Esta interpretación implica un reto dentro del ámbito de las intervenciones en relación con la autoestima, en el sentido que trabajar con la conciencia de los déficits cognitivos de los pacientes podría conllevar una disminución de la autoestima (Salvatore et al., 2012). Así, se ha encontrado que los pacientes con mayor insight general pueden presentar menor autoestima (Cavelti et al., 2014), denominándose a este efecto “paradoja insight” (Lysaker et al., 2007). Los niveles de autoestigmatización sobre padecer una enfermedad mental podrían mediar esta relación entre autoestima e insight (Nabors et al., 2014). Indicar que en nuestro estudio no hemos recogido medidas de autoestigma de los pacientes.

Finalmente, con respecto a la relación entre la autoestima y la psicopatología, nuestra hipótesis era encontrar una relación negativa entre la autoestima y la psicopatología



positiva, negativa y general, habiéndose encontrado sólo una relación negativa entre autoestima y psicopatología general. Además, el análisis descriptivo de las puntuaciones en psicopatología de la muestra indica que son medidas casi asintomáticas (teniendo en cuenta las medias de las variables), pudiendo explicarse este resultado por el tipo de pacientes que representan la muestra, encontrándose éstos en dispositivos de rehabilitación de estancia media donde las manifestaciones clínicas y psicopatológicas son controladas por una intervención integral. Además, la escala PANSS presenta puntuaciones discretas sobre la presencia de determinados trastornos, como delirios, ansiedad, depresión, por lo que las relaciones entre psicopatología y autoestima pudieran no ser del todo aclaradas con esta escala.

Otras posibles explicaciones a los resultados encontrados, es decir, sólo relación entre autoestima y psicopatología general y las puntuaciones medias-bajas en las medidas de la escala PANSS, estarían en la estabilidad de la autoestima y en el tipo de delirios sufridos por el paciente. Así, se ha postulado que la persona con delirios no siempre evita los sentimientos negativos, como plantea el modelo motivacional, por lo que la autoestima en personas con delirios de persecución sería inestable (Thewissen et al., 2008), encontrándose que la autoestima más estable se relaciona con mayores delirios de persecución, prediciendo la disminución de la autoestima un incremento en estos delirios (Erickson y Lysaker, 2012; Grbic, 2013). Pero las medidas transversales como las de este estudio no permiten estudiar estas relaciones. Por otro lado Moritz y colaboradores (2006) encontraron que la relación entre psicopatología y autoestima dependía del tipo de delirios que padecía el paciente, encontrando sólo una alta autoestima en pacientes con delirios de persecución, pero en los pacientes con esquizofrenia con otro tipo de delirios, la puntuación en autoestima era baja. En relación con estos datos, aunque hemos utilizado la escala PANSS donde se exploran los delirios, no se ha registrado el contenido de los mismos, que podría aclararnos si los resultados coinciden con los encontrados por estos autores.

Por otro lado, hay estudios que sí han encontrado una relación negativa entre sintomatología positiva y autoestima (Barrowclough et al., 2003; Grbic, 2013; Smith et al., 2006) tal y como plantean los modelos emocionales (Espinosa et al., 2014), otros estudios han hallado puntuaciones de autoestima conservadas en esquizofrenia (Fornells-Ambrojo y Garety, 2009), incluso puntuaciones altas en autoestima en pacientes con delirios de persecución (Moritz et al., 2006) tal y como postulan los modelos motivacionales (Espinosa et al., 2014), y otros estudios no han encontrado relación entre autoestima y sintomatología positiva (Freeman et al., 1998; Palmier-Claus, Dunn, Drake y Lewis, 2011). Para poder entender esta falta de concordancia en los resultados, habría que indicar que varios

estudios han utilizado diferentes medidas para evaluar la autoestima. Así, Valiente y colaboradores (2014) encontraron en personas con delirios paranoides tanto una autoestima conservada como creencias autoevaluativas más negativas que personas sin estos delirio. Hesse y colaboradores (2015) encontraron que un autoconcepto interpersonal negativo predecía mayor riesgo de delirios paranoides. De esta manera, dependiendo de qué aspectos subjetivos estemos midiendo se podría obtener un resultado u otro.

También hay estudios que han encontrado una relación negativa entre la autoestima y la sintomatología negativa (Grant y Beck, 2009; Hesse et al., 2015), pudiendo depender esta relación del tipo de medidas utilizadas para evaluar la autoestima. En estos estudios utilizaban medidas de creencias negativas del self mientras que en nuestro estudio esta medida era la puntuación de una escala de autoestima (Escala de Rosenberg).

Por último, las asociaciones entre sintomatología general, especialmente medidas de ansiedad y depresión, y autoestima son habituales en pacientes con esquizofrenia (Espinosa et al., 2014). De esta manera algunos autores definen modelos explicativos de la sintomatología psicótica teniendo en cuenta la relación entre estas variables (Freeman et al., 2002; Navarro y Carrasco, 2009). Como comentábamos anteriormente, el no haber utilizado escalas específicas sobre estas variables no nos permite explicar la causa de esta relación entre sintomatología general y autoestima, aunque el tratarse de medidas subjetivas con una intensa carga emocional sería un hecho bastante evidente de porqué se produce ésta.

El segundo objetivo de esta Tesis Doctoral era comprobar la eficacia del programa de autoestima Mind Training en personas con esquizofrenia en las medidas de autoestima, cognición, percepción de déficits cognitivos y psicopatología.

La elección de este programa de autoestima viene determinada por varios aspectos. Así, partimos de los resultados de estudios que han encontrado una mejora de la autoestima como consecuencia de intervenciones cognitivas (Rose et al., 2008; Garrido et al., 2013). De esta manera hemos utilizado un entrenamiento específico para entrenar la autoestima, que además incluye elementos cognitivos integrados en el entrenamiento, y que ha demostrado su eficacia en la disminución de la hipervigilancia a estímulos amenazantes, encontrándose esta hipervigilancia aumentada en personas sanas con baja autoestima (Dandeneau et al., 2007) y también en personas con esquizofrenia (Freeman et al., 2013).

Con la aplicación del programa el único cambio encontrado se produce en la dimensión “conciencia de esfuerzo” de la escala SSTICS, concretamente mejoras en la

percepción de dificultades de memoria, atención dividida y capacidad para mantener una conversación. El hecho de haber utilizado pruebas cognitivas con dificultad creciente según el grado de ejecución, podría indicar mejoras en tareas de esfuerzo percibidas por el sujeto. Además, dado que no se encuentran mejoras en funcionamiento cognitivo podría ser la explicación de no encontrar mejoras en autoestima con el entrenamiento. Otros estudios han encontrado resultados diversos en relación con mejoras en la autoestima y el funcionamiento cognitivo mediante programas de rehabilitación cognitiva en esquizofrenia. Así, Garrido y colaboradores (2013) encontraron mejoras en la velocidad de procesamiento (medida con la prueba *Symbol Digit Modalities Test*), la memoria de trabajo (medida con la prueba *Letter–Number Sequencing*) y la resolución de problemas (medida con el *test Stroop*) que se correspondían con mejoras en autoestima; sin embargo, Hodge y colaboradores (2010) no hallaron mejoras en autoestima, aunque si mejoras en memoria visual y verbal (medida con la prueba Figura Compleja de Rey) y atención sostenida (medida con la prueba CPT de Conners).

Una posible explicación a la falta de resultados obtenida en nuestro estudio es que la presencia de déficits en estrategias de afrontamiento y déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia podría dificultar la generalización del entrenamiento con Mind Training, es decir, la capacidad de ignorar estímulos de rechazo y prestar atención a estímulos de agrado (como una cara sonriente). Estas personas podrían verse frustradas de nuevo por no conseguir los objetivos del tratamiento. De esta manera, en vez de conseguir un aumento de la autoestima podría conseguirse una disminución de esta, siendo el entrenamiento en habilidades sociales, reconocimiento de emociones, etc., una posible solución para potenciar los efectos del programa. La mejora de estrategias de afrontamiento, que a su vez mejoraría los déficits cognitivos y la autoestima, permitiría disminuir las limitaciones causadas por la enfermedad y ayudar al paciente en su recuperación.

De la misma forma algunos estudios sugieren que es la utilización de estrategias para la mejora de la cognición, más que la práctica en sí, lo que podría mejorar la metacognición, es decir, la capacidad que tenemos de autorregular el propio aprendizaje y que permitiría transferir las ganancias positivas al funcionamiento diario y, por tanto, a su autoestima (Wykes y Reeder, 2005; Wykes y Spaulding, 2011). El que nuestro programa no trabajara directamente las estrategias puede estar relacionado con que no se haya producido esa mejora en la autoestima.

Por otro lado, el hecho de que los pacientes que participaron en el estudio se encuentren en un dispositivo de salud mental de tercer nivel, en los que no se realizan

intervenciones específicas sobre autoestima ni funcionamiento cognitivo, pero donde se desarrollan programas de rehabilitación psicosocial integrales, podrían explicar el porqué de no haber encontrado mejoras significativas en los pacientes entrenados en autoestima y funcionamiento cognitivo, en comparación con los no entrenados. Es decir, todos los pacientes del dispositivo, al recibir una atención integral, no estigmatizante y en un contexto seguro, podrían mantener o aumentar sus niveles de autoestima aunque no recibieran un entrenamiento específico en ésta.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones.

En primer lugar, al haber realizado análisis correlacionales el poder definir la dirección de causalidad entre las variables es cuestionable. Es por ello que sería interesante medir las variables longitudinalmente (Moritz et al., 2010). De esta manera, cambios en los niveles de las variables como autoestima, psicopatología, funcionamiento cognitivo, percepción de déficits, podrían influir en cambios en el resto de variables y aportar una información más válida de los procesos implicados en la autoestima.

Como complemento a los datos que hemos encontrado sería interesante emplear una medida de autoestima implícita y no sólo explícita, como suele ser habitual. La autoestima implícita se refiere a la evaluación no consciente y automática del self (Tiernan et al., 2014). Aunque se trate de una medida cuestionable por su dificultad de medida, podría determinar diferencias en la percepción del paciente que no serían observables con las medidas de autoestima explícita (Espinosa et al., 2014). Esto es de especial interés teniendo en cuenta los resultados que hemos encontrado de la relación de autoestima con la percepción subjetiva de déficits cognitivos.

Por otro lado, no hemos recogido medidas de autoestigma que podrían influir en las valoraciones subjetivas del paciente sobre su situación personal (Nabors et al., 2014), ni hemos utilizado escalas específicas sobre psicopatología (ansiedad, depresión, delirios) que podrían indicar si existe relación entre estas variables y la autoestima, y qué tipo de delirios presenta el paciente. En este mismo sentido, sólo hemos utilizado una medida de cognición social, el *test Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT)* (Mayer, Salovey y Caruso, 2002), siendo una medida global de cognición social (Ruiz et al., 2006).

Con respecto al programa de entrenamiento, el no haber seleccionado una muestra de pacientes con menor autoestima, porque entendíamos que las mejoras en autoestima podrían beneficiar a pacientes con puntuaciones altas y bajas en dicha variable, no nos permite concluir si el programa es efectivo o no en la mejora de la autoestima. En relación también con la *escala de autoestima de Rosenberg*, por ser una medida muy global (por

ejemplo no tiene en cuenta la autovaloración de capacidades, actitudes, valores, habilidades, y en diferentes ámbitos de la vida, como la familia, el trabajo, lo social, etc.) puede no ser sensible para detectar cambios en la autoestima tras el entrenamiento realizado. Utilizar un instrumento que evalúe distintas dimensiones, explícitas e implícitas, de la autoestima, nos permitiría ampliar el rango de factores relacionados con la autoestima que podrían ser susceptibles de cambiar tras un entrenamiento específico como el que hemos llevado a cabo.

Un aspecto a tener en cuenta también sería la posible presencia del síndrome cognitivo atencional de la esquizofrenia (Morrison y Wells, 2007; Wells y Matthews, 1994) que conlleva una preocupación perseverativa ante ciertos pensamientos y emociones (García et al., 2008) y que no es tenido en cuenta en el programa Mind Training, ni ha sido explorado en las evaluaciones de los pacientes. La intervención en este síndrome (por ejemplo, con entrenamiento atencional para disminuir las preocupaciones) podría combinarse con el entrenamiento en disminución de la hipervigilancia del Mind Training.

De esta manera, tampoco se han entrenado estrategias de afrontamiento, ni estrategias específicas en el programa de entrenamiento, por lo que la potenciación y generalización de los resultados sería menor (Vallina y Lemos, 2001; Wykes y Spaulding, 2011).

## **10.2. Conclusiones.**

Los objetivos de esta Tesis Doctoral eran comprobar las relaciones de la autoestima con la psicopatología, el funcionamiento cognitivo y la percepción de déficits cognitivos, y la efectividad del programa de autoestima Mind Training en un grupo de pacientes con esquizofrenia.

Los resultados, en general, no han sido los esperados en nuestras hipótesis iniciales. Así, la autoestima sólo se ha relacionado con dos medidas de funcionamiento cognitivo pero de forma negativa. Sin embargo, la relación entre la autoestima y la percepción de déficits cognitivos ha sido negativa y significativa en todas las correlaciones estudiadas. Este resultado es bastante llamativo y permite plantearse nuevas hipótesis en el estudio de la esquizofrenia, otorgando un papel principal a las variables subjetivas como la autoestima o las percepciones que realiza el paciente de su funcionamiento en general y cognitivo en particular.

Por otro lado, los resultados del entrenamiento en la autoestima tampoco han sido los previsible, obteniendo sólo un resultado significativo en la medida de conciencia de esfuerzo, una medida de percepción de déficits cognitivos. Sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, como la escasa muestra, las características del centro donde se encuentran los pacientes, etc., se trata de una intervención muy novedosa en el campo de la esquizofrenia, que interviene a nivel cognitivo y de la autoestima en el proceso de hipervigilancia frecuentemente encontrado en la baja autoestima y en la esquizofrenia.

A partir del estudio realizado y las conclusiones del mismo, se plantean futuras líneas de investigación:

- Creemos necesarios más estudios respecto al papel de la autoestima en el inicio y curso de la esquizofrenia, incluyendo medidas cognitivas y de percepción subjetiva de éstas, así como medidas longitudinales. De esta manera, las medidas subjetivas parecen fundamentales en la recuperación del paciente, encontrándose en ocasiones una escasa o nula relación entre las medidas subjetivas y objetivas del funcionamiento cognitivo (Caqueo-Urizar et al., 2015).
- El estudio de la influencia de la autoestima en la relación entre las valoraciones sobre el funcionamiento cognitivo que realiza el paciente con las valoraciones que realiza el profesional, permitiría tener un mayor conocimiento sobre lo que el paciente espera de las terapias, determinando si coincide con lo que el profesional cree que el paciente aspira a conseguir.
- Sería importante medir otros aspectos relacionados con la autoestima en la esquizofrenia. Las escalas de evaluación deberían incluir medidas de autoestima explícita e implícita, escalas más específicas sobre autoestima y psicopatología, conciencia de enfermedad o insight y escalas específicas de cada componente de la cognición social.
- El programa Mind Training, que ha demostrado su efectividad en población no clínica (Dandeneau et al., 2007), podría obtener mejoras en las medidas de autoestima en la esquizofrenia, si se combinara con intervenciones cognitivo-conductuales, que tradicionalmente han demostrado su eficacia en la mejora de sintomatología de la esquizofrenia (Vallina y Lemos, 2001). De esta manera, aunque el proceso de hipervigilancia al rechazo, entrenado por el programa y que se ha encontrado en esquizofrenia y en autoestima baja mejorase, la presencia de importantes déficits, pérdida de funcionalidad y de rol sociofamiliar, pérdida de metas y objetivos personales

en la esquizofrenia, podrían mejorarse con este tipo de intervenciones, que repercutirían a su vez en las medidas de autoestima. Así, las estrategias de afrontamiento como las habilidades sociales, la solución de problemas, técnicas de relajación, etc., aunque influidas por los factores cognitivos (Lysaker et al., 2011; Wang et al., 2013), permitirían una intervención más integral en el proceso de rehabilitación del paciente y por tanto en su autoestima, y ayudaría a conseguir una mayor metacognición de los procesos implicados en la hipervigilancia, fomentando la generalización del entrenamiento.





## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., y David, A.S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 189, 204-212.
- Allport, G.W. (1955). *Becoming: basic considerations for a psychology of personality*. New Haven: Yale University Press.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., y Gorman, J.M., (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición)*. Arlington, V.A.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. New York: Commonwealth Foundation.
- Bach, D., Buxtorf, K., Grandjean, D., y Strik, W. (2009). The influence of emotion clarity on emotional prosody identification in paranoid schizophrenia. *Psychological Medicine*, 39, 927-938.
- Baldwin, M. (2008). *Mind Training: El entrenamiento de la inteligencia social*. Montreal: MindHabits Inc.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New York: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baños, R.M. y Belloch, A. (2008). Psicopatología de la atención. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología Volumen I*. Madrid: McGraw-Hill.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 44, 215-22.

- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., y Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 92–99.
- Baumeister, R.F., Smart, L., y Boden, J.M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103, 5-33.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bednar, R., Wells, G., y Peterson, S. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical interpretation. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., y Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., y Moutoussis, M. (2008). The role of self-esteem in paranoid delusions: the psychology, neurophysiology, and the development of persecutory beliefs. En D. Freeman, R. Bentall y Ph. Garety (Eds.), *Persecutory Delusions: Assessment, Theory, and Treatment*. Oxford: University Press.
- Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., ... Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: A transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry*, 66, 236-247.
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *The Journal of general psychology*, 39, 15-22.
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Editorial Herder.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., y Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1025-1037.

- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox of the group of schizophrenias*. New York: International University Press.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., y Huguelet, Ph. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24, 307-316.
- Bowie, C.R., Leung, W.W., Reichenberg, A., McClure, M.M., Patterson, T.L., Heaton, R.K., y Harvey, P.D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological Psychiatry*, 63, 505-511.
- Bozikas, V. P., y Andreou, C. (2011). Longitudinal studies of cognition in first episode psychosis: a systematic review of the literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 93–108.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam.
- Brekke, J., Kay, D., Lee, K., y Green, M. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80, 213-225.
- Brekke, J., Kohrt, B., y Green, M. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 697-708.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Handbuch der psychiatrie.
- Bowie, C. R., Leung, W. W., Reichenberg, A., McClure, M. M., Patterson, T. L., Heaton, R. K., y Harvey, P. D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological psychiatry*, 63, 505-511.
- Brown, J. D., Dutton, K. A., y Cook, y K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15, 615–631.
- Burns, D. (2000). *Autoestima en 10 días*. Barcelona: Paidós.
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K., y Gilman, S. E. (2015). Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 24, 2753-2760.

- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin Books.
- Cavelti, M., Rüsçh, N., y Vauth, R. (2014). Is Living With Psychosis Demoralizing?: Insight, Self-stigma, and Clinical Outcome Among People With Schizophrenia Across 1 Year. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 521-529.
- Cella, M, Reeder, C., y Wykes, T. (2014). It is all in the factors: Effects of cognitive remediation on symptom dimensions. *Schizophrenia Research*, 156, 60-62.
- Chadwick, P., Trower, P., Juusti-Butler, T., y Maguire, N. (2005). Phenomenological evidence for two types of paranoia. *Psychopathology*, 38, 327-333.
- Chisholm, K. E., Wood, S., Reniers, R. L., Broome, M., y Lin, A. (2014). The clinical overlap between autism and psychosis. *Schizophrenia Research*, 153, 228.
- Clemens, H., y Bean, R. (2001). *Cómo desarrollar la autoestima en los niños*. Madrid: Debate.
- Close, H., y Garety, P. (1998). Cognitive assessment of voice: further developments in understanding the emotional impact of voices. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 173-188.
- Cooley, C.H. (1912). *Human nature and the social order*. New York: Scribners.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman and Company.
- Cornblatt, B. A., y Keilp, J. G. (1994). Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 31-46.
- Couture, S., Penn, D., y Roberts, D. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 44–63.
- Crocker, J., y Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of selfworth. *Psychological Review*, 108, 593-623.

- Crow, T.J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?. *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Crow, T.J., Done, D.J., y Sacker, A. (1995). Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2, 4561-4691.
- Cuthbert, B. (2014). The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13, 28-35.
- Dandeneau, S. D., y Baldwin, M. W. (2004). The inhibition of socially rejecting information among people with high versus low self-esteem: The role of attentional bias and the effects of bias reduction training. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 584-602.
- Dandeneau, S. D., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., Sakellaropoulo, M., y Pruessner, J. C. (2007). Cutting stress off at the pass: Reducing stress and hypervigilance to social threat by manipulating attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 651-666.
- Davis, P., y Gibson, M. (2000). Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 445-450.
- De la Higuera, J., y Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24, 245-266.
- Dickinson, D., Ramsey, M.E., y Gold, J.M. (2007). Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 64, 532-542.
- Díez-Alegría, C., y Vázquez, C. (2006). Teorías cognitivas de las creencias delirantes. *Apuntes de Psicología*, 24, 51-82.
- Duclos, G., Laporte, D., y Ross, J. (2010). *Qué hacer para desarrollar la autoestima en los adolescentes*. México D.F.: Quarzo.
- Durand, D., Strassnig, M., Sabbag, S., Gould, F., Twamley, E. W., Patterson, T. L., y Harvey, P. D. (2015). Factors influencing self-assessment of cognition and

- functioning in schizophrenia: Implications for treatment studies. *European Neuropsychopharmacology*, 25, 185-191.
- Dzuka, J., y Dalbert, C. (2002). Mental health and personality of Slovak unemployed adolescents: The impact of belief in a just world. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 732-757.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Edwards, J., Jackson, H., y Pattison, P. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clinical Psychology Review*, 22, 789-832.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: or a theory of a theory. *American psychologist*, 28, 404-416.
- Epstein, S. (1985). The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 15, 283-310.
- Erickson, M., y Lysaker, P. (2012). Self-esteem and insight as predictors of symptom change in schizophrenia: a longitudinal study. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 6, 69-75.
- Espinosa, R., Valiente, C., y Bentall, R.P. (2014). El concepto de self y de otros en los delirios persecutorios. *Clínica y Salud*, 25, 187-195.
- Fatouros-Bergman, H., Cervenka, S., Flyckt, L., Edman, G., y Farde, L. (2014). Meta-analysis of cognitive performance in drug-naïve patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 158, 156-62.
- Fernández, M., Quevedo-Blasco, R., y Buela-Casal, G. (2010). Diferencias en el estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes delirantes. *Salud mental*, 33, 527-534.
- Fialko, L., Freeman, D., Bebbington, P. E., Kuipers, E., Garety, P. A., Dunn, G., y Fowler, D. (2006). Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 177-186.



- First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Gibbon, W. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC)*. Barcelona: Masson.
- Fiszdon, J.M., Choi, J., Goulet, J., y Bell, M.D. (2008). Temporal relationship between change in cognition and change in functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 105*, 105-113.
- Fornells-Ambrojo, M., y Garety, P. (2009). Understanding attributional biases, emotions and self-esteem in 'poor me' paranoia: findings from an early psychosis sample. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 141-162.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Garety, P., Freeman, D., Kuipers, E., Dunn, G., ... Bebbington, P.E. (2012). Negative Cognition, Depressed Mood, and Paranoia: A Longitudinal Pathway Analysis Using Structural Equation Modeling. *Schizophrenia Bulletin, 38*, 1063–1073.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*, 425–457.
- Freeman, D., Dunn, G., Fowler, D., Bebbington, P., Kuipers, E., Emsley, R., ... Garety, P. (2013). Current Paranoid Thinking in Patients With Delusions: The Presence of Cognitive-Affective Biases. *Schizophrenia Bulletin, 39*, 1281–1287.
- Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P., y Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis IV: Self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 415-430.
- Freeman, D., Garety, P. y Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: Developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine, 31*, 1293-1306.
- Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D., y Bebbington, P. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 331–347.
- Freeman, D., Garety, P., y Phillips, M. (2000). An examination of hypervigilance for external threat in individuals with generalized anxiety disorder and individuals with persecutory delusions using visual scan paths. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology, 53*, 549-567.

- Frey, D., y Carlock, C.J. (1989). *Enhancing Self Esteem*. Muncie: Accelerated Development Inc.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard Edition*, 14, 1957-1961.
- Frith, U., y Happé, F. (1994). Autism: Beyond "theory of mind". *Cognition*, 50, 115-132.
- Fuentes, I. García, S., Ruíz, J.C., Dasí, C., y Soler, M.J. (2011). La Escala de Cognición Social (ECS): Estudio piloto sobre la evaluación de la cognición social en las personas con esquizofrenia. *Rehabilitación Psicosocial*, 8, 2-7.
- Fusar-Poli, P., Deste, G., Smieskova, R., Barlati, S., Yung, A.R., Howes, O., ... Borgwardt, S. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 69, 562-571.
- Garaigordobil, M., Pérez, J., y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20, 114-123.
- García, J.M., Pérez, M., Fernández, R., Forniellas, I., y Muyor, J.M. (2008). *La hiperreflexividad y la investigación cognitiva sobre la esquizofrenia*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis>
- Garety, P. A., Everitt, B. S., y Hemsley, D. R. (1988). The characteristics of delusions: A cluster analysis of deluded subjects. *European archives of psychiatry and neurological sciences*, 237, 112-114.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Garrido, G., y Albeni, J. (2011). ¿El deterioro cognitivo en los primeros episodios de la esquizofrenia es generalizado o selectivo?. *Alzheimer*, 48, 18-24.
- Garrido, G., Barrios, M., Penadés, R., Enríquez, M., Garolera, M., Aragay, N., ... Vendrell, J. (2013). Computer-assisted cognitive remediation therapy: Cognition, self-esteem and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 150, 563-569.
- Godoy, J., Godoy-Izquierdo, D., y Vázquez, M. (2011). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de psicología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: essays in face-to-face behaviour*. Chicago: Adline Press.
- Gómez-Jacinto, L. (2005). Comparación social y autoevaluación desde un enfoque evolucionista. *Escritos de Psicología*, 7, 2-14.
- Gould, R., Mueser, K., Bolton, E., Mays, V., y Goff, D. (2015). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- Grant, P. M., y Beck, A. T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 798-806.
- Grbic, S. (2013). *The role of self-esteem in the development and maintenance of delusions: A systematic literature review focusing on persecutory and grandiose delusions*. Universidad de Sheffield. Tesis Doctoral.
- Green, M. F., Helleman, G., Horan, W. P., Lee, J., y Wynn, J. K. (2012). From perception to functional outcome in schizophrenia: modeling the role of ability and motivation. *Archives of General Psychiatry*, 69, 1216-1224.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Green, M. F., y Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophrenia Research*, 72, 1-3.
- Greenier, K. D., Kernis, M. H., y Waschull, S. B. (1995). *Not all high (or low) self-esteem people are the same* (pp. 51-71). Macon: Springer US.
- Guidano, V. (1994). *El sí-mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
- Guillem, F., Pampoulova, T., Stip, E., Lalonde, P., y Todorov, C. (2005). The relationships between symptom dimensions and dysphoria in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 75, 83-96.

- Gureje, O., Harvey, C., y Herrman, H. (2004). Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 334-338.
- Hall, P. L., y Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317-332.
- Harvey, P.D., y Sharma, T. (2002). Cognitive deficits as a core feature of schizophrenia. En P. Harvey y T. Sharma (Eds.), *Understanding and treating cognition in schizophrenia. A clinician handbook* (pp. 9-21). London: Martin Dunitz.
- Havener, P., y Izard, C. (1962). Unrealistic self-enhancement in paranoid schizophrenics. *Journal of Consulting Psychology*, 26, 65.
- Hayes, S. (2011). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heinrichs, R.W., Hanlon, T.E., y Carpenter, W.T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-398.
- Heinrichs, R.W., y Zakzanis, K.K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426-445.
- Hesse, K., Kriston, L., Wittorf, A., Herrlich, J., Wölwer, W., y Klingberg, S. (2015). Longitudinal relations between symptoms, neurocognition, and self-concept in schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-9.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy; A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Hirsch, S., Bowen, J. O., Emami, J., Cramer, P., Jolley, A., Haw, C., y Dickinson, M. (1996). A one year prospective study of the effect of life events and medication in the etiology of schizophrenic relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 49-56.
- Hodge, M., Siciliano, D., Withey, P., Moss, B., Moore, G., Judd, G., ... Harris, A. (2010). A randomized controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 419-427.

- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Holt.
- Jaramillo, P., Fuentes, I., y Ruiz, J. C. (2009). Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychology, Society & Education*, 1, 13-24.
- Jones, R.M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., y Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: A longitudinal study. *Psychosis*, 2, 218-226.
- Kaney, S., y Bentall, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 191-198.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K., y Bentall, R. (1999). Persecutory delusions and autobiographical memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 97-102.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K., Dewey, M. y Bentall, R. (1997). Frequency and consensus judgements of paranoid, paranoid-depressed and depressed psychiatric patients: Subjective estimates for positive, negative and neutral events. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 349-364.
- Kaney, S., Wolfenden, M., Dewey, M., y Bentall, R. (1992). Persecutory delusions and recall of threatening propositions. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 13-23.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., y Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- 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, 124-131.
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., y Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 65, 1190.

- Knapp, M., Mangalore, R., y Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 279.
- Knight, M. T., Wykes, T., y Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 305-318.
- Kohler, C., Turner, T., Bilker, W., Brensinger, C., Siegel, S., Kanes, S., ... Gur, R. (2003). Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1768-1774.
- Kohler, C., Walker, J., Martin, E., Healey, K., y Moberg, P. (2010). Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1009-1019.
- Kohut, H. (1977). *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kraepelin, E. (1896). *Zur Hygiene der Arbeit*. G. Fischer.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Edimburgo: Livingstone.
- Krabbendam, L., Janssen, I., Bak M., Bijl, R.V., de Graaf, R., y van Os, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 1-6.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G., y Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 24-31.
- Laithwaite, H., Gumley, A., Benn, A., Scott, E., Downey, K., Black, K., y McEwen, S. (2007). Self-esteem and psychosis: A pilot study investigating the effectiveness of a self-esteem programme on the self-esteem and positive symptomatology of mentally disordered offenders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 569-577.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leafhead, K., Young, A., y Szulecka, T. (1996). Delusions demand attention. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1, 5-16.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., y Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518-530.

- Lecky, P. (1945). *Self consistency*. New York: Island Press.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A. D., Wilde, J., Leclerc, C., y Richard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 406-413.
- Lerner, M. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum.
- Lewinsohn, P.M., Steinmetz, J.L., Larson, D.W., y Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: antecedent or consequence?. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 213-219.
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Kesting, M. L., y Rief, W. (2011). Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychological interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 23-32.
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Ziegler, M., Kesting, M.L., Exner, C., y Rief, W. (2010). Is fear of others linked to an uncertain sense of self? The relevance of self-worth, interpersonal self-concepts, and dysfunctional beliefs to paranoia. *Behavior Therapy*, 41, 187-197.
- Lyon, H. M., Kaney, S., y Bentall, R. P. (1994). The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution tasks. *British Journal Psychiatry*, 164, 637-646.
- Lysaker, P., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K.D., Semerari, A., Carcione, A., y Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: The relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 412-424.
- Lysaker, P. H., Roe, D., y Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 192-199.
- Lysaker, P., Vohs, J., y Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110, 165-172.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. En T.F. Oltmanns y B.A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.

- Marwaha, S., y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT), Versión 2.0*. Toronto: Multi-Health Systems.
- McKay, M., y Fanning, P. (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mead, G. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Melo, S. S., Taylor, J. L., y Bentall, R. P. (2006). Poor me versus bad me paranoia and the instability of persecutory ideation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 271-287.
- Mirsky, A. F., y Duncan, C. C. (1986). Etiology and expression of schizophrenia: Neurobiological and psychosocial factors. *Annual Review of Psychology*, 37, 291-319.
- Mora, M., y Raich, R.M. (2005). *Autoestima. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis.
- 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, 358-366.
- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., ... Woodward, T. S. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 151-157.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., y Lincoln, T.M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis*, 2, 144-153.
- Moritz, S., Werner, R., y von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 402-415.
- Moritz, M., Woodward, T.S., y Burlon, M. (2005). *Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT). Manual*. Hamburg: VanHam Campus.



- Morrison, A., y Wells, A. (2007). Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1593-1600.
- Nabors, L.M., Yanos, P.T., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Leonhardt, B.L., Buck, K.D., y Lysaker, P.H. (2014). Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 792–798.
- Nakamura, M., Hayakawa, T., Okamura, A., Kohigashi, M., Fukui, K., y Narumoto, J. (2015). Defensive function of persecutory delusion and discrepancy between explicit and implicit self-esteem in schizophrenia: study using the Brief Implicit Association Test. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 33-40.
- Narváez, J., Twamley, E., McKibbin, C., Heaton, R., y Patterson, T. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98, 201-208.
- Navarro, D., y Carrasco, O. (2009). The relationship between psychotic symptoms, negative emotions and course of the illness in schizophrenia. *Clínica y Salud*, 20, 197-204.
- Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., y Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 29-39.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M.J., Snyder, K.S., ... Mintz, J. (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders: Longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 387–425.
- Nuechterlein, K.H., y Green, M. (2009). *MATRICES Consensus Cognitive Battery, Spanish version for Spain*. Los Angeles: MATRICS Assessment.
- Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Green, M.F., Ventura, J., Asarnow, R.F., Gitlin, M.J., ... Mintz, J. (2011). Neurocognitive predictors of work outcome in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37, 33-40.
- Oliva, J., López, J., Osuna, R., Montejo, A.L., y Duque, B. (2006). The costs of Schizophrenia in Spain. *European Journal of Health Economics*, 7, 179-184.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.

- Otto, K., Boos, A, Dalbert, C., Schöps, D., y Hoyer, J. (2006). Posttraumatic symptoms, depression and anxiety of flood victims: The impact of the belief in a just world. *Personality and Individual Differences*, 40, 1075–1084.
- Overall, J.E., y Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Overmier, J. B., y Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock on subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., y Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.
- Palmier-Claus, J., Dunn, G., Drake, R., y Lewis, S. (2011). The negative and positive self: a longitudinal study examining self-esteem, paranoia and negative symptoms in individuals with first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 150-155.
- Park, S., Matthews, N., y Gibson, C. (2008). Imitation, simulation and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 698-707.
- Penn, D., Corrigan, P., Bentall, R., Racenstein, J., y Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121, 114-132.
- Penn, D., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D., y Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*, 109, 149-159.
- Peralta, V., y Cuesta, M.J. (1994). Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53, 31-40.
- Peterson, C., y Seligman, M. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Phillips, M., y David, A. (1997). Viewing strategies for simple and chimeric faces: An investigation of perceptual bias in normals and schizophrenic patients using visual scan paths. *Brain and Cognition*, 35, 225–238.
- Pope, A., McHale, S., y Craighead, E. (1988). *Self-Esteem enhancement with children and adolescents*. Nueva York: Pergamon Press.

- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- Pyszczynski, T., y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- Reasoner, R. W. (1992). *Building self-esteem in the elementary schools*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Rednar, R., Wells, G., y Peterson, S. (1989). *Self-esteem. Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington: APA.
- Roca, E. (2003). *Como desarrollar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE.
- Rodríguez, J.T., y Touriño, R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia: una revisión del concepto. *Archivos de psiquiatría*, 73, 1-19.
- Roe, D., Mashiaj-Eizenberg, M., y Lysaker, P.H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131, 133-138.
- Rogers, C. (1951). *Client centred therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a Science (Vol. 3)*. New York: McGraw Hill.
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Hansen, C. F., Haug, E., Andreassen, O. A., y Melle, I. (2011). Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry*, 19, 11-136.
- Rose, D., Wykes, T., Farrier, D., Doran, A., Sporle, T., y Bogner, D. (2008). What Do Clients Think of Cognitive Remediation Therapy?: A Consumer-Led Investigation of Satisfaction and Side Effects. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 181-204.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.

- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenthal, D. (1970). *Genetic theory of abnormal behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Rossell, S., Coakes, J., Shapleske, J., Woodruff, P., y David, A. (2003). Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychological medicine*, 33, 111-119.
- Ruiz, J. C., García, S., y Fuentes, I. (2006) La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 137-155.
- Ruiz-Vargas, J.M. (1991). Psicología cognitiva y esquizofrenia: una aproximación teórica. En C. Castilla del Pino, J.M. Ruiz-Vargas, P. Adarraga, M. Belinchón y M. Vizcarro (Eds.), *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia* (pp. 57-69). Madrid: Trotta.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., y McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2, 413-433.
- Sandi, C., Venero, C., y Cordero, M.I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y en el envejecimiento*. Barcelona: Ariel.
- Sanjuan, J., Prieto, L., Olivares, J.M., Ros, S., Montejo, A., Ferrer, F., ... Bousoño, M. (2003). Escala GEOPTe de cognición social para la psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 120-128.
- Sansinenea, P. (2001). *Desaprobación parental, autoestima y personalidad*. Universidad del País Vasco. Tesis Doctoral.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill.
- 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, 42-50.
- Schnabel, K., y Asendorpf, J. B. (2015). Cognitive Trainings Reduce Implicit Social Rejection Associations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34, 365-391.

- Schulze, B., y Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004–2005. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 684-691.
- Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P, ... Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188.
- Smith, E. R., y Mackie, D. M. (2007). *Social psychology (3rd. edition)*. Philadelphia: Psychology Press.
- Smith, N., Freeman, D., y Kuipers, E. (2005). Grandiose Delusions: An experimental investigation of the delusion as defense. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 480-487.
- Smith, T. W., y Greenberg, J. (1981). Depression and self-focused attention. *Motivation and Emotion*, 5, 323-331.
- Smith, T. W., Ingman, R. E., y Roth, D. L. (1985). Self-focused attention and depression: Self-evaluation, affect and life stress. *Motivation and Emotion*, 9, 323-331.
- Stip, E., Caron, J., Renaud, S., Pampoulova, T., y Lecomte, Y. (2003). Exploring cognitive complaints in schizophrenia: The Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 331-340.
- Sullivan, H.S., Perry, H.S., y Gavel, M.L. (1953). *Interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D.M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 3-10.
- Tarrier, N. (2001). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In A. Morrison (Ed.), *Casebook of cognitive therapy for psychosis*. London: Routledge.
- Tarrier, N., Haddock, G., Lewis, S., Drake, R., Gregg, L., y Socrates Trial Group. (2006). Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. *Schizophrenia Research*, 83, 15-27.

- Thewissen, V., Bentall, R. P., Lecomte, T., van Os, J., y Myin-Germeys, I. (2008). Fluctuations in Self-Esteem and Paranoia in the Context of Daily Life. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 143-153.
- Tiernan, B., Tracey, R., y Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry Research, 216*, 303-313.
- Tolman, A.W., y Kurtz, M.M. (2012). Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: a meta-analytic investigation. *Schizophrenia Bulletin, 38*, 304–315.
- Trower, P., y Chadwick, P. (1995). Pathways to defense of the self: a theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology Science and Practice, 2*, 263–278.
- Turkington, D., y Siddle, R. (2000). Improving understanding and coping in people with schizophrenia by changing attitudes. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 4*, 300-320.
- Valiente, C., Cantero, D., Sánchez, Á., Provencio, M., y Wickham, S. (2014). Self-esteem and evaluative beliefs in paranoia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*, 297-302.
- Valiente, C., Cantero, D., Vázquez, C., Sánchez, A., Provencio, M., y Espinosa, R. (2011). Implicit and explicit Self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 691-699.
- Valiente, C., Espinosa, R., Vázquez, C., Cantero, D., y Fuentenebro, F. (2010). World assumptions in psychosis: do paranoid patients believe in a just world?. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 802-806.
- Vallina, O., y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema, 13*, 345-364.
- Van Os, J., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet, 374*, 635-645.
- Vázquez, A.J., Vázquez-Morejón, R., y Bellido, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología, 31*, 37-43.
- Vázquez, C. López, B., y Florit, A. (1996). Procesamiento de la información y esquizofrenia. Hallazgos clínicos y bases teóricas para la investigación. En J.A. Aldaz y C. Vázquez

- (Eds.). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, M. L., Godoy, J. F., y Godoy-Izquierdo, D. (2009). *Eficacia de un programa de entrenamiento en autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés en pacientes psicóticos*. Universidad de Granada. Tesis Doctoral.
- Vracotas, N., Schmitz, N., Jooper, R., y Malla, A. (2007). Subjective distress in first-episode psychosis: role of symptoms and self-esteem. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 251-258.
- Walther, S., Stegmayer, K., Sulzbacher, J., Vanbellinghen, T., Müri, R., Strik, W., y Bohlhalter, S. (2015). Nonverbal social communication and gesture control in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 338-345.
- Wang, C.S., Wu, J.Y., Chang, W.C., y Chuang, S.P. (2013). Cognitive functioning correlates of self-esteem and health locus of control in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1647-1654.
- Weinberg, D., Shahar, G., Noyman, G., Davidson, L., Mcglashan, T.H., y Fennig, S. (2012). Role of the self in schizophrenia: a multidimensional examination of short-term outcomes. *Psychiatry*, 75, 285-297.
- Wells, A., y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Wiesjahn, M., Brabban, A., Jung, E., Gebauer, U. B., y Lincoln, T. M. (2014). Are continuum beliefs about psychotic symptoms associated with stereotypes about schizophrenia?. *Psychosis*, 6, 50-60.
- Wilk, C.M., Gold, J.M., McMahon, R.P., Humber, K., Iannone, V.N., y Buchanan, R.W. (2005). No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal. *Neuropsychology*, 19, 778-786.
- Winkler, M.I., Cáceres, C., Fernández, I., y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8, 34-40.

- Wood, S.J., Berger, G., Velakoulis, D., Phillips, L.J., McGorry, P.D., Yung, A.R., ... Pantelis, C. (2003). Proton magnetic resonance spectroscopy in first episode psychosis and ultra high-risk individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 831–843.
- Wykes, T., y Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. New York: Taylor & Francis.
- Wykes, T., y Spaulding, W. D. (2011). Thinking about the future cognitive remediation therapy - what works and could we do better?. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 80-90.
- Zigler, E., y Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression?. *American Psychologist*, 43, 284.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103.



## **ANEXOS**



## ANEXO I. Escala PANSS positiva y negativa. Descripción de los ítems.

<b>Items PANSS positiva</b>	<b>Descripción de los ítems</b>
Delirios	<i>Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas.</i>
Desorganización conceptual	<i>Proceso desorganizado de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento.</i>
Comportamiento alucinatorio	<i>Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático</i>
Excitación	<i>Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo.</i>
Grandiosidad	<i>Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidad extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral.</i>
Susplicacia/perjuicio	<i>Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretendan hacerle daño.</i>
Hostilidad	<i>Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física</i>
<b>Items PANSS negativa</b>	<b>Descripción de los ítems</b>
Embotamiento afectivo	<i>Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación.</i>
Retraimiento emocional	<i>Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos.</i>
Contacto pobre	<i>Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal.</i>
Retraimiento social	<i>Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas.</i>
Dificultad en pensamiento abstracto	<i>Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema.</i>
Ausencia espontaneidad/fluidez	<i>Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal</i>
Pensamiento estereotipado	<i>Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril.</i>

## Escala PANSS general. Descripción de los ítems.

Ítems PANSS general	Descripción de los ítems
Preocupaciones somáticas	<i>Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna.</i>
Ansiedad	<i>Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico.</i>
Sentimientos de culpa	<i>Remordimientos o autorreproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado.</i>
Tensión motora	<i>Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud</i>
Manierismos y posturas	<i>Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante.</i>
Depresión	<i>Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo</i>
Retardo motor	<i>Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor</i>
Falta de colaboración	<i>Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.</i>
Contenidos inusuales pensamiento	<i>El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas</i>
Desorientación	<i>Falta de conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento</i>
Atención deficiente	<i>Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiarla atención a un nuevo estímulo.</i>
Ausencia de juicio	<i>Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital</i>
Trastorno de la volición	<i>Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje</i>
Control deficiente impulsos	<i>Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias</i>
Preocupación	<i>Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa</i>
Evitación social activa	<i>Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza.</i>

## ANEXO II. Ejercicios complementarios de autoestima.

1. **"Sonreír ante un espejo"**; dedicar unos minutos a mostrar una sonrisa ante un espejo e identificar las emociones que genera en uno mismo.

2. Escribir una **"Carta de Aprecio"** para uno mismo, añadiendo datos del físico, de la forma de ser, y conductas concretas. Recuerda que es una carta de aprecio, no valen los peros.

Por ejemplo:




*Antonio, me gusta de ti.....*

*Creo que eres el mejor porque...*

*Me pongo muy contento cuando haces...*

*Te agradezco que siempre...*

3. **"Registrar caras sonrientes"**; registra las situaciones en las que percibas a una persona que sonrío cuando la miras.

Día:		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4. "Sopa de letras". Intenta encontrar las palabras que aparecen debajo de la sopa de letras.



cariñoso	amable
simpático	persistente
Antonio	ahorrador
listo	honrado
Jaén	amigable

*Nota: Sopa de letras generadas en [www.educima.com](http://www.educima.com)*

5. "Cambiar mote". A veces nos han puesto un mote que no representa quienes somos. Intenta recordar algún mote, busca evidencias de situaciones o características personales que desmientan el mote, y cámbialo por un término más positivo.

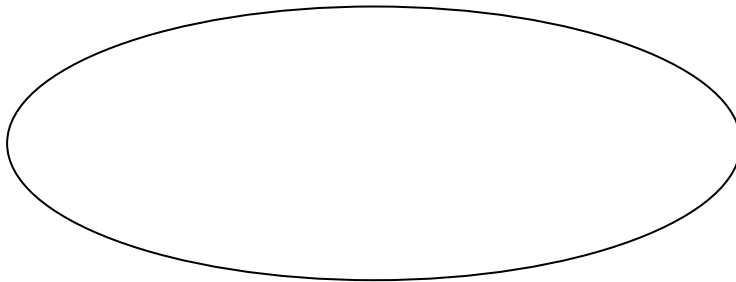
6. **"Buscando emociones"**. En el siguiente registro tienes buscar emociones en las caras de personas que salgan en una revista. Busca la emoción, recorta la foto y pégala donde corresponda en el siguiente registro:

ALEGRÍA				
TRISTEZA				
ENFADO				
MIEDO				

7. **"Mis logros"**. Como hacemos en Mind Training, vamos a relacionar nuestro nombre con un situación reforzante, por ejemplo un logro del que me sienta orgulloso o buenos momentos vividos. Te pongo un ejemplo:

*Conseguí sacarme el Graduado y toda mi familia y amigos me felicitaron, incluso llegamos a hacer una fiesta*

**ANTONIO**





## **ANEXO III. Hoja de Información y Formulario de Consentimiento Informado.**

### **HOJA DE INFORMACIÓN**

#### ***Efecto de la intervención en la mejora de la autoestima de personas diagnosticadas de esquizofrenia***

Estimado Sr. / Sra .....

Le proponemos participar en el estudio de investigación: *“Efecto de la intervención en la mejora de la autoestima de personas diagnosticadas de esquizofrenia”*.

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención este documento y haga todas las preguntas que considere oportunas.

#### **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Los objetivos del estudio son probar la eficacia del tratamiento psicológico para la mejora de la autoestima a través del programa de ordenador Mind Training y ejercicios complementarios de autoestima.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Su participación es totalmente voluntaria. La negativa a participar en la investigación no tendría ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguirá recibiendo las visitas habituales.

#### **PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN**

Su psiquiatra o psicólogo/a de referencia le informará sobre el estudio y le pedirá su consentimiento informado por escrito. Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud.

El estudio implica 3 sesiones de evaluación. Le serán administrados una serie de cuestionarios y escalas sobre los síntomas, el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento social y algunas variables clínicas y sociodemográficas. Estas evaluaciones se realizarán antes del inicio del tratamiento y al finalizar este, dos meses y medio después. Ninguna de estas exploraciones es molesta ni dolorosa.

El tratamiento consiste en 20 sesiones individuales, 2 sesiones por semana.

#### **BENEFICIOS Y RIESGOS**

Al tratarse de un ensayo clínico usted será aleatorizado y podrá recibir o no el tratamiento en autoestima. El equipo investigador se compromete a la aplicación de este tratamiento, si no hubiera sido asignado al mismo,

una vez terminado el estudio. Los beneficios de participar en el proyecto son que puede acceder a una terapia que actualmente no se dispensa en los centros en los que está siendo atendido/a y que está demostrando su eficacia. En el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio le será comunicado siempre que antes no haya manifestado su deseo de no recibir este tipo de información. Debe saber que del estudio se obtendrá información de gran interés científico para mejorar el diagnóstico y/o tratamiento de la esquizofrenia.

Usted no corre ningún riesgo esperado derivado de la participación en el estudio

### **CONFIDENCIALIDAD**

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales. Los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados específicamente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Ningún dato médico personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea su psiquiatra o psicólogo/a de referencia, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los/as investigadores/as del estudio y ser presentados en congresos nacionales e internacionales, así como publicados en revistas científicas, sin que consten los datos personales de los/as participantes. Si usted desea, y una vez finalizado el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos y el significado científico.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos, solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión al estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

### **PREGUNTAS / INFORMACIÓN**

Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda para cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con el investigador/a principal del estudio:

Dr. .Fermín González Higuera

Comunidad Terapéutica de Jaén

Hospital Neurotraumatológico.

Jaén

Teléfono 953008208

El investigador/a le agradece su inestimable colaboración.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE: “Efecto de la intervención en la mejora de la autoestima de personas diagnosticadas de esquizofrenia”**

Yo, Sr./Sra..... doy consentimiento para participar en el estudio de investigación “Efecto de la intervención en la mejora de la autoestima de personas diagnosticadas de esquizofrenia” y manifiesto que:

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio en el que participaré.
2. He recibido una hoja informativa que explica las características del estudio.
3. He sido informado de las implicaciones derivadas de la participación.
4. Soy consciente de que mi participación es voluntaria y puedo retirar en el momento que decida sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención.
5. De acuerdo con la L.O. 15/1999, de 13 Diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004), declaro haber sido informado del registro de datos del Complejo Hospitalario de Jaén y de su utilización por investigación por parte del investigador principal del proyecto.

Estoy de acuerdo en mi participación en el estudio.

Nombre del/la paciente:

Nombre del investigador/a

Firma:

Firma:

En ... .., a ... .. de ... .. de 201 ...

## ANEXO IV. Hoja resumen de escalas.

PRE

POST

Nombre: ..... Edad: .....

Estado civil: ..... Años estudio: .....

Heteroaplicadas	FECHA	PUNTUACIÓN	OBSERVACIONES
PANSS positiva			
PANSS negativa			
PANSS general			

MCCB	FECHA	PUNTUACIÓN	OBSERVACIONES
1 TMT trazado 5 minutos			
2 BACS SC símbolos 90 segundos			
3 HVL palabras			
4 WMS III cubos			
5 LNS Letras y números			
6 NAB laberintos			
7 BVMT Lamina (10 s.)			
8 fluidez animales (60 s.)			
9 MSCEIT Cog. Social			
10 CPT-IP ordenador			

autoaplicadas	FECHA	PUNTUACIÓN	OBSERVACIONES
Autoestima Rosenberg			
GEOPTE			
STICSS			

### Tratamiento farmacológico :

Nombre tto. (dosis)	mañana	tarde	noche

Años de evolución: .....

FECHA Y FIRMA EVALUADOR :

## ANEXO V. Planning entrenamiento de la autoestima.

Nombre: ..... Ordenador (Despacho): .....

Fecha evaluación PRE: ..... Fecha Evaluación POST: .....

	Nº SESION 1 FECHA	Nº SESION 2 FECHA	Nº SESION 3 FECHA	Nº SESION 4 FECHA	Nº SESION 5 FECHA	Nº SESION 6 FECHA	Nº SESION 7 FECHA	Nº SESION 8 FECHA	Nº SESION 9 FECHA	Nº SESION 10 FECHA Espejo y frases
SEGUIMIENTO TOTAL										
ENTRENAMIENTO CARA A CARA	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:
ENTRENAMIENTO IDENTIDAD	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:
ENTRENAMIENTO SOPA DE LETRAS	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:
ENTRENAMIENTO POR LAS NUBES	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:

	Nº SESION 11 FECHA Carta de aprecio	Nº SESION 12 FECHA Registro caras	Nº SESION 13 FECHA Sopa letras	Nº SESION 14 FECHA Mote y cambiar	Nº SESION 15 FECHA Revista emoción	Nº SESION 16 FECHA Logros y datos	Nº SESION 17 FECHA Sopa letras	Nº SESION 18 FECHA Revista emoción	Nº SESION 19 FECHA Registro caras	Nº SESION 20 FECHA
SEGUIMIENTO TOTAL										
ENTRENAMIENTO CARA A CARA	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:
ENTRENAMIENTO IDENTIDAD	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:
ENTRENAMIENTO SOPA DE LETRAS	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:
ENTRENAMIENTO POR LAS NUBES	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:	NIVEL SUPERADO P.:

Las pruebas de Seguimiento dan una puntuación total (queda registrada en el gráfico).

Las pruebas de Entrenamiento dan el nivel alcanzado. Habría que indicar por el nivel que se queda y si lo ha superado o no antes de terminar la sesión.

