Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 24, Nº 2, 2016, pp. 285-304

AUTOESTIMA, FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y PERCEPCIÓN DE DÉFICIT COGNITIVOS EN ESQUIZOFRENIA. APLICACIÓN DEL PROGRAMA "MIND TRAINING"

Fermín González Higueras[1] y Beatriz López-Luengo[2]
[1]Comunidad Terapéutica del Complejo Hospitalario de Jaén; [2]Universidad de Jaén (España)

Resumen

Este trabajo tiene por objetivos analizar la relación entre autoestima, sintomatología, funcionamiento cognitivo y percepción subjetiva de déficit cognitivos en pacientes con esquizofrenia y evaluar la eficacia del Programa "Mind Training", diseñado específicamente para trabajar la autoestima mediante ejercicios cognitivos, en estos pacientes. Participaron 83 pacientes con esquizofrenia a los que se les evaluó con la "Escala de síndrome positivo y negativo", la "Escala de autoestima de Rosenberg" y la "Batería MATRICS". Posteriormente, 40 de estos pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos experimentales: uno que fue entrenado durante 10 semanas con el "Programa Mind Training" y otro que no recibió entrenamiento. Los resultados encontrados indican la existencia de una correlación negativa entre autoestima y percepción de déficit cognitivos, de forma que aquellos pacientes con mayor autoestima tienen una menor percepción de sus déficit cognitivos. Por otro lado, el programa Mind Training no fue eficaz para mejorar los síntomas, la cognición ni la autoestima de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: *autoestima, déficit cognitivos, percepción de déficit cognitivos, programa Mind Training, esquizofrenia.*

Abstract

The purpose of this paper is to analyze the relationship between self-esteem, symptomatology, cognitive functioning and self-reported cognitive deficits in patients with schizophrenia, and evaluate the effectiveness of a Mind Training Program specifically designed to work self-esteem through cognitive exercises in these patients. The 83 patients with schizophrenia who participated were assessed with the Scale of Positive and Negative Syndrome, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the "MATRICS Battery". Subsequently, 40 of these patients were randomized to one of two experimental groups: one that was trained for 10 weeks with a "Mind Training Program" and another that received no training. The results indicate the existence of a negative correlation between self-esteem and self-reported cognitive deficits, so that patients with higher self-esteem have a lower perception of their cognitive deficits. On the other hand, the Mind

Correspondencia: Fermín González Higueras, Comunidad Terapéutica, Hospital Neurotraumatológico, Carretera Bailén-Motril, s/n, 23009 Jaén (España). E-mail: pablofermingh@yahoo.es

Training program was not effective in improving symptoms, cognition and self-esteem of these patients.
KEY WORDS: *self-esteem, cognitive deficits, perception of cognitive deficits, Mind Training program, schizophrenia.*

Introducción

La autoestima es un componente importante de la salud psicológica. Numerosos estudios indican que frecuentemente una autoestima baja está presente en los trastornos psiquiátricos (Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008; Tiernan, Tracey y Shannon, 2014), sin embargo, la relación entre baja autoestima y trastornos psiquiátricos permanece poco clara. En los últimos años la autoestima se ha convertido en un importante foco de estudio en el contexto de los modelos psicológicos de las psicosis (Wang, Wu, Chang y Chuang, 2013). Se ha encontrado que la autoestima es un elemento mediador muy importante en la sintomatología propia de la esquizofrenia, influyendo incluso en el desarrollo y mantenimiento del estado psicopatológico (Smith *et al*., 2006; Fernández, Quevedo-Blasco y Buela-Casal, 2010). La baja autoestima sería un resultado previsible de la esquizofrenia (Tiernan *et al*., 2014), que provocaría mayores dificultades clínicas y sociales a la persona, el mantenimiento de la sintomatología y aumentaría aún más la carga de la enfermedad (Navarro y Carrasco, 2009). Esta baja autoestima, que se detecta incluso en fases de recuperación sintomática (Gureje, Harvey y Herman, 2004), está implicada en la formación y mantenimiento de los delirios y las alucinaciones (Hall y Tarrier, 2003; Romm *et al*., 2011), encontrándose una relación de los síntomas positivos de la esquizofrenia con extremas evaluaciones negativas de uno mismo y de los otros (Smith *et al*., 2006). Además, la baja autoestima correlaciona con una mayor gravedad de la enfermedad psiquiátrica, la depresión, la ansiedad, pérdida de motivación, tendencia a la soledad y funcionamiento psicosocial de las personas con esquizofrenia (Borras *et al*., 2009; Moritz *et al*., 2010; Vracotas, Iyer, Joober y Malla, 2012), mayor autoestigma (Nabors *et al*., 2014), evaluaciones negativas de los cuidadores (Kuipers *et al*., 2006) e ideación y conducta suicida (Tarrier, Barrowclough, Andrews y Gregg, 2004).

La forma de medir la autoestima y su definición conceptual presentan formas muy variadas (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001). Algunos autores diferencian entre lo que se conoce como autoestima implícita y autoestima explícita (Tiernan *et al*., 2014). La autoestima explícita hace referencia a sentimientos de autovalía inmediatos, conscientes y accesibles de una forma directa (Espinosa, Valiente y Bentall, 2014). Su evaluación es la más extendida y se suele realizar con la "Escala de autoestima de Rosenberg" (*Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg, 1989). La autoestima implícita consiste en la disposición de una persona para evaluarse a sí mismo de una manera espontánea, automática o inconsciente (Fierro, 1986) y suele medirse con técnicas indirectas, tales como el "Test de asociación implícita" (*Implicit Association Test*; Greenwald y Farnham, 2000), que permiten acceder a procesos automáticos que no pueden evaluarse mediante cuestionarios (Espinosa *et al*., 2014).

Diversos modelos de psicosis han enfatizado la influencia de la autoevaluación negativa en los síntomas psicóticos (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990; Smith *et al*., 2006). El papel de la autoestima con respecto a la causalidad de los síntomas psicóticos ha sido una línea importante del trabajo desarrollado por Bentall *et al.* (2001, 2009), quienes han propuesto que los delirios paranoides surgen del intento por mantener la autoestima en personas en las que subyace una baja autoestima. Un mecanismo distinto es el propuesto por Garety *et al*. (2001), que sugieren que son los autoconceptos negativos los que pueden contribuir a la formación y al mantenimiento de algunos delirios y alucinaciones de contenido negativo mediante su consistencia temática.

El modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977) ha sido ampliamente utilizado en la explicación de la aparición y mantenimiento de la esquizofrenia. Este modelo fue reformulado por Nuechterlein *et al*. (1992), proponiendo tres tipos de factores: 1) de vulnerabilidad, que marcarían la predisposición de la persona a padecer esquizofrenia, siendo relevante la reducida capacidad de procesamiento de la información, determinante en la aparición de déficit cognitivos y de cognición social; 2) mediadores, o factores que influyen en el afrontamiento de las situaciones estresantes (Brekke, Kay, Lee y Green, 2005); y 3) precipitantes, que serían las propias situaciones estresantes a las que la persona tiene que enfrentarse, tales como sucesos vitales estresantes, y que se han relacionado con una menor autoestima (Vracotas, Schmitz, Joober y Malla, 2007). La esquizofrenia aparecería cuando el estrés percibido supera el nivel que la persona es capaz de soportar y que depende directamente de la interacción de los tres factores.

De entre de los factores mediadores destacan la percepción de autoeficacia, los procesos cognitivos y la cognición social, aspectos que habitualmente se encuentran deteriorados en la esquizofrenia (Jaramillo, Fuentes y Ruiz, 2009; Tiernan *et al*., 2014; Wang *et al.*, 2013). Estos procesos cognitivos influirían en la percepción del entorno (Bentall *et al*., 2009), en la adquisición y mantenimiento de estrategias de afrontamiento y en la propia autoestima (Lysaker *et al*., 2011; Wang *et al*., 2013). Se ha encontrado que la autoestima se relaciona con los déficit cognitivos sólo cuando hay percepción de estos (Cella, Swan, Medin, Reeder y Wykes, 2014). La falta de conciencia de los síntomas es una característica común de las personas que sufren esquizofrenia (Amador *et al*., 1993; Roe, Mashiaj-Eizenberg y Lysaker, 2011). La investigación sobre la conciencia de los síntomas tradicionalmente se ha centrado en los síntomas psicóticos, siendo reciente la exploración de la conciencia de los déficit cognitivos (Aleman, Agrawal, Morgan y David, 2006). Diversos estudios indican un desajuste entre la evaluación subjetiva de los procesos cognitivos y los datos de los tests neuropsicológicos (Harvey y Sharma, 2002; Stip, Caron, Renaud, Pampoulova y Lecomte, 2003; Sanjuan *et al*., 2003). Es por ello que es necesario conocer no sólo la relación existente entre la autoestima y el funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia sino, además, la posible relación de la autoestima con la percepción de esos déficit cognitivos.

Con respecto a los intentos de mejorar la autoestima de los pacientes, generalmente se enmarcan dentro de las intervenciones psicosociales donde, desde una perspectiva con un alto componente psicoeducativo, se intentan

modificar aquellas cogniciones y pensamientos responsables de la baja autoestima (Alonso, García y Salamero, 1997). Por otro lado, de forma indirecta se analiza si las intervenciones que se realizan pueden estar afectando a la autoestima. Desde esta perspectiva, estudios que han aplicado programas específicos de rehabilitación cognitiva en personas con esquizofrenia han encontrado una mejoría en medidas de autoestima (Garrido *et al*., 2013). Rose *et al.* (2008) encontraron, además, que esa mejoría depende de la conciencia de los pacientes sobre su cambio cognitivo tras el entrenamiento.

Dandeneau y Baldwin (2004) han evaluado los componentes básicos de la autoestima y, analizando las intervenciones cognitivas que intentan mejorarla, han desarrollado un programa informático que auna toda esta información, el Programa "Mind Training" (*Mind Training Program*; Baldwin, 2008). Encontraron que las personas con baja autoestima están más atentas a caras de desagrado; parece que las procesan y detectan más rápido que personas con mayor autoestima. Describieron procesos preatencionales en la percepción de amenaza social que correlacionaban con la liberación de cortisol (Dandeneau, Baldwin, Baccus, Sakellaropoulo y Pruessner, 2007) y de cómo estos procesos atencionales dependían de rasgos personales, entre los que se encuentra el nivel de autoestima. También mostraron que este patrón de atención, más evidente entre las personas con baja autoestima, puede ser modificado con una tarea de entrenamiento repetitivo. El entrenamiento utilizado por estos autores fue enseñar a atender a estímulos no amenazantes e ignorar los amenazantes, de esta manera consiguen reducir la hipervigilancia a estos estímulos en personas con baja autoestima (Dandeneau *et al.*, 2007). Al igual que ocurre en personas sin diagnóstico pero con baja autoestima, los pacientes con delirios de persecución presentan una mayor sensibilidad a las señales de rechazo o amenaza (Freeman *et al*., 2013). A pesar del éxito de este programa en la mejora de la autoestima no ha sido evaluado en población clínica.

El objetivo de este estudio es doble. Por un lado se pretende analizar la relación existente entre autoestima y sintomatología, funcionamiento cognitivo y percepción subjetiva de déficit cognitivos en un grupo de pacientes con esquizofrenia. Se espera encontrar que aquellos pacientes con una mayor autoestima presenten un mejor funcionamiento cognitivo y una peor sintomatología, así como una peor percepción de sus déficit cognitivos. Por otro lado, se desea comprobar si el Programa "Mind Training", un programa diseñado específicamente para trabajar la autoestima con ejercicios cognitivos, es eficaz en la mejora de la autoestima de los pacientes así como averiguar si tiene algún efecto en los síntomas y en el funcionamiento cognitivo y la percepción del mismo. Se espera encontrar que las puntuaciones en autoestima, funcionamiento cognitivo, percepción de déficit cognitivos y psicopatología mejoren en el grupo entrenado con el programa en comparación con el grupo de pacientes que no reciba entrenamiento.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 83 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide, que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV y que fueron evaluados con la "Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV" (*Structured Clinical Interview for DSM-IV;* SCID; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996). Los pacientes procedían de centros de Salud Mental de Jaén (España) con programas de rehabilitación psicosociales, tenían entre 17 y 55 años (*M*= 37,27; *DT*= 8,97) y el 67% eran varones. Para formar parte del estudio los pacientes no debían de tener daño cerebral ni abuso/dependencia de sustancias ni discapacidad intelectual. Todos los pacientes recibían tratamiento con antipsicóticos en el momento del estudio.

Instrumentos

a) "Escala de síndrome positivo y negativo" (*Positive and Negative Syndrome Scale*; PANSS; Kay, Fiszbein y Opler, 1987) versión española de Peralta y Cuesta (1994). Esta escala está formada por 30 ítems puntuados en una escala tipo Likert, que en el transcurso de una entrevista semiestructurada evalúa, a nivel dimensional y categorial, psicopatología positiva, negativa y general en población con esquizofrenia. Presenta una fiabilidad interoservador de 0,31 a 0,93 y no correlaciones entre las dimensiones de la escala, presentando una adecuada validez de constructo (Peralta y Cuesta, 1994).
b) "Escala de autoestima de Rosenberg" (*Rosenberg Self-Esteem* Scale, SER; Rosenberg, 1989). Esta escala evalúa autoestima. Ha sido validada en numerosas poblaciones, incluyendo personas con esquizofrenia (Nabors *et al*., 2014), y está disponible en multitud de idiomas. Consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta. Una puntuación total alta indica una alta autoestima. En población con esquizofrenia se ha encontrado una alta consistencia interna (entre 0,72 y 0,88), una satisfactoria fiabilidad temporal (*r*= 0,88) y se confirma la validez de constructo del instrumento (Vázquez, Vázquez y Bellido, 2013).
c) "Batería MATRICS" (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*), denominada MCCB (*MATRICS Consensus Cognitive Battery*; Green y Nuechterlein, 2004) en su versión en español (Nuechterlein y Green, 2009). Esta batería evalúa los déficit cognitivos más relevantes en la esquizofrenia. En la tabla 1 se pueden consultar las 10 pruebas que componen la batería MCCB y los dominios cognitivos que evalúan.

Tabla 1
Descripción de las pruebas de las que consta la batería MATRICS

Pruebas	Dominio cognitivo	Descripción de la prueba
1. Prueba de trazado (*Trail Making Test*), parte A (TMT)	Velocidad de procesamiento Índice puntuación: tiempo en segundos.	Prueba cronometrada de trazado sobre capacidad de exploración visual y seguimiento visomotor. Consiste en conectar números consecutivos situados irregularmente en una hoja
2. Codificación de símbolos (*Symbol Coding*; BACS)	Velocidad de procesamiento Índice puntuación: número de aciertos	Prueba de rapidez visomotora, con 90 segundos de límite de tiempo. Consiste en escribir una serie de números asociados a símbolos sin sentido
3. Test de aprendizaje verbal de Hopkins (*Hopkins Verbal Learning Test-Revised*; HVLT)	Aprendizaje verbal Índice puntuación: número de aciertos	Mide la capacidad para aprender una lista de palabras, mediante el recuerdo inmediato, que se presenta 3 veces
4. Escala de memoria de Wechsler III (*Wechsler Memory Scale III*; WMS)	Memoria de trabajo (no verbal) Índice puntuación: número de aciertos	Mide la capacidad para recordar la localización de una serie de bloques que anteriormente había señalado el administrador en orden directo e inverso
5. Amplitud de letras y números (*Letter-Number Span*; LNS)	Memoria de trabajo (verbal) Índice puntuación: número de aciertos	Prueba que exige reorganizar mentalmente listas de letras y números por el administrador
6. Laberintos (*Neuropsychological Assessment Battery*, NAB)	Razonamiento y solución de problemas Índice puntuación: número de aciertos y tiempo en segundos (categorizado según escala)	Los laberintos presentados evalúan la capacidad de anticipación, planificación y control de impulsos. Se mide el tiempo que se tarda en resolverlos
7. Prueba breve de memoria visoespacial (*Brief Visuospatial Memory Test-Revised*; BVMT)	Aprendizaje visual Índice puntuación: número de aciertos según exactitud y orden de las figuras	Evalúa el aprendizaje visual y la memoria utilizando el recuerdo inmediato y diferido de seis figuras visuales geométricas, presentadas durante 10 segundos, en 3 ensayos
8. Fluidez semántica: nombre de animales (*Fluency: Animal Naming*)	Velocidad de procesamiento Índice puntuación: número de aciertos	Evalúa la producción espontánea y rápida de nombres de animales durante 60 segundos
9. Test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso (*Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*; MSCEIT)	Cognición social (conocimiento social) Índice puntuación: número de aciertos según corrección del instrumento	Mide la capacidad para poner en juego las emociones cuando se tiene que tomar una decisión. El administrador lee una situación y posibles acciones. El participante tiene que indicar lo ineficaz o eficaz que le parece cada acción

Pruebas	Dominio cognitivo	Descripción de la prueba
10. Prueba de ejecución continua -pares idénticos (*Continuous Performance Test-Identical Pairs*; CPT-IP)	Atención/Vigilancia Índice puntuación: número de aciertos y corrección por tiempo de reacción	Medida informatizada de atención sostenida y focalizada o de vigilancia. Implica pulsar una tecla del ordenador cuando dos estímulos consecutivos (números) son idénticos. Se presentan tres bloques de números con 2, 3 y 4 dígitos

d) "Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis" (Sanjuán *et al*., 2003). Esta escala consta de 15 ítems, con cinco alternativas de respuesta, con los que se obtienen dos puntuaciones: una de percepción de déficit cognitivos y otra de percepción de déficit en cognición social. Una mayor puntuación indica una mayor percepción de déficit.

e) "Escala subjetiva para investigar la cognición en la esquizofrenia" (*Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia*; STICSS; Stip *et al*., 2003). Esta escala consta de 21 ítems y seis escalas: función ejecutiva sostenida, memoria de información, conciencia de esfuerzo, vida diaria, distraibilidad y alerta. Una mayor puntuación indica una mayor percepción de déficit.

Procedimiento

Los pacientes fueron identificados por medio de los registros de los centros de Salud Mental, con los que se confirmaba su diagnóstico mediante la SCID (First *et al.*, 1996). De los 94 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión para formar parte del estudio, 83 aceptaron participar en el mismo. Tras firmar un consentimiento informado se les evaluaba en tres sesiones, en una sala del centro, de forma individual. En la primera sesión se recogía la información sociodemográfica y clínica (edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, diagnóstico, medicación y síntomas). La dosis diaria de antipsicótico recibida por cada paciente se convertía en su equivalente de dosis de clorpromacina (Wood *et al*., 2003). En la segunda sesión se evaluaba el funcionamiento cognitivo mediante la batería MATRICS y en la tercera sesión se evaluaba la percepción subjetiva de déficit cognitivos (GEOPTE y STICSS). Las evaluaciones fueron realizadas por psicólogos de los centros habiendo recibido un entrenamiento específico y alcanzado consenso con otros evaluadores.

El entrenamiento se implementó únicamente en uno de los centros, de forma que fuera una única persona la que los llevara a cabo. Tras la evaluación, y mediante tablas de números aleatorios, 40 pacientes fueron asignados de forma aleatoria a uno de los dos grupos: un grupo que recibió la intervención y un grupo control que no fue entrenado. La persona que realizó las evaluaciones fue ciega con respecto a la condición a la que pertenecía el paciente.

Aquellas personas que formaban parte del grupo experimental recibían entrenamiento, de forma individualizada, dos veces por semana, durante 10 semanas. Cada sesión comenzaba con el repaso de la semana tras lo que se evaluaba el nivel de autoestima mediante las pruebas de seguimiento y se aplicaban los ejercicios de entrenamiento. Cada ejercicio de entrenamiento

comenzaba por el nivel no superado por el participante en la sesión anterior. Cada sesión tenía una duración de 30 minutos. A partir de la décima sesión se indicaban ejercicios complementarios de autoestima (Beyebach y Herrero de Vega, 2010), relacionados con las tareas del programa "Mind Training" pero aplicadas a la vida diaria del participante, con el objetivo de generalizar lo aprendido a la vida diaria. Estos ejercicios fueron los siguientes: "Carta de aprecio a uno mismo"; "Sonreír ante un espejo", buscar en revistas caras con diferentes tipos de emociones (alegría, tristeza, enfado…), recortarlas y pegarlas en una hoja de registro, "Sopa de letras" y "Registrar caras sonrientes". Estas tareas se revisaban al inicio de la sesión siguiente. Al finalizar el entrenamiento los pacientes fueron evaluados de nuevo.

A los participantes del grupo control se les evaluó una primera vez y se les volvió a evaluar transcurridas 10 semanas. Ningún participante abandonó el estudio en el transcurso del mismo. Durante el tiempo que duró la investigación, todos los participantes asistieron a las actividades habituales del centro (psicoterapia de apoyo, terapia ocupacional y actividades de ocio y tiempo libre).

PROGRAMA "MIND TRAINING" (*MIND TRAINING PROGRAM*)

Con el objetivo de mejorar la autoestima se realizó una intervención utilizando el Programa "Mind Training" (*Mind Training Program*; Baldwin, 2008). Este programa de ordenador consta de dos módulos: 1) pruebas de seguimiento, para medir el nivel de autoestima y, 2) ejercicios de entrenamiento, con niveles de dificultad creciente.

Las pruebas de seguimiento constan de las siguientes pruebas:

1) Concentración: consiste en señalar la dirección que marca una flecha que se encuentra oculta tras la fotografía de una cara.
2) Observación: sigue el formato de una tarea tipo Stroop con fotografías de caras (sonrientes o no) en las que hay que señalar el color de la fotografía.
3) Abstracción: también con formato tipo Stroop, consiste en marcar el color de palabras que pueden expresar contenidos negativos (p. ej., "odio").
4) Percepción: indicar si, en una rápida sucesión de retratos, aparece una cara sonriente.
5) Autoevaluación: consiste en responder, en una escala con cinco alternativas de respuesta, preguntas sobre cómo se encuentra el participante y cómo se ve a sí mismo.

Se obtiene una puntuación global que determina el nivel de autoestima del participante basándose en puntuaciones de autoestima explícita (cuatro primeras pruebas) e implícita (prueba de autoevaluación). Los autores del programa habían encontrado que la baja autoestima se relacionaba con bajo rendimiento en estas pruebas de seguimiento (Dandeneau *et al*., 2007).

Los ejercicios de entrenamiento son:

1) Cara a cara: de entre un conjunto de caras con diferentes expresiones faciales el participante tiene que marcar las caras sonrientes que aparecen en pantalla.
2) Identidad: consiste en localizar de entre información diversa, que aparece en unos paneles, la que hace referencia a información personal (datos que

previamente se han introducido en el perfil del participante tales como los apellidos, un apodo, su color preferido o el lugar y mes de nacimiento).

3) Sopa de letras: en una matriz de letras el participante tiene que localizar palabras que tienen connotaciones positivas (abrazo, amor, empatía…) o que están relacionadas con el perfil del participante.
4) Por las nubes: aparecen nubes flotando por la pantalla que contienen caras con expresiones emocionales diversas, siendo el objetivo detectar las que expresan emociones positivas.

Los mecanismos cognitivos puestos en marcha en la realización de los ejercicios de entrenamiento son la inhibición (al aumentar la capacidad para concentrarse en la búsqueda de estímulos positivos se inhibe la tendencia a fijarse en estímulos negativos que la mente percibe como posibles amenazas sociales), la asociación (al asociar una referencia personal con un refuerzo positivo se mejora la imagen que se tiene de uno mismo) y la activación (se pueden activar pensamientos más positivos por medio de palabras que evoquen ideas agradables). En la tabla 2 se indican los mecanismos cognitivos implicados en cada uno de los ejercicios de entrenamiento, y que han sido identificados por los autores a través de los resultados en sus estudios sobre los ejercicios de entrenamiento de disminución de la hipervigilancia al rechazo (Dandeneau *et al.,* 2007).

Tabla 2
Mecanismos implicados en los ejercicios del "Programa Mind Training"

	Inhibición	Asociación	Activación
Cara a cara	x		
Identidad		x	
Sopa de letras			x
Por las nubes	x	x	x

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos de la muestra y de las variables de estudio. Se hallaron las correlaciones de Pearson para analizar la relación entre la autoestima y el resto de variables (sociodemográficas, clínicas y cognitivas). Para comprobar si existían diferencias significativas en autoestima en función del sexo se usó la prueba *t* de Student para diferencia de medias. Al ser el número de correlaciones realizado alto, para neutralizar el problema de comparaciones múltiples se optó por hacer una corrección de Bonferroni. Además, para determinar conjuntamente qué variables independientes influían en la variable dependiente autoestima, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple teniendo en cuenta las variables con las que hubiera obtenido una correlación significativa previa a la corrección.

Con respecto al entrenamiento, para averiguar si se producían diferencias significativas entre la evaluación previa y la posterior entre el grupo entrenado y no entrenado, con cada una de las variables dependientes (autoestima, sintomatología, cognición y percepción de déficit cognitivos) se realizó un ANOVA 2x2 de medidas repetidas, siendo el factor intersujeto el grupo de pertenencia

(control-experimental) y el factor intrasujeto el momento de la evaluación (previa-posterior). Previamente, para comprobar la homogeneidad de los grupos (control y experimental) en las variables sociodemográficas y clínicas se utilizó la prueba de diferencia de medias *t* de Student (chi-cuadrado para las variables cualitativas).

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics, v. 19.0 (IBM Corp., 2010), utilizando un nivel de significación de 0,05.

Resultados

La media de los 83 pacientes obtenida en la "Escala de autoestima de Rosenberg" fue de 28,22 (*DT*= 5,66). La media de autoestima en hombres fue de 29,05 (*DT*= 5,80) y la de las mujeres fue de 27,56 (*DT*= 6,44) y esta diferencia no fue significativa (t= 1,064; p= 0,558).

Para analizar la relación entre la autoestima y el resto de variables (edad, duración de la enfermedad, dosis de clorpromacina, PANSS, MATRICS, GEOPTE y SSTICS), se realizó un análisis de correlación de Pearson. Los resultados encontrados (tabla 3) indican que existe una correlación negativa entre autoestima y la puntuación general de la PANSS, la puntuación de HVLT-R y la d' del CPT-IP II de la batería MATRICS, las dos dimensiones de la escala GEOPTE, así como todas las dimensiones de la escala STICSS. Para neutralizar los problemas derivados de realizar comparaciones múltiples se aplicó la corrección de Bonferroni (p< 0,05), dejando de ser significativas las correlaciones con psicopatología y con las pruebas de la batería MATRICS (aprendizaje y atención), pero manteniéndose la significación en el resto (excepto memoria de información de la SSTICS).

Con las variables que correlacionaron significativamente con la autoestima (previo a la corrección) se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. El estadístico R^2 corregido obtenido fue de 0,428, lo que indica que el modelo resultante explica un 42,8% de la variabilidad de la variable dependiente. El modelo resultante, que es estadísticamente significativo (p= 0,05), considera que sólo son relevantes para explicar la variable autoestima las siguientes independientes: percepción de déficit de cognición social (escala GEOPTE) y función ejecutiva sostenida (escala SSTICS), siendo ambas estadísticamente significativas (tabla 4).

Para probar la eficacia de la intervención, en primer lugar, se comprobó que los grupos fueran homogéneos realizando análisis de diferencias de medias entre el grupo control y experimental en diversas variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y estado civil) y clínicas (años de evolución de la enfermedad y dosis de clorpromacina) (tabla 5). Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables analizadas por lo que los grupos, en esas variables, son similares.

Tabla 3
Análisis de correlación entre autoestima y variables sociodemográficas, clínicas y cognitivas

Variable	*M* (*DT*)	*r*	*p*
Edad	37,27 (8,97)	-0,047	0,670
Duración de la enfermedad (años)	14,61 (8,86)	0,070	0,529
Dosis clorpromacina (mg.)	602,03 (444,05)	0,049	0,661
PANSS			
Positiva	18,59 (9,24)	0,173	0,119
Negativa	17,30 (6,40)	-0,198	0,073
General	36,35 (10,26)	-0,237	0,031*
MATRICS			
TMT	69,35 (35,76)	-0,034	0,758
BACS	29,19 (10,37)	-0,098	0,380
HVLT-R	17,64 (5,25)	-0,299	0,006*
WMS-III	11,69 (4,14)	-0,048	0,660
LNS	8,66 (4,13)	-0,210	0,057
NAB	9,16 (6,98)	-0,059	0,597
BVMT-R	14,01 (8,17)	-0,132	0,235
Fluency	16,89 (5,44)	-0,024	0,827
MSCEIT	81,90 (9,73)	-0,143	0,198
CPT-IP II d'	2,17 (1,20)	-0,256	0,020*
CPT-IP III d'	1,46 (0,94)	-0,174	0,115
CPT-IP IV d'	0,86 (0,71)	-0,090	0,418
GEOPTE			
Funciones cognitivas básicas	13,83 (5,13)	-0,531	0,000**
Cognición social	16,31 (5,45)	-0,575	0,000**
SSTICS			
Función ejecutiva sostenida	0,30 (0,25)	-0,574	0,000**
Memoria de información	0,35 (0,18)	-0,284	0,009*
Conciencia de esfuerzo	0,31 (0,21)	-0,492	0,000**
Vida diaria	0,22 (0,16)	-0,479	0,000**
Distraibilidad	0,37 (0,25)	-0,500	0,000**
Alerta	0,29 (0,34)	-0,330	0,002**

Notas: PANSS= "Positive and Negative Syndrome Scale"; MATRICS= "Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia"; TMT= "Trail Making Test"; BACS= "Symbol Coding"; HVLT-R= "Hopkins Verbal Learning Test-Revised"; WMS-III= "Wechsler Memory Scale III"; LNS= "Letter-Number Span"; NAB= "Neuropsychological Assessment Battery"; BVMT-R= "Brief Visuospatial Memory Test-Revised"; Fluency= "Fluency Test. Animal naming"; MSCEIT= "Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test"; CPT-IP= "Continuous Performance Test-Identical Pairs", II, III y IV dígitos; d'= sensibilidad CPT-IP; GEOPTE= Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis; SSTICS= "Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia". *p< 0,05; **p< 0,002 (tras corrección de Bonferroni).

Se realizó un ANOVA 2x2, siendo uno de los factores el momento de la evaluación (pre-post) y el otro el grupo de pertenencia (experimental-control), para cada una de las variables dependientes: autoestima (escala de Rosenberg), psicopatología (PANSS), funcionamiento cognitivo y cognición social (MATRICS y GEOPTE) y percepción subjetiva de funcionamiento cognitivo (SSTICS). Los resultados encontrados indican que no hubo diferencias en la evaluación previa y

la posterior entre el grupo control y experimental en ninguna de las pruebas utilizadas excepto la dimensión "conciencia de esfuerzo" de la SSTICS (tabla 6).

Tabla 4
Análisis de regresión para la autoestima en función de la percepción del déficit de cognición social y del funcionamiento cognitivo

Pasos modelos de regresión	β	R^2	R^2 ajustada	Cambio en R^2	*F* del cambio	*F*
Autoestima						
1. Percepción déficit cognición social	-0,506	0,371	0,364	0,371	47,877	47,877*
2. Percepción déficit funcionamiento ejecutivo	-7,227	0,442	0,428	0,071	10,135	31,705*

Nota: *p< 0,05.

Tabla 5
Variables demográficas y clínicas entre los distintos grupos

	Grupo experimental *M* (*DT*)	Grupo control *M* (*DT*)	t/χ^2	*p*
Edad	35,20 (8,25)	35,35 (10,35)	0,003	0,960
Sexo: *n* (%)				
Hombres	14 (70%)	12 (60%)	0,440	0,507
Mujeres	6 (30%)	8 (40%)		
Educación (años)	11,30 (1,97)	11,60 (1,78)	0,253	0,618
Estado civil: *n* (%)				
Soltero	20 (100%)	17 (85%)		
Casado	0 (0%)	2 (10%)	3,243	0,198
Separado	0 (0%)	1 (5%)		
Años de evolución	12,90 (8,36)	11,65 (9,81)	0,188	0,667
Dosis clorpromacina	544,10 (407,79)	521,94 (576,85)	0,020	0,889

Tabla 6
Variables dependientes (pre vs. pos) al ser comparadas entre los grupos

Variables	Grupo experimental		Grupo control		$F_{(1,38)}$	*p*	η^2
	Pre *M* (*DT*)	Pos *M* (*DT*)	Pre *M* (*DT*)	Pos *M* (*DT*)			
Escala autoestima de Rosenberg	30,15 (5,73)	31,60 (5,53)	28,25 (6,69)	29,10 (6,58)	0,193	0,663	0,005
PANSS							
Positiva	20,35 (9,94)	18,4 (7,89)	19,95 (10,5)	16,9 (8,89)	0,407	0,527	0,011
Negativa	17,05 (5,72)	17,85 (5,47)	15,25 (5,25)	16,95 (5,91)	0,321	0,574	0,008
General	36,35 (9,39)	35,35 (9,43)	38,55 (8,75)	36,20 (10,21)	0,381	0,541	0,010

Variables	Grupo experimental		Grupo control		$F_{(1,38)}$	*p*	η^2
	Pre *M* (*DT*)	Pos *M* (*DT*)	Pre *M* (*DT*)	Pos *M* (*DT*)			
MATRICS							
TMT	59,35 (21,32)	56,45 (17,94)	54,05 (17,2)	51,60 (15,08)	0,029	0,867	0,001
BACS	30,35 (11,37)	30,80 (11,6)	32,85 (10,5)	32,00 (9,93)	2,348	0,134	0,058
HVLT-R	17,25 (5,49)	18,25 (5,54)	19,05 (4,88)	19,85 (4,03)	0,054	0,817	0,001
WMS-III	11,35 (4,59)	11,50 (4,33)	13,50 (4,14)	14,15 (4,33)	0,381	0,541	0,010
LNS	8,00 (4,77)	8,30 (5,05)	10,80 (3,53)	10,65 (3,95)	0,598	0,444	0,015
NAB	8,95 (6,52)	10,05 (6,9)	12,20 (6,58)	12,20 (6,06)	1,211	0,278	0,031
BVMT-R	13,50 (7,55)	15,80 (7,43)	16,50 (7,12)	18,95 (7,34)	0,013	0,909	0,000
Fluency	15,50 (4,67)	16,60 (4,65)	17,30 (5,212)	17,65 (4,87)	0,889	0,352	0,023
MSCEIT	82,91 (11,03)	84,13 (8,06)	83,43 (6,23)	84,32 (6,93)	0,029	0,867	0,001
CPT-IP II d'	1,97 (1,32)	1,93 (1,12)	2,49 (0,96)	2,25 (1,07)	0,733	0,397	0,019
CPT-IP III d'	1,47 (1,10)	1,59 (0,78)	1,67 (0,79)	1,90 (1,07)	0,139	0,711	0,004
CPT-IP IV d'	0,98 (0,75)	1,21 (0,91)	1,19 (0,93)	1,59 (0,97)	0,459	0,502	0,012
GEOPTE							
Neurocognitivo	14,75 (5,7)	13,45 (4,71)	15,55 (5,72)	15,20 (5,58)	0,669	0,419	0,017
Cognición social	17,20 (6,39)	15,65 (5,33)	18,35 (5,48)	19,00 (4,34)	3,985	0,053	0,095
SSTICS							
Función ejecutiva sostenida	0,26 (0,21)	0,23 (0,23)	0,36 (0,3)	0,33 (0,27)	0,000	0,989	0,000
Memoria de información	0,32 (0,2)	0,29 (0,17)	0,36 (0,15)	0,41 (0,21)	3,764	0,060	0,090
Conciencia de esfuerzo	0,32 (0,19)	0,25 (0,17)	0,38 (0,22)	0,38 (0,19)	4,197	0,047**	0,099
Vida diaria	0,21 (0,15)	0,18 (0,13)	0,29 (0,2)	0,27 (0,28)	0,110	0,741	0,003
Distraibilidad	0,35 (0,23)	0,32 (0,16)	0,44 (0,23)	0,44 (0,23)	0,349	0,558	0,009
Alerta	0,17 (0,28)	0,20 (0,21)	0,37 (0,39)	0,40 (0,33)	0,000	10,000	0,000
Total	1,63 (1,09)	1,46 (0,78)	2,21 (1,26)	2,22 (1,02)	1,500	0,228	0,038

Notas: PANSS= "Positive and Negative Syndrome Scale"; MATRICS= "Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia"; TMT= "Trail Making Test"; BACS= "Symbol Coding"; HVLT-R= "Hopkins Verbal Learning Test-Revised"; WMS-III= "Wechsler Memory Scale III"; LNS= "Letter-Number Span"; NAB= "Neuropsychological Assessment Battery"; BVMT-R= "Brief Visuospatial Memory Test-Revised"; Fluency= "Fluency Test. Animal naming"; MSCEIT= "Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test"; CPT-IP= "Continuous Performance Test-Identical Pairs", II, III y IV dígitos; d'= sensibilidad CPT-IP; GEOPTE= Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis; SSTICS= "Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia". **p< 0,05.

Discusión

Desde el modelo de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein *et al*., 1992) se plantea que los procesos cognitivos y la cognición social son factores mediadores que podrían estar afectando a la autoestima (Lysaker *et al*., 2011). Un objetivo del estudio era comprobar si existe relación entre la autoestima y el funcionamiento cognitivo así como la percepción subjetiva de déficit cognitivos y los síntomas en personas diagnosticadas de esquizofrenia. Con respecto a la cognición encontramos que la autoestima está relacionada únicamente con una medida atencional como es la sensibilidad del CPT-IP II y una medida de aprendizaje verbal con recuerdo inmediato, siendo estas correlaciones negativas. Una posible explicación a este resultado no esperado, aunque deja de ser significativo cuando se hace la corrección por comparaciones múltiples, sería que el mejor funcionamiento cognitivo (mejor memoria inmediata y mejor atención) permitiría al paciente tener una visión más objetiva de su situación personal, disminuyendo su autoestima al percibir su situación clínica y social afectada por la enfermedad mental. De la misma manera Brekke, Kohrt y Green (2001) encontraron que la autoestima podría mediar en la relación entre funcionamiento cognitivo y funcionamiento psicosocial. Así, pacientes con un funcionamiento cognitivo sin déficit, medido con el "Test de clasificación de cartas de Wisconsin" (*Wisconsin Card Sorting Test*; Berg, 1948), presentaban menor autoestima, argumentando que los pacientes con mejor funcionamiento cognitivo presentarían mejor capacidad de análisis de los contextos y de autoanálisis, factores que influirían en las evaluaciones subjetivas como la autoestima.

Una novedad de nuestro estudio estriba en el análisis de la relación de la autoestima con la percepción subjetiva de déficit cognitivos de los pacientes. En este sentido encontramos una relación significativa con todas las escalas del GEOPTE y de la STICSS. Además las puntuaciones en autoestima pueden ser predichas por dos subescalas de percepción déficit, concretamente la percepción de déficit de cognición social de la escala GEOPTE, y la percepción de déficit de función ejecutiva sostenida de la escala SSTICS. Estos datos hacen pensar que las evaluaciones que los pacientes hacen sobre la percepción de sus déficit cognitivos deberían de ser incluidas en los estudios sobre autoestima en la esquizofrenia. Si tenemos en cuenta que nuestros datos señalan que aquellos pacientes que obtienen una mayor puntuación en autoestima son los que tienen una peor percepción subjetiva de sus déficit cognitivos, habría que ser cautos con el efecto negativo que podría tener en la percepción de los déficit el mejorar la autoestima. De esta misma manera, Cella *et al.* (2014) llevaron a cabo un estudio para conocer el papel que los síntomas y la autoestima tienen en la conciencia de los problemas cognitivos en la esquizofrenia. Ellos concluyen que un cuarto de la varianza subjetiva de los problemas cognitivos puede ser explicada por la autoestima, los síntomas negativos y el funcionamiento social. La predicción más fuerte era con autoestima, de forma que una baja autoestima predice una alta conciencia de los déficit. Esta relación, que también aparece en nuestro estudio, sugiere que la alta autoestima sólo puede preservarse si se niegan las dificultades cognitivas. De esta manera, la recuperación objetiva de un paciente no es sinónima de recuperación

subjetiva, aunque si complementaria. Esta interpretación implica un reto dentro del ámbito de las intervenciones en relación con la autoestima en el sentido de que trabajar con la conciencia de los déficit cognitivos de los pacientes podría conllevar una disminución de la autoestima.

No se ha encontrado relación entre autoestima y psicopatología positiva y negativa aunque sí se ha encontrado con la psicopatología general. La escala de psicopatología general de la PANSS engloba sintomatología de ansiedad y depresión, que se relaciona con baja autoestima (Jones, Hansen, Moskvina, Kingdon y Turkington, 2010), Aunque esta significación desaparece cuando se hace la corrección por comparaciones múltiples, consideramos conveniente la utilización de pruebas de evaluación más específicas y detalladas sobre ansiedad y depresión. Los estudios que ponen de manifiesto que la autoestima está afectada en paciente con ansiedad y depresión (De Jong, Sportel, de Hullu y Nauta, 2012; Sowislo y Orth, 2013), hacen interesante estudiar si existe relación entre estos síntomas en pacientes con esquizofrenia y su autoestima. Además, se ha planteado que la autoestima sería una variable inestable y que, por tanto, su relación con la sintomatología podría variar (Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os y Myin-Germeys, 2008). Las medidas transversales como las de este estudio no permitirían detectar estas relaciones.

Existen estudios que han encontrado una mejora de la autoestima como consecuencia de intervenciones cognitivas (Rose *et al*., 2008; Garrido *et al*., 2013). La novedad de nuestro estudio ha sido el utilizar un entrenamiento específico para entrenar la autoestima que, además, incluye elementos cognitivos integrados en el entrenamiento. Los resultados indican que una vez finalizado el entrenamiento los pacientes no mejoran su autoestima. Una de las razones que podrían explicar esto está relacionado con el no haber encontrado mejoría en el funcionamiento cognitivo, efecto este sí producido en los otros estudios. Además algunos estudios sugieren que es la utilización de estrategias para la mejora de la cognición, más que la práctica en sí, lo que podría mejorar la metacognición y que permitiría transferir las ganancias positivas al funcionamiento diario y, por tanto, a su autoestima (Wykes y Reeder, 2005; Wykes y Spaulding, 2011). El que nuestro programa no trabajara directamente las estrategias puede estar relacionado con que no se haya producido esa mejora en la autoestima; teniendo en cuenta los déficit que presentan los pacientes en estas estrategias, la potenciación y generalización de los resultados sería menor (Vallina y Lemos, 2001; Wykes y Spaulding, 2011). Además, este entrenamiento cognitivo podría ser mejorado con la combinación de otro tipo de intervenciones que ayudarían a aumentar los niveles de autoestima, como son el entrenamiento en habilidades sociales (Moriana *et al*., 2015) y en inteligencia emocional (Reina y Oliva, 2015).

Por otro lado, si tenemos en cuenta los modelos que han encontrado relación entre autoestima y psicopatología (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington, 2002), al no haber mejorado la psicopatología en nuestro estudio quizás no sería esperable encontrar una mejora de la autoestima. El programa Mind Training no interviene especificamente en la psicopatología, por lo que el no haber mejorado la psicopatología puede que sea la responsable de que no se produzcan cambios en la autoestima de los pacientes. Además, los participantes del estudio se

encuentran en un dispositivo de rehabilitación integral, por lo que la autoestima podría estar conservada y no mejoraría con intervenciones específicas de autoestima, al menos con el Programa "Mind Training" (*Mind Training Program*). Sería interesante la comprobación de la eficacia del programa con otras poblaciones, como primeros episodios o pacientes atendidos ambulatoriamente.

Es importante señalar que, una vez se realicen estudios complementarios en la línea de lo indicado previamente, la conclusión final sea que el Programa "Mind Training", aunque es capaz de mejorar la autoestima en población no clínica (Dandeneau *et al*., 2007), no sea eficaz en pacientes con esquizofrenia, pues no incluye factores que, posiblemente, sean cruciales en la autoestima de paciente psiquiátricos.

Con respecto al efecto que el entrenamiento ha tenido sobre la cognición, el único cambio encontrado que se produce es en la conciencia de esfuerzo, que mide la percepción de dificultad para mantener una conversación, atención dividida y memoria. El hecho de utilizar pruebas cognitivas con dificultad creciente según el grado de ejecución, podría indicar una disminución de la percepción de dificultad cognitiva por parte del sujeto. Por otro lado, el Programa "Mind Training" no interviene de forma específica y extensa en las funciones cognitivas habitualmente deterioradas en la esquizofrenia, tales como las funciones ejecutivas, memoria y atención (de la Higuera y Sagastagoitia, 2006), pudiéndo ser esta la razón por la que no se ha encontrado mejoría en el funcionamiento cognitivo de los pacientes. El programa se centra básicamente en mecanismos atencionales de inhibición, asociación y activación, que no han sido evaluados (por ejemplo, con el test de Stroop; Golden, 1975). Es por ello importante señalar la necesidad de explorar estas funciones en futuros estudios.

Además de los hallazgos encontrados por este estudio y las limitaciones que se han ido indicando, consideramos que hay algunos aspectos que deberían de tenerse en cuenta de cara a líneas de trabajo futuras. Sería interesante medir las variables longitudinalmente (Moritz et al., 2010). De esta manera, cambios en los niveles de las variables como autoestima, psicopatología, cognición o percepción de déficit, podrían influir en cambios en el resto de variables y aportar una información más válida de los procesos implicados en la autoestima.

Como complemento a los datos que hemos encontrado sería interesante emplear una medida de autoestima implicita y no sólo explícita, como suele ser habitual. La autoestima implícita se refiere a la evaluación no consciente y automática del self (Tiernan *et al*., 2014). Aunque se trate de una medida cuestionable por su dificultad de medida podría determinar diferencias cognitivas en la percepción del paciente que no serían observables con las medidas de autoestima explícita (Espinosa *et al.*, 2014). Esto es de especial interés teniendo en cuenta los resultados que hemos encontrado de la relación de autoestima con la percepción subjetiva de déficit cognitivos. Aunque las pruebas de seguimiento del Programa "Mind Training" engloban medidas de autoestima implícita y explícita, el programa no permite delimitar la influencia de cada modalidad en la puntuación final obtenida con las pruebas, siendo esta la razón por la que se ha optado por no usar este valor en el análisis de datos, pues serían difícilmente interpretable. Por otro lado, la "Escala de autoestima de Rosenberg", por ser una medida muy

global, puede no ser sensible para detectar cambios en la autoestima tras el entrenamiento realizado. Utilizar un instrumento que evalúe distintas dimensiones, explícitas e implícitas, de la autoestima nos permitiría ampliar el rango de factores relacionados con la autoestima que podrían ser susceptibles de cambiar tras un entrenamiento específico como el que hemos llevado a cabo.

Por último, indicar que aunque el eje central de la intervención ha sido el Programa "Mind Training", se utilizaron una serie de ejercicios complementarios que trabajan la autoestima, planteados con la finalidad de que se generalizasen los resultados fuera de las sesiones de entrenamiento. Sería de interés diseñar un estudio en el que se comparen grupos intervenidos con el Programa "Mind Training", con y sin estos ejercicios, para así delimitar si los ejercicios añadidos han jugado algún papel en la no eficacia del tratamiento.

Referencias

Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D. y David, A. S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 189,* 204-212.

Alonso, B., García, B. y Salamero, C. (1997). Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En A. Rodríguez (dir.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 210-247). Madrid: Pirámide.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale S. A., Flaum, M. M., Endicott, J. y Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry, 150*, 873-879.

Baldwin, M. (2008). *Mind Training: el entrenamiento de la inteligencia social.* Montreal: MindHabits Inc.

Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L. y Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 112,* 92-99.

Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical interpretation. *Clinical Psychology Review, 21,* 1143-1192.

Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., Moore, R. y Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry, 66,* 236-247.

Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve.* Madrid: Herder.

Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry, 157,* 853-859.

Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N. y Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry, 24,* 307-316.

Brekke, J., Kay, D., Lee, K. y Green, M. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. *Schizophrenia Research, 80,* 213-225.

Brekke, J., Kohrt, B. y Green, M. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 697-708.

Cella, M., Swan, S., Medin, E., Reeder, C. y Wykes, T. (2014). Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem. *Psychological Medicine, 44,* 469-476.

Dandeneau, S. D. y Baldwin, M. W. (2004). The inhibition of socially rejecting information among people with high versus low self-esteem: the role of attentional bias and the effects of bias reduction training. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 584-602.

Dandeneau, S. D., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., Sakellaropoulo, M. y Pruessner, J. C. (2007). Cutting stress off at the pass: reducing stress and hypervigilance to social threat by manipulating attention. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*, 651-666.

De Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E. y Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine, 42,* 475-484.

De la Higuera, J. y Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología, 24*, 245-266.

Espinosa, R., Valiente, C. y Bentall, R.P. (2014). El concepto de self y de otros en los delirios persecutorios. *Clínica y Salud, 25,* 187-195.

Fernández, M., Quevedo-Blasco, R. y Buela-Casal, G. (2010). Diferencias en el estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes delirantes. *Salud Mental, 33,* 527-534.

Fierro, A. (1986). Autoestima implícita: su medición y sus correlatos. *Evaluación Psicológica, 2*, 73-98

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID).* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Freeman, D., Dunn, G., Fowler, D., Bebbington, P., Kuipers, E., Emsley, R., Jolley, S. y Garety, P. (2013). Current paranoid thinking in patients with delusions: the presence of cognitive-affective biases. *Schizophrenia Bulletin, 39*, 1281-1287.

Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D. y Bebbington, P. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 331-347.

Garaigordobil, M., Pérez, J. I. y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema, 20,* 114-123.

Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31,* 189-195.

Garrido, G., Barrios, M., Penadés, R., Enríquez, M., Garolera, M., Aragay, N. Pajares, M., Vallés, V., Delgado, L., Alberni, J., Faixa, C. y Vendrell, J. M. (2013). Computer-assisted cognitive remediation therapy: cognition, self-esteem and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 150*, 563-569.

Golden, C. J. (1975). A group of version of the Stroop Color and Word Test. *Journal of Personality Assessment, 39,* 386-388.

Green, M. F. y Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophrenia Research, 72*, 1-3.

Greenwald, A. G. y Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 1022-1038.

Gureje, O., Harvey, C. y Herman, H. (2004). Self-Esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 334-338.

Hall, P. y Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 317-332.

Harvey, P. D. y Sharma, T. (2002). Cognitive deficits as a core feature of schizophrenia. En P. Harvey y T. Sharma (dirs.), *Understanding and treating cognition in schizophrenia. A clinician handbook* (pp. 9-21). Londres: Martin Dunitz.

IBM Corp. (2010). IBM SPSS Statistics for Windows, v. 19.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.

Jaramillo, P., Fuentes, I. y Ruiz, J. C. (2009). Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychology, Society and Education, 1,* 13-24.

Jones, R. M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D. y Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: a longitudinal study. *Psychosis, 2*, 218-226.

Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 261-276.

Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G. y Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 24-31.

Lysaker, P. H., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K., Semerari, A., Carcione, A. y Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *The British Psychological Society, 50,* 412-424.

Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J. y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 23*, 5.

Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A. y Lincoln, T. M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis, 2,* 144-153.

Nabors, L. M., Yanos, P. T., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Leonhardt, B. L., Buck, K. D. y Lysaker, P. H. (2014). Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 55,* 792-798.

Navarro, D. y Carrasco, O. (2009). The relationship between psychotic symptoms, negative emotions and course of the illness in schizophrenia. *Clínica y Salud, 20,* 197-204.

Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M. J., Snyder, K. S. Yee, C. M. y Mintz, J. (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin, 18,* 387-425.

Nuechterlein, K. H. y Green, M. (2009). *MATRICS Consensus Cognitive Battery, Spanish version for Spain.* Los Angeles, CA: MATRICS Assessment.

Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research, 53*, 31-40.

Reina, M. C. y Oliva, A. (2015). De la competencia emocional a la autoestima y satisfacción vital en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 23*, 345.

Roe, D., Mashiaj-Eizenberg, M. y Lysaker, P.H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research, 131*, 133-138.

Romm, K. L., Rossberg, J. I., Hansen, C. F., Haug, E., Andreassen, O. A. y Melle, I. (2011). Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry, 19,* 11-136.

Rose, D., Wykes, T., Farrier, D., Doran, A., Sporle, T. y Bogner, D. (2008). What do clients think of cognitive remediation therapy? A consumer-led investigation of satisfaction and side effects. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11*, 181-204.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (ed. rev.) Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Sanjuan, J., Prieto, L., Olivares, J. M., Ros, S., Montejo, A., Ferrer, F., Mayoral, F., González, M. A., Bousoño, M. y Ros, S. (2003). Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatria, 31,* 120-128.

Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashfoth, H., Garety, P., Dunn, G., y Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research, 86,* 181-188.

Sowislo, J. F. y Orth, U. (2013) Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139,* 213-240.

Stip, E., Caron, J., Renaud, S., Pampoulova, T. y Lecomte, Y. (2003). Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 44,* 331-340.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B. y Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia: the influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39,* 927-937.

Thewissen, V., Bentall, R. P., Lecomte, T., van Os, J. y Myin-Germeys, I. (2008). Fluctuations in self-esteem and paranoia in the context of daily life. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 143-153.

Tiernan, B., Tracey, R. y Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry Research, 216,* 303-313.

Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema, 13*, 345-364.

Vázquez, A. J., Vázquez, R. y Bellido, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología, 31*, 37-43.

Vracotas, N., Schmitz, N., Joober, R. y Malla, A. (2007). Subjective distress in first-episode psychosis: role of symptoms and self-esteem. *Early Intervention in Psychiatry, 1,* 251-258.

Vracotas, N., Iyer, S., Joober, R. y Malla, A. (2012). The role of self-esteem for outcome in first-episode psychosis. *International Journal of Social Psychiatry, 58,* 41-46.

Wang, C. S., Wu, J. Y. W., Chang, W. C. y Chuang, S. P. (2013). Cognitive functioning correlates of self-esteem and health locus of control in schizohrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9,* 1647-1654.

Wood, S. J., Berger, G., Velakoulis, D., Phillips, L. J., McGorry, P. D., Yung, A. R., Desmond, P. y Pantelis, C. (2003). Proton magnetic resonance spectroscopy in first episode psychosis and ultra high-risk individuals. *Schizophrenia Bulletin, 29*, 831-843.

Wykes, T. y Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: theory and practice*. Nueva York, NY: Taylor & Francis.

Wykes T. y Spaulding W. D. (2011). Thinking about the future cognitive remediation therapy what works and could we do better? *Schizophrenia Bulletin, 37*, 80-90.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 103-126.

RECIBIDO: 4 de noviembre de 2015
ACEPTADO: 5 de febrero de 2016