

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES ORIENTADO A LA METACOGNICIÓN (MOSST): MARCO TEÓRICO, METODOLOGÍA DE TRABAJO Y DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

METACOGNITION-ORIENTED SOCIAL SKILLS TRAINING (MOSST): THEORETICAL FRAMEWORK, WORKING METHODOLOGY AND TREATMENT DESCRIPTION FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Felix Inchausti¹, Nancy V. García-Poveda², Javier Prado-Abril³, Javier Ortuño-Sierra⁴ e Ignacio Gáinza-Tejedor¹

¹Complejo Hospitalario de Navarra, CSM Ermitagaña. ²Unidad de Psiquiatría, Hospital San Juan de Dios de Santurce.

³Complejo Hospitalario de Navarra, CSMIJ Natividad Zubieta. ⁴Universidad de La Rioja

Los déficits en el funcionamiento social son un síntoma característico de la esquizofrenia y han sido ampliamente descritos en la literatura. Como resultado, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se considera una parte esencial del tratamiento integral para la esquizofrenia y su inclusión se recomienda en diversas guías clínicas internacionales del trastorno. Sin embargo, diferentes estudios han revelado que los programas actuales de EHS tienen un efecto limitado en cuanto a sus beneficios potenciales sobre el funcionamiento psicosocial cotidiano de los pacientes. El presente trabajo tiene por objetivo presentar un nuevo marco de intervención que integra el entrenamiento metacognitivo y el EHS para pacientes con esquizofrenia: el entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST). La justificación teórica de MOSST se sustenta en los recientes hallazgos que sugieren el papel central de los déficits metacognitivos en el funcionamiento psicosocial de estos pacientes. Por este motivo, MOSST pretende no solo entrenar las habilidades interpersonales sino también mejorar la comprensión de los estados mentales propios y ajenos, así como la relación entre estos y el comportamiento social efectivo. Para facilitar la descripción de MOSST, su implementación se ilustra a través de un paciente con esquizofrenia que finalizó con éxito el programa completo. Por último, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados disponibles hasta la fecha con MOSST, sus limitaciones y las direcciones futuras de investigación.

Palabras clave: Entrenamiento en habilidades sociales, Metacognición, Esquizofrenia, Rehabilitación.

Metacognition-oriented Social Skills Training (MOSST): Theoretical Framework, Working Methodology and Treatment Description for Patients with Schizophrenia. The presence of social deficits in schizophrenia has been widely described in literature as well as the negative impact of these deficits on psychosocial functioning. As a result, social skills training (SST) has emerged as a well-validated intervention that is recommended in several treatment guidelines for schizophrenia. However, different studies have found that the effects and generalizability of current SST programmes are limited regarding the potential benefits on daily psychosocial functioning of these patients. This paper aims to describe a newly developed intervention model that integrates metacognitive remediation into SST for patients affected by schizophrenia: metacognition-oriented social skills training (MOSST). Theoretical model of MOSST is based on recent findings suggesting the central role of metacognitive deficits to successful psychosocial functioning in schizophrenia. Thereby, MOSST focuses not only on train interpersonal skills but also on improving the understanding of one's own mental states and those of the others as well as the connection between mental states and effective social behaviour. In order to facilitate the treatment description, a case report of an adult diagnosed by schizophrenia who successfully completed the programme is presented. Finally, clinical implications and limitations of available evidence on MOSST are discussed, and future research directions with this programme are pointed out.

Key Words: Social skills training, Metacognition, Schizophrenia, Rehabilitation.

Las dificultades interpersonales han sido ampliamente descritas en individuos con trastornos del espectro de la psicosis y, específicamente, constituyen una característica principal de la esquizofrenia (Bellack, Mueser, Ginge-

rich, y Agresta, 2004). Dentro de estas dificultades se incluyen, por ejemplo, los problemas para conversar, manejar conflictos o actuar de manera asertiva con familiares, amigos, miembros de la comunidad o compañeros de trabajo (Bellack et al., 2007). Como resultado, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se considera una parte esencial del tratamiento de la esquizofrenia y su inclusión se recomienda en múltiples guías clínicas del trastorno (Almerie et al., 2015; Dixon et al., 2010).

Recibido: 7 febrero 2017 - Aceptado: 22 mayo 2017

Correspondencia: Felix Inchausti. Complejo Hospitalario de Navarra, CSM Ermitagaña. C/ Ermitagaña 20, Planta Baja. 31008 Pamplona. España. E-mail: felixinchausti@usal.es



El propósito principal de este es presentar al profesional de la psicología clínica la adaptación al castellano del programa de EHS orientado a la metacognición (en inglés, *Metacognition-Oriented Social Skills Training*, MOSST) desarrollado recientemente por Ottavi et al. (2014a). Con tal objetivo, el artículo se estructura en cinco subapartados. En primer lugar se revisan brevemente los principales modelos de intervención disponibles en la actualidad para el EHS en pacientes con esquizofrenia. En segundo lugar se presenta el constructo de metacognición, los hallazgos más representativos en el campo de la esquizofrenia y la justificación teórica de la integración del entrenamiento metacognitivo y en habilidades sociales propuesto en MOSST. En tercer lugar se hace una descripción detallada del programa. Se presenta, a continuación, el caso de un joven con esquizofrenia que finalizó con éxito la adaptación al castellano del programa. Por último, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados disponibles hasta la fecha con el programa, sus limitaciones prácticas y las direcciones futuras de investigación con MOSST.

MODELOS ACTUALES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA LA ESQUIZOFRENIA

Los tratamientos actuales disponibles para mejorar el funcionamiento interpersonal en la esquizofrenia pueden dividirse en dos grupos: los derivados del conductismo y los basados en el entrenamiento de la cognición social. El objetivo general del primer grupo de tratamientos consiste en mejorar el funcionamiento social de los pacientes mediante el entrenamiento sistemático de conductas socialmente efectivas, siguiendo las teorías de la modificación de conducta (Bandura, 1969) y el aprendizaje social (Bandura, 1977). Algunos estudios apoyan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar el funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia (Heinsen, Liberman, y Kopelowicz, 2000), e incluso para reducir los síntomas psicóticos, la tasa de recaídas y las hospitalizaciones (Benton y Schroeder, 1990; Dilk y Bond, 1996). Sin embargo, hallazgos más recientes han señalado que sus efectos y capacidad de generalización son limitados (Tungpunkom, Maayan, y Soares-Weiser, 2012). Por ejemplo, un metanálisis de Pilling et al. (2002) no encontró ningún beneficio significativo en los ensayos clínicos con programas conductuales de EHS. De forma similar, Kurtz y Mueser (2008) demostraron que este tipo de intervenciones tienen un efecto moderado sobre el funcionamiento psicosocial ($d = 0,52$) y pequeño en la reducción de recaídas ($d = 0,23$). En esta dirección, una reciente revisión de colaboración Cochrane (Almerie et al., 2015) ha concluido que aún no queda claro si los programas actuales de EHS producen resultados superiores a los cuidados convencionales. Debido al escaso impacto de estos programas, diversos autores han propuesto algunas mejoras para incrementar su eficacia. Por ejemplo, Granholm et al. (2014; 2013; 2007) han obtenido resultados prometedores combinando el EHS con la terapia cognitivo-conductual (TCC) en adultos con esquizofrenia.

El segundo grupo de tratamientos, desarrollados más recientemente, se han centrado en entrenar distintas áreas de

la cognición social con el propósito de mejorar el funcionamiento interpersonal de los pacientes con esquizofrenia (Moritz y Woodward, 2007; Penn, Roberts, Combs, y Sterne, 2007). De forma general, el término de cognición social hace referencia al conjunto de habilidades mentales que subyacen a las interacciones sociales efectivas. Las que más interés han suscitado en el campo de la esquizofrenia son la teoría de la mente (ToM), el reconocimiento emocional y los estilos de atribución (Kern, Glynn, Horan, y Marder, 2009; Nakagami, Hoe, y Brekke, 2010). Una de las intervenciones de este tipo que más interés ha suscitado es el *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT) (Penn et al., 2007). Existen datos que apoyan la eficacia del SCIT en pacientes con esquizofrenia (Roberts et al., 2014) así como de otros programas similares dirigidos a mejorar el reconocimiento facial de emociones, la ToM o los estilos de atribución (Horan et al., 2009; Roder, Mueller, y Schmidt, 2011). Sin embargo, Kurtz y Richardson (2012) han encontrado que este tipo de programas tienen un impacto desigual sobre la cognición social. En este sentido, se ha observado que sus efectos sobre el reconocimiento facial de emociones son entre moderados y altos (identificación, $d = 0,71$ y discriminación, $d = 1,01$), inferiores sobre la ToM ($d = 0,46$) y nulos en la percepción social, el estilo de atribución y los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. A nivel clínico, se ha cuestionado además el excesivo uso que este tipo de programas hace de las tareas informatizadas para el entrenamiento social. Parece lógico suponer que para poder mejorar de manera efectiva las habilidades mentales que dan sentido a las interacciones sociales, es preciso practicarlas en contextos interpersonales reales, similares a los que viven cotidianamente los pacientes (Combs, Drake, y Basso, 2014). Por otro lado, a nivel teórico existe abundante evidencia que señala que los déficits sociales de la esquizofrenia se relacionan de forma más consistente con dificultades de comprensión e integración de los estados mentales propios y ajenos en situaciones interpersonales con alto contenido emocional, y no tanto con déficits neurocognitivos aislados (James et al., 2016; Lysaker et al., 2015).

DÉFICITS METACOGNITIVOS EN ESQUIZOFRENIA Y SUS IMPLICACIONES PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Además de presentar problemas con ciertas habilidades sociales específicas, los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades importantes para reflexionar sobre los pensamientos, emociones e intenciones propios y ajenos, así como para integrar esta información en representaciones amplias y complejas de uno mismo, los demás y el mundo (Barbato et al., 2015; Brekke, Hoe, Long, y Green, 2007; Inchausti, Ortuño-Sierra, García-Poveda, y Ballesteros-Prados, 2016; Lysaker et al., 2015). Por este motivo, los pacientes con esquizofrenia se esfuerzan por dar sentido a los desafíos que la vida les presenta, percibirse como agentes activos del mundo o comprender de forma amplia y no egocéntrica sus relaciones sociales (Harvey



y Penn, 2010). Los constructos de ToM (Brüne, 2005), cognición social (Pinkham, 2014) o metacognición (Semerari et al., 2003) se han utilizado en la literatura para aludir a algunos de los procesos mentales que subyacen a este conjunto de habilidades mentales. En este trabajo, el término de metacognición se utiliza de forma amplia para aludir tanto a los procesos mentales simples encargados, por ejemplo, de identificar los propios deseos, pensamientos o emociones, como los procesos complejos que nos permiten integrar la información intersubjetiva para crear representaciones amplias sobre uno mismo, los demás y el mundo (Inchausti et al., 2016). Tal y como propone Lysaker et al. (2005), bajo el término de metacognición se incluyen cuatro grandes habilidades que, a su vez, se ordenan de forma jerárquica: (1) la autorreflexividad o capacidad para pensar sobre los propios estados mentales; (2) la diferenciación o capacidad para pensar sobre los estados mentales ajenos; (3) el descentramiento o capacidad para comprender que uno no es el centro del mundo y que existen formas distintas de entender la realidad; y (4) el dominio o capacidad para integrar la información intersubjetiva en definiciones amplias de

los problemas que permitan responder de manera adaptativa (véase la Tabla 1).

Los déficits metacognitivos tienen una especial relevancia en la esquizofrenia puesto que se han relacionado consistentemente con el funcionamiento psicosocial y los síntomas psicóticos, independientemente del funcionamiento neurocognitivo (Macbeth et al., 2014; McLeod, Gumley, Macbeth, Schwanauer, y Lysaker, 2014). Como consecuencia, en los últimos años se han desarrollado numerosos tratamientos dirigidos específicamente a entrenar las habilidades metacognitivas en psicosis. Por ejemplo, se han propuesto psicoterapias para desarrollar la capacidad de reflexión sobre uno mismo y los demás (Lysaker et al., 2011) o programas de entrenamiento metacognitivo orientados a mejorar la capacidad para identificar y corregir estilos disfuncionales de razonamiento tales como, por ejemplo, la tendencia a sacar conclusiones precipitadas (Moritz y Woodward, 2007).

Bajo el prisma de estos hallazgos, Ottavi et al. (2014a; 2014b) han desarrollado el programa MOSST. El objetivo de MOSST no es solo desarrollar conductas sociales concretas y

TABLA 1
ESTRUCTURA DE LA ESCALA ABREVIADA DE EVALUACIÓN DE LA METACOGNICIÓN (MAS-A; LYSAKER ET AL., 2005)

Nivel	Autorreflexividad	Diferenciación	Descentramiento	Dominio
0	Ausencia total de conciencia sobre la propia actividad mental	Ausencia total de conciencia de la actividad mental de otros	Considerar que uno es el centro de todo lo que ocurre	Ausencia de conciencia de los problemas
1	Ligera conciencia sobre la propia actividad mental	Ligera conciencia de la actividad mental de otros	Reconocer que los otros tienen vidas independientes	Conciencia de los problemas como irresolubles
2	Conciencia de que los pensamientos son propios	Conciencia de que los otros tienen actividad mental propia	Conciencia de que existen formas diferentes de entender un mismo suceso	Conciencia de los problemas como resolubles pero con ausencia de respuesta
3	Distinción de diferentes operaciones cognitivas propias (pensamientos, fantasías, recuerdos...)	Distinción de diferentes operaciones cognitivas en los otros (pensamientos, fantasías, recuerdos...)	Conciencia de que los hechos son el resultado de factores múltiples y complejos	Respuestas pasivas
4	Distinción de diferentes estados emocionales	Reconocimiento de diferentes estados emocionales en los otros	—	Respuestas de búsqueda de ayuda
5	Reconocimiento de que los propios pensamientos son falibles	Suposiciones plausibles sobre el estado mental de los otros	—	Respuestas con acciones específicas
6	Reconocimiento de que el deseo no es la realidad	Descripciones completas del pensamiento de los otros a lo largo del tiempo	—	Respuestas con cambios
7	Integración de los propios pensamientos y emociones en una narración	Descripciones completas del pensamiento de los otros a lo largo de sus vidas	—	Respuestas basadas en los propios conocimientos
8	Integración de varias narraciones reconociendo patrones a lo largo del tiempo	—	—	Respuestas basadas en el conocimiento de los otros
9	Reconocimiento de pensamientos y emociones conectadas a través de su propia vida	—	—	Respuestas basadas en una comprensión amplia de la vida



efectivas sino también ayudar a los pacientes a entender mejor sus propios estados mentales y los de los demás. Las habilidades sociales entrenadas en MOSST son similares a las de otros programas convencionales de EHS (Bellack et al., 2004) y, al igual que estos, enfatiza el papel esencial del modelado y la generalización para el aprendizaje. Sin embargo, MOSST se centra de manera específica en que los participantes comprendan correctamente los procesos mentales que subyacen a los escenarios interpersonales en los juegos de roles y entre los propios miembros del grupo, incluyendo los terapeutas. MOSST ofrece, asimismo, un enfoque único para desarrollar las habilidades de autorreflexividad, potenciando el desarrollo de representaciones mentales cada vez más complejas sobre uno mismo, con pensamientos, intenciones, emociones o deseos propios. Esto, a su vez, permite a los participantes entender que sus propios pensamientos son experiencias subjetivas diferentes de las de los otros y que sus expectativas internas no tienen un efecto directo sobre la realidad.

A diferencia de los programas que combinan el EHS con la TCC (Granhölm et al., 2013), MOSST pretende: (1) entrenar la función metacognitiva y no solo cambiar pensamientos disfuncionales. En este sentido, la confrontación de este tipo de pensamientos suele resultar compleja e incluso contraproducente en pacientes con tendencias delirantes (Seikkula y Olson, 2003); (2) capacitar a los participantes para que conozcan sus propios estados mentales (Caponigro, Moran, Kring, y Moskowitz, 2014) con el objetivo de dotarles de un mayor acceso a sus deseos y necesidades y, por lo tanto, de comprometerse en entornos sociales significativos dirigidos a objetivos; y por último, (3) entrenar tanto al terapeuta como a los pacientes para que verbalicen constantemente su funcionamiento mental a través del uso estratégico de la metacomunicación en las interacciones. Este principio es esencial y se fundamenta en los hallazgos que sugieren que los problemas de tipo intersubjetivo dependen en mayor medida de los déficits metacognitivos (Salvatore, Dimaggio, y Lysaker, 2007; Salvatore, Dimaggio, Popolo, y Lysaker, 2008; Stanghellini y Lysaker, 2007) y no tanto de habilidades cognitivas aisladas susceptibles de aprenderse. En esta dirección, tal y como propone Ottavi et al. (2014a), el terapeuta no debería expresar simplemente a un paciente que tiene que sonreír más cuando estrecha su mano, sino que sería conveniente utilizar frases con contenido metacognitivo, como por ejemplo: "me he sentido algo inquieto cuando me estrechabas la mano al no saber cómo te sentías en ese momento".

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MOSST

Marco teórico y consideraciones previas

El programa MOSST se articula en base a un modelo jerárquico de la metacognición en la esquizofrenia donde los individuos deben ser capaces de realizar primero tareas metacognitivas simples (p.ej., reconocer que los pensamientos son propios) antes de llevar a cabo tareas más complejas (p.ej., reconocer que los pensamientos y las emociones se conectan en el día a día) (Lysaker et al., 2005). Al igual que en otras psicoterapias de orientación metacognitiva (Dimaggio, Montano, Popolo, y Salvatore, 2015; Ribeiro, Ribeiro, Goncal-

ves, Horvath, y Stiles, 2013), MOSST se conceptualiza como un tratamiento que ayuda progresivamente a los pacientes a adquirir habilidades metacognitivas cada vez más avanzadas (Tabla 1).

Para que se produzca el crecimiento metacognitivo se requieren, además, ciertas condiciones (Dimaggio et al., 2015). En primer lugar, el grupo debe desarrollarse en un espacio físico seguro y libre de interrupciones molestas o inesperadas de otros pacientes. Segundo, los terapeutas deben promover una expresión sosegada y adecuada de las emociones para no comprometer el desarrollo de las habilidades metacognitivas de los miembros del grupo (Dimaggio et al., 2015). Cualquier percepción de inseguridad, ya sea por el entorno físico o por las interacciones negativas entre los miembros del grupo (p.ej., con críticas, faltas de respeto o excesiva emocionalidad) o con los terapeutas (p.ej., haciendo uso del sarcasmo o de un estilo de comunicación provocativo), imposibilitará el avance metacognitivo (Fonagy, Luyten, y Bateman, 2015). Tercero, debe adoptarse una actitud de validación que cree un entorno seguro (Linehan, 1997). Cuarto, los terapeutas deben hacer un uso estratégico y estructurado de la autorrevelación, autoparticipación (Sturges, 2012) y metacomunicación para ayudar a los pacientes a reflexionar sobre la relación terapéutica y la intersubjetividad con el objetivo de desarrollar una relación de colaboración y sentido de pertenencia (Safran y Muran, 2000). Por ejemplo, el terapeuta puede normalizar las dificultades de un paciente para recibir elogios indicando cómo se sintió avergonzado en una situación personal similar (autorrevelación). Puede informar abiertamente, además, de sus propios sentimientos ante una actitud de desconfianza de un paciente afirmando que le incomoda o le hace sentirse tenso y poco motivado a abrirse (autoparticipación). Asimismo, puede enfatizar una situación conflictiva con un paciente: "tengo la sensación de estar inmerso en un tira y afloja donde cada uno intenta imponer su punto de vista al otro" (metacomunicación). Quinto, la comunicación debe ser clara y sencilla, evitando el uso de las metáforas o la ironía, ya que pueden resultar difíciles de entender para este tipo de pacientes. Además, esta debe focalizarse lo máximo posible en contenidos de tipo metacognitivo (Ottavi et al., 2014b). Por ejemplo, si un paciente pide salir del grupo para fumar cuando un compañero está haciendo una revelación importante, el terapeuta puede responder: "creo que tu compañero y yo podríamos ofendernos si abandonas ahora el grupo. Preferiría que terminaríamos todos juntos la sesión y escuchar tu opinión sobre lo que nos ha contado tu compañero. Además, me preocuparía no poder mantener a todo el grupo unido y motivado" (p. 297). Por último, debe alentarse el carácter lúdico del tratamiento para favorecer la libre reflexión de las emociones y pensamientos que emergen en situaciones de la vida cotidiana (Brown, Donelan-McCall, y Dunn, 1996; Fonagy, Bateman, y Bateman, 2011).

El uso de estas estrategias lo que en definitiva pretende es (1) potenciar el uso de retroalimentaciones adecuadas de tipo metacognitivo acerca del desempeño de los pacientes en los juegos de roles, (2) fortalecer la alianza terapéutica y (3) aumentar la sensación de seguridad, igualdad y cooperación en la relación. Esto, a su vez, se ha visto que puede producir



mejoras en las habilidades de autorreflexividad y ofrecer una oportunidad para entender el flujo de pensamientos y emociones de los terapeutas e imitar sus mecanismos de regulación.

El formato de las sesiones de MOSST es grupal. De forma general, se recomienda que las sesiones sean dirigidas por, al menos, dos psicoterapeutas expertos en el manejo de grupos de EHS y con formación específica en terapia metacognitiva para la psicosis (van Donkersgoed, de Jong, y Pijnenborg, 2016). La formación metacognitiva debe incluir métodos para ayudar a los pacientes a producir narraciones vividas sobre episodios interpersonales significativos y para deducir las habilidades metacognitivas puestas en marcha en ellos (Inchausti et al., 2016). El objetivo es que los terapeutas actúen como “facilitadores metacognitivos” (FM), sobre todo con aquellos participantes que demuestren importantes dificultades para reflexionar sobre sus propios estados mentales. Estos apoyos deben incluir indicaciones adecuadas para desarrollar narraciones metacognitivas sobre episodios interpersonales, tanto de manera oral como escrita, para dar retroalimentaciones claras y para hacer uso de las autorrevelaciones durante los juegos de roles. La inclusión de los FM viene motivada por la observación clínica de que muchos pacientes presentan niveles superiores de metacognición en interacciones individuales frente a grupales. Puesto que, además, lo más común es que los participantes tengan capacidades metacognitivas dispares, la presencia de FM ayuda a lograr un ritmo de aprendizaje más equilibrado y permite un entrenamiento más intensivo en los pacientes con mayores dificultades cognitivas y/o metacognitivas.

El programa está dirigido principalmente a pacientes ambulatorios con esquizofrenia, con una cierta estabilidad clínica y que presentan dificultades a nivel interpersonal y/o tendencia al aislamiento. Los criterios generales de exclusión incluyen retraso mental, presencia de síndromes neurológicos (p.ej., demencias, epilepsia, etc.), psicosis afectivas, alucinaciones o delirios graves o extremos, e ideación autolítica o heteroagresiva graves. El número de participantes por grupo es flexible y puede oscilar entre 5 y 10, en función de sus perfiles. La frecuencia de las sesiones es igualmente flexible, aunque se recomienda que sea como mínimo semanal, con una duración aproximada de 90 minutos. Antes de dar comienzo al grupo, es necesario llevar a cabo dos sesiones introductorias. En la primera, se recomienda evaluar las habilidades sociales que los participantes son capaces de poner en marcha en su vida diaria. En la segunda, de carácter motivacional, se describe con mayor detalle el entrenamiento y las ventajas potenciales de finalizar con éxito el programa. En ambas sesiones iniciales, se aconseja también explorar la conciencia sobre los propios pensamientos y emociones, especialmente en aquellos participantes que presenten escasas habilidades de autorreflexión. Tras estas sesiones individuales, se inician las sesiones de entrenamiento grupal.

Estructura general de las sesiones

El protocolo original consta de un total de 16 sesiones en las que se entrenan distintas habilidades sociales de manera espe-

cífica, una habilidad por sesión, siguiendo un criterio de dificultad ascendente (Figura 1). Las habilidades sociales entrenadas en MOSST pueden dividirse en 3 grupos: (1) habilidades de conversación, tales como la escucha activa, saludar a otros e iniciar, mantener y finalizar conversaciones; (2) habilidades de asertividad, tales como hacer y rechazar peticiones, dar y recibir elogios, pedir información, sugerir actividades a otras personas y expresar sentimientos desagradables y positivos; (3) habilidades para el manejo de conflictos, tales como el compromiso y la negociación, hacer quejas productivas, responder a quejas negativas y pedir disculpas.

Todas las sesiones del programa se dividen en dos partes bien diferenciadas, con ejercicios de reflexión independientes. En la primera parte de la sesión se incluyen dos módulos independientes: el de autorreflexión (AR) y el de diferenciación (DIF) (véase la Figura 2). El objetivo del primer módulo es aumentar la conciencia de los propios estados mentales y, el del segundo módulo, enriquecer la perspectiva de los participantes sobre el funcionamiento mental de los demás.

Primera parte: Observación/Reflexión

El módulo de autorreflexividad (AR) pretende estimular a los pacientes para que relaten un episodio interpersonal reciente en el que hayan intentado utilizar la habilidad social correspondiente a la sesión. El episodio debe incluir tanto emociones positivas como moderadamente negativas. Los FM deben guiar a los participantes haciendo uso de preguntas concretas sobre el episodio que potencien su recuerdo así como el de las emociones, sensaciones físicas o pensamientos que aparecieron a lo largo del mismo. Los FM deben ayudar también a su redacción y posterior puesta en común en el grupo. Tras este primer ejercicio (Fig. 2, Ejercicio 1: “recuerdo de un episodio”), comienza el primer ejercicio de reflexión (Fig. 2, Ejercicio 2: “preguntas y respuestas”). En este, los terapeutas hacen preguntas con el objetivo de desarrollar la comprensión interna de los propios pensamientos, emociones, estados físicos y tendencias de respuesta antes, durante y después del episodio. Posteriormente, se discuten en grupo los distintos episodios y se aporta información para examinar los contenidos del ejercicio de reflexión.

El módulo de diferenciación (DIF) consiste en observar un escenario de juego de roles organizado por los terapeutas en el que se representa una situación cotidiana donde el protagonista experimenta un estado mental concreto. A continuación, los miembros del grupo deben trabajar para identificar el estado mental del protagonista (Fig. 2, Ejercicio 3a: “análisis de un escenario”). De forma alternativa, la tarea puede incluir la escucha activa de un episodio narrado por los terapeutas en el que es preciso identificar los diferentes estados mentales presentados por el personaje principal de la historia (Fig. 2, Ejercicio 3b: “análisis de una narración”). La complejidad de los juegos de roles (Ejercicio 3a) y de las narraciones (Ejercicio 3b) debe incrementarse a lo largo del programa de forma que las emociones experimentadas por los personajes aumenten en número y dificultad.



Tras ver los escenarios o escuchar las narraciones, los participantes completan una hoja de trabajo con preguntas que indagaban sobre los estados mentales y comportamientos de los personajes. En este punto, los FM pueden trabajar de nuevo con los pacientes individualmente o en grupos más pequeños para identificar los estados mentales relevantes o para examinar otros aspectos metacognitivos presentados en el módulo. Por ejemplo, los FM pueden adaptar las preguntas al nivel de destreza metacognitiva de los pacientes. Una vez respondidas por escrito las preguntas con la ayuda de los FM, los pacientes tienen que reflexionar de nuevo sobre los estados mentales presentes en los juegos de roles o en las narraciones (Figura 2, Ejercicio 4: Preguntas y respuestas).

Al final de los ejercicios 1 y 3a ó 3b, los terapeutas deben estimular a los participantes a reflexionar sobre los episodios autobiográficos o interpersonales que recordaron o presenciaron. De esta manera, los terapeutas hacen preguntas sobre la relación entre las emociones, pensamientos, comportamientos y acontecimientos, o sobre las diferencias entre los distintos estados mentales que aparecen en los escenarios o la historia. Estas preguntas tienen el propósito de ayudar a los pacientes a identificar los estados mentales que pueden deducirse directa-

mente de la conducta observable (p.ej., las emociones) y de las señales contextuales.

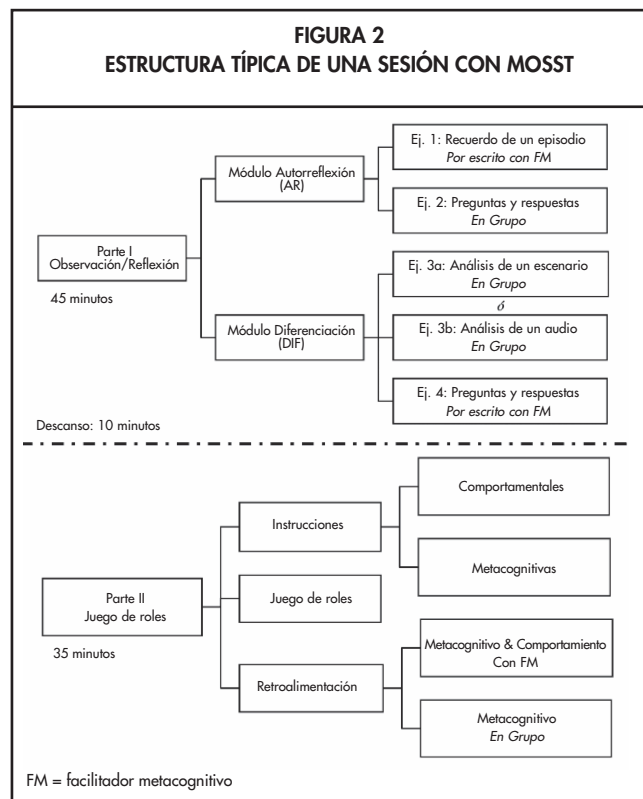
Las preguntas habituales de los módulos AR y DIF estimulan la identificación de los elementos básicos de la actividad mental, es decir, los pensamientos y las emociones, así como la comprensión de la relación entre estos elementos y el comportamiento. Se pide a los pacientes, por ejemplo, que identifiquen las emociones (“¿Qué emoción siente X en esa situación?” o “¿Qué sentiste en esa situación?”), los pensamientos (“¿Qué crees que pensó?”), las conductas (“¿Cuál fue la conducta de X durante el acontecimiento que acabas de ver?”), así como la relación entre ellos (“¿Qué emociones pudieron haber causado el comportamiento de X?” o “¿Qué estabas pensando cuando actuaste de esa manera?”). En el módulo de AR, el objetivo es promover la capacidad para distinguir entre diferentes contenidos mentales, por ejemplo: “Describe un proyecto, un sueño y una fantasía propias”, “¿Qué esperas que va a suceder en tu trabajo?” o “¿Qué esperas conseguir con esta terapia?”. En etapas más avanzadas, los terapeutas deben esforzarse por estimular la interpretación de los estados mentales más complejos, tales como pedir a los pacientes que describan una situación en la que se hayan sentido contentos y ansiosos al mismo tiempo.

En el módulo de DIF, se presenta una pregunta adicional: “¿Cómo te habrías sentido en la situación del personaje principal de la historia?”. Si de las respuestas se deduce una ausencia de comprensión de las experiencias internas propias o de los otros, el terapeuta inicia un diálogo con los pacientes para

FIGURA 1
LISTADO DE LAS HABILIDADES SOCIALES
ENTRENADAS EN MOSST

1	• Saludar a otros
2	• Escuchar a otros
3	• Pedir información
4	• Iniciar y finalizar conversaciones
5	• Mantener conversaciones
6	• Recibir elogios
7	• Dar elogios
8	• Hacer peticiones
9	• Rechazar peticiones
10	• Comprometerse y negociar
11	• Sugerir actividades
12	• Hacer críticas constructivas
13	• Responder a críticas negativas
14	• Pedir disculpas
15	• Expresar sentimientos desagradables
16	• Expresar sentimientos positivos

FIGURA 2
ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN CON MOSST



tratar de promover la habilidad metacognitiva inmediatamente por encima del nivel alcanzado previamente. Por ejemplo, si el paciente no es capaz de identificar las emociones ajenas, se promueve el conocimiento de las señales verbales y no verbales hasta lograr una adecuada comprensión de las emociones e intenciones de los otros. La retroalimentación de otros participantes es importante para comprobar si las conjeturas de los pacientes coinciden con el estado interno real de los demás.

Segunda parte: Juegos de roles

La segunda parte consiste básicamente en trabajar con ejercicios de juego de roles similares a los incluidos en otros programas convencionales de EHS. En esta parte, se solicita a los participantes que se involucren con los terapeutas en juegos de roles donde deben asumir diferentes papeles en función de la habilidad social a entrenar. Por lo general, los ejercicios se basan en las historias descritas en el ejercicio 1 del módulo de AR. Sin embargo, a diferencia de los programas convencionales de EHS, en MOSST no solo se trabajan las conductas observables que se pretenden adquirir, sino que se aporta información metacognitiva detallada para lograr actuar de una forma adecuada con la habilidad social correspondiente. Por lo tanto, antes de comenzar con los juegos de roles, los terapeutas aportan instrucciones precisas sobre el comportamiento social a entrenar (p.ej., saludar a un amigo) y sobre los estados mentales que subyacen al comportamiento exitoso de los personajes (p.ej., cuando se desea la aprobación o se teme una crítica). Además de sugerir explícitamente los estados mentales en los juegos de roles, los terapeutas también invitan a los participantes a recordar sus propios estados mentales en situaciones similares de su vida diaria a las del escenario simulado. Posteriormente, se lleva a cabo una discusión sobre los estados mentales que emergieron durante el módulo para mejorar la comprensión y el procesamiento de los contenidos presentados.

Con el objetivo de facilitar la retroalimentación durante los juegos de roles, los FM deben estructurarlo y formalizarlo siguiendo el modelo MATER, un acrónimo que secuencia la retroalimentación en 4 partes: el Marcador o comportamiento observable del paciente; los Pensamientos Automáticos del FM inmediatos al comportamiento observable del paciente; la Emoción o estados afectivos del FM asociados al pensamiento automático y al comportamiento observable; y la Respuesta potencial del ambiente en una situación real. El objetivo del modelo MATER es promover la conciencia de los estados mentales a través de una interacción interpersonal que (1) incluya lo que está sucediendo en la mente del FM, (2) ayude a los pacientes a tomar conciencia del impacto de su comportamiento sobre los demás, y (3) permita a los pacientes anticipar las consecuencias de forma más precisa en el mundo real. Un ejemplo de retroalimentación siguiendo el modelo MATER podría ser como sigue:

“Marcos, en primer lugar te felicito por cómo has realizado el ejercicio a pesar de sentirte nervioso, algo que, por cierto, es totalmente comprensible teniendo en cuenta que yo también hubiera sentido cierta vergüenza (retroalimentación metacogni-

tiva de validación)... Voy a comentar algunas cosas que he visto y he sentido cuando estábamos haciendo el juego de roles y luego, por favor, me dices lo que piensas. Ten en cuenta que lo que voy a decirte se refiere a lo que podrías haber pensado y sentido en una situación real, en la que uno no es tan consciente de la tensión y de la situación... Mientras estabas expresando tu alegría, me di cuenta de que tu mirada se dirigía hacia arriba y que me mirabas seriamente (Marcador). Esto me confundió porque estaba esperando que me miraras a los ojos y me sonrieras. Tenía la sensación de que no estabas siendo sincero. Por un momento pensé que incluso estabas enfadado. Ya sabes, como cuando tenemos que fingir, por necesidad, que estamos alegres y, en lugar de eso, uno está irritado (Pensamiento Automático). Por supuesto, ahora sé que estabas tenso y no irritado. Sin embargo, en ese momento, estos pensamientos me hicieron sentir incómodo, con un poco de ansiedad, como cuando no podemos lograr captar con claridad lo que el otro realmente quiere de nosotros (Emoción). Probablemente, si se tratara de una situación real y yo no te conociera de nada, pensaría que no estás interesado en verme, y yo no me sentiría muy motivado para volver a hacerlo (Respuesta)”.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA DE MOSST: EL CASO DE MARCOS

Marcos es un joven de 24 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide que se encuentra en seguimiento por los servicios de salud mental de Navarra. Siempre ha convivido con sus padres y su hermano mayor. Su primer contacto con salud mental fue hace unos 2 años, cuando es valorado a nivel ambulatorio por iniciativa propia al sentirse observado por otros, tener la sensación de que los demás podían leer sus propios pensamientos y de que él mismo tenía la capacidad para saber lo que los demás piensan. Desde aquel momento, Marcos ha mantenido un seguimiento ambulatorio con escasa adherencia a los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos prescritos. En su historia aparecen antecedentes de consumo de cannabis desde los 15 años, sufriendo lo que, tras un análisis retrospectivo, parece un primer episodio psicótico en el contexto de estos consumos a los 18 años. Niega consumos en la actualidad. En un informe social se describe una situación familiar caracterizada por una elevada emoción expresada, que oscila entre la hostilidad y el criticismo hasta la sobreimplicación emocional. Ha mantenido tratamiento con diversos antipsicóticos, en concreto Sulpiride, Pimozide, Risperidona, Olanzapina, Aripiprazol, Quetiapina y Asenapina.

Perfil metacognitivo

La entrevista clínica reveló que Marcos presentaba déficits metacognitivos en las habilidades de autorreflexividad. No parecía estar familiarizado con ciertos estados mentales fundamentales (p.ej., los sueños: “nunca he soñado... los sueños no existen”) y tampoco creía que poseyera deseos, expectativas o metas. Manifestaba, además, fenómenos delirantes de inserción del pensamiento y la idea de que sus acciones y sensaciones eran inducidas por su hermano: “mi hermano me manipula la mente”. Marcos tenía la convicción de que su hermano con-



trolaba su mente y su cuerpo. Tenía serias dificultades para nombrar sus propias emociones: "No siento nada en mi cuerpo, eso me hace fuerte ante a los demás". Por otro lado, experimentaba dificultades para vincular su comportamiento o sus decisiones con cualquier estado mental tangible: "No quedo con mis amigos porque no les necesito, vivo mejor solo". Marcos era prácticamente incapaz de formar ideas complejas sobre los estados mentales de las personas de su entorno. Asimismo, presentaba una personalización excesiva sobre los sucesos que ocurrían a su alrededor y tenía serias dificultades para reconocer que los otros podían tener percepciones del mundo diferentes a la suya. Su capacidad para empatizar era también limitada, lo que se evidenciaba en comportamientos tales como las discusiones reiteradas con sus padres y su hermano a quienes, además, robaba dinero para comprar cigarrillos, comida o juegos de ordenador sin considerar las consecuencias para su familia, que no atravesaba un buen momento económico.

Primera parte: módulo de Autorreflexividad

Marcos encontró difícil seleccionar episodios interpersonales emocionalmente relevantes en las sesiones debido a su limitada capacidad para identificar y nombrar sus emociones. Por este motivo, fue necesario que los FM estimularán su memoria autobiográfica para recordar fragmentos de episodios previos ocurridos en las sesiones: "¿Cuándo fue la última vez que sentiste que conversabas y bromeabas con otra persona, tal y como vimos la semana pasada? Al comienzo de la sesión no tenías ganas de hablar y querías quedarte solo, ¿recuerdas si te sucedió lo mismo esta semana?". Este tipo de apoyos le permitieron recordar episodios significativos, describir en detalle las circunstancias en los que se produjeron y sus estados mentales asociados. Una vez evocado y escrito el suceso, estos fueron leídos en grupo. Marcos parecía satisfecho de compartir sus recuerdos a pesar de que el proceso de recordarlos le resultó costoso. Además, Marcos respondió a muchas de las preguntas mentalistas planteadas por el terapeuta, tales como: "¿Qué hubieras preferido en esa ocasión?" y "¿Qué esperabas que hiciera tu hermano?". Cuando trataba de responder, los terapeutas animaban a sus compañeros de grupo a que plantearan hipótesis sobre lo que Marcos pudo haber pensado y sentido durante un suceso particular, al tiempo que se subrayaba el carácter plausible pero hipotético de estas consideraciones y se enfatizaba la necesidad de considerar únicamente la información aportada por Marcos.

Módulo de Diferenciación

Marcos se mostró interesado en los juegos de roles realizados por los terapeutas e hizo numerosas autorrevelaciones, tales como compartir sus planes de fin de semana en grupo. Con la ayuda de los FM, fue capaz de identificar en las hojas de trabajo sus propios estados mentales, algo que inicialmente no podía hacer. Fue capaz, por ejemplo, de identificar la emoción de enfado en una persona furiosa porque alguien no había respetado su turno en una panadería. Además, gracias al apo-

yo adicional de los FM, pudo aumentar su comprensión de los estados mentales más complejos. Por ejemplo, un FM le planteó que pasaba gran parte de su tiempo sin ninguna ocupación, viendo la TV o en el sofá tumbado. El FM solicitó a Marcos que "se pusiera en el lugar del personaje" o que tratara de recordar una situación propia similar: "¿Cómo te sentirías en esa situación?" y "¿Qué te gustaría que cambiase de tu estado?". Finalmente, Marcos comenzó a comprender verdaderamente la importancia de los estados mentales en los comportamientos dirigidos a metas, así como la universalidad de ciertos estados mentales. Por ejemplo, fue capaz de entender que la rabia que siente cuando su madre le grita por no ayudar con las tareas de la casa, es la misma que ella siente cuando tiene que limpiar el salón mientras él mira la TV. Los ejercicios de este módulo resultaron bastante fructíferos para Marcos, que nunca antes había experimentado una perspectiva en tercera persona. El desarrollo de sus habilidades para identificar y nombrar diversas emociones también le ayudaron a establecer relaciones entre sus propias experiencias y las de otros, así como para comprender que había similitudes entre sus propios estados internos y los de los otros.

Segunda parte: juegos de roles

En un primer momento, Marcos presentó dificultades en los juegos de roles a pesar de que dijo entender los objetivos de la actividad. A medida que progresaba en los ejercicios de la primera parte en los que exploraba sistemáticamente sus propios estados mentales y los de los otros, y reflexionaba sobre sus recuerdos autobiográficos, su desempeño en los juegos de roles fue mejorando hasta ser más sutil y flexible. El siguiente ejemplo ilustra la clara diferencia en las habilidades de Marcos en los juegos de roles entre una situación en la que llevó a cabo un comportamiento social sin mentalización y otra en la que hizo referencia a los estados mentales propios y ajenos tras ser guiado metacognitivamente por los FM.

Marcos solicitó hacer una representación sobre una situación particularmente delicada para él: tenía que explicar las razones por las cuales había olvidado acompañar a su hermano al médico. En este caso, los comportamientos sociales objetivo fueron "justificarse" y "dar razones". Marcos estaba muy motivado con la actividad porque sabía que esa tarde iba a enfrentarse a esa situación: tendría que tratar de convencer a su hermano y manejar su probable decepción o irritación ante el incumplimiento de su compromiso. Para satisfacer su petición, y tras completar los módulos de la primera parte, los terapeutas pasaron directamente al juego de roles propuesto por Marcos sin proporcionar las instrucciones de mentalización. De esta manera, los terapeutas simplemente procedieron a describir con la ayuda de los miembros del grupo los pasos necesarios para llevar a cabo la habilidad (mantener el contacto visual, el tono de voz "serio", cómo justificarse y explicar los motivos por los que no le había acompañado al médico) sin activar la función metacognitiva. A continuación se solicitó al propio Marcos que desempeñara su papel en el juego de roles. Aunque se encontraba muy motivado, Marcos tuvo grandes di-



ficultades para llevar a cabo el ejercicio y lo realizó de manera mecánica, revisando continuamente el listado de pasos a seguir descrito en la pizarra y con abundantes pausas al no saber qué decir. Una vez finalizado, Marcos manifestó no sentirse satisfecho con su actuación y atribuyó sus dificultades al cansancio y a una "distracción" general. En este contexto, los terapeutas decidieron ayudarlo a explorar los posibles estados mentales de su hermano en esa situación (p.ej., decepción e irritación, pero también su probable disposición a aceptar sus excusas y mejorar la relación entre ambos) y los suyos (p.ej., las anticipaciones negativas de discusión o de no aceptación de sus excusas, o la posibilidad más razonable de que las aceptara si las explicaba correctamente). Los FM tuvieron un papel fundamental en la exploración de los estados mentales posibles en esta interacción social. A continuación, el juego de roles se repitió con el terapeuta inicialmente verbalizando en alto los estados mentales presentes en ambos personajes y posteriormente sin su apoyo. En esta ocasión, Marcos se involucró más activamente en el juego de roles, no utilizó la lista de pasos e incluso logró hacer frente con éxito a objeciones imprevistas del otro actor. En esta ocasión, Marcos pareció sentirse más cómodo al lograr entender los aspectos metacognitivos de la situación social. Es importante subrayar que parecía haber creado una versión propia diferente a la propuesta por los facilitadores sobre cómo manejar la situación de forma eficaz. Cuando finalizó el juego de roles, Marcos declaró sentirse satisfecho con su actuación y destacó haber disminuido notablemente su miedo ante esa situación, desde una valoración subjetiva inicial de 9 a un 3 una vez finalizado el ejercicio.

Resultado social

En una comparativa pre-post MOSST, los terapeutas observaron que Marcos mejoró notablemente sus habilidades de conversación, para actuar de manera asertiva y para manejar los conflictos. En concreto, Marcos mejoró sus habilidades de escucha activa en las conversaciones, de autopresentación y presentación a otros, para iniciar y finalizar conversaciones, participar en actividades sociales, plantear preguntas y pedir favores de manera correcta, dar y aceptar cumplidos, y para excusarse. En cuanto a su capacidad metacognitiva, Marcos fue capaz de identificar que tenía pensamientos ("creía que mi relación con mi hermano no me ayudaba"); fue capaz de nombrar la mayoría de sus emociones básicas; entender la influencia limitada de sus expectativas y deseos sobre la realidad (p.ej., fue capaz de bromear acerca de sus deseos de tener una novia) y podía captar la naturaleza multifacética de los diferentes puntos de vista ("la mayoría de las discusiones con mi hermano se deben a que tenemos puntos de vista diferentes sobre muchas cosas"). Como resultado de esta mayor capacidad para entender los pensamientos propios y ajenos, Marcos desarrolló su comprensión del impacto de sus comportamientos sobre su familia y de explicar el comportamiento de los demás en términos mentalistas.

Fruto de estos avances, el nivel de aceptabilidad social de los comportamientos de Marcos mejoró a la par que disminuyeron

de manera significativa sus comportamientos disruptivos (p.ej., las discusiones, gritos o chantajes hacia su madre), lo que redujo de forma sustancial la emoción expresada en el núcleo familiar, tal y como reflejó la trabajadora social que llevaba su caso en las notas de seguimiento.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido presentar a los profesionales de la psicología clínica la adaptación al castellano del programa MOSST. Este programa se ha desarrollado específicamente para hacer frente a las limitaciones detectadas en los programas actuales de EHS y en el contexto de los recientes hallazgos que sugieren un papel relevante de los déficits metacognitivos en el funcionamiento psicosocial efectivo en la esquizofrenia. Bajo esta perspectiva, MOSST es un programa de EHS que incluye tanto los juegos de roles prototípicos de los programas conductuales de EHS como el entrenamiento estructurado de las habilidades metacognitivas en contextos interpersonales reales.

La integración de ambos modelos se justifica en la premisa de que un funcionamiento social adaptativo requiere tener primero un dominio adecuado de los estados mentales propios y de los demás. De esta manera, es preciso potenciar las habilidades de diferenciación, es decir, la capacidad para detectar las intenciones y necesidades de los demás, o de autorregulación emocional en situaciones interpersonales relevantes. A su vez, para poder comprender a los demás se requiere compartir experiencias en contextos interpersonales reales, entender y compartir los sentimientos de los otros —y no solo adivinarlos—, y manejar las emociones resultantes. La mejora de las habilidades metacognitivas es esencial para alcanzar un funcionamiento interpersonal óptimo. Con respecto al entrenamiento en autorreflexividad, algunos autores han señalado que los pacientes con esquizofrenia presentan una autoconciencia exagerada en los momentos de crisis (o hiperreflexividad) como consecuencia de una disminución del sentido implícito de existir como agente activo que posee una conciencia y afectos propios (Sass y Parnas, 2003). En este sentido, MOSST podría ser una herramienta eficaz para prevenir este tipo de fenómenos patognomónicos asociados con la esquizofrenia.

Es preciso señalar nuevamente la relevancia del "facilitador metacognitivo" en MOSST. Como se ha descrito anteriormente, el FM es el encargado de estimular las habilidades metacognitivas de los participantes mediante la potenciación del uso de las narrativas intersubjetivas en las sesiones, tanto orales como escritas. Su figura enlaza con las aportaciones de otros modelos psicoterapéuticos, tales como la terapia narrativa, donde el terapeuta estimula al paciente la creación de descripciones vívidas sobre acontecimientos personales relevantes pasados (Payne, 2002).

Debido a las características del programa, cabe suponer que MOSST es un tratamiento de primera línea para mejorar la capacidad metacognitiva de los participantes y, en particular, las habilidades de autorreflexividad y diferenciación. Se espera también que la mejora de estas habilidades se traduzca en



cambios más rápidos, estables en el tiempo y generalizados de las habilidades sociales. Los datos obtenidos hasta la fecha con MOSST son prometedores y apuntan a su alto grado de aceptabilidad y eficacia en grupos pequeños de pacientes con primeros episodios psicóticos y esquizofrenia crónica (Ottavi et al., 2014b). Un estudio piloto reciente realizado con la adaptación castellana del programa en una muestra de 10 pacientes con esquizofrenia ha demostrado su potencial aceptabilidad y efectividad en el contexto de la sanidad pública española (Inchausti et al., en revisión). En concreto, tras finalizar el tratamiento con MOSST, los participantes demostraron un incremento significativo en la realización de actividades interpersonales habituales, una mejora en las relaciones sociales y personales, y un descenso de las conductas sociales disruptivas y/o agresivas, en base a las puntuaciones obtenidas mediante evaluadores ciegos con la escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) (Apiquian et al., 2009). A nivel metacognitivo, se observó además un aumento en las habilidades de autorreflexividad y descentramiento evaluadas con la Escala Abreviada de Evaluación de la Metacognición (MAS-A) (Semerari et al., 2003). Sin embargo, estos hallazgos, aunque prometedores, son metodológicamente insuficientes para determinar la eficacia de MOSST por varias razones, entre las que cabe señalar el reducido tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo control (Inchausti et al., en revisión). Por este motivo, actualmente se encuentra en curso un ensayo clínico aleatorizado de ciego único donde se examinan estos resultados preliminares con MOSST (referencia del ensayo para más información: ISRCTN10917911).

Una vez clarificada la eficacia de MOSST, futuras líneas de investigación deberían analizar su efecto combinado con otras psicoterapias de tipo metacognitivo (de Jong, van Donkersgoed, Pijnenborg, y Lysaker, 2016). Este tipo de investigaciones podrían ayudarnos a esclarecer si los distintos dominios metacognitivos se entrenan más eficazmente con un tipo u otro de programas (individuales, grupales, combinados...), o si MOSST y otras terapias del mismo enfoque actúan sinérgicamente para mejorar el nivel de funcionamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. Además, debido al impacto significativo de los déficits neurocognitivos sobre las habilidades sociales y el funcionamiento en la esquizofrenia (Lysaker et al., 2010), resulta relevante determinar los efectos potenciales de combinar MOSST y la rehabilitación neurocognitiva, tal y como apuntan Ottavi et al. (2014a). Cabe resaltar que el enfoque de trabajo que propone MOSST es susceptible de generalizarse al tratamiento rehabilitador general de otros trastornos mentales graves, aplicando sus principios metacognitivos al resto de tratamientos psicosociales. Esto permitiría crear un "ambiente metacognitivo" en las estructuras organizativas de los centros terapéutico-rehabilitadores que estimularía la recuperación global de las funciones metacognitivas afectadas en este grupo de trastornos.

Por último, como limitaciones de MOSST es preciso señalar que, desde un punto de vista práctico, su puesta en marcha requiere un entrenamiento intensivo de los terapeutas. La falta de

un manual en castellano con el programa y los costes que supone entrenar a los terapeutas en el modelo metacognitivo son obstáculos reseñables para el desarrollo de este tipo de intervenciones en España.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Almerie, M. Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N., y Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), Cd009006. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2
- Apiquian, R., Elena Ulloa, R., Herrera-Estrella, M., Moreno-Gomez, A., Erosa, S., Contreras, V., y Nicolini, H. (2009). Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 181-186. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.028
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barbato, M., Liu, L., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., . . . Addington, J. (2015). Theory of Mind, Emotion Recognition and Social Perception in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: findings from the NAPLS-2 cohort. *Schizophrenia Research. Cognition*, 2(3), 133-139. doi: 10.1016/j.scog.2015.04.004
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., . . . Wykes, T. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 805-822. doi: 10.1093/schbul/sbl035
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., y Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Benton, M. K., y Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 741-747.
- Brekke, J. S., Hoe, M., Long, J., y Green, M. F. (2007). How Neurocognition and Social Cognition Influence Functional Change During Community-Based Psychosocial Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1247-1256. doi: 10.1093/schbul/sbl072
- Brown, J. R., Donelan-McCall, N., y Dunn, J. (1996). Why talk about mental states? The significance of children's conversations with friends, siblings, and mothers. *Child Development*, 67(3), 836-849.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42. doi: 10.1093/schbul/sbi002
- Caponigro, J. M., Moran, E. K., Kring, A. M., y Moskowitz, J.



- T. (2014). Awareness and coping with emotion in schizophrenia: acceptability, feasibility and case illustrations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 371-380. doi: 10.1002/cpp.1839
- Combs, D. R., Drake, E., y Basso, M. R. (2014). An Overview of Social Cognitive Treatment Interventions. In P. H. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brüne (Eds.), *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 163-178). San Diego: Academic Press.
- de Jong, S., van Donkersgoed, R., Pijnenborg, G. H., y Lysaker, P. H. (2016). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) With a Patient With Severe Symptoms of Disorganization. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 164-174. doi: 10.1002/jclp.22249
- Dilk, M. N., y Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1337-1346.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*. London: Routledge.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., . . . Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70. doi: 10.1093/schbul/sbp115
- Fonagy, P., Bateman, A., y Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110. doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x
- Fonagy, P., Luyten, P., y Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 6(4), 380-392. doi: 10.1037/per0000113
- Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., y McQuaid, J. R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1173-1185. doi: 10.1037/a0037098
- Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., McQuaid, J. R., y Jeste, D. V. (2013). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older consumers with schizophrenia: defeatist performance attitudes and functional outcome. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 251-262. doi: 10.1016/j.jagp.2012.10.014
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Link, P. C., Perivoliotis, D., Gottlieb, J. D., . . . Jeste, D. V. (2007). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 730-737.
- Harvey, P. D., y Penn, D. (2010). Social cognition: the key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry (Edgmont)*, 7(2), 41-44.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., y Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21-46.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., y Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, 107(1), 47-54. doi: 10.1016/j.schres.2008.09.006
- Inchausti, F., Garcia-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., . . . Mole, J. (en revisión). A pilot study on feasibility, acceptance and effectiveness of metacognitive-oriented social skills training in schizophrenia.
- Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., Garcia-Poveda, N. V., y Ballesteros-Prados, A. (2016). Metacognitive abilities in adults with substance abuse treated in therapeutic community. *Adicciones*, 719. doi: 10.20882/adicciones.719
- James, A. V., Hasson-Ohayon, I., Vohs, J., Minor, K. S., Leonhardt, B. L., Buck, K. D., . . . Lysaker, P. H. (2016). Metacognition moderates the relationship between dysfunctional self-appraisal and social functioning in prolonged schizophrenia independent of psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 62-70. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.05.008
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., y Marder, S. R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347-361. doi: 10.1093/schbul/sbn177
- Kurtz, M. M., y Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 491-504. doi: 10.1037/0022-006x.76.3.491
- Kurtz, M. M., y Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092-1104. doi: 10.1093/schbul/sbr036
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart y L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., Nicolo, G., y Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy*, 84(1), 58-69; discussion 98-110. doi: 10.1348/147608310x520436
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolo, G., Procacci, M., y Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Dubreucq, J., Gumley, A., McLeod, H., Vohs, J. L., . . . Dimaggio, G. (2015). Metacognitive deficits predict future levels of negative symptoms in schizophrenia controlling for neurocognition, affect recognition, and



- self-expectation of goal attainment. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 267-272. doi: 10.1016/j.schres.2015.06.015
- Lysaker, P. H., Shea, A. M., Buck, K. D., Dimaggio, G., Nicolo, G., Procacci, M., . . . Rand, K. L. (2010). Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 405-413. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01554.x
- Macbeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Carcione, A., Fisher, R., McLeod, H. J., y Dimaggio, G. (2014). Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 268-273. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.027
- McLeod, H. J., Gumley, A. I., Macbeth, A., Schwannauer, M., y Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 109-115. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.018
- Moritz, S., y Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619-625. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed
- Nakagami, E., Hoe, M., y Brekke, J. S. (2010). The prospective relationships among intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 935-948. doi: 10.1093/schbul/sbq043
- Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., y Dimaggio, G. (2014a). Metacognition-oriented social skills training for individuals with long-term schizophrenia: methodology and clinical illustration. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 465-473. doi: 10.1002/cpp.1850
- Ottavi, P., Pasinetti, M., Popolo, R., Salvatore, G., Lysaker, P. H., y Dimaggio, G. (2014b). Metacognition-Oriented Social Skills Training. In P. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brüne (Eds.), *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 285-300). San Diego: Academic Press.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Madrid: Editorial Paidós
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., y Sterne, A. (2007). Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451. doi: 10.1176/appi.ps.58.4.449
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., . . . Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32(5), 783-791.
- Pinkham, A. E. (2014). Social cognition in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75 Suppl 2, 14-19. doi: 10.4088/JCP.13065su1.04
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Goncalves, M. M., Horvath, A. O., y Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: the therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy*, 86(3), 294-314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., y Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. doi: 10.1111/bjc.12044
- Roder, V., Mueller, D. R., y Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophrenia Bulletin*, 37 Suppl 2, S71-79. doi: 10.1093/schbul/sbr072
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Salvatore, G., Dimaggio, G., y Lysaker, P. H. (2007). An intersubjective perspective on negative symptoms of schizophrenia: implications of simulation theory. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(2), 144-164. doi: 10.1080/13546800600819921
- Salvatore, G., Dimaggio, G., Popolo, R., y Lysaker, P. H. (2008). Deficits in mindreading in stressful contexts and their relationships to social withdrawal in schizophrenia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72(3), 191-209. doi: 10.1521/bumc.2008.72.3.191
- Sass, L.A., y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- Seikkula, J., y Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., y Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognitive assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(4), 238-261. doi: 10.1002/cpp.362
- Stanghellini, G., y Lysaker, P. H. (2007). The psychotherapy of schizophrenia through the lens of phenomenology: intersubjectivity and the search for the recovery of first- and second-person awareness. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 163-179.
- Sturges, J. W. (2012). Use of therapist self-disclosure and self-involving statements. *the Behavior Therapist*, 35(5), 90-93.
- Tungpunkom, P., Maayan, N., y Soares-Weiser, K. (2012). Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Systematic Review*, 1, Cd000381. doi: 10.1002/14651858.CD000381.pub3
- van Donkersgoed, R. J., de Jong, S., y Pijnenborg, G. H. (2016). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a Patient with Persistent Negative Symptoms. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 245-253. doi: 10.1007/s10879-016-9333-8

