

# ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA



© Steffen Moritz

---

Steffen Moritz, Francesca Bohn, Todd S. Woodward,  
Metacognition Study Group<sup>1</sup>

Translation: Maria Luisa Barrigón, José Luis Rubio,  
Miguel Ruiz-Veguilla, Gladys Marina Arzola & Silvia Garcia Garcia

VanHam Campus Press 2010  
Última revisión: Julio 2017

---

Los módulos del EMC pueden obtenerse en: [www.uke.de/mct](http://www.uke.de/mct).  
Contact: [moritz@uke.de](mailto:moritz@uke.de) (Prof. Dr. Steffen Moritz, Hamburgo)

<sup>1</sup> El Metacognition Study Group incluye a las personas que mencionamos en los agradecimientos.

## AGRADECIMIENTOS POR LA REVISIÓN

Durante los últimos meses hemos revisado nuevamente el programa de Entrenamiento Metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC). Esto ha sido posible gracias al esfuerzo de muchas personas. En primer lugar, nos gustaría agradecerles a Julia Aghotor, Birgit Hottenrott, Ruth Veckenstedt, Rebecca Küpper, Lena Jelinek, Christiane Schmidt, Florian Scheu y Sabine Sperber que hayan recopilado la mayoría de los nuevos ejercicios así como a Sarah Randjbar y Jana Volkert por sus lecturas de prueba de las versiones preliminares del manual actual. Por último, agradecer a Kerry Ross, Philippa Garety y Daniel Freeman, por ejemplo en el Módulo 2, sus propuestas para la mejora. El nuevo esquema ha sido desarrollado por Andrea Dunker. Finalmente, damos de nuevo las gracias a nuestros pacientes<sup>2</sup> y al creciente número de clínicos que están utilizando el EMC, cuyo feedback ha sido esencial para mejorar la eficacia del EMC.

En la sexta edición, los autores quieren agradecer a Devon Andersen, Mahesh Menon, Nathalie Werkle, Joy Hermeneit y Marie Hämmerling por sus aportaciones a los nuevos módulos sobre autoestima y estigma.

### Publicación de los hallazgos actuales

Se han publicado revisiones sobre los más que alentadores hallazgos de la eficacia del entrenamiento metacognitivo, en la revista *Current Opinion in Psychiatry* (Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward, 2010) y *Clinical Psychology Review* (Moritz et al., 2014). Estos y otros artículos pueden ser descargados en [www.uke.de/mct](http://www.uke.de/mct).

### Donaciones/Patrocinio

Si usted desea apoyar a nuestro grupo de investigación, le agradeceríamos mucho sus donaciones. Evidentemente, vamos a apoyar y ayudar a cualquier persona, independientemente de su contribución financiera. Nadie debería sentirse moralmente obligado a hacer una contribución. Garantizamos que todas las donaciones se utilizarán para el desarrollo ulterior del EMC (labores futuras incluyen la traducción del EMC a otros idiomas, nuevos gráficos y la administración del EMC en instituciones). A petición, podemos enviarle un recibo de donación. Las donaciones deben hacerse a la siguiente cuenta:

<b>Pagar a:</b>	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Centro Médico Universitario de Hamburgo-Eppendorf)
<b>Banco (código):</b>	Hamburger Sparkasse (200 505 50)
<b>Referencia/razón de pago:</b>	0470/001 - Metacognition <small>(esto es crucial para asegurar que su donación nos llegue)</small>
<b>IBAN:</b>	DE54200505501234363636
<b>BIC/Swift:</b>	HASPDEHHXXX

<sup>2</sup> Somos conscientes de que algunos participantes no son ni pacientes ingresados ni pacientes ambulatorios. El término paciente se usa en este manual para referirse a la mayoría de los participantes, que están en tratamiento y no es nuestra intención menospreciar o estigmatizar a ninguna persona con enfermedad mental.

## INTRODUCCIÓN

### ¿Por qué el entrenamiento cognitivo para la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico complejo. Sus síntomas principales son los delirios y alucinaciones.

La década pasada ha sido testigo de un cambio en nuestra forma de entender la esquizofrenia y su tratamiento. El tratamiento farmacológico con neurolepticos aun representa la principal forma de tratamiento. Sin embargo, la arraigada resistencia en contra de la psicoterapia para la esquizofrenia está siendo cuestionada cada vez más. En vista del alto número de pacientes que muestran una respuesta pequeña o ausencia de respuesta a los neurolepticos, o que incumplen con el tratamiento por los efectos secundarios o la falta de insight (Byerly, Nakonezny & Lescoffair, 2007; Elkis, 2007; Voruganti, Baker & Awad, 2008), la investigación sobre tratamientos psicoterapéuticos y cognitivos complementarios está ganando cada vez más importancia. Tratamientos cognitivo-conductuales, en particular, han demostrado ser una aproximación complementaria a la psicofarmacología (Wykes, Steel, Everitt & Tarrier, 2008). El presente entrenamiento metacognitivo está basado en los fundamentos teóricos de la terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia, aunque utiliza un enfoque terapéutico algo diferente.

El objetivo central del entrenamiento metacognitivo es cambiar la “infraestructura cognitiva” de la ideación delirante. El programa de entrenamiento metacognitivo se compone de diez módulos centrales que cubren diferentes temas acerca de los errores cognitivos más comunes y los sesgos cognitivos que son típicos de la esquizofrenia. Se estima que estos errores y sesgos pueden culminar en la creación de falsas creencias hasta el punto de convertirse en delirios (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward, 2010). Las sesiones tienen por objeto aumentar la conciencia del paciente sobre estas distorsiones y enseñarles a reflexionar sobre ellas de una forma crítica, a complementar y a cambiar su actual repertorio de solución de problemas. Dado que la psicosis no es un suceso repentino e instantáneo, sino que a menudo está precedida por un cambio gradual en la evaluación de los conocimientos propios y del entorno social, (ej. Klosterkötter, 1992) la potenciación de las competencias metacognitivas puede actuar como profilaxis en un episodio psicótico. Para ayudar en este proceso, se entrega a los participantes unas tareas para casa al final de cada período de sesiones.

Cada módulo comienza con elementos psicoeducativos y “normalizadores”: el dominio respectivo (ej. salto a conclusiones) se presenta mediante varios ejemplos y ejercicios y se discute e ilustra la probabilidad de cometer errores de la cognición humana. En un segundo paso, se destacan los extremos patológicos para cada sesgo cognitivo. Se les muestra a los pacientes como exageraciones en sesgos del pensamiento (normal) puede llevar a problemas en la vida diaria y, a veces, culminar en delirios. Esto se ilustra con ejemplos de personas con psicosis, constituyendo una oportunidad para los participantes del grupo para intercambiar sus propias experiencias si así les parece. Los pacientes aprenden a detectar y desactivar trampas cognitivas. Las estrategias de afrontamiento disfuncionales (ej. evitación, supresión del pensamiento) se ilustran también en este contexto, junto con formas de reemplazarlas por estrategias más útiles.

Entre los estilos de pensamiento problemáticos reconocidos como posibles contribuyentes al desarrollo de delirios se hayan los siguientes: distorsiones en el estilo atribucional (módulo 1), salto a conclusiones (módulo 2 y 7), un sesgo hacia las evidencias disconfirmatorias de creencias iniciales (módulo 3), incapacidad de tomar perspectiva o empatizar con otros (módulo 4 y 6), un exceso de confianza en los errores de memoria (módulo 5), y los patrones cognitivos depresivos (módulo 8). A pesar de la gran base de datos empíricos sobre la validez de estos, algunos de ellos siguen siendo objeto de debate científico (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Savulich, Shergill, &

Yiend, 2012). Finalmente, en los dos últimos módulos se aborda ya que muchos pacientes padecen problemas afectivos y la mejoría del estado emocional puede ser considerada una prioridad por ellos mismos.

Los módulos son administrados en el marco de un programa de intervención grupal. El propósito principal del EMC es cambiar la „infraestructura cognitiva“ de la ideación delirante. En esta nueva versión del EMC hacemos hincapié en la relación entre los estilos de pensamiento, las alucinaciones y la psicosis. En un principio, nos preocupaba el hecho de que un enfoque de excesiva confrontación y orientado hacia los síntomas podría presionar demasiado a los pacientes. Sin embargo, esta preocupación no ha sido apoyada. No obstante, se recomienda que los temas de alucinaciones personales se traten en sesiones terapéuticas individuales (ver como ejemplo el programa de Entrenamiento Metacognitivo Individualizado (MCT+) en [www.uke.de/mct\\_plus](http://www.uke.de/mct_plus); Moritz, Veckenstedt, Randjbar & Vitzthum, 2010; Moritz et al., 2014). Se pueden adoptar materiales del entrenamiento metacognitivo para este propósito.

No hemos querido diseñar un programa teórico. Gracias a su carácter interactivo y entretenido, el objetivo de las sesiones es captar la atención de los pacientes y ejercer un impacto sostenido. Para cumplir con este propósito, también nos hemos abstenido de incorporar tareas „drill-practice“ que pudieran resultar redundantes o forzadas. Las disfunciones cognitivas básicas, tales como problemas de atención, no forman parte del programa. Estas deficiencias son comunes en una variedad de grupos de trastornos psiquiátricos, por lo que no queda claro si representan factores de vulnerabilidad específicos de la psicosis.

Dado que la mayoría de los aspectos del programa se explican por sí mismos el manual se mantendrá relativamente corto permitiendo así una variación individual en la aplicación del EMC. Sin embargo, por esta razón, la mera lectura de las siguientes secciones de este manual no puede sustituir a un estudio en profundidad de los conceptos teóricos.

El presente programa está disponible en varios idiomas y se puede descargar a través del siguiente enlace: <http://www.uke.de/mct>

El programa de entrenamiento metacognitivo consta de los siguientes materiales:

- 20 presentaciones powerpoint en formato pdf (dos ciclos paralelos que constan de 10 módulos cada uno)
- Manual
- 6 folletos con tareas para casa (los folletos para los módulos 2 y 7 y para los módulos 4 y 6 son idénticos)
- una tarjeta amarilla y una roja para cada participante

Antes de presentar los módulos, deben abordarse algunos requisitos previos básicos.

### Número de módulos y frecuencia de las sesiones

El programa consta de dos ciclos paralelos. La administración de dos módulos por semana resulta ventajosa (un módulo por sesión). Así, muchos pacientes ingresados, que raramente están en tratamiento más de cuatro semanas, pueden completar un ciclo completo durante la estancia hospitalaria. Los pacientes ambulatorios y los asistentes a Hospital de Día que reciben un tratamiento más prolongado pueden asistir a los dos ciclos con el fin de profundizar en el entrenamiento y mantener el resultado. Las versiones paralelas son idénticas en su contenido. Sin embargo, la introducción y los ejercicios son diferentes, así a los pacientes que asisten a los dos ciclos no se les presenta el mismo material dos veces.

### Tamaño del grupo

El tamaño del grupo oscila entre 3 y 10 pacientes.

### Duración de las sesiones

Cada sesión dura entre 45 y 60 minutos.

### Apertura de la sesión

Es una buena idea empezar cada nueva sesión con una breve discusión sobre el módulo previo y repasar las tareas de la última sesión. Además, debe haber una ronda corta de presentación de los nuevos participantes así como una breve introducción de programa (para más detalles ver la sección *Presentación del programa a los pacientes*).

### Fin de cada sesión

Si no se completan los ejercicios al final de la sesión (lo que probablemente sea el caso), el conductor del grupo debe saltar a la(s) diapositiva(s) final(es). Estas describen la relevancia de las tareas en la vida diaria así como durante la psicosis, y resumen los objetivos de aprendizaje. Al final se entregan las tareas impresas.

Cada participante recibe una tarjeta amarilla y una roja al final de su primera sesión (ver página web) junto con las instrucciones de cómo usarlas. La tarjeta amarilla plantea tres preguntas fundamentales, que los pacientes deben consultar cuando sea necesario, por ejemplo, cuando se sientan ofendidos o insultados:

1. ¿Cuál es la evidencia?
2. ¿Puntos de vista alternativos?
3. Incluso si es así... ¿estoy exagerando?

La intención de estas preguntas es que los pacientes reconsideren la evidencia disponible antes de tomar decisiones apresuradas, falsas y puede que desmedidas.

En la tarjeta roja, se anima al paciente a escribir nombres y números de teléfono de personas e instituciones, con los que contactar en caso de necesitar ayuda.

### Disposición de la habitación

Necesitaremos una habitación tranquila con sillas suficientes y la posibilidad de proyectar las diapositivas en una pared blanca o una pantalla.

### Equipo técnico necesario

Se necesitan un proyector y un ordenador equipado con Adobe Acrobat Reader® (descarga gratuita). Las diapositivas serán proyectadas en el modo *pantalla completa* de Adobe Acrobat. Opcional: varias pantallas de ordenador, si no hay proyector disponible.

### Formación del conductor del grupo/entrenador

Los conductores del grupo serán preferiblemente psicólogos o psiquiatras que tengan experiencia con pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia. También pueden ser enfermeras de Salud Mental y terapeutas ocupacionales especializados en Salud Mental. Idealmente, estas personas habrán conducido sesiones grupales antes.

### Tratando con síntomas psicóticos durante las sesiones

Si un miembro del grupo muestra síntomas psicóticos durante las sesiones, estos no deben apoyarse ni desafiarse frente al grupo. Las ideas delirantes individuales deben ser tratadas en sesiones cara-a-cara con el terapeuta respectivo. Sin embargo, los pacientes que están distanciados de sus delirios pueden hablar sobre experiencias similares durante la realización de ejercicios sobre

temas delirantes comunes (ej. Módulo 1, situación “Un amigo habla de ud. a sus espaldas”; Módulo 5, falsos recuerdos; Módulo 6, situación en la que dos hombres parecen estar enfadados con un tercero). Además, las diapositivas con el título “¿Qué relevancia tiene esto?” (al principio del módulo) y “¿Qué tiene esto que ver con la psicosis?” (al final) proporcionan mayor espacio para las reflexiones individuales.

### Recomendaciones para los conductores al presentar los vídeos

A través del siguiente link [http://www.uke.de/mct\\_videos](http://www.uke.de/mct_videos) puede encontrar vídeos que se corresponden con los temas de los distintos módulos- por favor, mire los distintos vídeos de antemano y elíjalos cuidadosamente. Algunos vídeos solo están disponibles en alemán, inglés y francés. Otros no tienen sonido y se pueden usar para cualquier versión. Y hay más que contienen lenguaje no apropiado para todos los públicos o no son válidos en distintas culturas. Por favor, revise previamente los vídeos que desea usar. Tras la presentación, comente con los pacientes la relevancia del vídeo para el tema específico del módulo. Como opción alternativa, puede hacer un role-play o comentar experiencias individuales propias de los pacientes. Por supuesto, se puede proceder de la misma forma con el resto de ejercicios.

### Reglas para los miembros del grupo

En la página web del EMC, puede descargarse una diapositiva en la que se relacionan las reglas importantes de grupo (p. ej. respetar la opinión de los demás miembros). Es una buena idea imprimir esto y ponerlo en una pared, en un lugar visible para todos los miembros del grupo. Podremos aludir a las reglas de vez en cuando, si por ejemplo, aparecen conflictos.

### Presentación del programa a los pacientes

El entrenamiento metacognitivo es un programa abierto. Los pacientes pueden entrar en cualquier momento durante el ciclo. Se debe informar a cada nuevo participante sobre el programa – preferiblemente un participante experimentado con la ayuda del conductor. Al principio, el término *metacognición* tiene que ser explicado: *meta* es un prefijo griego que significa sobre/acerca de y *cognición* se refiere a los procesos mentales superiores como la atención, memoria y resolución de problemas. Así, metacognición significa pensar acerca de la forma en que pensamos o pensar acerca de nuestro propio pensamiento. El objetivo de este programa es aprender más sobre la cognición humana, y cómo podemos aprovecharlo para optimizar la resolución de problemas. El núcleo del programa son los estilos de pensamiento que pueden contribuir al desarrollo de delirios, y se enfatiza en que no todos los pacientes muestran estos sesgos del pensamiento simultáneamente. Se debe señalar regularmente la relación entre los objetivos de aprendizaje y la vida diaria/enfermedad. Para este propósito, cada módulo incluye varias diapositivas enfatizando sobre su relevancia práctica (diapositivas: “¿Qué relevancia tiene esto?”; “Cómo el salto a conclusiones da lugar a malinterpretaciones durante la psicosis – ejemplos” “¿Qué tiene esto que ver con la psicosis?”). Trasladar los objetivos de aprendizaje a la vida diaria es claramente la meta principal del entrenamiento.

### Criterios de inclusión y de exclusión

1. El principal grupo diana para el entrenamiento son pacientes con esquizofrenia y trastornos del espectro de la esquizofrenia. El programa también es apropiado para pacientes con otros diagnósticos, que actualmente o en el pasado hayan sufrido síntomas psicóticos (particularmente delirios, ideas de referencia, alucinaciones).
2. Los pacientes deben poder mantener la atención durante la duración de la sesión. Para pacientes muy distraíbles, las sesiones de entrenamiento pueden ser demasiado estresantes. No obstante, debe intentarse su participación.

3. La presencia de delirios y alucinaciones no constituye un criterio de exclusión, a no ser que exista una fuerte ideación autorreferencial. Los pacientes maniacos con conductas inapropiadas (antisociales, sexuales, hostiles) no pueden participar hasta que remitan los síntomas. De lo contrario, la dinámica de grupo podría perturbarse.
4. Si un paciente no acude a la sesión, no es necesaria la repetición individual puesto que el programa no está diseñado en fases secuenciales.

### Atmósfera

1. La sesión de entrenamiento no debe realizarse con prisa. No se requiere completar todas las diapositivas de una sesión, ¡es casi imposible! Aunque el entrenamiento está muy estructurado y está claramente focalizado hacia los ejercicios, se debe alentar el debate y los pacientes deben tener tiempo suficiente para el intercambio de sus opiniones. La interacción social y el intercambio son esenciales para progresar en el autoconocimiento y cambiar la conducta en la vida diaria.
2. Algunos pacientes se sienten incómodos hablando en un grupo. Estos participantes pueden ser involucrados proponiéndoles preguntas simples (respuesta: si/no), o pidiéndoles participar mediante señales (ej. “¿Quién más quiere dar su opinión?”; “¿Hay alguien que haya tomado ya una decisión...?”). Otra opción es entregar tarjetas rojas y verdes con el propósito de indicar no o sí, respectivamente. Sin embargo, los pacientes no deben ser forzados a participar y el entrenador debe actuar de forma empática y apoyando, no obligando o de forma autoritaria.
3. De vez en cuando, el entrenador debe resaltar las reglas básicas de interacción personal (ej. escuchar a los demás, mostrar respeto por opiniones diferentes), especialmente cuando se observen patrones problemáticos de comunicación. Cada miembro debe tener la oportunidad de participar de forma activa y el debate no debe ser dominado por una sola persona. Se pueden establecer turnos para que cada miembro tenga la oportunidad de contribuir, o el entrenador puede pedirle a un participante en particular que responda.
4. Crear una atmósfera amigable y distendida. Los ejercicios deben ser entretenidos, interactivos y como un juego. No se deben hacer comentarios críticos hacia los miembros del grupo.

A continuación, vamos a esbozar los temas centrales, tareas básicas y el fundamento teórico de cada módulo. Seguido del objetivo del módulo, así como de las recomendaciones generales y específicas para su administración.

## MÓDULO 1: ACUSAR Y ATRIBUIRSE EL MÉRITO

### Tema central:

Estilo atribucional externo para los eventos negativos; inferencias monocausales.

### Tarea básica:

En la primera parte del programa, se familiariza a los pacientes con estilos atribucionales extremos y sus posibles consecuencias sociales (ej. culpar a los demás de los errores puede conducir a tensiones interpersonales). Se anima a los pacientes a proponer explicaciones más objetivas y equilibradas para cada situación (ej. compartir el éxito con los demás en lugar de atribuírselo exclusivamente a uno mismo). En la segunda parte, los pacientes tienen que encontrar explicaciones para los sucesos brevemente descritos; por ejemplo, por qué un amigo no le ha llamado (negativo), o por qué alguien le invitó a cenar (positivo). Deben tenerse en cuenta los factores situacionales y personales. Por favor, téngase en cuenta que las soluciones a estos ejercicios no tienen una única respuesta. Siempre hay un número de explicaciones posibles diferentes que se deben considerar incluso cuando una sola explicación parece válida al principio (ej. “Un amigo está hablando a sus espaldas”; explicación posible: “No es un verdadero amigo.”; explicaciones alternativas: “Esta persona le preguntó a los demás si yo estaba enfermo. No quiso preguntármelo directamente ya que yo podría enfadarme o preocuparme.”; “Es normal, todos cotilleamos de vez en cuando. Esto no significa que seamos malas personas.”). El segundo grupo de tareas incorpora una sección sobre alucinaciones auditivas. Los participantes son confrontados con varios argumentos sobre cómo las voces internas (*escuchando voces*) son en realidad un hecho autogenerado y no insertadas desde el exterior.

### Material:

La estructuración del segundo grupo de tareas es análoga al cuestionario *Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire* (IPSAQ, Kinderman & Bentall, 1997). La contribución de fotógrafos/artistas se agradece al final de la presentación.

### Base teórica:

Bentall, Kinderman y colaboradores (Bentall, 1994; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood & Kinderman, 2001; Bentall, Kaney & Dewey, 1991; Kinderman & Bentall, 1996, 1997; Kinderman, Kaney, Morley & Bentall, 1992) encuentran repetidamente que los pacientes paranoides culpan a los demás de sus fallos (ver también Janssen, Versmissen, Campo, Myin-Germeys, van Os & Krabbendam, 2006). De forma inversa, los pacientes se atribuyen el éxito preferentemente a sí mismos en lugar de a los demás, aunque el último estilo está peor confirmado en la literatura (Garety & Freeman, 1999). De forma conjunta, esta respuesta se llama sesgo de autoservicio (*self-serving bias*) (externalización de la culpa, internalización del éxito) y en algún grado también existe en individuos sanos (como dice el refrán: “Para el mal oficial, no hay herramienta buena”). No obstante, la atribución externa para el fracaso parece estar patológicamente pronunciada en los pacientes paranoides y se torna en *personalización* de la culpa. En un estudio reciente, observamos una variante de este patrón: los pacientes que presentaban una ideación delirante de carácter agudo atribuían frecuentemente la fuente de eventos tanto positivos como negativos a ellos mismos menos que los controles. Esto sugiere que los pacientes pueden sufrir de una pérdida percibida de autocontrol (Moritz, Woodward, Burlon, Braus & Andresen, 2007). También hay pruebas crecientes un aumento de la tendencia de las inferencias monocausales en el trastorno (Randjbar, Veckenstedt, Vitzthum, Hottenrott & Moritz, 2011).

### Objetivo del módulo:

Se anima a los pacientes a proponer explicaciones para diferentes situaciones considerando tres orígenes posibles (solos o en combinación: uno mismo, los demás o factores situacionales). El objetivo no es conducir a los pacientes a una respuesta definitiva. Más bien, deben contemplarse diferentes posibilidades para cambiar los patrones atribucionales disfuncionales (ej. “la culpa siempre es mía” vs. “la culpa siempre es de los demás”). Se deben subrayar las ventajas e inconvenientes de un estilo atribucional depresivo (atribuir el fracaso a uno mismo y el éxito a la suerte/coincidencia, disminuye la autoestima) y un sesgo de autoservicio (*self-serving bias*) (atribuir el fracaso a los demás y el éxito a uno mismo puede dar lugar a conflictos sociales como que los demás se puedan enfadar al servir de cabeza de turco). El objetivo primordial de este módulo es señalar que múltiples factores pueden contribuir a un suceso/situación. Como se ha señalado, esto es cierto incluso para sucesos en los que al principio parece válida una única explicación.

### Recomendaciones generales:

En la diapositiva 5 de la presentación, se recogen explicaciones diferentes para los eventos. Subsecuentemente, se agrupan las respuestas según tres posibles orígenes: uno mismo, los demás o factores situacionales. Esta clasificación debe aplicarse en la situación de la diapositiva 9. En la diapositiva 12, deben proponerse respuestas más equilibradas, idealmente incorporando aspectos de las tres posibles fuentes causales antes mencionadas. Las respuestas de la última diapositiva de la situación correspondiente deben servir como ejemplo, no es la solución definitiva. Las opiniones de los miembros del grupo pueden diferir. En las diapositivas 14-23 de la presentación, se les pide a los pacientes que piensen en potenciales consecuencias de los diferentes estilos atribucionales.

Para la segunda parte del programa, el entrenador puede poner sus propios ejemplos o pedirle a los participantes que expliquen experiencias personales de malentendidos. No obstante, hay que asegurarse de que el debate no se centre en una sola persona. Hay una gran cantidad de ejercicios, hay que evitar aburrir a los pacientes con largas reflexiones en torno a una única tarea. Una vez que se han propuesto varias alternativas, el grupo debe seleccionar la causa más creíble. Para la sección “escuchando voces” el/la terapeuta debe adoptar una actitud abierta. Se debe alentar a los pacientes a considerar formas alternativas de atribución para las voces pero no se les debe forzar a una explicación más racional. El insight sobre la irracionalidad de las voces es un proceso gradual que no puede lograr en una sola sesión. El objetivo de esta sesión es poner en duda la autenticidad de las voces y aumentar el conocimiento sobre la metacognición más que convencer inmediatamente a los pacientes con argumentos en contra.

### Recomendaciones específicas (ejemplos):

Nótese que varias de las atribuciones a continuación son mezclas de fuentes diferentes. Después de una fase de *lluvia de ideas*, se debe debatir la probabilidad de cada explicación.

Situación	Atribución			
	Ciclo A	Uno mismo	Otra persona/personas	Circunstancias/Azar
1. Silencio	No estoy vestido de forma adecuada (improbable pero posible)	<ul style="list-style-type: none"> <li>No tienen de qué hablar.</li> <li>Son unos entrometidos y quieren saber quién entra en la habitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Había un paréntesis entre dos conversaciones.</li> <li>La puerta chirrió y llamó la atención de todos, e hicieron una pausa en la conversación.</li> </ul>	
2. Mal aspecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me siento mal.</li> <li>Estoy enfermo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta persona le dice lo mismo a todos, es sólo una expresión</li> <li>Esta persona quiere insultarme</li> <li>Quiere mostrarme su preocupación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos, excepto yo, en mi trabajo han estado de vacaciones. Puede que en comparación no tenga tan buen aspecto.</li> </ul>	
3. Suspenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>No estudié lo suficiente.</li> <li>No pusieron lo que mejor me sabía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me distrajo la gente haciendo ruido en el pasillo (posible pero improbable como causa única)</li> <li>Han sido extremadamente estrictos en la corrección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todo el mundo suspendió, era muy difícil.</li> </ul>	
4. Cena	Le hice un favor (ej. Le ayudé con un trabajo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es muy generoso.</li> <li>Se quiere disculpar por algo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ganó la lotería (improbable)</li> <li>Es mi cumpleaños.</li> </ul>	
5. Policía	Conducía demasiado rápido.	El policía tiene un mal día, está intentando intimidarme. (improbable).	Es un control de tráfico rutinario.	
6. Ganar una apuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soy un jugador muy bueno</li> <li>Hice trampas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los demás jugadores no sabían jugar bien</li> <li>Me dejaron ganar</li> </ul>	Suerte, me tocaron buenas cartas.	
7. Coche rayado	Aun no sé usar el control remoto nuevo. Intenté abrir la puerta y se me resbalaron las llaves	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una travesura de los niños del barrio</li> <li>No le caigo bien a mi vecino</li> </ul>	Puede pasar fácilmente sin ninguna mala intención, ya que los coches aparcen muy pegados en los parkings.	
8. Tensión arterial alta	No seguí los consejos de mi médico y no me tomé el tratamiento.	El doctor es novato y me tomó mal la tensión (improbable).	<ul style="list-style-type: none"> <li>La tensión alta es frecuente en mi familia.</li> <li>El aparato está estropeado (improbable).</li> <li>Como estaba nervioso tenía la tensión alta en ese momento (efecto „bata blanca“).</li> </ul>	
9. Rehúsan ayudarme	Yo no le ayudé cuando me lo pidió	<ul style="list-style-type: none"> <li>No suele ofrecer ayuda en este tipo de tareas</li> <li>Cree que soy capaz de valermelo por mí mismo.</li> </ul>	Está muy ocupado en este momento.	
10. Regalo	Le ayudé	Es una persona generosa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es mi cumpleaños.</li> <li>Aprobé un examen.</li> </ul>	
11. Le consideran estúpido	Cometí un gran error	Quiere hacerme daño porque está enfadado conmigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es un malentendido entre nosotros.</li> <li>No lo dijo en sentido literal.</li> </ul>	
12. Bebé	No sé nada sobre bebés y lo cogí mal.	El bebé tiene hambre	Al bebé le acaba de picar una avispa.	
13. No le respetan	Le he mentado o engañado	Se guía por unos valores morales estrictos y, desde su perspectiva, yo no los cumplo	Es un malentendido, ha oído un falso rumor sobre mí.	

Situación	Atribución			
	Ciclo B	Uno mismo	Otra persona/personas	Circunstancias/Azar
1. Hablan a sus espaldas	Hice algo que no les gustó	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suelen hablar de los demás a sus espaldas</li> <li>Es normal cotillear un poco, no es necesariamente malo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mi cumpleaños es pronto, me están preparando una fiesta sorpresa.</li> </ul>	
2. Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mandé una buena solicitud</li> <li>Estoy muy bien cualificado</li> </ul>	Un colega de la compañía me recomendó.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Han llamado a todos los solicitantes.</li> </ul>	
3. Visita por sorpresa	He sobrepasado su hospitalidad.	No le gustan las visitas inesperadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dió una fiesta ayer y su casa está desordenada.</li> <li>Ya tiene visita.</li> </ul>	
4. Risas mientras habla	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fue un error tonto embarazoso.</li> <li>Conté un chiste gracioso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alguien contó un chiste al mismo tiempo.</li> <li>Son muy tontos y se ríen de cualquier cosa.</li> <li>Están borrachos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es nochevieja/carnaval y todo el mundo está animado.</li> </ul>	
5. Le llevan a casa en coche	Yo le he llevado muchas veces antes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se preocupa por los demás.</li> <li>Le caigo bien.</li> </ul>	Vivimos muy cerca el uno del otro, mi casa está de camino.	
6. Plantón	Me equivoqué al decirle la hora (posible pero improbable).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es olvidadizo.</li> <li>No cree que yo sea lo suficientemente importante (improbable).</li> </ul>	Tuvo un imprevisto, por ejemplo, se averió su coche o perdió el autobús.	
7. Postal	Yo nunca le he mandado una postal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El no suele mandar postales.</li> <li>Estaba muy ocupado, no tuvo tiempo para mandarme una postal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las vacaciones son muy cortas.</li> <li>La postal se perdió en Correos (improbable).</li> </ul>	
8. Un coche conduciendo tras el suyo	He pisado la línea continua y me va a parar un coche de policía (posible pero improbable).	La persona cree que soy interesante y quiere ver dónde vivo (improbable).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es pura coincidencia, el otro conductor va al mismo sitio que yo.</li> <li>Sólo hay una carretera en este área (ej. autopista).</li> </ul>	
9. Perder el autobús	No corrí lo suficiente para cogerlo.	El conductor de autobús tiene un mal día.	El conductor de autobús no me vió.	
10. Invitación	Le ayudé a mudarse a su piso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me quiere conocer mejor.</li> <li>Le encanta el vino y quiere enseñarme su colección (posible pero improbable).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se acaba de mudar.</li> <li>Ha organizado una fiesta.</li> </ul>	
11. Leyendo el periódico	Hay un apartamento en alquiler en mi edificio. (El hombre está haciendo tiempo hasta que llegue el de la inmobiliaria).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vive en frente y ha perdido las llaves. Está esperando al cerrajero.</li> <li>Su novia me está visitando, está celoso y por eso me espía (improbable).</li> </ul>	Al lado de mi casa hay un kiosco.	
12. No soy de fiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hice trampas en un juego.</li> <li>Dije cosas malas sobre él.</li> </ul>	Es muy sensible y se siente insultado fácilmente.	Se trata de un malentendido.	
13. Inteligente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soy listo.</li> <li>Dije algo inteligente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El siempre me pregunta cosas sencillas.</li> <li>Le caigo bien y quiere aumentar mi autoestima.</li> </ul>	Vi la respuesta a la pregunta difícil que me hizo en un concurso de la tele la noche antes.	

## MÓDULO 2: SALTAR A CONCLUSIONES I

### Tema central:

Sesgo de salto a conclusiones (*jumping to conclusions bias*); sesgo contra la evidencia disconformatoria (*bias against disconfirmatory evidence*)

### Tarea básica:

Al principio del módulo se ilustran las posibles consecuencias del salto a conclusiones usando varios ejemplos. En la sección “Saltar a conclusiones: en acción – mitos modernos” el grupo debate sobre falsas creencias modernas (ej. “Paul está muerto” mito en el ciclo A). Se debe recoger, intercambiar y evaluar la plausibilidad de los argumentos a favor y en contra de esta creencia. Debe quedar claro que este tipo de leyendas han surgido debido a los “saltos a conclusiones” y estos se basan en pruebas dudosas. De esta forma, los mitos modernos son un buen modelo para las ideas delirantes en general.

Los ejercicios del primer grupo de tareas muestran objetos corrientes (ej. una rana) que se enseñan en grados decrecientes de fragmentación: se van añadiendo nuevos trazos en ocho etapas sucesivas hasta que finalmente se muestra el objeto entero. De forma alternativa, se pide a los participantes que evalúen la plausibilidad de interpretaciones autogeneradas o pre-especificadas. Los pacientes deben esperar a tener suficiente evidencia para emitir su decisión. Por ejemplo, en la primera etapa de la „rana“ la figura se asemeja a un limón, ya que sólo aparece el contorno de la rana. Una decisión apresurada, en consecuencia, daría lugar a un error.

En el segundo grupo de tareas, se muestran *imágenes gestalticas*, que, según la perspectiva del observador, contienen dos objetos o escenas (ej. en la primera imagen del ciclo B se muestra simultáneamente el perfil de un anciano y una escena nocturna de calle). Se les pide a los participantes que den su primera impresión de la imagen, para luego cambiar su perspectiva con el fin de encontrar la figura alternativa.

### Material:

Los objetos del primer grupo de tareas se obtienen de dibujos en blanco y negro de un libro de cuentos. La contribución de otros fotógrafos/artistas se agradece al final de la presentación.

### Base teórica:

Con anterioridad hemos usado algunos de los estímulos del primer grupo de tareas en un estudio sobre la esquizofrenia (Moritz & Woodward, 2006). En la línea de investigaciones previas (Woodward, Moritz, Cuttler & Whitman, 2006), los pacientes con esquizofrenia muestran una habilidad disminuida para corregir las tasas de interpretaciones incorrectas. Este patrón de respuestas se ha llamado *sesgo contra la evidencia disconformatoria (bias against disconfirmatory evidence)* (Woodward et al., 2006). Incluso con las nuevas “pruebas en contra de la evidencia” que no apoyan la interpretación previa, los pacientes se aferran a la ahora obsoleta opción en comparación con controles sanos y controles psiquiátricos. Finalmente, numerosos hallazgos sugieren un sesgo de *salto a conclusiones* en los pacientes con esquizofrenia (Van Dael, Versmissen, Janssen, Myin- Germeys, van Os & Krabbendam, 2006; for reviews see Bell, Halligan & Ellis, 2006; Fine Gardner, Craigie & Gold, 2007; Garety & Freeman, 1999, 2013): los pacientes toman decisiones apresuradas, es decir, semiten opiniones en base a una evidencia incompleta (para una variación de este informe véase Moritz & Woodward, 2004).

### Objetivo del módulo:

Se entrena a los participantes para evitar sucumbir a las primeras impresiones, lo que puede dar lugar a errores futuros (grupo 1 de tareas) o sólo revelar medias verdades (grupo 2 de tareas). Las cosas y situaciones pueden cambiar a lo largo del tiempo, y aumentar las pruebas a menudo arroja una luz diferente sobre ellas. Por lo tanto, no se deben deshechar actitudes y puntos de vista alternativos prematuramente. En nuestro estudio, en las imágenes de la primera tarea no se obtiene un patrón de salto a conclusiones en los pacientes con esquizofrenia (Moritz & Woodward, 2006), pero los ejercicios se adaptan bien para demostrar los inconvenientes de este estilo de respuesta que ha sido bien confirmado en la esquizofrenia usando otros paradigmas (Freeman et al., 2004; Garety, Hemsley & Wessely, 1991; Peters & Garety, 2006).

### Recomendaciones generales:

Al principio se señalan los pros y los contras de un estilo de respuesta apresurado vs. un estilo de respuesta lento. Si el riesgo es alto y hay suficiente tiempo, se deben tener en cuenta todas las pruebas disponibles antes de tomar una decisión final. Las consecuencias del sesgo de “salto a conclusiones” puede ser grave en ocasiones y esto se ilustra con varios ejemplos (ej. medicina: falsos diagnósticos etc.). Hay que dar a los pacientes la oportunidad de que cuenten sus propias experiencias (ej. durante la psicosis). Pedirle a los pacientes que nos indiquen el grado de seguridad, por ejemplo levantando la mano „a mitad de camino“ para expresar duda y por completo para expresar seguridad alta. Los pacientes deben aprender a reducir el grado de seguridad si la evidencia es incompleta.

En la mitad de los ejercicios del primer grupo los participantes tienen que proponer sus propias interpretaciones/ideas. Para una mejor apreciación global se recomienda que los participantes lo apunten en una pizarra. Hay que reevaluar la validez de cada interpretación después de cada nuevo trazo. Los pacientes pueden levantar la mano para indicar si tienen una idea nueva o ya han tomado una decisión. Debatir con los pacientes que rasgos particulares de una figura hablan a favor o en contra de una interpretación.

En las imágenes del segundo grupo de tareas, el entrenador debe asegurarse de que los participantes lleguen a descubrir los dos objetos. Si un paciente no es capaz de ver ambas soluciones, otro participante puede ayudarle señalándole las pistas específicas (ej. en la primera imagen del segundo grupo de tareas del ciclo B el perro en la calle también puede ser visto como la mano del anciano).

### Recomendaciones específicas (ejemplo)

Ejemplo (rana, ciclo B, segundo ejemplo):

En esta tarea, muchos pacientes suelen seleccionar prematuramente la opción de respuesta *limón*. En esta ocasión, el entrenador puede recalcar que aun faltan siete fragmentos. Un limón probablemente sería completado inmediatamente después y, por consiguiente, representa una alternativa poco probable.

Se puede alternar entre el primer y el segundo grupo de tareas. No existe una secuencia obligatoria.

## MÓDULO 3: CAMBIAR CREENCIAS

### Tema central:

Sesgo contra la evidencia disconfirmatoria (*bias against disconfirmatory evidence*); sesgo de salto a conclusiones (*jumping to conclusions bias*)

### Tarea básica:

Tras una breve introducción, se demuestra en la práctica el sesgo de confirmación (*confirmation bias*) a través de tareas cortas. Se presentan tres objetos (version A: tres flores; version B: tres frutas). Se les pide a los participantes que piensen una categoría a la que pertenecen los objetos presentados sugiriéndoles nuevos objetos en esta categoría (categorías superiores: seres vivos, comida). El entrenador dirá (mediante si/no) si los nuevos elementos propuestos encajan en la categoría superior. Ya que los objetos presentados pueden hacer creer erróneamente a muchas personas que la categoría superior es *flores* o *frutas*, mucha gente propondrá objetos que encajen en esas categorías a pesar de que se confirmen otras hipótesis alternativas o que comparen sus suposiciones con otros ítems. Esto pretende ilustrar un fuerte sesgo de respuesta, el sesgo de confirmación (*confirmation bias*), que sucede cuando la gente ignora fuentes de información (ej. periódicos, ciertos programas de TV, libros) que no concuerdan con sus opiniones y actitudes. Incluso si algunos miembros del grupo están ya familiarizados con el ejercicio o dan la solución correcta no hay que confirmar la respuesta inmediatamente, sino permitir sugerencias de otros miembros.

El ejercicio principal consiste en series de tres imágenes que se muestran en orden inverso. La secuencia de imágenes va revelando gradualmente una historia compleja (ejemplo del ciclo B: un hombre se inclina sobre una cerca y observa a un perro ladrando; en las siguientes dos imágenes queda claro que el hombre acaba de escapar del perro saltando la valla). Para cada imagen, se les pide a los participantes que evalúen la plausibilidad de las cuatro interpretaciones diferentes. Al final de cada prueba se descubre la interpretación correcta.

Una de las cuatro opciones parece improbable al mostrar la primera imagen, pero es la verdadera finalmente en algunos casos (en el ejemplo anterior: “El hombre acaba de huir del perro que está ladrando.”). Dos de las otras interpretaciones parecen posibles en la primera imagen, pero finalmente son falsas (señuelo, ej. “El hombre está jugando con el perro de su vecino”; “El hombre acaba de construir una cerca para su perro”). Todos los ejercicios incluyen al menos una interpretación que parece improbable todo el tiempo. Los ejemplos incluyen tres condiciones diferentes presentadas en orden alatorio: *revelado a la primera (revealed-on-first)* (la opción más plausible tras la presentación de la primera imagen es válida), *revelado a la segunda (revealed-on-second)* (la trama de la historia se desvela con la presentación de la segunda imagen), y *revelado a la tercera (revealed-on-third)* (la trama de la historia se desvela con la presentación de la imagen final)

### Material:

La mayoría de las secuencias de imágenes están inspiradas en el subtest de ordenamiento de figuras (*picture arrangement*) del WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale).

### Base teórica:

Usando estas secuencias de imágenes, encontramos de forma repetida que los pacientes con esquizofrenia muestran un sesgo contra la evidencia disconfirmatoria (*bias against disconfirmatory evidence*) (Sanford, Veckenstedt, Moritz, Balzan, & Woodward, 2014; Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Hottenrott, Woodward, & Moritz, 2011; Woodward, Moritz, Cuttler, & Whitman, 2006). Los pacientes con esquizofrenia muestran menor capacidad para revisar las tasas de las interpretaciones incorrectas en las condiciones de *revelado a la segunda (revealed-on-second)* y *revelado a la tercera (revealed-on-third)*. Este patrón de resultados es particularmente pronunciado en los pacientes con síntomas de paranoia actuales en el *revelado a la tercera (revealed-on-third)* (Woodward et al., 2006). Otro estudio sugiere, por otra parte, que el sesgo contra la evidencia disconfirmatoria

(*bias against disconfirmatory evidence*) en la esquizofrenia puede ocurrir también en pacientes no delirantes (Moritz & Woodward, 2006).

### Objetivo del módulo:

De forma análoga al módulo 2 (Saltar a conclusiones I), se debe explicar al grupo que a menudo es importante hacer frente a la tendencia habitual de aferrarse a las primeras impresiones. Este sesgo de respuesta favorece decisiones incorrectas. Es, por tanto, conveniente mantener una mente abierta.

### Recomendaciones específicas:

A partir de la diapositiva 3, se plantean varias cuestiones, que deben ser contestadas por los diferentes miembros del grupo. Para las secuencias de imágenes, los pacientes deben indicar su interpretación preferida después de que se muestre cada imagen (ej. en orden descendente) y si ya han descartado algunas de ellas, respectivamente. Después de que se hayan presentado varias opiniones, se les pide a los demás participantes llegar a un acuerdo mediante votación a mano alzada (alzar la mano a medias puede indicar duda).

Para cada nueva imagen, tienen que detectarse nuevas claves seguida de una reevaluación de las interpretaciones. A los participantes que se han decidido prematuramente por una interpretación errónea se les debe llamar la atención sobre el hecho de que aunque su interpretación podría haber sido plausible en un principio, las pruebas han ido cambiando. Señalar la importancia de las potenciales consecuencias negativas de la adopción de decisiones precipitadas en los contextos interpersonales y en la formación de los delirios, ya que las decisiones precipitadas pueden causar malentendidos y conflictos sociales.

Claves para detectar la interpretación correcta

Tarea Ciclo A	Cuando la solución es obvia:	Claves para hallar la solución correcta (ejemplos):
1 (fuego)	evidente en la segunda o tercera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los adultos felicitan al niño.</li> <li>Si se mira atentamente, en la primera imagen se puede ver un agujero en el tejado de la casa de los vecinos. De todos modos esto es más una señal que una prueba.</li> </ul>
2 (aparcamiento)	evidente en la tercera imagen	No está claro hasta la tercera imagen que el hombre no pudo aparcar correctamente porque los coches adyacentes no usaron apropiadamente las plazas de aparcamiento.
3 (pizza)	evidente en la primera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>El hombre está sosteniendo el teléfono.</li> <li>La masa está cayendo sobre su cabeza. No parece que se la haya puesto a propósito (hace la alternativa 3 improbable).</li> <li>Los tomates y la sal en primer plano hablan en contra de la alternativa 4 (pastel).</li> </ul>
4 (discurso)	evidente en la tercera imagen	La alternativa 4 pone en marcha un prejuicio común sobre los políticos que lleva fácilmente a los participantes a tomar decisiones apresuradas y erróneas.
5 (fuga)	evidente en la tercera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La ropa del hombre y su conducta sospechosa hacen poco probable que sea el guardaespaldas de la mujer.</li> <li>No hay indicios concretos que hagan pensar que la ropa del hombre está mojada (alternativa 4 improbable).</li> </ul>
6 (pescando)	evidente en la segunda o tercera imagen	No queda claro hasta la tercera imagen que el niño debería estar en el jardín. Aunque la segunda imagen hace ya esta interpretación muy probable.
7 (tire/empuje)	evidente en la tercera imagen	Para llegar a la interpretación definitiva deben mostrarse las tres imágenes. El hombre de la izquierda se sorprende al ver al otro hombre entrar en la habitación mientras que él ha estado intentando abrir la puerta en vano. Parece que el hombre de la izquierda ha confundido <i>tire</i> y <i>empuje</i> .
8 (cowboy)	evidente en la primera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>El hombre que está en el suelo está atado e intenta liberarse.</li> <li>Las otras alternativas son absurdas.</li> </ul>
9 (barca)	evidente en la primera o segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>El gato huye flotando dentro del bote.</li> <li>No parece que los perros persigan a un ladrón. Parece más bien que siguen al bote y no a la persona.</li> </ul>
10 (choque)	evidente en la tercera imagen	En la primera imagen se puede ver una mesa en el fondo, pero no es posible aún decidirse por la interpretación 3. En la segunda imagen, aún puede suceder que el hombre estuviese en el suelo (quizás borracho) mientras el otro venía con una mesa.
11 (maniquí)	evidente en la tercera imagen	Sin pistas particulares

Claves para detectar la interpretación correcta

Tarea Ciclo B	Cuando la solución es obvia:	Claves para hallar la solución correcta (ejemplos):
1 (tiburón)	evidente en la segunda imagen	En la segunda imagen, se ve gente huyendo. Los pasos en la arena ya son visibles en la primera imagen.
2 (coro)	evidente en la tercera imagen; puede adivinarse después de la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la segunda imagen, se puede ver al hombre de la fila delantera colorado (puede indicar vergüenza). De todos modos, es cuestionable que esté justificada una decisión sólida en esta etapa inicial.</li> <li>En la primera imagen, el director escucha al coro. Ya se podría especular si está comprobando que el coro no desafine.</li> </ul>
3 (perro)	evidente en la segunda imagen	El perro está delante de la cerca, no rodeándola (alternativa 1 improbable).
4 (lavandería)	evidente en la primera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>El cartel hace pensar en una lavandería</li> <li>La mujer lleva una cesta.</li> </ul>
5 (pistola)	evidente en la primera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La pistola apunta al hombre de la derecha.</li> <li>El hombre tiene las manos levantadas</li> <li>Los hombres son demasiado mayores para jugar a "policía y ladrones".</li> <li>Si el hombre de la izquierda estuviera devolviéndole su arma al otro, este no le ofrecería dinero (hace las alternativas 2 y 3 improbables).</li> </ul>
6 (paraguas)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La niña parece mojada por el agua, no sudorosa.</li> <li>El padre parece divertido, no amenazante.</li> <li>La alternativa 2 es posible hasta el final (aunque el gesto de la niña va en contra de esto).</li> </ul>
7 (rey)	evidente en la tercera imagen	Para tomar una decisión definitiva hay que ver las tres imágenes.
8 (pelea)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la segunda imagen el niño de la derecha señala el coche de juguete</li> <li>Este mismo niño parece enfadado</li> </ul>
9 (serenata)	evidente en la primera o segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>El chico parece muy enfadado.</li> <li>Es de noche (luna) y probablemente demasiado tarde para que ensaye una banda (alternativa 2 improbable).</li> <li>Una guitarra clásica es más típica de una serenata que de una banda.</li> </ul>
10 (casa)	evidente en la primera (si se mira muy atentamente) o segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>El hombre tiene un cubo en la mano.</li> <li>No parece estar vigilando (alternativa 1 improbable).</li> <li>La casa no parece sucia. Es infrecuente limpiar la fachada de la casa propia (alternativa 3 improbable).</li> </ul>

## MÓDULO 4: EMPATIZAR I

### Tema central:

Teoría de la mente, percepción de emociones

**Tarea básica:** Para empezar, a los participantes se les pide identificar las emociones humanas básicas y asignarlas a expresiones faciales. Para señalar el hecho de que las expresiones faciales son pistas relevantes para deducir el estado interno de una persona pero no proporcionan una prueba definitiva, se presentan cuatro imágenes mostrando un atleta, un psiquiatra, un actor y un asesino en serie. En este ejercicio, la mayoría de la gente hace incorrectamente el emparejamiento basándose en las expresiones faciales. A continuación, proporcionamos ejemplos que demuestran que las expresiones y los gestos pueden ser interpretados de forma diferente dependiendo del entorno cultural y de la edad (“A donde fueres, haz lo que vieres”). Más tarde, proporcionamos imágenes en las que se muestran diferentes expresiones faciales. Se les pide a los participantes que juzguen cómo puede sentirse la persona de la imagen y se discute la plausibilidad de las cuatro interpretaciones alternativas. Después, se enseña la respuesta correcta (a menudo acompañada de la presentación de la imagen completa).

La tercera tarea es similar a la del Módulo 3. Se muestran tres imágenes de forma sucesiva y en orden inverso. Después de que se muestre cada imagen, los participantes deben discutir cuál de las tres opciones enumeradas en la parte de abajo de la diapositiva supone la continuación más lógica para la secuencia. Por ejemplo, en uno de los ejercicios de la parte B se muestra a una mujer cogiendo una moneda de su monedero. En este punto, dos de las tres opciones para continuar la secuencia tienen sentido – pagar el parkímetro, darle dinero al músico – aunque la cara sonriente de la mujer nos proporciona un pista sobre la mayor plausibilidad de la última opción. La siguiente diapositiva aclara la escena: la mujer está oyendo a un músico. El punto en el que se puede descifrar la viñeta correcta varía según el ejercicio. Así, algunos ejercicios sólo permiten una decisión definitiva después de que se muestre la tercera viñeta. En el último grupo de tareas, se muestran sucesivamente cuatro imágenes, cada imagen va aclarando progresivamente la situación. Se alienta a los participantes a opinar sobre las intenciones de una o varias personas usando tres alternativas.

### Material:

Los estímulos para el tercer grupo de tareas han sido cedidos por Sarfati, Hardy- Bayle, Besche y Widlocher (1997), los estímulos del final han sido generosamente proporcionados por Martin Brüne de Bochum/Alemania (véase Brüne, 2003). La contribución de otros fotógrafos/artistas se agradece al final de la presentación.

### Base teórica:

Los déficit en teoría de la mente están bien documentados en pacientes con esquizofrenia (para revisión ver Bora & Pantelis, 2013; Sprong, Schothorst, Vos, Hox & van Engeland, 2007). Los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades para predecir las acciones de los demás, lo que puede contribuir a la ideación delirante (Mehl, Rief, Lüllmann, Ziegler, Kesting & Lincoln, 2010; Versmissen, Janssen, Myin-Germeys, Mengelers, Campo, van Os & Krabbendam, 2008). Los problemas para interpretar expresiones faciales están bien documentados en la esquizofrenia (Phillips & David, 1995). Sarfati et al. (1997) encontraron que los pacientes con esquizofrenia, especialmente aquellos con trastorno formal de pensamiento, presentan problemas en las tareas que requieren comprensión situacional, presumiblemente debido a la distracción por características irrelevantes en el contexto.

### Objetivo del módulo:

La primera parte de este módulo demuestra que aunque las expresiones faciales son muy importantes para comprender el estado mental y los sentimientos de una persona, también pueden ser malinterpretados fácilmente. Por ejemplo, no se puede determinar si una persona es un actor o un asesino en serie simplemente examinando su aspecto. Para interpretar adecuadamente una expresión facial, es importante considerar otras fuentes de información (ej. contexto; historia previa personal). Los participantes aprenden a considerar una variedad de información contextual en lugar de confiar en detalles aislados.

### Recomendaciones generales:

Los pacientes deben tener en cuenta el contexto para deducir la interpretación más plausible. Enfatizar la poca fiabilidad de las primeras impresiones y recalcar la necesidad de mantener una actitud abierta y disminuir el grado de seguridad si la evidencia es insuficiente (se puede extresar la duda con distinta extensión en el alzado de manos). Usar ejemplos para ilustrar la relevancia en la vida diaria.

### Recomendaciones específicas:

Las tareas descritas en este manual se pueden presentar en cualquier orden. El entrenador puede intercambiar las tareas del grupo 1 y 2 según el nivel de participación de los pacientes.

### Claves para detectar la interpretación correcta:

No hay claves concretas para las tareas 1 y 2. El aprendizaje fundamental es que las expresiones faciales pueden ser malentendidas y se debe recoger más información antes de llegar a una conclusión firme. En la diapositiva “Emociones básicas”, en la primera parte del módulo, las soluciones se pueden deducir del contexto más que de los gestos (ej. felicidad = mujer vestida de novia; enfado = hombre apretando el puño).

Ciclo A Conjunto de tareas 3	Cuando es la solución obvia:	Claves para hallar la solución correcta (ejemplos):
1 (hombre colgando un cuadro)	evidente en la segunda imagen; puede adivinarse después de la primera	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera imagen, el hombre podría estar poniendo su pintura en el caballete para terminarla, pero el trozo de cuadro que podemos ver está ya terminado en la primera imagen (lo que hace la alternativa A menos probable).</li> <li>La alternativa B es absurda desde el principio.</li> <li>En la segunda imagen, el hombre está a punto de clavar un clavo en la pared lo que indica su intención de colgar algo.</li> </ul>
2 (mujer con un bebé)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera imagen, la mujer está yendo hacia la cuna del bebé. Su intención no está clara en esta fase. Las tres alternativas serían posibles en este punto.</li> <li>De todos modos, ella parece preocupada, así que la alternativa B es poco probable en ese momento.</li> <li>En la segunda imagen, se puede ver a la mujer intentando apagar un fuego, lo que hace las alternativas B y C improbables.</li> </ul>
3 (hombre con el cubo de la basura)	evidente en la segunda o tercera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La alternativa A es improbable desde el principio.</li> <li>Después de la segunda imagen, parece que el hombre está intentando coger su reloj lo que hace las alternativas A y B improbables. De todos modos, la alternativa B no puede ser descartada totalmente en este punto.</li> </ul>
4 (mujer con una cerilla)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tres alternativas son posibles.</li> <li>Después de la segunda imagen, queda claro que la mujer está cocinando, lo que hace la alternativa B imposible y la C improbable.</li> </ul>
5 (la mujer y el reloj)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La alternativa A es absurda desde el principio, ya que un reloj no puede transformarse en un termómetro.</li> <li>La alternativa B puede adivinarse en la primera imagen, si se mira atentamente y nos percatamos de la expresión facial de preocupación.</li> <li>La segunda imagen indica que la mujer está cocinando, lo que hace las alternativas B y C improbables.</li> </ul>
6 (mujer con un collar)	evidente en la primera (si se mira atentamente) o en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La etiqueta con el precio en la primera imagen indica que la mujer está comprándose un collar.</li> <li>La segunda imagen nos muestra a la mujer hablando con la vendedora que aparece en la opción B, lo que hace las alternativas A y C menos probables.</li> <li>Aunque la C no se puede deshechar hasta la imagen final, la B es más probable.</li> </ul>
7 (niño con el paraguas)	evidente en la segunda o tercera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tres imágenes necesitan ser explicadas antes de que se pueda tomar una decisión definitiva.</li> <li>La alternativa C es improbable desde el comienzo.</li> <li>En la primera imagen no queda claro que pretende hacer el niño con el paraguas.</li> <li>En la segunda imagen nos enseñan que el niño es demasiado bajo para abrir la puerta sin que le ayuden.</li> <li>La alternativa B sería posible solo después de que sucediese la A.</li> </ul>
8 (hombre con las botas mojadas)	evidente en la primera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La alternativa A se descarta desde el inicio, ya que es poco probable que nadie use el microondas para secar sus zapatos.</li> <li>La alternativa C es también improbable, ya que las botas y el hombre están secos y en el dormitorio.</li> </ul>
9 (mujer con la cesta)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al principio las tres opciones son posibles de alguna manera, aunque la alternativa A parece más probable.</li> <li>En la segunda imagen, la mujer se encuentra junto a la chimenea y se da cuenta de que tiene que salir a por leña (esto hace las alternativas B y C improbables).</li> </ul>
10 (el hombre y el árbol)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al principio las tres opciones son posibles de alguna manera.</li> <li>La segunda imagen indica que el hombre está plantando un árbol lo que convierte a la alternativa B en la mejor opción.</li> </ul>

Ciclo B Conjunto de tareas 3	Cuando es la solución obvia:	Claves para hallar la solución correcta (ejemplos):
1 (hombre con la caña de pescar)	evidente en la segunda imagen; se puede adivinar después de la primera	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera imagen, el hombre podría estar cogiendo flores pero parece que está excavando (alternativa C menos probable).</li> <li>La opción A parece absurda desde el principio.</li> <li>En la segunda imagen, queda claro que el hombre está a punto de ir de pesca, lo que descarta la alternativa A.</li> </ul>
2 (mujer con el monedero)	evidente en la segunda imagen; se puede adivinar después de la primera	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera imagen, las alternativas A y C son plausibles. La alternativa B parece absurda.</li> <li>La alternativa A se puede adivinar después de la primera imagen, si se observa cuidadosamente y nos fijamos en la cara de alegría de la mujer.</li> <li>En la segunda imagen, se puede ver a la mujer disfrutando con la música, lo que indica que le va a dar dinero al violinista.</li> </ul>
3 (hombre con la cuerda)	evidente en la segunda imagen	Después de la segunda imagen parece que el hombre está intentando cruzar el cañón, lo que hace la alternativa B improbable y la C absurda.
4 (hombre con la cartera)	evidente en la segunda imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Después de la primera imagen, las tres opciones son posibles.</li> <li>Después de la segunda imagen, queda claro que el hombre tiene hambre, lo que hace la alternativa A improbable. Si se observa atentamente se puede adivinar que el hombre está mirando un pastel en concreto (Alternativa B es la más probable).</li> <li>La alternativa C no puede ser descartada completamente ya que la baguette no se muestra en el escaparate.</li> </ul>
5 (hombre con la botella)	evidente en la primera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La alternativa A es probable desde el principio.</li> <li>La alternativa B es absurda desde el principio. La C implicaría que el hombre se ha vuelto loco en la isla, pero es improbable.</li> <li>La primera imagen indica que el hombre está metiendo una nota en una botella. El hombre parece abandonado (ej. ropas rasgadas), haciendo las alternativas B y C improbables.</li> </ul>
6 (hombre con la escalera)	evidente en la tercera imagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>La alternativa B es improbable desde el principio.</li> <li>Se necesitan las tres imágenes para llegar a la conclusión correcta ya que las dos primeras imágenes proporcionan poca información.</li> </ul>
7 (hombre con la copa rota)	evidente en la tercera imagen; se puede adivinar a partir de la segunda	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para tomar una decisión definitiva, se necesitan ver las tres imágenes pero la alternativa B es la más probable desde el inicio.</li> <li>En la primera imagen no está claro lo que está pensando el hombre.</li> <li>Si se observa con atención en la segunda imagen nos podemos dar cuenta de que el hombre está sediento.</li> </ul>
8 (el hombre y el frigorífico)	evidente en la segunda imagen, se puede adivinar después de la primera si se mira atentamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>La alternativa C es absurda desde el principio.</li> <li>Las alternativas A y B parecen igualmente probables después de la primera imagen.</li> <li>Después de la segunda imagen queda claro que al hombre le molesta la música alta del vecino. Así, la alternativa A es la más plausible.</li> </ul>
9 (hombre con las manos sucias)	evidente en la primera imagen	Desde el inicio, queda claro que el hombre quiere lavarse las manos, descartando las alternativas A y C.
10 (hombre con las ramas)	evidente en la segunda imagen; se puede adivinar después de la primera	<ul style="list-style-type: none"> <li>La segunda imagen nos indica que el hombre está acampando, lo que convierte a la alternativa C en la mejor opción.</li> <li>La alternativa A es improbable desde el principio.</li> </ul>

Ciclo A Conjunto de tareas 4	Cuando la solución es obvia:	Claves para hallar la solución correcta (ejemplos):
1 (tres niños)	evidente en la cuarta imagen; se puede adivinar después de la segunda	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera imagen, las tres opciones son posibles.</li> <li>La segunda imagen hace la alternativa C improbable.</li> <li>La tercera imagen con los dos niños llamando al tercero hace la alternativa A posible pero al haber un agujero en el suelo, la alternativa B parece la mejor opción.</li> </ul>
2 (dos prisioneros)	evidente en la segunda imagen; se puede adivinar después de la primera	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera imagen ya es probable que uno de los hombres esté intentando escalar el muro.</li> <li>La segunda imagen nos muestra a ambos hombres intentando escalar el muro, lo que hace las alternativas A y C improbables.</li> </ul>
3 (niño con un caja)	evidente en la segunda imagen	En la segunda imagen, queda claro que el niño no está envolviendo un regalo o disfrutando de su regalo de cumpleaños, lo que hace las alternativas A y C improbables.

Ciclo B Conjunto de tareas 4	Cuando la solución es obvia:	Claves para hallar la solución correcta (ejemplos):
1 (dos niños y un árbol)	evidente en la tercera imagen; se puede adivinar después de la segunda	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera imagen, las tres opciones son posibles.</li> <li>La segunda imagen hace la alternativa A improbable.</li> <li>En la tercera imagen queda claro que el niño está ayudando a su amigo, lo que hace la alternativa B la mejor opción</li> </ul>
2 (chico y un arbusto de flores)	evidente en la segunda imagen; se puede adivinar después de la primera	Después de la segunda imagen es posible determinar que el chico está gastándole una broma a su novia (alternativa C).
3 (dos niños y un puesto de caramelos)	evidente en la tercera imagen; se puede adivinar después de la segunda	En la segunda imagen parece que los chicos traman algo pero no está claro que quieren robar la tienda hasta la tercera imagen, haciendo las alternativas A y B improbables.

## MÓDULO 5: MEMORIA

### Tema central:

Exceso de confianza en los errores

### Tarea básica:

Se presentan estímulos visuales siguiendo el paradigma de *Deese-Roediger-McDermott*, o paradigma del falso recuerdo (*false memory paradigm*) (Roediger III & McDermott, 1995; Roediger III, Watson, McDermott & Gallo, 2001). Se sabe que este material induce un gran número de falsos recuerdos, incluso en un 50-80 % de sujetos sanos. En el ciclo A, se muestra inicialmente una típica escena de la playa (ej. niños jugando, gente tomando el sol, el agua), omitiendo intencionadamente objetos que esperaríamos encontrar habitualmente en la playa (ej. una pelota, toallas). De hecho, los participantes posteriormente suelen recordar haber visto estos objetos plausibles, pero en realidad ausentes.

Mediante las primeras dos imágenes y una breve descripción, los participantes se familiarizan con el efecto de los falsos recuerdos. Después de eso, se instruye a los participantes para mirar cuidadosamente las imágenes siguientes y evocar cada ítem lo más vívidamente posible con el objeto de evitar el efecto de los falsos recuerdos. Cada imagen (tiempo de muestra: De 15 a 30 segundos, dependiendo del nivel de rendimiento del grupo) se sigue de una tarea de reconocimiento en la que los participantes tienen que decidir si un objeto se ha mostrado o no. En varias ocasiones se fomenta la reflexión sobre las escenas típicas y lo que se espera encontrar en las mismas (véase *Recomendaciones generales*), lo que normalmente aumenta la probabilidad de que aparezcan recuerdos falsos.

### Material:

Algunas de las imágenes han sido extraídas de la obra de Norman Rockwell (editado por Miller & Gazzaniga, 1998). Las imágenes señaladas con © se utilizaron con la amable autorización de la Firma Brandstätter GmbH & Co KG, Alemania. Varias imágenes han sido generosamente proporcionadas por Stefan Merz y Frank Burmeister. La contribución de otros fotógrafos/artistas se agradece al final de la presentación.

### Base teórica:

Los pacientes con esquizofrenia producen una gran cantidad de falsos recuerdos que sostienen con gran seguridad (Moritz & Woodward, 2002, 2005; Moritz, Woodward, Cuttler, Whitman & Watson, 2004; Moritz, Woodward & Ruff, 2003; Peters, Moritz, Hauschildt, & Jelinek, 2012). A pesar de estar bastante convencidos de la autenticidad de los falsos recuerdos, los pacientes están menos seguros de las respuestas correctas comparados con controles sanos. Este patrón de respuesta, junto con un gran número de recuerdos erróneos, conduce a un estado llamado *corrupción del conocimiento* (*knowledge corruption*): una gran parte de lo que el sujeto cree verdadero (conocimiento subjetivo) está corrupto o contaminado.

Hay pruebas de que la vividez del recuerdo representa un buen método para diferenciar los recuerdos correctos de los incorrectos. Por el contrario, la mera familiaridad o los recuerdos débiles y pálidos son peores pruebas de autenticidad (Reisberg, 2001). Es importante señalar que los pacientes con esquizofrenia parecen tener recuerdos menos vívidos comparados con los participantes sanos (Bacon, Danion, Kauffmann-Muller & Bruant, 2001; Danion, Rizzo & Bruant, 1999; Huron et al., 1995). La evaluación de los recuerdos en los pacientes está fundamentalmente basada en la familiaridad y en la intuición (Weiss, Dodson, Goff, Schacter & Heckers, 2002). Esto les hace susceptibles de cometer errores.

El efecto de los falsos recuerdos (Roediger III & McDermott, 1995; Roediger III et al., 2001) es una impresionante demostración de cómo nuestra memoria puede ser engañada por los efectos de “priming”, la inferencia lógica (ej. es razonable suponer que las personas que están en la playa tomando el sol se encuentran tendidos sobre toallas) y la confusión del pasado con lo trazos de memoria actuales.

#### Objetivo del módulo:

Aunque en la mayoría de las investigaciones, los pacientes con esquizofrenia no difieren de los controles en cuanto a la precisión mediante el paradigma de Deese-Roediger McDermott (ej. Huron & Danion, 2002), su convicción sobre estos recuerdos erróneos estaba incrementada desproporcionadamente (Moritz, Woodward & Rodriguez- Raecke, 2006). El presente material suscita falsos recuerdos en la mayoría de las personas (independientemente de la condición psicopatológica) y es instructivo para mostrar que incluso los recuerdos que parecen ser hechos probados pueden ser pseudo-recuerdos. Los pacientes deben comprender la falibilidad de la memoria humana: la memoria es constructiva y no funciona como una grabadora. Uno de los objetivos de este módulo es enseñar a los pacientes a poner en duda recuerdos si no es posible una recolección vívida. En este caso, se necesitan más pruebas, en particular para las situaciones interpersonales significativas (ej. los conflictos).

#### Recomendaciones generales:

Las diapositivas introductorias deben presentarse de una forma muy interactiva (por ejemplo, preguntarle a los pacientes por reglas mnemotécnicas propias en la diapositiva titulada “¿Cómo puedo memorizar mejor las cosas?” en el ciclo A). A lo largo de la presentación de las diapositivas sobre el efecto de los falsos recuerdos, los pacientes tienen que saber que la aparición de los falsos recuerdos está intensificada („saturado“) en situaciones familiares. Por ejemplo, podemos recordar fragmentos de una pelea reciente que en realidad no se dijeron pero estaban implícitos de algún modo (deducción subjetiva), o habían sido mencionadas realmente en situaciones previas de conflicto. En estas circunstancias es crucial verificar nuestras primeras impresiones. Además, se les enseña a los participantes a diferenciar los verdaderos recuerdos de los falsos (mayor grado de viveza, recordar detalles).

En este módulo hay un gran número de ejercicios. No hay que aburrir a los pacientes con largas discusiones sobre un ejercicio. Después de cada imagen se inicia un debate sobre que objetos han sido mostrados (preferiblemente mediante una votación a mano alzada, o por ejemplo, con tarjetas rojas y verdes). Pida a los pacientes que evalúen su seguridad (ej. con una votación a mano alzada: la mano completamente alzada significa seguridad y medio- alzada duda) y si se puede recordar detalles específicos (ej. el color, la ubicación del objeto). Después de recoger y analizar las respuestas de los participantes, se muestra de nuevo la imagen para comprobar las decisiones. En las tareas de lluvia de ideas, después de la presentación de la correspondiente imagen, pero antes del reconocimiento, se les pide a los participantes cuales de los objetos – independientemente de la imagen recién presentada – esperarían típicamente en una escena similar (ej. aula, piscina). Esto suele aumentar el efecto del falso recuerdo debido a que las predicciones incorrectas evocan el recuerdo de la imagen verdadera a partir de un tópico. ¡No pregunte por los detalles específicos de la imagen!

#### Recomendaciones específicas:

ninguna.

## MÓDULO 6: EMPATIZAR... II

#### Tema central:

Teoría de la mente compleja/ cognición social (*complex theory of mind/social cognition*); necesidad de “zanjado” o “cierre” (*need for closure*)

#### Tarea básica:

Al comienzo, los participantes deben hablar acerca de las claves que pueden ayudar a emitir un juicio sobre una persona (ej. el lenguaje, los gestos). Se deben examinar a fondo las debilidades y las ventajas de cada criterio. Después, se presentan unas secuencias de comic, en las se les pide a los participantes que adopten la perspectiva de uno de los protagonistas, y deduzcan lo que el personaje está pensando sobre otra persona o sobre cierto evento.

Hay dos variantes diferentes disponibles para esta tarea: una *administración estándar* y una *administración BADE* (para más información sobre el BADE, por favor referirse al módulo 3). La versión estándar presenta las secuencias de cómic en su totalidad. Se recomienda que esta versión se use si la sesión es más corta de lo normal. En ambas variantes, los participantes tienen que adoptar la perspectiva de los personajes que se muestran.

En la *administración BADE* la mayoría de las diapositivas se presentan en orden secuencial inverso, la imagen final de la secuencia se muestra primero. En otras palabras, cronológicamente hablando, la(s) última(s) imagen(es) se presenta(n) primero, mientras las primeras imágenes de la secuencia de comic permanecen ocultas. Con cada nueva imagen, se proporciona más información sobre el contexto sobre la historia. Se recomienda preguntar a los participantes después de la(s) primera(s) imagen(es) presentada(s) (o sea, la última imagen cronológicamente) si es necesaria aun la presentación de más imágenes o si la solución está ya clara. De hecho, a menudo las imágenes sucesivas arrojan una luz completamente diferente sobre la verdadera cadena de eventos. Las claves para detectar la interpretación correcta durante la administración de las diapositivas en la *administración estándar* o la *administración BADE* pueden encontrarse en la tabla que hay a continuación.

Para la mayoría de los items tanto en la *administración estándar* como en la *administración BADE*, son posibles varias interpretaciones hasta el final. En ese caso, los participantes deberán proponer qué información adicional se requiere para llegar a una opinión fidedigna. Incluso si la secuencia continúa siendo ambigua, deben discutirse cuales son las interpretaciones mejor respaldadas por las pruebas disponibles.

#### Material:

Las secuencias de imágenes han sido dibujadas por Martin Armbruster, Britta Block, Mariana Ruiz-Villarreal y Christin Hoche. La contribución de otros fotógrafos/artistas se agradece al final de la presentación.

#### Base teórica:

Los pacientes con esquizofrenia muestran dificultades con situaciones que exigen la toma de perspectiva y empatizar con los demás (Frith, 2004; Sprong et al., 2007; Bora & Pantelis, 2013). Una percepción distorsionada de los motivos y las acciones de los demás pueden conducir fácilmente a problemas interpersonales. Pero los déficits en la teoría de la mente se observan también en otros trastornos psiquiátricos y además su relevancia en el origen de la formación delirante está sujeta a una controversia continuada (Garety & Freeman, 1999). Además, en algunos estudios, los pacientes con esquizofrenia muestran una necesidad incrementada por tener las cosas zanjadas y (Colbert & Peters, 2002) tienen problemas para tolerar sucesos con un final abierto y para la ambigüedad.

### Objetivo del módulo:

Se les enseña a los participantes la diferencia entre su nivel de información como „omnisciente espectador“ y los datos disponibles para los protagonistas. Por ejemplo, en un ejercicio del ciclo A, una mujer se enfrenta a una mala noticia dada por su médico. Después de eso llega tarde al trabajo y su jefe le regaña. En la última imagen, realmente no podemos decir si el jefe es un desalmado o simplemente desconoce la visita al médico; se podría argumentar que el jefe debería haber actuado con mayor consideración, ya que a su empleada probablemente se le ve devastada. Algunas de las tiras de comic son insatisfactorias para personas con una necesidad incrementada para zanjar las cosas. En muchas escenas, como en la vida real, no se logra llegar a una explicación definitiva. Por lo tanto, los pacientes deben proponer qué información adicional se necesita para verificar, en última instancia, una de las hipótesis.

### Recomendaciones generales:

Los pacientes se turnan para describir cada imagen de una secuencia. Hay que intervenir si las descripciones van más allá de lo que se muestra en la imagen. Para las tareas básicas, los pacientes deberían imaginarse a sí mismos en el lugar de los personajes presentados. Uno de los objetivos principales de el EMC es sembrar la duda y persuadir a los pacientes de atenuar su nivel de seguridad y abstenerse de tomar decisiones precipitadas cuando la evidencia es incompleta. Por lo tanto, cada cierto tiempo se les pide a los participantes que evalúen su nivel de seguridad (ej. con una votación a mano alzada: la mano completamente alzada significa seguridad y medio-alzada duda).

### Claves para detectar la interpretación correcta

Ciclo A	Administración estándar	Administración BADE
1 (cumpleaños)	Dado que la abuela no expresó abiertamente su disgusto por los bombones, es posible que la niña compre de nuevo bombones por su próximo cumpleaños. Es improbable que a la abuela le vaya a gustar que le regale bombones.	Desde las primeras diapositivas presentadas, es difícil decidir que le regalará la niña a su abuela por su próximo cumpleaños. Destapando el cuadro restante de la tira cómica en el que la abuela parece contenta al recibir bombones, se vuelve probable que la niña le regale bombones de nuevo. A la abuela no le gustan los bombones, pero no se lo demuestra abiertamente a la niña. En este punto, debe hacerse obvio que el grupo/los participantes poseen más información que la niña.
2 (malas noticias)	Es difícil decidir si el jefe es un desalmado o no. Dadas las circunstancias, uno puede creer fácilmente que el jefe está exagerando. De todos modos, es importante señalar que aunque nosotros somos conscientes de las circunstancias, el jefe no parece saber por qué la mujer llega tarde al trabajo. No sabemos si la señora llega periódicamente tarde al trabajo, lo que haría comprensible el enfado del jefe, o si este es un hecho aislado, lo que indicaría que el jefe está exagerando.	Desde la primer imagen (esto es, la última cronológicamente) es difícil decidir si el jefe es un desalmado o no. La segunda imagen muestra a la mujer llorando, lo que indica que puede tener una razón legítima para llegar tarde. La imagen final indica que la mujer está teniendo problemas de salud. No está claro si su jefe sabía que ella tenía una revisión con el médico antes del trabajo o problemas de salud, por lo tanto no se puede tener certeza sobre si es un desalmado. Al revés, si la mujer suele llegar tarde al trabajo, el enfado del jefe sería comprensible. Por otra parte, en la última imagen cronológica el jefe puede ver que la mujer ha estado llorando y en este caso su reacción podría considerarse un tanto cruel.
3 (accidente)	Probablemente el hombre huele a alcohol. El policía creerá muy probablemente que el accidente ha sucedido porque el hombre está borracho. Esto no es necesariamente falso pero no sabemos seguro si una persona sobria habría evitado el accidente. La carretera es bastante recta, esto puede ser una indicación de que el hombre tiene la responsabilidad principal ya que debía haber tenido tiempo suficiente para parar el coche.	Dada la información de la primera imagen presentada (la última cronológicamente), es difícil deducir lo que el policía piensa. Podemos deducir que el conductor está desorientado, pero no sabemos si se debe sólo al accidente. En este punto, lo primero parece ser más probable. A medida que se presentan más imágenes, los participantes se dan cuenta de que había ciervos cruzando la carretera antes del accidente. Con la información concluyente de la primera imagen cronológica, está claro que el hombre había bebido alcohol. Es importante recordar que los miembros del grupo tienen más información que el policía; de todos modos, es posible que el policía pueda oler el alcohol, y esto le lleve a pensar que la intoxicación es la causa del accidente, aunque la situación real es más compleja.
4 (banco)	La empleada de banco no sabe que el niño acaba de comprar una pistola de juguete. Que la empleada tenga miedo depende de varios factores (ej. ¿parece el niño imprevisible, parece real la pistola del niño, es la empleada una persona miedosa?).	Basándonos en la información presentada en la primera imagen (la última cronológicamente) los participantes podrían concluir que la empleada de banco podría estar asustada por el arma. El niño puede parecer un hombre pequeño. En las diapositivas restantes los participantes son conscientes de que el arma es un juguete pero la empleada del banco no puede saberlo. Qué la empleada esté asustada depende de otra serie de factores que no podemos evaluar completamente (ej. ¿parece el niño imprevisible, parece real la pistola del niño, es la empleada una persona miedosa?).

5 (navegar)	Aunque padre e hijo no han escuchado el mensaje de advertencia, probablemente han notado el cambio de tiempo (nublado) y puede que por esto hayan decidido no salir a navegar. De todos modos, en este caso, podrían haber anulado el viaje mucho antes.	En la primera imagen presentada (la última cronológicamente) parece que el padre y el hijo están listos para ir a navegar, de todos modos, una observación más detallada nos hace ver que las condiciones meteorológicas quizás no son óptimas (nublado). La tercera imagen cronológica puede ayudar a los participantes a llegar a la conclusión de que el padre y el hijo no saldrán a navegar, pero es importante recordar que ellos no han oído el mensaje de advertencia. Con la información adicional de las dos primeras diapositivas (cronológicamente) sabemos que el tiempo ha cambiado. Es probable que también el padre y el hijo se hayan dado cuenta y hayan decidido anular la salida en bote. De todos modos, en este caso, podrían haber anulado el viaje mucho antes. Ellos también se habrán dado cuenta de que la playa está desierta, y esto podría ayudarles a decidir no navegar.
6 (puesto de helados)	El chico no sabe que la chica ha visto la furgoneta de los helados en la iglesia y, por consiguiente, puede pensar que la vio en el parque (cuando él vio a la chica por última vez).	No disponible administración BADE.
7 (salchicha)	Cómo el niño parece hambriento, la madre puede acusarle falsamente de haberse comido las salchichas.	No disponible administración BADE.
8 (vecino)	Un hombre no puede arrancar su coche en varias ocasiones porque se ha descargado la batería. Debido a su enfrentamiento con el vecino de abajo, que se queja del volumen de la música (imágenes 1-2), puede pensar que este ha abierto el coche y encendido las luces hasta descargar la batería. Sin embargo, como su batería se descarga en la imagen 4 en una localización diferente, podría darse cuenta de que él mismo se dejó las luces encendidas por error (quizás el dueño del coche estaba confuso por el enfrentamiento con el vecino).	No disponible administración BADE.

### Claves para detectar la interpretación correcta

Ciclo B	Administración estándar	Administración BADE
1 (el hombre gordo)	Es importante darse cuenta de que la gente de la cafetería no ha visto al chico con la sierra. Así, la mayor parte de la gente asumirá que la silla se ha venido abajo por el peso del hombre. Sin embargo, la silla se habría roto probablemente incluso con una persona delgada.	No disponible administración BADE.
2 (coche)	No se puede saber si la mujer se tomará las palabras del hombre cómo una mera información, un consejo o cómo un comportamiento paternalista.	No disponible administración BADE.
3 (librería)	Son posibles varias interpretaciones. Quizás el hombre no se ha dado cuenta de que la mujer está al teléfono y puede pensar que su comentario va dirigido a él. Esto es apoyado por el hecho de que plantea su pregunta directamente sin tratar de llamar su atención primero. En este caso, él podría sentirse molesto. Alternativamente, él podría pensar que la mujer debería atender sus obligaciones en lugar de realizar llamadas personales.	Basándose en la segunda diapositiva de la tira cómica, uno puede inferir que el hombre no se ha dado cuenta de que la mujer está al teléfono y él le ha hecho simplemente una pregunta directa. Es posible que el hombre piense que la mujer le está contestando. Por otra parte él podría pensar que ella debería estar trabajando en lugar de hablar por teléfono. Cuando se muestra la diapositiva restante, parece probable que la mujer está en medio de una conversación telefónica y que no está respondiendo a la pregunta del hombre. Esta secuencia permite diferentes interpretaciones. Es importante enfatizar que los participantes tienen más información que el hombre.
4 (fútbol)	En la imagen 1, los extranjeros están aprendiendo el idioma de su país de acogida. El contenido de lo explicado parece muy fácil (ver la gramática en la pizarra), así que es razonable asumir que su vocabulario aún es escaso. Por lo tanto, pueden no saber que es lo que significa el cartel del parque. El guarda puede creer que los niños están incumpliendo las normas a propósito. Los prejuicios contra los extranjeros también pueden desempeñar un papel. También debe discutirse si la presencia del cartel en la hierba es una indicación suficiente en sí misma para que se abstengan de jugar al fútbol.	En la primera imagen presentada (la última cronológicamente) el guarda del parque probablemente está pensando que los futbolistas están desobediendo descaradamente las normas al jugar en el césped. Al revelársenos el resto de las diapositivas se vuelve aparente a los participantes que los futbolistas son extranjeros con un vocabulario escaso. Nos damos cuenta de que el contenido del plan de estudios es muy fácil (ver la gramática en la pizarra). Sin embargo, esta información no está disponible para el guarda, por lo que su opinión sobre la situación no va a cambiar.
5 (galería de arte)	Un hombre entra en una galería de arte. Podría pensar erróneamente que las dos personas están hablando de él. Por otra parte, los dos visitantes pueden quejarse de que el hombre les obstruye la vista.	Basándonos en la información de la primera imagen presentada (la última cronológicamente), parece probable pensar que las dos personas en la galería están hablando del hombre de delante del cuadro del gato. Cuando se presentan las imágenes restantes, queda claro para los participantes que los hombres estaban discutiendo previamente sobre el cuadro del gato, pero el hombre puede seguir teniendo la idea de que ellos están hablando de él puesto que él ha entrado en la habitación después.

6 (niño enfermo)	La madre solo pensará que el niño está enfermo si este mete el termómetro en la taza caliente y luego lo baja hasta una temperatura creíble (¡no se muestra!). De otro modo, el termómetro indicará una temperatura demasiado alta y la madre se imaginará que el niño finge estar enfermo.	En la primera imagen presentada (la última cronológicamente), parece que la madre está desconcertada por el estado de su hijo o quizás preocupada. La tercera imagen cronológica nos enseña al niño metiendo el termómetro en una taza caliente intentando simular que tiene fiebre. Esta información arroja una luz diferente sobre la historia. Posiblemente, es obvio para la madre que su hijo está fingiendo estar enfermo si la temperatura es extremadamente alta. En ese caso la madre probablemente está enfadada. Las dos primeras imágenes del cómic muestran el curso previo de los acontecimientos pero no proporcionan información adicional.
7 (casa)	Un hombre, evidentemente, ha olvidado las llaves de su casa y ahora escala a través de su propia ventana. El otro hombre le puede tomar por un ladrón. Aunque puede conocer al hombre (quizás es un vecino) o el dueño de la casa puede haberle explicado la situación al hombre del perro (ej. el gesto del dueño en la segunda imagen puede ser interpretado en ese sentido).	En la primera imagen presentada (la última cronológicamente) parece que el hombre se está colando en la casa. No es hasta la segunda imagen cronológica cuando a los participantes se les muestra que el hombre se ha olvidado las llaves y no es un ladrón. En este punto es importante recordarles a los participantes que el hombre del perro no tiene la misma información que ellos y puede creer que el otro hombre está robando la casa. Esto sólo es asumible si el hombre del perro no conoce al hombre que sube por la ventana.
8 (las gemelas)	El hombre probablemente piensa que Lisa (la mujer a la que llamó por teléfono) está en la cafetería, a pesar de que le dijo que tenía que hacer otra cosa. Como él no le habla a ella por su nombre de pila, podemos asumir que no se conocen mucho y es posible que ni siquiera sepa de su hermana gemela.	El hombre probablemente piensa que Lisa (la mujer a la que llamó por teléfono) está sentada en la cafetería, a pesar de que le dijo que tenía que hacer otra cosa. No es hasta la última imagen (la primera cronológicamente) cuando nos queda claro que la mujer de la cafetería es la hermana gemela de Lisa, Karin. Como él no se dirige a ella por su nombre de pila, podemos asumir que no se conocen mucho y es posible que ni siquiera sepa de su hermana gemela.

## MÓDULO 7: SALTAR A CONCLUSIONES II

### Tema central:

Sesgo de salto a conclusiones (*jumping to conclusions bias*); aceptación liberal (*liberal acceptance*)

### Tarea básica:

Se les muestra a los participantes varios cuadros. Su tarea consiste en deducir el título del cuadro entre cuatro opciones posibles. Mientras que para algunos cuadros la solución es bastante obvia, para otros sólo queda clara tras considerarlo a fondo. Para algunas pinturas se puede incluso cuestionar si el título real es equívoco.

De forma análoga al módulo 2, la introducción trata el salto a conclusiones y presenta un mito moderno/teoría de la conspiración (ejemplo del ciclo A: “¿Los dueños de Marlboro son el Ku- Klux-Klan?”). Se debe recoger, intercambiar y evaluar la plausibilidad de los argumentos a favor y en contra de esta creencia. Debe quedar claro que este tipo de leyendas han surgido debido a los “saltos a conclusiones” y estos se basan en pruebas dudosas. De esta forma, los mitos modernos son un buen modelo para las ideas delirantes en general.

### Materiales:

Pinturas clásicas y modernas; dos de las imágenes están extraídas de diferentes ediciones del Test de Apercepción Temática (TAT).

### Base teórica:

En estudios previos, los pacientes con esquizofrenia han mostrado un sesgo de aceptación liberal (*liberal acceptance bias*) para las hipótesis (Moritz & Woodward, 2004, 2005; Woodward, Moritz, Cuttler et al., 2006; Moritz et al., 2009). Con respecto a los controles, en los pacientes se observan mayores tasas de alta plausibilidad para alternativas absurdas o improbables, lo que indica que los pacientes adoptan criterios menos estrictos para la toma de decisiones (este informe es una variante de la aproximación al salto a conclusiones de Garety et al., 1991). Además, no se consideran todas las pruebas disponibles (véase también el módulo 2, Bell et al., 2006; Garety & Freeman, 1999, 2013) y los pacientes no sopesan la información adecuadamente (Glöckner & Moritz, 2009).

### Objetivo del módulo:

Los pacientes deben aprender que es fundamental invertir el tiempo suficiente en la solución de problemas complejos. A veces, ciertas características justifican decisiones claras, que con una exploración superficial pasarían inadvertidas.

### Recomendaciones generales:

Se deben discutir en el grupo los detalles que hablan a favor o en contra de cierto título. Hay que dirigir la atención de los participantes hacia la información que aun no ha sido reconocida (ver más detalles a continuación). Después de haber examinado todos los detalles, los pacientes deben evaluar de nuevo la opción del título.

En este módulo, es útil para los pacientes usar tarjetas rojas y verdes para expresar su conformidad. El inconveniente de la toma de decisiones apresuradas puede demostrarse mejor cuando se les pide a los participantes su evaluación justo después de la presentación inicial de la imagen y, a continuación, después de discutir los detalles. Al igual que en módulos previos hay que preguntarle a los participantes por su nivel de seguridad (por ejemplo mediante votación a mano alzada: la mano completamente alzada significa seguridad y medio-alzada duda).

Si hay distintas personas en el grupo a favor de los diferentes títulos, el conductor del grupo puede fomentar y moderar un debate abierto.

Recomendaciones específicas

Cuadro Ciclo A	Título	Claves para llegar a la interpretación correcta
Imagen 1	“Cortejo”	Lo siguiente habla a favor de B: La expresión de la mujer es bastante coqueta y seductora; el hombre trae un regalo (flores); la postura de admiración del hombre.
Imagen 2	“El alquimista”	El mortero y la botella cerrada hacen pensar en un químico, que puede estar estudiando una nueva fórmula (a favor de la C). El que esté absorto en la lectura, que la botella está cerrada y que no haya vasos en la mesa va en contra de la opción B. Por el tipo de ropa no parece un monje (contra la opción A).
Imagen 3	“El poeta pobre”	La cantidad de libros que aparecen en el cuadro señalan a un poeta (alternativa C) más que a un sirviente (alternativa A). La postura que maniene su mano puede indicar que está en el acto de escribir poesía (alternativa C). Aunque vive en aparente pobreza, las diversas pertenencias (particularmente libros) van en contra de la interpretación “el hogar de los indigentes”.
Imagen 4	“La admonición”	Lo siguiente habla a favor de D: La niña parece sentirse culpable; la mujer mayor tiene un gesto amenazante; el foco está puesto en la niña (no en el niño); el niño no lleva unos zapatos en las manos (alternativa C improbable).
Imagen 5	“La visita”	La atención del hombre se dirige al pájaro de la ventana, hacia el que eleva la vista (opción A). Como el hombre no está mirando el libro, la opción B parece poco probable.
Imagen 6	“Accidente de caza”	La nariz roja del hombre hace la opción B posible. Su cara asustada hace también posible la opción A; sin embargo, la ropa, la escopeta y el hombre cayéndose apoyan la opción D.
Imagen 7	“La carta de los cosacos”	Uno de los hombres de la mesa sostiene una pluma en la mano (a favor de B). Los hombres no están echando un pulso; los cosacos parecen contentos y no estar preparándose para la batalla (alternativa D improbable).
Imagen 8	“El óptico”	Los adultos y los niños se prueban gafas (las prueba leyendo el periódico); el hombre con barba le ofrece gafas de la caja a la mujer (a favor de la opción D). El niño no es el centro de la pintura y los adultos son mayoría (en contra de la A). El hombre entrando es sólo una figura de fondo (la opción C tampoco es plausible). Para mostrar a un erudito, se le pintaría en una mesa escribiendo o con libros, en lugar de ponerle en este ambiente social (en contra de la opción B).
Imagen 9	“El aguador de Sevilla”	El hombre en primer plano lleva ropas raídas; el líquido de la botella es claro; incluso el vino blanco es más amarillo y el vaso estaría más vacío si fuese una degustación de vino (en contra de la opción C).
Imagen 10	“El viudo”	El hombre de negro está mirando a las mujeres pasar. El hombre no interactúa con las mujeres (opción A poco probable). El hombre sentado tiene una posición central en el cuadro (opción B improbable).
Imagen 11	“La pedicura”	Se ve al hombre arreglando las uñas del pie. No hay instrumental médico visible (escalpelo) (opción B y C improbables).
Imagen 12	“Los ladrones de frutas”	Los niños (o enanos) aparentemente han cogido frutas del árbol, ya que hay algunas frutas en la parte inferior del árbol y un niño está todavía en el árbol; el viejo les ahuyenta con una vara.
Imagen 13	“Oración de la tarde”	Las manos de las dos personas están plegadas y sus cabezas inclinadas. Se ve la puesta de sol. No se ve ninguna tumba o un cura (opción C improbable). La opción “Huertos”(D) no encaja con la atmósfera pacífica de la pintura.
Imagen 14	“Esperando al bote de pesca”	La madre y uno de los niños buscan (¿esperanzados?) en el océano. Barcos en el horizonte, las escasas prendas de vestir de la madre y el niño abogan por una familia de pescadores pobres (alternativa B). No hay ningún equipaje y el niño está descalzo (en contra de la opción D). Si el escenario describiese un paseo, el pintor tendría que ilustrar la escena de forma más dinámica. No hay ningún indicio concreto de una viuda en duelo (pero no hay pruebas definitivas contra la respuesta C).

Imagen 15	“Niño con el violín”	Muchas interpretaciones van más allá de lo visible. De hecho, el niño es el famoso violinista Yehudi Menuhin – de niño – antes de un concierto.
Imagen 16	“La carta de amor”	Nadie está trasladando muebles (alternativa C improbable); el ambiente del cuadro es soleado y pacífico; un topógrafo tendría probablemente instrumentos más profesionales (alternativa D improbable).
Imagen 17	“Tributo de la moneda”	La moneda es un elemento importante de la pintura (a favor de la opción C). Es improbable que un bucanero le de dinero a un noble (en contra de la D). A y B son posibles pero menos que la opción C. Otro argumento en contra de la opción A es que es dudoso que un tema como la corrupción fuese representado en la época medieval.
Imagen 18	“Invitación a bailar”	Hay una pareja bailando pintada al fondo del cuadro. El hombre se inclina hacia la mujer, lo que va a favor de la opción C; además, el grupo parece apreciar su presencia. Las dos mujeres al fondo de la mesa no están necesariamente cotilleando sobre él, el ruido de la habitación puede ser una razón para que estén tan cerca. Todo el mundo parece estar bebiendo alcohol, no sólo el hombre de la derecha (jarras de cerveza en la mesa; en contra de la opción A).
Imagen 19	“El drama”	Hay una multitud viendo lo que se representa sobre el escenario; no hay pantalla (en contra de la opción C); es improbable que tanta gente esté presenciando un crimen y no intervenga (alternativa A improbable); escenario iluminado, como en el teatro.

Cuadro Ciclo B	Título	Claves para llegar a la interpretación correcta
Imagen 1	“Trágicas noticias”	La mujer está llorando; el soldado le ha traído un sombrero y un abrigo (presumiblemente pertenecientes a su marido fallecido); hay una carta sobre su regazo (a favor de la D); el bebé no parece enfermo; el niño observa al hombre uniformado y no al bebé (alternativa B improbable).
Imagen 2	“Sopa en el monasterio”	Lo siguiente habla a favor de C: Un niño con un cuenco de sopa abandona el monasterio; hay gente al fondo que parece estar comiendo; la monja en el fondo tiene un hervidor de sopa delante de ella; la puerta no da la impresión de ser la de una iglesia (en contra de la C).
Imagen 3	“La guerra”	La espada, la antorcha y los cadáveres en el suelo apuntan a la opción A. No hay ningún indicio de la anunciación de la llegada de Cristo (la opción B es poco probable). Las opciones C y D se fijan en detalles accesorios.
Imagen 4	“¿Por qué me casé con él?”	Parece que la pareja está en un barco (claraboya al fondo), están probablemente en su viaje de luna de miel (a favor de la B). El hombre está en la cama vestido, puede que con resaca, hay una botella en la mesa de al lado (También a favor de la B). La mujer es demasiado joven para ser la madre del hombre (en contra de la alternativa D). No hay indicios de un asesinato (ej. una pistola) o un suicidio (en contra de las alternativas A y C). En el pasado, un lazo rojo, como el que lleva a mujer, indicaba que está recién casada (otra indicación para la alternativa B).
Imagen 5	“Juegos de niños”	No se ven puestos de venta o de alimentos (así, las opciones B y C son improbables). Los juegos (ejercicios, bailes, etc.) apuntan a la opción D. A favor de la A está el aparente caos inicial, que se descarta cuando observamos a la gente jugando.
Imagen 6	“El tramposo del as de diamantes”	Viendo la bebida roja la opción C es posible, pero deja muchas cuestiones abiertas. La opción D parece posible dado el aspecto de la mujer; de todos modos la carta que sostiene el hombre a su espalda (As de diamantes) va a favor de la opción B.
Imagen 7	“Dos hombres contemplando la luna”	La luna es un elemento esencial de la pintura (a favor de la opción B). No hay tumbas o vampiros (en contra de las opciones A y C). Además, la escena parece pacífica. La atmósfera sugiere que es de noche (en contra de la alternativa D).

Imagen 8	“Descanso en la linde del bosque”	La mujer lleva una gran cesta consigo; la gente no parece agitada; no hay pistas específicas para una herida (D).
Imagen 9	“Alimentando a los conejos”	Los niños están dándole de comer a los conejos; no hay pistas específicas para la Pascua (D); la última comida (A) es bastante macabro y no concuerda con la imagen pacífica del cuadro.
Imagen 10	“La cuna”	El niño duerme pacíficamente y no parece estar seriamente enfermo ni agonizando (color saludable; en contra de las alternativas A y B). La madre está sentada junto a la cuna, su mentón descansa en su mano, lo que hace improbable que esté cantando (a favor de D y contra C).
Imagen 11	“Vistiéndose”	Hay ropa yaciendo en una silla al fondo; la mujer de pie le coloca el cuello a la joven, que está de rodillas delante de ella, llevando ropa interior de moda en esa época (a favor de C y en contra de A). La atmósfera es amigable, las dos mujeres no parecen nerviosas ni enfadadas sino alegres (en contra de D), posición poco común para un masaje (B improbable).
Imagen 12	“Dos planchadoras”	No hay ningún cuerpo para ser reanimado (alternativa B improbable); la mujer de la derecha está planchando un vestido; la otra mujer parece cansada del trabajo, está bostezando.
Imagen 13	“El país de Jauja”	Los útiles del campo en el cuadro podrían ir a favor de la alternativa A. El pollo decapitado es demasiado pequeño para justificar el título del cuadro (opción C). No hay indicios especiales de que la comida esté envenenada (alternativa D). El hecho de que los hombres parecen saciados tras una abundante comida y estar ahora descansando, teniendo en cuenta que hemos descartado las tres opciones restantes, nos haría decidimos por la B.
Imagen 14	“El prestidigitador”	La equipación del hombre (ej. el perro y el aro) hablan de un mago o prestidigitador, más que de un hechicero o brujo (alternativa A) o un predicador itinerante (alternativa C). La alternativa B también podría ser posible.
Imagen 15	“El almuerzo”	Las cabezas inclinadas hacen las opciones A y B inicialmente posibles, pero nadie va de luto (opción A imposible). Una de las personas ya está comiendo, por lo que la opción “El rezo” (B) parece improbable. Nadie está hablando (así, la opción D es improbable). Ya que hay gente comiendo, la opción C es la correcta.
Imagen 16	“Dama con dos caballeros (Muchacha con copa de vino)”	La mujer, que sostiene un vaso de vino, parece halagada, ligeramente divertida y sonríe, quizás acaba de recibir un cumplido (a favor de A). La presencia de un segundo hombre y el hecho de que la mujer no mira hacia este va en contra de la alternativa B. La mujer es el centro de la pintura, lo que se opone a la alternativa C. Además, no hay comida lujosa visible sobre la mesa, como podríamos esperar si la opción D fuera cierta.
Imagen 17	“Mujer con anteojos para la ópera”	La mujer sostiene unos anteojos pero no lleva una máscara (contra la alternativa A). No hay pistas específicas para la C.

## MÓDULO 8: ESTADO DE ÁNIMO

### Tema central:

Esquemas cognitivos negativos.

### Tarea básica:

En primer lugar, se enumeran los síntomas de depresión en el grupo. A continuación, se discuten las opciones terapéuticas para la depresión y los patrones cognitivos típicos. Los ejercicios posteriores tienen como objetivo los esquemas cognitivos depresivos. Cooperando con los participantes, el entrenador explica como los esquemas cognitivos distorsionados pueden ser reemplazados por otros más realistas y más útiles. El módulo también aborda estrategias de afrontamiento disfuncionales a menudo adoptadas por las personas con problemas psicológicos. Por ejemplo, las personas con esquizofrenia tienden a valorar intrusiones frecuentes como extremadamente negativas (ej. pensamientos e imágenes negativas intensas) y a reaccionar con un nivel elevado de miedo (Morrison, 2001). Estos pensamientos son fortalecidos subsecuentemente por la vigilancia reforzada y el esfuerzo por suprimirlos. Puede tener lugar una sensación de alienación de los procesos mentales propios, resultando a veces en síntomas relacionados con la pérdida de límites del propio yo y alucinaciones. Los pacientes deben aprender que estos pensamientos pueden ser molestos, pero son relativamente benignos. También deben aprender que la supresión intuitiva de estos pensamientos en realidad refuerza su presencia y su impacto. En cambio, se recomienda observar los pensamientos propios desde una perspectiva distanciada sin interferir, como observando un tigre en el zoo o una tormenta en el exterior. Por último, se proporcionan algunas técnicas que, si se usan regularmente, ayudan a cambiar los auto-esquemas negativos y a mejorar el humor.

### Materiales:

Algunos ejemplos están inspirados en textos cognitivo-conductuales (ej. Beck, 1976) y casos clínicos. La contribución de fotógrafos/artistas se agradece al final de la presentación.

### Base teórica:

Muchos pacientes con esquizofrenia muestran una baja autoestima (Freeman et al., 1998; Moritz, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Karow & Lincoln, 2010; Sundag, Lincoln, Hartmann, & Moritz, 2015). Las tasas de depresión y suicidio son muy altas en esta población (Buckley, Miller, Lehrer & Castle, 2015). Existe un debate abierto sobre si la ideación paranoide es una estrategia de afrontamiento disfuncional para aumentar la autoestima (Adler, 1914/1929; Bentall et al., 2001; Kinderman & Bentall, 1996), por ejemplo, reforzando la importancia subjetiva de uno mismo durante los delirios de persecución y creando un nuevo y fantástico propósito en la vida (Moritz, Werner & Von Collani, 2006). No es la intención del programa aumentar la autoestima hasta cimas poco realistas (por eso, no incorporamos frases de “pensamiento positivo” como “Soy una persona especial” que puede ser razonable para pacientes no psicóticos), sino fomentar un concepto realista de uno mismo.

### Objetivo del módulo:

Se les enseña a los participantes los estilos de pensamiento disfuncionales que pueden contribuir al origen y al mantenimiento de la depresión y la baja autoestima. Se debe enfatizar que estos estilos cognitivos pueden corregirse con un entrenamiento regular.

### Recomendaciones generales:

Este módulo se diferencia de otros del EMC en que no se proporcionan tareas convencionales con opciones de respuesta correcto versus incorrecto. Es crucial que el entrenador esté familiarizado con el modelo cognitivo-conductual de la depresión que subyace a este módulo.

### **Recomendaciones específicas:**

Algunas de las diapositivas contienen preguntas en las que se les pide a los pacientes que den interpretaciones más útiles y racionales antes de que las respuestas posibles se muestren.

## **MÓDULO 9: AUTOESTIMA**

### **Advertencia:**

Algunas de las diapositivas contienen preguntas en las que se les pide a los participantes que encuentren interpretaciones más útiles y racionales antes de que se desvelen las posibles respuestas.

### **Tema central:**

Aumentar la autoestima

### **Tarea básica:**

Este módulo transmite a los miembros del grupo que la autoestima es una dimensión subjetiva. Nadie tiene más o menos que los demás. Se muestra la diferencia entre una Autoestima sana, baja y exagerada, al tiempo que se identifican posibles fuentes de autoestima. Como las personas con baja autoestima tienden a centrarse en sus debilidades, se les enseña a los participantes a re-centrarse en sus fortalezas. Además se ofrecen consejos para aumentar la autoestima y se les anima a que desarrollen sus propias estrategias.

### **Materiales:**

Ejemplos propios inspirados en distintos manuales de psicoterapia (e.g., Potreck-Rose & Jacob, 2013).

### **Base teórica:**

Muchas personas con esquizofrenia (paranoide) tienen una autoestima baja (Freeman et al., 1998; Moritz et al., 2015; Sundag et al., 2015), lo que según ciertos investigadores está etiológicamente relacionado con la paranoia y la megalomanía. Según esto, la reducción de los delirios y la mejora de la conciencia de enfermedad puede mejorar el estado de ánimo (Belvederi Murri et al., 2015; Lincoln, Lüllmann & Rief, 2007). Ya que muchos participantes valoran como una prioridad en el tratamiento la mejoría de su estado emocional (Kuhnigk, Slawik, Meyer, Naber, & Reimer, 2012), consideramos este aspecto – que también se trata en el Módulo 8 – muy importante.

### **Objetivo del módulo:**

Se les debe hacer ver a los participantes como se genera una baja autoestima. Deben aprender a no centrarse en los aspectos negativos de sus vidas o sus (supuestos) puntos débiles, y en su lugar buscar y apreciar los aspectos de su vida que van bien. Se proporcionan consejos y sugerencias para la vida diaria, que pueden ayudar a fortalecer la autoestima de los participantes.

### **Recomendaciones generales:**

Las tareas de este módulo no tienen respuestas claramente “correctas” o “incorrectas”. Se les debe facilitar a los participantes el tiempo suficiente para pensar y discutir estrategias funcionales que puedan aumentar la autoestima. Es importante que los participantes reconozcan y sean capaces de nombrar sus propias fortalezas. Este módulo es particularmente apropiado para complementar el Módulo (Estado de ánimo).

## MÓDULO 10: ENFRENTÁNDOSE A LOS PREJUICIOS (ESTIGMA)

### Tema central:

(Auto-)estigma (aumentar la conciencia del auto-estigma, también llamado stigma percibido)

### Tarea básica:

Se muestra gente famosa (deportistas y escritores) a los participantes. Se revela que los escritores (el segundo grupo de personas) padecían trastornos mentales. Después, se enseñan cuadros de personas con enfermedad mental y sin ella, ilustrando que las personas con trastornos mentales son también capaces de crear cosas importantes y valiosas. A continuación, se muestra como los trastornos mentales e incluso los síntomas psicóticos (atenuados) ocurren con frecuencia en la población general. Al final, el grupo debe enfrentarse críticamente a los prejuicios y discutir cómo abordar el estigma. Se dan recomendaciones sobre como comunicar la enfermedad propia a los demás.

### Materiales:

Cuadros clásicos y modernos; estadísticas publicadas; ejemplos propios.

### Base teórica:

Muchos trastornos psiquiátricos, incluyendo la esquizofrenia (Gerlinger et al., 2013; Świtaj, Grygiel, Anczewska, & Wciórka, 2015), son objeto de prejuicios y se asocian a estigma. Esto da lugar a menudo a otros problemas y trastornos (inseguridades, depresión), que fomentan síntomas del trastorno psicótico, como la desconfianza y el retraimiento social. A menudo el resultado de esto es una disminución de la autoestima. (Świtaj et al., 2015).

### Objetivo del módulo:

Al principio se comenta como son de frecuentes las enfermedades mentales (como la psicosis) en la población general. A continuación, ilustramos con ejemplos de artistas y deportistas famosos que sufrir una enfermedad mental (como la psicosis) no significa que uno sea improductivo o no tenga valor. Se les hace conscientes a los participantes de esta estigmatización y como puede influir en la autoestima. Este módulo pretende minimizar el auto-estigma aumentando el conocimiento de la prevalencia de enfermedad mental en la población general. Se enfatiza que la enfermedad mental/psicosis no determina el valor de una persona y se enseña a los participantes como afrontar adecuadamente su enfermedad; por ejemplo, comunicando la enfermedad a los demás de una forma apropiada.

### Recomendaciones generales:

Las tareas de este módulo no tienen respuestas claramente "correctas" o "incorrectas". Se les debe facilitar a los participantes el tiempo suficiente para pensar y discutir estrategias para manejar el estigma. Podemos saltarnos ejercicios aislados o capítulos (ej. No es necesario leer en alto las biografías completas de cada escritor).

**Cuidado:** al presentar las diapositivas de los clichés y estereotipos más comunes sobre la psicosis/esquizofrenia (como por ejemplo que las personas con esquizofrenia son peligrosas) sea muy cuidadoso. Muestre solo los ejemplos con los que los pacientes estén familiarizados previamente. De no ser así, la exposición a nuevos estereotipos puede llevar a nuevas preocupaciones, lo que debe ser evitado. Recomendamos que antes de presentar las diapositivas pregunten al grupo si ya conocen algunos clichés sobre la psicosis y así poder centrarse en aquellos sobre los que ya tengan conocimiento.

### Notas especiales:

Los participantes deben encontrar formas útiles de afrontar su enfermedad creando ejemplos propios.

## REFERENCIAS

- Adler, A. (1914/1929). Melancholia and paranoia. In A. Adler (Ed.), *The practice and theory of individual psychology*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Bacon, E., Danion, J. M., Kauffmann-Muller, F., & Bruant, A. (2001). Consciousness in schizophrenia: a metacognitive approach to semantic memory. *Consciousness and Cognition, 10*, 473-484.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences, 10*, 219-226.
- Belvederi Murri, M., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D. A., Ghio, L., & Amore, M., (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 162*, 234-247.
- Bentall, R. P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. In A. S. David & J. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 337-360). Erlbaum: London.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*, 1143-1192.
- Bentall, R. P., Kaney, S., & Dewey, M. E. (1991). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 30*, 13-23.
- Bora, E., & Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 144*, 31- 36.
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research, 60*, 57-64.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 383-402.
- Byerly, M. J., Nakonezny, P. A., & Lescouffair, E. (2007). Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 30*, 437-452.
- Colbert, S. M., & Peters, E. R. (2002). Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 27-31.
- Danion, J.-M., Rizzo, L., & Bruant, A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 56*, 639-644.
- Elkis, H. (2007). Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 30*, 511-533.
- Fine, C., Gardner, M., Craigie, J., & Gold, I. (2007). Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry, 12*, 46-77.
- Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P., & 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. A., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P. E., & Dunn, G. (2004). Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 671-680.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*, 425-457.
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine, 34*, 385-389.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 113-154.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry, 203*, 327-333.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R., & Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic interference task. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 194-201.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*, 155-164.
- Glöckner, A. & Moritz, S. (2009). A fine-grained analysis of the jumping-to-conclusions bias in schizophrenia: Data-gathering, response confidence, and information integration, *Judgment and Decision Making, 4*, 587-600.
- Huron, C., & Danion, J.-M. (2002). Impairment of constructive memory in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology, 17*, 127-133.
- Huron, C., Danion, J.-M., Giacomoni, F., Grengé, D., Robert, P., & Rizzo, L. (1995). Impairment of recognition memory with, but not without, conscious recollection in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1737-1742.
- Janssen, I., Versmissen, D., Campo, J. A., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychological Medicine, 36*, 771-778.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 106-113.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 341-345.
- Kinderman, P., Kaney, S., Morley, S., & Bentall, R. P. (1992). Paranoia and the defensive attributional style: deluded and depressed patients' attributions about their own attributions. *British Journal of Medical Psychology, 65*, 371-383.
- Klosterkötter J. (1992). The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 46*, 609-630.
- Kuhnigk, O., Slawik, L., Meyer, J., Naber, D., & Reimer, J (2012). Valuation and attainment of treatment goals in schizophrenia: perspectives of patients, relatives, physicians, and payers. *Journal of Psychiatric Practice, 18*, 325-332
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1324-1342.
- Miller, M. B., & Gazzaniga, M. S. (1998). Creating false memories for visual scenes. *Neuropsychologia, 36*, 513-520.
- Mehl, S., Rief, W., Lüllmann, E., Ziegler, M., Kesting, M.-L., & Lincoln, T. M. (2010). Are theory of mind deficits in understanding intentions of others associated with persecutory delusions? *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 516-519.
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & 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., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Hottenrott, B., Woodward, T. S., von Eckstaedt, F. V., Schmidt, C., Jelinek, L., & Lincoln, T. M. (2009). Decision making under uncertainty and mood induction: further evidence for liberal acceptance in schizophrenia. *Psychological Medicine, 39*, 1821-1829

- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar S., & Vitzthum, F. (2010). MKT+: Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose. [MCT+: Individualized metacognitive therapy for people with psychosis]. Heidelberg: Springer; see also [www.uke.de/mct\\_plus](http://www.uke.de/mct_plus)
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., & 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., & Von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 402-435.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2002). Memory confidence and false memories in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 641-643.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2004). Plausibility judgment in schizophrenic patients: evidence for a liberal acceptance bias. *German Journal of Psychiatry*, 7, 66-74.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 193-207.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 142, 157-165.
- Moritz, S. & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 619-625.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D., & Andresen, B. (2007). Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 371-383.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Cuttler, C., Whitman, J. C., & Watson, J. M. (2004). False memories in schizophrenia. *Neuropsychology*, 18, 276-283.
- Moritz, S., Woodward, T. S., & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine*, 36, 659-667.
- Moritz, S., Woodward, T. S., & Ruff, C. (2003). Source monitoring and memory confidence in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 131-139.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Peters, E., & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 481-514.
- Peters, M. J. V., Moritz, S., Hauschildt, M., & Jelinek, L. (2012). Impact of emotional valence on memory and meta-memory in schizophrenia using videos sequences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 77-83.
- Phillips, M. L., & David, A. S. (1995). Facial processing in schizophrenia and delusional misidentification: cognitive neuropsychiatric approaches. *Schizophrenia Research*, 17, 109-114.
- Potreck-Rose, F., & Jacobs, G. (2013). *Selbstzuwendung, Selbstwertakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl [Self-care, self-acceptance and self-confidence. Psychotherapeutic interventions to raise self-esteem]*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Hottenrott, B., & Moritz, S. (2011). Attributional biases in paranoid schizophrenia: Further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis*, 3, 74-85.
- Reisberg, D. (2001). *Cognition*. New York: WW Norton & Co.
- Roediger III, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21, 803-814.
- Roediger III, H. L., Watson, J. M., McDermott, K. B., & Gallo, D. A. (2001). Factors that determine false recall: a multiple regression analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 8, 385-407
- Sanford, N., Veckenstedt, R., Moritz, S., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Impaired integration of disambiguating evidence in delusional schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 44, 2729-2738.
- Sarfati, Y., Hardy-Bayle, M. C., Besche, C., & Widlocher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: a non-verbal exploration with comic strips. *Schizophrenia Research*, 25, 199-209.
- Savulich, G., Shergill, S., & Yiend, J. (2012). Biased cognition in psychosis. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 514-536.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
- Sundag, J., Lincoln, T. M., Hartmann, M. M., & Moritz, S. (2015). Is the content of persecutory delusions relevant to self-esteem? *Psychosis*, 7, 237-248.
- Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., & Wciórka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: The mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 73-79.
- Van Dael, F., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Data gathering: biased in psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, 32, 341-351.
- Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Hottenrott, B., Woodward, T. S., & Moritz, S. (2011). Incorrigibility, jumping to conclusions, and decision threshold in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16, 174-192.
- Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Mengelers, R., Campo, J., van Os, J., & Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, 99, 103-110.
- Voruganti, L. P., Baker, L. K., & Awad, A. G. (2008). New generation antipsychotic drugs and compliance behaviour. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 133-139.
- Weiss, A. P., Dodson, C. S., Goff, D. C., Schacter, D. L., & Heckers, S. (2002). Intact suppression of increased false recognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1506-1513.
- Woodward, T. S., Moritz, S., & Chen, E. Y. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions: a study in an Asian sample with first episode schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 83, 297-298.
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C., & Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 605-617.
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C. C., & Whitman, J. (2004). A generalized cognitive deficit in integrating disconfirmatory evidence underlies delusion maintenance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 67, 79.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.