

PSICOMETRÍA

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA METACOGNICIÓN: UNA BREVE VISIÓN GENERAL Y MANUAL DE CODIFICACIÓN PARA LA VERSIÓN ABREVIADA (EEM-A) v 2015¹

(Rev GPU 2016; 12; 2: 174-190)

Paul Lysaker², Kelly Buck³ y Jay Hamm⁴

MANUAL DE CODIFICACIÓN: UNA VISIÓN GENERAL

En este manual presentamos un medio para la medición cuantitativa de la capacidad metacognitiva de personas con grave enfermedad mental, con un ajuste para la esquizofrenia. Específicamente, presentamos una entrevista estructurada a partir de la cual se pueda evaluar la metacognición usando una adaptación de la Escala de Evaluación Metacognitiva, denominada como la EEM-A. La Escala de Evaluación de la Metacognición (EEM) fue diseñada originalmente por autores del Tercer Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma y adaptada por nuestro grupo en Indianápolis, Indiana. Para presentar este material, la primera sección de este manual contiene una revisión del concepto de metacognición. Esta es seguida por una descripción de la EEM

concebida por sus autores originales como una forma de evaluar la metacognición. Luego ofrecemos una crítica de algunos de los métodos actuales para evaluar la metacognición en la enfermedad mental grave y describimos cómo hemos intentado adaptar la EEM para abordar estos temas. Luego presentamos nuestros métodos para clasificar la EEM-A junto con la Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana (EEPI), una entrevista semiestructurada que podría ser usada como base de esas evaluaciones. Finalmente, presentamos los resultados de nuestra investigación hasta la fecha sobre la confiabilidad y validez de nuestros esfuerzos para adaptar la EEM-A a la investigación con personas con enfermedad mental grave.

El texto de este manual va seguido de cuatro apéndices. El primero ofrece el modelo para la entrevista narrativa que puede ser evaluada usando la EEM-A. El

¹ Traducción: Leonor Irrázaval. Psicóloga Clínica, Doctora en Psicoterapia (UCH/PUC) / PhD Universidad de Heidelberg. Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales. Email: leonor.irrazaval@udp.cl; Elvira Edwards. Traductora Inglés/Alemán (PUC). Email: elviraedwards@hotmail.com

² Roudebush VA Medical Center, and Indiana University School of Medicine, Indianapolis IN. Correspondencia: Paul Lysaker, Ph.D. Roudebush VA Medical Center 1481 W. 10th St. Indianapolis, IN, 46202. Email: plysaker@iupui.edu

³ Roudebush VA Medical Center, Indianapolis IN.

⁴ University of Indianapolis, Indianapolis IN.

segundo contiene sugerencias sobre cómo administrar con éxito la entrevista narrativa. En el tercer apéndice se entregan tablas de apoyo para evaluar las distintas escalas de la EEM-A. Finalmente, en el cuarto se ofrecen instrucciones detalladas para clasificar las cuatro escalas de la EEM-A. Basándose en este material se espera que los lectores:

- Se familiaricen con el constructo de la metacognición
- Entiendan que la metacognición es relevante para personas con esquizofrenia
- Se familiaricen con un medio para obtener una narración personal que pueda ser la base para evaluar la capacidad metacognitiva
- Tomen conciencia de cómo usar la EEM-A para evaluar la capacidad metacognitiva sobre la base de narraciones personales
- Se familiaricen más con la investigación que apoya el uso de estos procedimientos

Sin embargo, no se espera que los lectores se conviertan en evaluadores totalmente confiables de la EEM-A usando este manual de codificación. Se recomienda trabajar adicionalmente con transcripciones de entrevistas disponibles de parte de los autores.

METACOGNICIÓN: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Términos tales como “Metacognición”, “Lectura del pensamiento”, “Teoría de la Mente” y “Mentalización” se refieren a la capacidad general de una persona para pensar acerca del pensamiento, tanto de su propio pensamiento como del pensamiento de otros (Brune, 2005; Frith, 1992; Semerari *et al.*, 2003). Estos términos, aunque a menudo se usan en forma intercambiada para referirse a una aptitud general, involucran un amplio rango de facultades semiindependientes que permiten a las personas formar representaciones de sus propios estados mentales y de los estados mentales de otros. Ellos involucran las capacidades necesarias para formar, revisar y reformular ideas de lo que es creído, sentido, soñado, temido, aparentado o pretendido, tanto por uno mismo como por otros. Estas capacidades permiten que los humanos les demos sentido a nuestros dilemas, entendamos las mutuas intenciones y finalmente nos adaptemos a nuestro medio. En este manual usamos el término metacognición para referirnos a este conjunto general de fenómenos por su potencial para describir un amplio rango de actos cognitivos internos y determinados socialmente que contienen cualidades primariamente reflexivas.

Hay que hacer notar que la metacognición es un término amplio en sí mismo y se refiere a una cantidad de actividades que difieren unas de otras en términos del grado en el que requiere más actividades metacognitivas discretas vs. sintéticas. La metacognición puede incluir actividades que involucren el conocimiento de aspectos singulares muy específicos (por ej., detectar que uno ha cometido un error o reconocer que uno no está asimilando el material mientras lee), o aspectos discretos relacionados con uno mismo (por ej., reconocer una creencia que uno tiene sobre uno mismo). La metacognición también puede requerir más actividades sintéticas (Brüne, Dimaggio & Lysaker, 2011). Estas actividades metacognitivas más sintéticas incluyen formar representaciones mentales complejas e integradas de uno mismo y de otros, situando esas representaciones dentro del mundo más amplio, y usando esas representaciones para responder a problemas psicológicos o conflictos interpersonales. En este documento estamos interesados en los tipos más sintéticos de actividades metacognitivas, en que las personas estén únicamente dando sentido a sus propias experiencias internas y a las experiencias internas de otros. Estas actividades metacognitivas sintéticas son consideradas aquí como un fundamento central para el crecimiento personal y la base para resolver problemas psicológicos e interpersonales complejos.

En este sentido nosotros usamos la metacognición como un término global (o término “paraguas”) que capte el grado de complejidad y aceptación de la incertidumbre involucrada al pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de otros (Main, 1991; Semerari *et al.*, 2003). Esta visión proviene de una tradición que enfatiza la naturaleza representacional del pensamiento, es decir, la idea de que el pensamiento es una construcción y no el espejo de la realidad. Saber algo sobre uno mismo, en este sentido, no es detectar en forma meramente exacta la presencia de algo internamente, sino que es una actividad sintética en la cual muchos fenómenos diferentes tienen que integrarse y hacer sentido de alguna y varias maneras posibles. Como lo observó Dewey (1983/1922), las personas no son conocidas como datos. Desde este punto de vista, la comprensión que las personas tienen de ellas mismas y la comprensión que tienen de los límites de ese conocimiento están en sus niveles más adaptables cuando permiten que las personas distingan la apariencia de la realidad, reconozcan que los hechos pueden ser vistos como algo que puede ser mal interpretado o no recordado correctamente, confirman que otros pueden ver cosas en forma diferente desde distintas perspectivas, y saben que las personas (incluido uno mismo) pueden

visualizar los eventos en forma diferente en diferentes épocas de sus vidas.

Respecto a cómo estos aspectos más sintéticos de la metacognición difieren de las actividades cognitivas incluidas bajo el constructo de la neurocognición, déjenos ofrecer una ilustración. Imaginen que una persona amada le pide a uno que le consiga su helado favorito. Las actividades neurocognitivas se reflejarían en el recuerdo de cuál es el helado favorito de la persona amada y la retención de esa idea mientras va al almacén. La metacognición estaría involucrada en formar una idea más profunda del significado de la solicitud tanto en el momento como en el modo de reflexión sobre una serie más general de hechos sociales. Las capacidades metacognitivas permitirían que la persona, por ejemplo, viera que la solicitud era parte de la reconciliación de una pelea del día anterior, que pensara acerca de por qué la persona que consigue el helado sentía resentimiento y que viera este hecho como parte de una relación en evolución con la persona amada. En este sentido las actividades metacognitivas sintéticas permiten a las personas formar ideas complejas sobre quiénes son y quiénes son los otros, lo que permite que se entiendan intercambios sociales complejos y que se responda a ellos efectivamente, mientras la neurocognición involucra procesos más elementales, en los cuales se recoge y se procesa información.

Para los objetivos de este manual de codificación, las actividades metacognitivas sintéticas a ser discutidas son tratadas como otras habilidades. Esto quiere decir que las personas pueden variar entre ellas en su capacidad para formar representaciones complejas de ellas mismas y de otros, para situarse en el mundo social más amplio, y para usar ese conocimiento para responder a los problemas psicológicos. Hay, además, una cantidad de capacidades metacognitivas semi-independientes que pueden distinguirse unas de otras y activarse independientemente unas de otras (Dimaggio, Vanheule, Lysaker, Carcione & Nicolo, 2009; Semerari *et al.*, 2003; Casacchia, Mazza, & Roncone, 2004; Nichols & Stich, 2001; Semerari *et al.*, 2007). Destacadas por esta visión es que diferentes funciones metacognitivas, tales como formar una representación de uno mismo y formar una conciencia de estados interiores de otros, pueden involucrar actividad en diferentes regiones del cerebro (Frith & Frith, 1999; Ruby & Decety, 2003; Saxe, Carey, & Kanwisher, 2004). En forma importante, esta visión permite que algunas funciones metacognitivas puedan deteriorarse, mientras otras no. Las personas pueden tener dificultades, por ejemplo, para formar ideas de ellas mismas, pero no

de otros y viceversa. La investigación que apoya esta visión incluye hallazgos de que existen modelos fundamentalmente diferentes de déficits metacognitivos en personas con diferentes tipos de psicopatología, incluyendo trastornos de personalidad (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolo, & Procacci, 2007; Semerari *et al.*, 2005), psicosis (Brüne, 2005), y síndrome de Asperger (Frith & Vignemont, 2005).

LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA METACOGNICIÓN

La Escala de Evaluación Metacognitiva EEM (Semerari *et al.*, 2003) es una escala de clasificación creada originalmente para detectar el cambio metacognitivo sobre la base de transcripciones de psicoterapia con personas con trastornos de personalidad. La EEM se enfoca en la capacidad metacognitiva más que en contenidos específicos, y considera que la metacognición es un conjunto de habilidades relacionadas, pero semiindependientes. La EEM se obtuvo siguiendo una extensa síntesis de diversos modelos que han sido usados por autores de diferentes disciplinas para describir las dimensiones de la metacognición.

La EEM contiene cuatro escalas. Estas son: "Autorreflexividad" o la habilidad para pensar sobre los estados mentales de uno mismo; "Comprensión de las Mentes de Otros" o la habilidad para pensar sobre los estados mentales de otros; "Descentración" o ver el mundo como existiendo con otros que tienen motivos independientes; y "Maestría" o la habilidad para implementar estrategias efectivas con el objetivo de lidiar con los problemas psicológicos y con la angustia relacionada con ellos. Cada escala consiste en una serie de ítems que reflejan niveles cada vez más complejos de esa capacidad, los cuales están dispuestos en orden jerárquico. Para usar la EEM original un evaluador lee una transcripción de psicoterapia y codifica cada vez que ocurra una oportunidad para que se produzca el despliegue de una capacidad dada. Por ejemplo, un evaluador puede codificar que una oportunidad esté presente para el reconocimiento del afecto de otra persona cuando un cliente describe un encuentro con otra persona. Entonces el evaluador codifica si se usó o no esa capacidad. Por ejemplo, ¿reconoció el cliente que algunos con quienes habló el día anterior estaban tristes? Después de leer toda la transcripción puede generarse una relación incierta, o relación de oportunidades para el uso de un nivel específico versus el verdadero uso de ese nivel para funciones específicas, con mayor versus menor cantidad de incertidumbres, indicando mejor capacidad metacognitiva.

POR QUÉ ESTUDIAR LA METACOGNICIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA

Antes de discutir la adaptación de la EEM para el estudio de la metacognición en la enfermedad mental grave y específicamente la esquizofrenia, parece importante discutir por qué el constructo de la metacognición es importante para personas con estas condiciones y por qué estábamos interesados específicamente en usar una adaptación de la EEM para examinar este fenómeno. Con ese fin hay cuatro puntos que nos condujeron a este proyecto.

Primero, una importante cantidad de investigación ha demostrado que muchas personas con esquizofrenia experimentan lo que podría llamarse déficits metacognitivos. Estos incluyen deterioro en la capacidad para monitorear su propio pensamiento y comportamiento (Koren, Sneiderman, Goldsmith, & Harvey, 2006), para mentalizar (Langdon, Coltheart, Ward, & Catts, 2001), y para formar ideas complejas de sus vidas como en narraciones que cruzan toda una vida (Berna *et al.*, 2011; Morise *et al.* 2011; Raffard *et al.*, 2010; Saavedra *et al.*, 2009).

Segundo, estos déficits son significativos por sí mismos, en la medida en que no son meramente el resultado de síntomas o de compromiso neurocognitivo (Brüne, Dimaggio & Lysaker, 2011; Roncone *et al.*, 2002).

Tercero, intuitivamente, estos déficits podrían ser una fuente importante de disfunción para personas con enfermedad mental grave. Por ejemplo, con una habilidad limitada para formar y escudriñar pensamientos sobre uno mismo y otros, puede ser especialmente difícil para personas con esquizofrenia construir una cuenta significativa de ganancias o desventajas que llegan con la enfermedad o con la vida regular y, por lo tanto, actuar en desventaja para responder a la adversidad. Sin una habilidad para pensar sobre el pensamiento, puede ser difícil asociar los hechos cotidianos con el pasado o prever un futuro que pudiera ser afectado por la acción presente. Como resultado, los déficits en la metacognición pueden conducir a una pérdida del sentido de identidad personal de una persona, llevando a una profunda desmoralización y pérdida global de significado (Lysaker & Lysaker, 2002). Dicho de otro modo, puede ser que las personas con esquizofrenia experimenten dificultades no solo debido a síntomas y a deterioros neurocognitivos, sino también debido a dificultades para interpretar y dar sentido a los desafíos que enfrentan. De este modo, los efectos de los déficits metacognitivos sobre la función pueden ser iguales o mayores a los efectos de los déficits de las habilidades sobre el rendimiento en la esquizofrenia.

Cuarto, aunque aquí no exploraremos este punto en profundidad, si se encuentran déficits metacognitivos comúnmente en la esquizofrenia y ellos representan barreras para el bienestar, una mejor comprensión de su naturaleza podría tener implicancias muy importantes para el tratamiento.

OTROS ENFOQUES PARA ESTUDIAR LA METACOGNICIÓN Y SUS LIMITACIONES

Para estudiar los déficits metacognitivos los investigadores generalmente presentan estímulos a los participantes en el estudio y luego los instan ya sea a pensar sobre su propio pensamiento (por ej., observar que ellos han cometido un error o reconocer que ellos fueron el origen de un evento) o a pensar sobre el pensamiento de otros. Al sujeto se le puede presentar, por ejemplo, una historia compuesta de unas pocas frases o una historia ilustrada en una serie de imágenes y luego se le pide que juzgue la intención o sentimientos de uno de los personajes. En estos métodos hay respuestas correctas e incorrectas y se piensa que las personas que son capaces de dar más respuestas correctas tienen menos déficits metacognitivos.

Parte de nuestro deseo de adaptar la EEM para estudiar la metacognición fue el resultado de tres limitaciones que nosotros creemos que caracterizan a este tipo de enfoque. Primero, el rendimiento en estas pruebas puede no hablar de las habilidades de las personas para comprometerse en actos metacognitivos cuando hay cuestiones personales involucradas. ¿Podrían las personas conducirse en forma diferente cuando piensan sobre personas en una historia versus cuando interactúan en la vida real con otros que son amados o detestados en el contexto de eventos personales que podrían ser muy molestos o agradables? Parece posible que alguien pudiera tener problemas para comprometerse en actos metacognitivos al enfrentar a una persona amada en una situación muy intensa, pero que sea capaz de funcionar bien al oír una historia o mirar imágenes de una historia desarrollada en una oficina de investigación que no tiene importancia personal.

Un segundo problema de esta investigación es que estas tareas guían o requieren actos metacognitivos específicos. Se presentan hechos o imágenes específicas y se pide al participante que haga un juicio explícito. Alguien podría ser capaz de juzgar con cuidado la intención de otra persona, pero solo porque se le pidió que lo hiciera así en un momento específico en el tiempo, después que se dieron pistas específicas. En otras palabras, ¿cómo sería en la vida real cuando nadie nos está diciendo *cuándo* pensar sobre los pensamientos y

acciones de otros? Claramente, es posible que alguna gente pueda sobresalir resolviendo situaciones sociales cuando se le entregan indicaciones en un laboratorio para pensar sobre esos asuntos, pero nunca hacen tales juicios espontáneamente con éxito por la gran cantidad de información y la falta de indicaciones específicas que requiere ese juicio en la vida real.

Un tercer problema de esta investigación es que, como se observó previamente, es probable que las actividades metacognitivas más sintéticas reflejen múltiples capacidades semiindependientes que pueden usarse con éxito o sin éxito en cualquiera de una cantidad de combinaciones. Estudiar la metacognición variando a lo largo de un eje fomenta el riesgo de perder la posibilidad de que diferentes modelos de déficits de metacognición tengan diferentes correlatos.

ADAPTAR LA EEM PARA MEDIR LA METACOGNICIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA

Para abordar algunas de las dificultades inherentes a la medición de la metacognición, en 2004 diseñamos métodos para evaluar la metacognición usando una forma abreviada de la EEM (EEM-A) sobre la base de una muestra de lenguaje generado espontáneamente en la cual las personas cuentan las historias de sus vidas y las dificultades psiquiátricas. Dentro de una muestra de la propia narración de la vida de una persona, nos pareció que sería posible determinar en qué nivel estaba ocurriendo la metacognición. En contraste a escuchar una historia sobre otros y hacer un juicio sobre los personajes ficticios de esa historia, hemos argumentado que la capacidad metacognitiva puede ser estimada sobre la base de material que surge naturalmente al contar la historia de nuestra propia vida. Este procedimiento puede tener el beneficio de comprometer al participante a pensar sobre asuntos que es probable que sean de importancia emocional y de preguntar sobre esos asuntos de una forma directa por un acto metacognitivo específico. Dicho de otro modo, si a los participantes se les da una oportunidad de hablar sobre la historia de sus vidas y su comprensión de lo que está bien o mal, pensamos que desde ahí debemos ser capaces de juzgar con qué nivel de complejidad ellos pueden pensar sobre su propio pensamiento, el pensamiento de otros, y su propio comportamiento en respuesta a desafíos plausibles.

Por tanto, concretamente hemos sugerido tres pasos. Primero, se sugiere a los participantes que cuenten la historia de sus vidas y sus desafíos, y esa narración se transcribe. Segundo, el evaluador lee toda la transcripción. Finalmente, las cuatro escalas de la EEM-A

son revisadas individualmente, y el evaluador asigna un punto a cada escala por cada función dentro de la escala que el evaluador juzga que el participante cumplió a lo largo de la transcripción. Así, a cada subescala se le asigna un puntaje sugiriendo el nivel de metacognición obtenido en ese dominio. Como se detalló en el Apéndice B, por ejemplo, la subescala "Comprensión de Nuestra Propia Mente" tiene identificados nueve niveles, y así, al evaluar esta escala un evaluador daría un puntaje de 0 a 9. Pueden sumarse las subescalas individuales para crear un puntaje total con un rango de 0 a 28.

Como se observa más adelante, dentro de cada escala de la EEM-A las capacidades se disponen en orden jerárquico, de modo que una vez que una capacidad sea evaluada como no lograda en una escala dada, no deben ser posibles capacidades superiores. Por ejemplo, si uno no es capaz de reconocer sus propias emociones en la escala de Autorreflexividad, no sería posible obtener el último nivel, que es entender las asociaciones entre los pensamientos y sentimientos de uno mismo. En forma similar, si uno no puede formular en forma realista un problema psicológico, entonces no debe ser posible lidiar con problemas psicológicos en la escala de Maestría por medio del ajuste del propio orden mental. Si se encuentra evidencia de que existe una capacidad, entonces el evaluador busca evidencia de la siguiente capacidad. Si no se encuentra evidencia de la presencia de esa capacidad, no se busca evidencia de las subsiguientes capacidades superiores.

Como ejemplo, para determinar si alguien ha logrado la cuarta capacidad de la escala de Autorreflexividad de la EEM, que es la conciencia de las propias emociones, los evaluadores buscarían en la transcripción lugares donde el participante describió diferentes formas de cómo se sentía. Si había varios lugares en la transcripción donde el participante describió sus propias emociones, debe otorgarse un punto. En este punto se supone que todas las funciones previas se han logrado, y también se les otorga un punto. Entonces el evaluador debe empezar a buscar evidencia del siguiente nivel de esta escala, que es la conciencia de que las propias visiones del mundo son falibles. Si el siguiente se evalúa como logrado, se otorgaría otro punto (dando al sujeto 5 puntos hasta ahora). A continuación el evaluador buscaría evidencia del sexto nivel. De esta forma los puntajes crecientes reflejan operaciones metacognitivas crecientemente complejas.

Una vez que un nivel de capacidad metacognitiva no se cumple, no se consideran otras capacidades. Si un participante no muestra evidencia, por ejemplo, de la sexta capacidad de la escala de Autorreflexividad,

que es un conocimiento de que las expectativas, los pensamientos y los deseos no necesariamente dictan la realidad, no se evaluarían otras capacidades, y la sexta y siguientes séptima, octava y novena se evaluarían como "0" o no logradas. Entonces el puntaje final sería un "5" para esta escala. Como se detallará más adelante, una sola excepción a esto ocurre cuando se usa la subescala de Maestría. En esta escala un sujeto no tiene que mostrar evidencia de una forma menos adaptativa de enfrentar un problema psicológico antes de que pueda hacerse una evaluación del empleo de una forma más adaptativa o compleja de enfrentamiento en la medida en que el sujeto haya demostrado la habilidad para representar plausiblemente un problema psicológico.

Se debe observar que esta es una desviación de los métodos de la EEM original. No estamos evaluando, como en la escala original, la proporción de veces que una función se usó con éxito. En lugar de ello, el evaluador tiene que evaluar, como un todo, si el participante tiene o no cada una de las capacidades metacognitivas jerárquicas definidas por cada una de las cuatro escalas. El evaluador tiene que leer toda la transcripción y hacer un juicio con respecto a la capacidad más alta del participante para cada una de las cuatro escalas de la EEM. La tarea del evaluador es determinar lo siguiente: cuál es el nivel más alto de metacognición alcanzado para Autorreflexividad, Comprensión de la Mente del Otro, Descentración y Maestría.

Como una segunda desviación de los métodos originales, hemos permitido en la EEM-A la posible provisión de un 0.5 (o medio punto) en casos donde parecía que se cumplía algo de la intención de la función, pero no totalmente. Así como para nuestro ejemplo anterior, si el evaluador juzgó que el participante pudo observar algunas de sus emociones generalmente en una forma superficial en una sección de la transcripción, pero en general parecía incapaz de hacerlo en otros lugares, el evaluador podría asignar un puntaje de "0.5" para ese nivel. Como una regla para los puntajes, si se usa la opción del medio punto propusimos que un puntaje de "0.5" solo podía ser seguido por un "0" u otro "0.5", de nuevo con la idea de que estas son funciones jerárquicas. En circunstancias en las cuales un evaluador siente que una clasificación de "1" está garantizada después de una clasificación de "0.5", se instruye al evaluador que vuelva atrás y determine si hubo evidencia sólida para una clasificación de 1; si es así, el evaluador puede subir la clasificación de "0.5" a "1", ya que el logro de cada función se basa en el cumplimiento con éxito de la función previa. Como una ilustración de cómo se obtiene un puntaje usando los medios puntos, si

un participante obtuvo los primeros cuatro niveles en Maestría, pero luego obtuvo medios puntos en los niveles quinto y sexto, su puntaje total de Maestría sería "5" (es decir, $4 + 0.5 + 0.5 = 5.0$).

Con respecto al entrenamiento, se recomienda a los evaluadores que se familiaricen primero con el manual completo de la EEM-A, seguido de la exposición a este libro de codificación. Se espera que las viñetas ilustren totalmente los procedimientos de entrenamiento que tenemos en mente. El entrenamiento para futuros estudios debería involucrar la revisión ciega de transcripciones (más allá de las presentadas aquí) y la demostración de una aceptable confiabilidad entre evaluadores.

UNA ENTREVISTA PARA LA EEM-A: LA ENTREVISTA DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA DE INDIANA (EEPI)

La Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana EEPI (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer & Wright, 2002) es un conjunto de indicaciones de las cuales obtener una muestra espontánea del pensamiento sobre el pensamiento. La EEPI es la entrevista semiestructurada desarrollada para evaluar narraciones de la enfermedad en la enfermedad mental grave. Nosotros proponemos que ofrezca una muestra de conducta desde la cual pueda evaluarse la metacognición. La entrevista EEPI dura por lo general entre 30 y 60 minutos y las respuestas son grabadas y luego transcritas. La entrevista está dividida conceptualmente en cinco secciones. Primero se establece un *rapport* y se pide a los participantes que cuenten la historia de sus vidas con el mayor detalle que puedan. Segundo, se pregunta a los participantes si creen que tienen una enfermedad mental y cómo la entienden. Esto es seguido de una pregunta sobre qué ha sido y no ha sido afectado por su condición en términos de la vida interpersonal y psicológica. En la cuarta sección se pregunta a los participantes acaso y, si es así, cómo su condición "controla" su vida y cómo ellos "controlan" su condición. También se les pregunta si su enfermedad es afectada por otros y cuánto han sido afectados otros por su enfermedad. Finalmente se les pregunta si esperan permanecer igual y qué será diferente en el futuro, de nuevo en términos de la función interpersonal y psicológica.

Los procedimientos de la EEPI difieren de otras entrevistas psiquiátricas en que no se introducen contenidos. Por ejemplo, si los participantes no mencionan alucinaciones, el entrevistador de la EEPI no pregunta por alucinaciones. El entrevistador puede pedir clarificación cuando está confundido y puede interrogar en forma no-directiva. La intención es que el tono de la entrevista sea

de conversación y las preguntas no sean planteadas para que los participantes las resuelvan. Un punto clave es que el entrevistador puede necesitar hablar o comentar para mostrar interés, pero los comentarios no deben ser hechos de modo que ayuden al participante a clarificar sus puntos de vista o impongan estructura a una historia que parece desorganizada para el entrevistador. Así, la EEPI da como resultado una narración de problemas propios y psiquiátricos que pueden analizarse en términos de la medida en que los participantes se comprometen o no se comprometen en actividades metacognitivas sintéticas. Los puntos guías para esta entrevista se presentan en el Apéndice A. Los principios clave para administrar esta entrevista están contenidos en el Apéndice B.

LA EEM-A, LA EEPI Y LA METACOGNICIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA: EVIDENCIA HASTA LA FECHA

Desde la creación de la EEM-A en 2004 hemos dirigido estudios de la EEPI codificada con la EEM-A en una cantidad de muestras diferentes, incluyendo estudios anteriores y varios que están en desarrollo. Entre todos los estudios hasta la fecha hemos reunido aproximadamente 300 EEPIs de adultos con trastornos del espectro de la esquizofrenia. En todas estas muestras hemos encontrado consistentemente buena confiabilidad entre los evaluadores y evidencia de fiabilidad (Lysaker *et al.*, 2015).

REFERENCIAS

- Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, Danion JM. (2011). Impaired ability to give a meaning to personally significant events in patients with schizophrenia. *Consciousness and Cognition* 20(3): 703-7011
- Brüne M. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 31(1): 21-42
- Brüne M, Dimaggio G, Lysaker PH. (2011). Metacognition and social functioning in schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Current Psychiatry Reviews* 7(3): 239-247
- Casacchia M, Mazza M, Roncone R. (2004). Theory of mind, social development and psychosis. *Current Psychiatry Rep* 6: 183-189
- Dewey J. (1983). *The Middle Works, 1899-1924, Volume 14. Human Nature and Conduct* (1922). Ed. Jo Ann Boydston. Carbondale, Illinois: Southern Illinois University Press
- Dimaggio G, Vanheule, V, Lysaker PH, Carcione A, Nicolo G. (2009). Impaired self-reflection in psychiatric disorders among adults: A proposal for the existence of a network of semi independent functions. *Consciousness and Cognition* 18: 653-664
- Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolo G, Procacci M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders*. New York: Routledge
- Frith CD. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Sussex England: Lawrence Erlbaum Associates
- Frith CD, Frith U. (1999). Interacting minds—a biological basis. *Science* 286(5445): 1692-1695
- Frith U, Vignemont F. (2005). Egocentrism, allocentrism, and Asperger syndrome. *Consciousness and Cognition: An International Journal* 14(4): 719-738
- Koren, Sneidman, Goldsmith M, Harvey PD. (2006). Real world cognitive—and metacognitive—dysfunction in schizophrenia: A new approach for measuring (and remediating) more right stuff. *Schizophrenia Bulletin* 32(2): 310-326
- Langdon R, Coltheart M, Ward PB, Catts SV. (2001). Mentalizing, executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry* 6(2): 81-108
- Lysaker PH, Clements CA, Plascak-Hallberg CD, Knipscheer SJ, Wright DE. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry* 65(3): 197-206
- Lysaker PH, Lysaker JT. (2002). Narrative structure in psychosis: Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory and Psychology* 12(2): 207-220
- Lysaker PH, Vohs J, Minor KS, Irarrázaval L, Leonhardt B, Hamm JA, Kukla M, Popolo R, Luther L, Buck KD, Wasmuth S, Dimaggio G. (2015). Metacognitive Deficits in Schizophrenia: Presence and Associations With Psychosocial Outcomes. *J Nerv Ment Dis* 203(7): 530-6
- Main M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. a multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research, in: P. Harris, J. Stevenson-Hinde, C. Parkes, editors, *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge, pp. 127-59
- Morise C, Berna F, Danion JM. (2011). The organization of autobiographical memory in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 128(1-3): 156-160
- Nichols S, Stich S. (2001). *Mindreading*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Roncone R, Falloon IR, Mazza M, De Risio A, Necozone S, Morosini P, Casacchia M. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social function than with neurocognitive deficit? *Psychopathology* 35(5): 280-288
- Raffard S, D'Argembeau A, Lardi C, Bayard S, Boulenger JP, Van der Linden M. (2010). Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition* 19: 328-340
- Ruby P, Decety J. (2003). What do you believe versus what you think they believe: A neuroimaging study of perspective-taking at the conceptual level. *European Journal of Neuroscience* 17(11): 2475-2480
- Saavedra J, Cubero M, Crawford P. (2009). Incomprehensibility in the narratives of individual with a diagnosis of schizophrenia. *Qualitative Health Research* 19: 1548-1558
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolo G, Procacci M, Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive function in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10(4): 238-261
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M. (2007). Understanding minds: different function and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research* 17(1): 106-119
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, Pedone R, Procacci M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 19(6): 690-710
- Saxe R, Carey S, Kanwisher N. (2004). Understanding other minds: Linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annual Review of Psychology* 55: 87-124

APÉNDICES

Apéndice A: Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana

Participante: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____

Esta entrevista debe motivar a los participantes a contar su historia como ellos quieran, con el entrevistador haciendo las preguntas de la lista que está más adelante. Pueden necesitarse comentarios para indicarle a la persona que el entrevistador está escuchando. Estos deben ser lo más reflectivos posible, no introduciendo contenido que el participante no haya mencionado. No pedir al individuo que llene lagunas cronológicas ni inquirir sobre información que él/ella no haya mencionado en su narración inicial de la historia. Las preguntas de la lista siguiente no tienen que ser hechas en orden y el entrevistador debe acomodar la narración del cliente. El valor general debe ser proporcionar un ambiente en el cual la narración del cliente sea capaz de emerger tal como existe realmente. La entrevista puede ser introducida simplemente como: "Para mí el objetivo de esta entrevista es entender lo más cuidadosamente posible su propia historia, incluyendo lo que ha ido mal y lo que ha ido bien".

Sección I: Narración General Libre

- Me gustaría que usted me contara la historia de su vida, con el mayor detalle que usted pueda, desde lo más antiguo que usted pueda recordar hasta ahora. Si le ayuda a organizar su historia, usted puede dividirla en capítulos o secciones. ¿Alguna pregunta?

Sección II: Narración de la enfermedad

- ¿Piensa usted que tiene una enfermedad mental (EM)? y si es así, ¿qué piensa que es?
- ¿Experiencia de EM en el pasado?
- ¿Qué causó estos problemas?
- ¿Cómo se siente por tener esta EM?
- ¿Qué le va a pasar a su EM en el futuro?

Sección III: Qué ha cambiado vs. Qué se ha mantenido igual

Desde su EM, ¿qué ha cambiado de usted y qué ha permanecido igual?

- | | |
|---|------------------|
| – Función vocacional: | Igual/Diferente: |
| – Función social (familia/romántica, amigos/conocidos): | Igual/Diferente: |
| – Personalidad: | Igual/Diferente: |
| – Cognición/emoción: | Igual/Diferente: |

Sección IV: Grado de influencia del constructo de la enfermedad

- ¿En qué medida y en qué forma su EM controla su vida?
- ¿En qué medida y qué tan bien es usted capaz de controlar su EM?
- ¿Cómo han sido afectados otros por su enfermedad?
- ¿Cómo han afectado otros su enfermedad mental?

Sección V: El futuro, esperanza y satisfacción

- ¿Qué ve delante de usted en el futuro?

Apéndice B: Una breve guía para administrar la EEPI

El objetivo de la entrevista que usted va a conducir es:

- Obtener una muestra de cómo los participantes ven y piensan sobre su vida y dificultades, particularmente dificultades psiquiátricas. Se trata de captar su punto de vista, y no hay historias buenas ni malas.

Cosas que usted necesitará hacer:

- Estar alerta y preparado, y tomar mucho tiempo para explicar la entrevista y contestar cualquier pregunta que haga el participante.
- Es esencial estar presente durante la historia, no importando lo bien o mal que esté funcionando la entrevista. Su presencia puede sentirse a través del lenguaje corporal y del contacto visual, y no solo con lo que usted dice. Maneje cualquier ansiedad que usted sienta durante la entrevista.
- Observe cuidadosamente cómo el participante ve y piensa sobre las cosas en lugar de tratar de entender los hechos de la historia.
- Pida clarificación solo moderadamente.
- Entienda que es un privilegio escuchar las historias personales de otra gente.
- Ofrezca comentarios no-directivos o tranquilizadores, indicando que usted está interesado y escuchando.
- Use las palabras de los participantes al hacer preguntas (si alguien dice “yo no tengo esquizofrenia, yo tengo enfermedad de las vacas locas”, pregunte sobre la enfermedad de las vacas locas).

Las preguntas que usted debe hacer (por favor revise y haga todas las preguntas del modelo):

- ¿Puede contarme la historia de su vida?
- ¿Tiene usted una enfermedad mental? y, si es así, ¿qué es?
- Como resultado, ¿qué ha cambiado y qué ha permanecido igual en términos de trabajo, vida social, cognición, emoción y personalidad?
- ¿Cuánto controla usted la enfermedad y cuánto lo controla ella a usted?
- ¿Cuánto afecta la enfermedad a otros y cuánto otros la afectan a ella?
- ¿Qué ve usted en el futuro? (Aquí esté dispuesto a dar lugar a más, por ejemplo, pregunte si hay algo que el participante desee añadir, cuando él/ella ofrezca poco o nada)

Cosas que pueden contaminar la entrevista:

- Preguntar por hechos o problemas que la persona de otra forma podría no incluir en su narración y que ahora incluirá por su pregunta.
- Hacer preguntas que lleven al participante a sugerir nuevas conclusiones o clarificaciones, de modo que él / ella esté produciendo una nueva versión de la narración basada en los pensamientos y presencia del entrevistador.

Preguntas/comentarios que son comúnmente parte de otras entrevistas que *no* deben hacerse:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------|--|
| ¿Escucha voces? | <input type="radio"/> | ¿Cómo está su ánimo? |
| ¿Qué le hizo sentir eso? | <input type="radio"/> | Parece que eso hiere sus sentimientos. |
| ¿Qué le interesa? | <input type="radio"/> | Parece que usted se contradice a usted mismo. |
| ¿Qué tal su abuso de drogas? | <input type="radio"/> | No puedo entender en absoluto lo que usted quiere decir. |
| ¿Dónde nació? | <input type="radio"/> | ¿Ha estado casado alguna vez? |
| ¿Qué paso antes de eso? | <input type="radio"/> | ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene? |

Apéndice C: Tablas de apoyo para la EEM

AUTORREFLEXIVIDAD (A)

A0	Los pacientes no son conscientes de que tienen experiencias mentales.
A1	Los pacientes son conscientes de que tienen experiencias mentales y que sus pensamientos son de naturaleza representacional.
A2	Los pacientes son conscientes de que son seres autónomos y que sus pensamientos son propios.
A3	Los pacientes pueden nombrar y distinguir entre las diferentes operaciones cognitivas que comprenden la actividad mental (por ej.: recordar, imaginar, desear, decidir, y anticipar).
A4	Los pacientes pueden nombrar y distinguir significativamente diferentes valencias de emociones.
A5	Los pacientes pueden reconocer que las ideas que tienen sobre sí mismos y el mundo son subjetivas, han cambiado, o son intercambiables y/o falibles.
A6	Los pacientes pueden reconocer que lo que ellos esperan, piensan y desean puede no coincidir con lo que en realidad es posible.
A7	Los pacientes pueden formar representaciones de sí mismos dentro de al menos una situación específica o episodio narrativo, en el que pueden describir el modo en que diferentes actividades mentales, tales como pensamientos y sentimientos, se influyen mutuamente.
A8	Los pacientes son capaces de reconocer un patrón psicológico a lo largo del tiempo, conectando al menos dos episodios narrativos, y describiendo cómo los episodios narrativos involucran temas y relaciones similares entre distintas actividades mentales, tales como pensamientos y sentimientos.
A9	Los pacientes son capaces de reconocer patrones psicológicos a través de sus vidas, sintetizando múltiples episodios narrativos en una narrativa coherente y compleja que integra diferentes modos de funcionamiento cognitivo y/o emocional.

CONCIENCIA DE LA MENTE DEL OTRO (O)

O0	Los pacientes no pueden reconocer que el otro experimenta funciones mentales.
O1	Los pacientes pueden reconocer que el otro experimenta funciones mentales.
O2	Los pacientes pueden reconocer que el otro tiene funciones mentales autónomas.
O3	Los pacientes pueden reconocer y distinguir entre las diferentes operaciones cognitivas que comprenden la actividad mental (por ej. recordar, imaginar, desear, decidir y anticipar).
O4	Los pacientes son capaces de distinguir diferentes estados emocionales que experimenta otra persona.
O5	Los pacientes pueden hacer inferencias plausibles acerca del estado mental de otra persona reconociendo el significado de la comunicación verbal y no verbal.
O6	Los pacientes pueden dar una descripción completa de los estados mentales de otra persona en un momento específico o episodio narrativo, distinguiendo e integrando diferentes actividades mentales, que incluyen pensamientos, intenciones y sentimientos.
O7	Los pacientes pueden formarse una idea integrada de los estados mentales de otra persona a través de múltiples episodios narrativos en una narración coherente.

DESCENTRACIÓN (D)

D0	Los pacientes <i>no</i> pueden reconocer que no son necesariamente el centro de las actividades mentales de otras personas.
D1	Los pacientes <i>pueden</i> reconocer que no son necesariamente el centro de las actividades mentales de otras personas (sus pensamientos, sentimientos y emociones), y/o que algunas de las acciones de otras personas provienen de motivos y objetivos, etc., que no están relacionados con el participante.
D2	Los pacientes pueden reconocer que otros pueden percibir y/o interpretar los acontecimientos de una manera válidamente diferente de cómo el participante percibe y/o interpreta los acontecimientos.
D3	Los pacientes pueden reconocer que los acontecimientos que ocurren en la vida cotidiana a menudo son el resultado de complejos factores emocionales, cognitivos, sociales y ambientales, los cuales varían de acuerdo con las personas implicadas. Estos factores incluyen factores centrados en la persona, tales como la historia de vida y el desarrollo individual, así como el contexto político y social más amplio. Los pacientes son también capaces de percibir el mundo más amplio que involucra individuos únicos que tienen relaciones únicas entre ellos sin implicar ningún tema de organización central.

MAESTRÍA (M)

M0	Los pacientes no pueden formular un problema psicológico plausible o no-plausible.
M1	Los pacientes pueden identificar el malestar general que afecta el comportamiento y los procesos psicológicos, pero no pueden presentar plausiblemente un problema psicológico.
M2	Los pacientes son capaces de describir plausiblemente un problema psicológico.
M3	Los pacientes son capaces de responder a problemas psicológicos a través de la evasión o de actividades pasivas, tales como seguir las direcciones o actos de otros que reducen el malestar.
M4	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos generalmente evitando activamente cosas muy específicas o solicitando el apoyo de otros.
M5	Los pacientes son capaces de responder a problemas psicológicos al manifestar o inhibir voluntariamente un comportamiento específico.
M6	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos cambiando la forma en que piensan sobre los problemas o sobre ellos mismos.
M7	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos utilizando conocimiento metacognitivo único acerca de sí mismos, a la luz del problema específico.
M8	Los pacientes son capaces de responder a los problemas psicológicos utilizando conocimiento metacognitivo único acerca de sí mismos y de otra persona específica en el contexto de un problema específico.
M9	Los pacientes son capaces de responder a dificultades psicológicas mediante conocimiento metacognitivo único acerca de sí mismos, de otros específicos, de otros en general, y de la condición humana. El participante puede tomar en cuenta las limitaciones humanas y reconocer que no se puede evitar algo de dolor y que es parte de la vida.

Apéndice D: Estrategias de codificación, más directrices y Cuadrícula de Puntuación para la EEM-A

PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA APLICAR CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Para cada escala el evaluador tiene que asignar un puntaje de "1" a cada nivel logrado y puede asignarse 0.5 cuando los niveles se obtienen parcialmente.
- Estos se suman para proporcionar un puntaje para cada escala. Como ilustración, si se obtienen los primeros cuatro niveles de una escala y los dos siguientes se logran parcialmente, el puntaje sería $1 + 1 + 1 + 1 + 0.5 + 0.5 = 5$.
- Una vez que no se logra un nivel no pueden lograrse más niveles.
- Una vez que se da una evaluación de 0.5 no pueden darse evaluaciones mayores que 0.5 a niveles superiores.
- No deben darse más de dos 0.5's.

MÁS LÍNEAS DIRECTRICES PARA CADA ESCALA

Escala A: Autorreflexividad

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la autorreflexividad o la capacidad para formar representaciones de uno mismo que son cada vez más complejas e integradas. Va desde la mera experiencia y reconocimiento de hechos mentales dentro de la propia mente hasta el relato de una compleja narrativa personal que retrate al narrador con un conjunto complejo de intenciones, pensamientos y sentimientos que interactúan entre sí. Los puntajes más bajos pueden reflejar meramente una capacidad para identificar los pensamientos de uno como propios y reconocer que uno tiene diferentes operaciones cognitivas y emociones. Los puntajes moderados pueden reflejar la capacidad para comprender la subjetividad de nuestro propio pensamiento y reconocer la diferencia entre fantasía y realidad. Los puntajes más altos pueden reflejar una comprensión de la relación entre pensamientos, emociones y otras variables sociales o interpersonales a lo largo de diferentes acontecimientos de la vida.
- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).

- Debe haber evidencia de evaluaciones de nivel más bajo con el fin de asignar una evaluación de nivel más alto. Por ejemplo, para poder asignar una evaluación de A5, debe haber evidencia de los niveles 1, 2, 3 y 4.
- Si hay alguna evidencia de un nivel de evaluación pero no evidencia substancial, puede asignarse una evaluación de 0.5 para ese nivel. Una evaluación de 0.5 solo puede ser seguida por una evaluación de 0.5 o 0. Una evaluación de 0.5 no puede ser seguida por una asignación de un punto completo para el siguiente nivel. Por ejemplo, si el evaluador asigna un 0.5 para A3, entonces A4 solo puede ser evaluado con 0.5 o 0, para una evaluación final ya sea de 2.5 o 3, respectivamente.

A0- Este nivel refleja que el participante no tiene conciencia de que está experimentando alguna actividad mental. Las personas evaluadas en este nivel no deben tener conciencia, por ejemplo, de que están teniendo algún pensamiento o idea. Podría esperarse que recibieran este puntaje los participantes en estado catatónico o aquellos que muestran un lenguaje extremadamente desorganizado.

A1- Este nivel refleja que los participantes están conscientes de que ellos tienen ideas o percepciones, pero no tienen conciencia o certeza de que estas sean sus propios pensamientos o experiencias. Ejemplos de personas que podrían recibir este puntaje son aquellas que experimentan inserción del pensamiento o que tienen un sentido profundamente alterado de los límites personales, de modo que no pueden distinguir los estímulos internos de los externos. La descripción de experimentar pensamientos que pertenecen a una bruja sería un ejemplo de funcionamiento en este nivel.

A2- Este nivel sugiere que los participantes se experimentan a sí mismos teniendo actividades mentales que son propias de ellos. Expresiones tales como "Tuve un pensamiento que...", "Creí ver", o "una cosa que se me ocurrió fue..." sugerirían la experiencia de tener actividades mentales que son propias.

A3- Este nivel refleja que los participantes son capaces de reconocer y distinguir una variedad de diferentes tipos de operaciones cognitivas que ellos experimentan. El funcionamiento de los participantes en este nivel puede aludir a diferentes operaciones, incluyendo pensar, planificar, recordar, imaginar, fantasear, soñar, desear, decidir y prever, y mostrar algún grado de conciencia de cómo estos son diferentes unos de otros.

A veces puede encontrarse evidencia de este nivel en expresiones tales como “Yo tenía esperanza de que...”; “Yo recuerdo que ...”; y “Yo esperaba que...”. En casos en que los participantes mencionan solo una o incluso solo dos operaciones cognitivas diferentes, lo más apropiado podría ser dar medio punto.

A4- Este nivel sugiere que los participantes pueden reconocer y nombrar una variedad de diferentes tipos de emociones. Estas pueden incluir rabia, tristeza, alegría, felicidad, sorpresa, desesperación, entretenimiento, ansiedad, vergüenza, turbación, temor, frustración, culpa, esperanza y celos. Los evaluadores deben buscar un rango de emociones para ser expresadas y también las emociones adecuadas al contexto. Estar feliz, alegre y sorprendido de que un vecino muriera en un accidente de auto no sería necesariamente evidencia de A4. Los evaluadores también deben usar el juicio para determinar si el reporte de las emociones parece corresponder a una experiencia emocional legítima y no ser solo una repetición de frases o un intento de satisfacer las expectativas sociales (por ej., informar que se siente lo que se esperaría que alguien sienta). Como en el caso de A3, al informe de solo una o dos emociones, o de emociones que son todas muy similares, podría otorgarse más bien medio punto y no uno completo.

A5- Este nivel sugiere que los participantes son capaces tanto de tener conciencia de las cosas que ellos están pensando, como también de reconocer que es posible que las conclusiones que ellos han alcanzado puedan ser inexactas. Este nivel refleja una conciencia de la falibilidad del pensamiento y el conocimiento de que las personas a menudo creen cosas que después se prueba que no son verdaderas, y que incluso la gente puede formarse diferentes visiones de los acontecimientos a lo largo del tiempo. En este nivel ellos también pueden expresar una comprensión de que han cambiado a lo largo del tiempo. Ejemplos de afirmaciones que sugieren este nivel incluyen: “Me di cuenta de que yo tenía la idea equivocada cuando...” o “Yo estaba seguro de que era verdadero, pero una vez que pregunté sobre ello descubrí que yo estaba equivocado”.

A6- Este puntaje sugiere que los participantes están conscientes de sus esperanzas y sueños, y al mismo tiempo son capaces de ver que los confines de la realidad, ya sea en el momento o por un largo tiempo, no permitirán que esas esperanzas y sueños puedan realizarse. Así, ellos pueden distinguir la fantasía de la realidad y aceptar instancias donde ellos estén en desacuerdo. Afirmaciones que señalan esta habilidad incluyen “Yo había esperado que X sucediera, pero no fue posible” o “Yo había esperado que ellos tomaran otra decisión”.

A7- Este puntaje sugiere que los participantes están conscientes de cómo su comportamiento es influenciado por operaciones cognitivas y estados emocionales dentro de una situación específica o episodio narrativo. Un ejemplo de esto podría ser cuando un participante es consciente de que durante una fiesta familiar él/ella teme la vergüenza, y entonces se comporta inusualmente tranquilo, lo cual lo lleva a actuar de una manera en la que se siente distante de otros y a reforzar sus temores de vergüenza.

A8- Este puntaje sugiere que los participantes son capaces de las actividades en A7 y también pueden emplearlas a lo largo de una cantidad de diferentes episodios narrativos. En A8 los participantes son capaces de reconocer patrones de funcionamiento a través del tiempo y unir diferentes episodios formando segmentos de una narración personal. Siguiendo con el ejemplo anterior de A7, una ilustración de A8 podría ser cuando un participante puede ver cómo la misma dinámica que experimentó en la fiesta familiar se produjo durante otros momentos específicos de su vida, por ejemplo durante una excursión con antiguos amigos de la escuela secundaria y cuando comenzó a trabajar por primera vez en un almacén.

A9- Este nivel representa la representación más compleja del sí mismo. En A9 los participantes son capaces de realizar todas las actividades de A8, pero ahora reúnen los patrones que encontraron dentro de un cuadro más amplio de la vida. En A9 ellos son capaces de entregar una fluida narración personal con obvia integración de múltiples aspectos del sí mismo (por ej., emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales, y del desarrollo).

Escala O: Comprensión de la Mente del Otro

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la habilidad para formar representaciones crecientemente complejas e integradas de otra persona. Se refiere a un conocimiento de una persona particular o grupo bien reconocido, tal como una familia, y no un nebuloso “ellos” u “otra gente”. Va desde un mero conocimiento de que los otros experimentan eventos mentales hasta la construcción de complejos relatos de las vidas de otros. Los puntajes más bajos pueden reflejar la mera habilidad para reconocer que otros tienen pensamientos únicos o la habilidad para distinguir las diferentes operaciones y emociones cognitivas que otros emplean o experimentan. Los

puntajes más altos, por otra parte, pueden reflejar la habilidad para entender la relación entre pensamientos, emociones, comportamientos, y variables del desarrollo o interpersonales.

- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).
- Debe haber evidencia de evaluaciones del nivel más bajo con el objeto de asignar una evaluación del nivel más alto. Por ejemplo, con el objeto de asignar una evaluación de O5, debe haber evidencia de los niveles 1, 2, 3 y 4.
- Si hay alguna evidencia de un nivel de evaluación, pero no evidencia substancial, puede asignarse una evaluación de 0.5 para ese nivel. Una evaluación de 0.5 solo puede ser seguida por una evaluación de 0.5 o de 0. Una evaluación de 0.5 no puede ser seguida por una asignación de un punto completo para el siguiente nivel. Por ejemplo, si el evaluador asigna un 0.5 para O3, entonces O4 solo puede ser evaluado en 0.5 o en 0, para una evaluación final ya sea de 3.5 o 3, respectivamente.

O0- Este nivel refleja una incapacidad para entender que otra gente experimenta eventos en sus propias mentes. Los ejemplos de personas funcionando en un nivel tan empobrecido incluyen a personas que están retraídas hasta el punto del autismo, personas que parecen no tener representaciones de otros como teniendo alguna subjetividad, o personas que experimentan el delirio de que la otra gente no existe o son robots.

O1- Este nivel refleja una conciencia de parte de los participantes de que otra gente experimenta pensamientos y sentimientos, aunque ellos pueden estar inseguros de si los pensamientos y sentimientos que los otros experimentan les pertenecen a ellos mismos. Por ejemplo, creer que el hermano de uno tiene pensamientos puestos en su cabeza por el diablo sería tomado por una evaluación de O1.

O2- Este nivel refleja conciencia de parte de los participantes de que otra persona tiene sus propios estados interiores. Un ejemplo de una afirmación que cumple criterios para este nivel podría ser "Mi madre pensó que ella tenía sobrepeso" o "El conductor sabía donde yo vivía". En esto no hay un cuadro matizado de otra persona, pero al menos existe el reconocimiento del otro como una persona separada con su propia mente, sin importar lo opaca que esta sea.

O3- Este nivel refleja un reconocimiento de operaciones cognitivas específicas que son experimentadas por otra persona. Como en el caso de A3, puede reconocerse que el otro está pensando, planificando,

recordando, imaginando, fantaseando, soñando, deseando, decidiendo, previendo y dándose cuenta de algo. Las afirmaciones que expresan este nivel pueden ser tan simples como "Mi madre soñaba con..."; "Mi tío podía recordar..." o "Mi sobrino tomó la decisión de..."

O4- Este nivel refleja el reconocimiento de que otra persona experimenta un rango de estados emocionales matizados. Como en el caso de A4, estos pueden incluir rabia, tristeza, alegría, felicidad, sorpresa, desesperación, entretenimiento, ansiedad, vergüenza, turbación, temor, frustración, culpa, esperanza y celos. Aquí, como A4, la calificación de las emociones tiene que ser plausible y no solo reflejar algo dicho en respuesta a lo que se percibe como socialmente deseable. También se necesita juicio para detectar la posibilidad de que los participantes repitan cosas que han aprendido a decir sobre otros. En otras palabras, no debe darse puntaje a la atribución de una emoción a otro sobre la base de una fórmula que se ha sido aprendida (por ej., "Sé que la gente está enojada cuando deja de sonreír").

O5- Este puntaje refleja la habilidad para ver cómo los pensamientos y sentimientos de otra persona pueden influenciarse el uno al otro y hacer suposiciones razonables sobre las intenciones de otra gente. En este nivel los participantes son capaces de hacer hipótesis (y reconocer que estas son hipótesis) sobre el funcionamiento cognitivo y emocional de otra gente basados en señales verbales o no verbales. Una afirmación sugerente de esta capacidad podría incluir "Yo creo que él estaba tan callado porque estaba avergonzado por lo que había hecho"; y "Mi padre mantuvo sus brazos cruzados porque estaba tratando de luchar contra los sentimientos de enojo".

O6- Este puntaje refleja la capacidad de reconocer que los pensamientos y sentimientos de otras personas interactúan y se afectan mutuamente en eventos discretos (o episodios narrativos). Un ejemplo de esto podría ser un participante que describe cómo su tío se retiró de la familia durante un determinado tiempo debido a que su percepción de haber sido insultado le causó dolor emocional y resentimiento.

O7- Este nivel representa una representación más avanzada de las variables presentes en el nivel O6. Un individuo en este nivel puede entregar una narración fluida con obvia integración de múltiples variables (emocionales, cognitivas, conductuales, interpersonales y del desarrollo). Siguiendo el mismo ejemplo de A6, una calificación de A7 sería apropiada cuando el participante puede conectar el ejemplo de la retirada del tío con otras situaciones específicas de la vida de este en las cuales estaba en juego la misma dinámica.

Escala D: Descentración

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la habilidad de uno mismo para reconocer que otra gente lleva vidas que pueden intersectar con el participante, pero que los otros están más preocupados de sus propias vidas que de los intereses de los participantes, y que el participante no es consecuentemente el centro de las vidas de otros. Como tal, esta escala refleja la habilidad de los participantes para situar las ideas de sí mismos en el mundo social más amplio. En niveles más bajos todos los hechos son entendidos por los participantes como estando en referencia a ellos, mientras que en niveles más altos los participantes reconocen que hay múltiples puntos de vista válidos, y que cada persona está siguiendo su propio camino a través de la vida.
- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).
- Debe haber evidencia de evaluaciones del nivel más bajo con el objetivo de asignar una evaluación del nivel más alto. Por ejemplo, con el objetivo de asignar una evaluación de D3, debe haber evidencia de los niveles 1 y 2.
- Si hay alguna evidencia de un nivel de evaluación, pero no evidencia substancial, puede asignarse una evaluación de 0.5 para ese nivel. Una evaluación de 0.5 solo puede ser seguida por una evaluación de 0.5 o una evaluación de 0. Una evaluación de 0.5 no puede ser seguida por una asignación de un punto completo para el siguiente nivel.

D0- Esta capacidad refleja una comprensión de los participantes de que generalmente ellos son el centro de toda actividad significativa o digna de mencionar. Las personas capaces solo de este nivel podrían incluir participantes con delirios que los llevan a ver todo como referido a su persecución.

D1- Esta capacidad refleja una habilidad para reconocer que los acontecimientos ocurren independientemente del participante. Es decir, en este nivel el participante puede ver que la gente dice y hace cosas que no están relacionadas con el participante. Un ejemplo de una afirmación indicativa de este nivel de función metacognitiva podría ser “Mi madre se preocupaba mucho de los niños de los vecinos; era parte de su naturaleza dedicada a la crianza”. Un participante que no puede describir eventos como no estando relacionados con él/ella sería adjudicado a este nivel (por ejemplo,

describir los comportamientos de otros como siempre de alguna manera en respuesta al participante).

D2- Esta capacidad refleja el reconocimiento de que cualquier evento particular puede ser visto desde múltiples perspectivas. En otras palabras, los participantes capaces de este nivel de metacognición pueden ver que otros tienen formas válidas de ver un hecho, que difieren del participante y posiblemente entre ellos. Una afirmación que podría señalar esta capacidad podría ser: “Mi primo podía ver cosas en mi padre que yo tendía a ignorar, mientras yo podía ver cosas a las que él estaba ciego”. Lo que distingue al segundo nivel de esta escala es reconocer que existen diferentes maneras legítimas en que los acontecimientos pueden ser percibidos. El mero reconocimiento de que otros tienen un punto de vista diferente y atribuirles que están equivocados no cumpliría los criterios para este nivel.

D3- Este puntaje sugiere participantes que puedan entender que los hechos que ocurren en la vida regular son a menudo el resultado de complejos factores emocionales, cognitivos, sociales y ambientales, los cuales varían de acuerdo con los individuos involucrados. En este nivel los participantes son capaces de formar una representación de sí mismos y otros como existiendo en un mundo más amplio donde individuos únicos tienen relaciones únicas entre ellos que no involucran un tema organizador central. Los participantes que pueden, por ejemplo, describir un conflicto que han tenido tanto con su hermano como con el socio de su hermano, en términos de cada una de las historias de las personas y de la perspectiva única del entendimiento de que existe una relación única entre su hermano y su socio, podría recibir una calificación de D3.

Escala M: Maestría

Puntos generales a considerar:

- Esta escala mide la habilidad de un individuo para utilizar el conocimiento metacognitivo sobre sí mismo y otros para lidiar con problemas psicológicos que son una fuente de aflicción. Esta escala no es una medición de la habilidad para resolver problemas generales, sino más bien una medición de la habilidad para usar el conocimiento metacognitivo reflejado en las otras escalas con el objetivo de manejar problemas específicamente relacionados con la salud mental.
- Los intentos autodestructivos para reducir el sufrimiento no son registrados en esta escala como formas significativas de enfrentar los problemas.

- A diferencia de escalas previas, esta escala permite la asignación de evaluaciones sin tener evidencia de evaluaciones de nivel inferior una vez que el evaluador ha determinado que el individuo cumple los criterios para el nivel M2. Por ejemplo, si el evaluador determina que se ha cumplido M2 (plausible definición del problema), entonces puede hacerse una asignación de M6 sin evidencia de M3. Los niveles son considerados en su mayor parte independientes entre ellos, después del nivel M2.
- Cuando se evalúa Maestría, a las personas se les da puntos por todos los niveles más abajo del nivel más alto logrado.
- Cada nivel de esta escala puede recibir un punto completo (1), medio punto (0.5), o ningún punto (0).

M0- Este nivel refleja un estado en que los participantes no pueden identificarse a sí mismos como experimentando ninguna aflicción ni problema psicológico.

M1- Este nivel refleja el reconocimiento de problemas psicológicos, pero estos problemas no son plausibles. Una ilustración de este nivel de metacognición podría ser una persona que informa que está en aflicción como resultado de la persecución de tenebrosas fuerzas del gobierno que están insertando micrograbadoras en su cuello.

M2- Este nivel refleja la capacidad para reconocer un problema psicológico con un origen plausible. Un ejemplo de una afirmación que sugiera esta posibilidad podría incluir "no trabajar me hace sentir inútil". Aquí es esencial que haya algún elemento de aflicción psicológica, que sea resultado de algo que podría ser un objeto de acuerdo consensual. Hay que observar que los evaluadores deben usar su juicio en momentos en que sienten que los participantes están repitiendo un problema psicológico del cual han sido socializados que informen (por ej., sentir impotencia frente a las drogas y el alcohol).

M3- Este nivel refleja la capacidad para meramente alterar su estado físico a través del uso de estrategias pasivas y evitantes para enfrentar problemas psicológicos. Ejemplos de estrategias en este nivel incluyen retraerse completamente de ciertas situaciones y quedarse en casa viendo televisión, decidiendo solo dormir, o jugar juegos de video para mantener el problema fuera de la mente. Seguir pasivamente las indicaciones de especialistas en salud mental también sería un ejemplo de este nivel (por ej., asistir a asesoría de grupo o tomar medicina solo "porque el doctor lo dice..."). Hay que observar que aquí no se evaluaría como M3 beber o comer hasta el punto de ser autodestructivos.

M4- Este nivel refleja la capacidad para responder a los problemas psicológicos ya sea mediante evitación activa y selecta o usando relaciones interpersonales como apoyo. Ejemplos de respuestas a problemas psicológicos o sociales que podrían ser calificados como M4 incluyen decidir evitar un tópico específico cuando se encuentran con alguien, o buscar consuelo de un miembro de la familia después de sentirse sobrepasado con un problema psicológico. La diferencia primaria entre M3 y M4 es que en M3 es un tipo de habilidad para manejar la causa de la tensión solo mediante métodos relativamente simples para retirarse, mientras que en M4 el participante puede desenvolverse en la vida solo evitando activamente ciertos sentimientos o experiencias anticipados, o buscando algún consuelo de otra persona.

M5- Este nivel refleja una capacidad general para responder activamente a un problema psicológico principalmente a través de estrategias conductuales. Mientras en M4 los participantes podrían manejar la aflicción buscando consuelo de otra persona, aquí el participante se compromete voluntariamente en comportamientos autodirigidos que ayudan a manejar el problema psicológico. Los ejemplos de estos podrían incluir decidir hacer ejercicio, practicar un ejercicio de relajación, o tener cuidado de comer una comida sana después de sentirse sobrepasado por un problema psicológico. Como se observó previamente, el comportamiento en cuestión tiene que ser relativamente saludable y no un comportamiento autodestructivo (por ej., cortarse). Así, tomar medicina o participar en terapia de grupo en una forma autodirigida también reflejaría manejo en el nivel M5. Mediante estrategias conductuales nosotros también incluimos evitar voluntariamente ciertas conductas, lo cual no conduce a retraimiento. Por ejemplo, refrenarse de elevar la voz en una situación que provoca rabia y forzarse a escuchar también serían ejemplos de este nivel de manejo.

M6- Este nivel refleja la primera de todas las instancias en que los participantes son capaces de responder a problemas psicológicos cambiando lo que piensan de ellos. El individuo puede usar autoafirmaciones adaptativas para reemplazar autoafirmaciones maladaptativas o puede reconstruir el comportamiento problemático en una forma más positiva o realista. Sin importar la técnica específica usada, cuando los participantes son capaces de rehacer lo que piensan sobre el problema y encontrar un punto de vista diferente de la situación que les permita arreglárselas más efectivamente con el problema, es apropiada una evaluación de M6. Por ejemplo, la decisión de que uno debería dar un paso atrás y pensar de forma diferente acerca de un conflicto

social sugeriría que sería adecuada una calificación de M6.

M7- Este nivel refleja la primera respuesta verdaderamente sintética a un problema. En este nivel el individuo es capaz de lidiar con el problema psicológico usando una comprensión de cómo interactúan sus creencias, percepciones, expectativas y pensamientos, y cómo esos procesos han contribuido al desarrollo y mantenimiento del problema psicológico. Un ejemplo de este nivel de manejo podría incluir, en el caso de un conflicto interpersonal, reconocer cómo la propia necesidad de ser apreciado lo llevó a malinterpretar a otra persona como diciendo un insulto, cuando en cambio la otra persona estaba haciendo un comentario inocuo.

M8- Este nivel refleja una forma aún más compleja de manejo. En este nivel los participantes no solo son capaces de utilizar el conocimiento que ellos tienen de sí mismos como en M7, sino que también consideran el conocimiento de otra gente. Un ejemplo de este nivel de manejo sería saber que un conflicto interpersonal fue tanto el resultado de la percepción errónea de un comentario inocuo, percibido como insulto, así como la dificultad de la otra persona para ser receptiva a esa

reacción porque, por ejemplo, hubo una muerte reciente en su familia.

M9- Este nivel refleja el nivel más alto de manejo e incluye las habilidades observadas en M7 y M8 para responder a problemas psicológicos con conocimiento de uno mismo y los otros. En este nivel, sin embargo, los participantes también poseen la capacidad para reconocer y aceptar que no todos los aspectos de los problemas psicológicos pueden ser resueltos, y que algún grado de sufrimiento es parte de la vida regular. En otras palabras, hay cosas involucradas en todos los problemas psicológicos que no pueden controlarse y que hay que aceptar. Además del reconocimiento encontrado en M7 y M8, puede haber, por ejemplo, el reconocimiento de que todos los individuos y las relaciones tienen sus propias dificultades y que las estrategias de enfrentamiento pueden mejorar el funcionamiento y minimizar la disfunción por aflicción en grados variables. En este nivel habría reconocimiento de los límites de uno mismo y también una conceptualización del problema a mayor escala que sí mismo/otros, tal vez con el reconocimiento de afectar a un grupo mayor, o tal vez a la sociedad.

Cuadrícula de puntuación para la EEM-A

9.0			9.0
8.5			8.5
8.0			8.0
7.5			7.5
7.0	7.0		7.0
6.5	6.5		6.5
6.0	6.0		6.0
5.5	5.5		5.5
5.0	5.0		5.0
4.5	4.5		4.5
4.0	4.0		4.0
3.5	3.5		3.5
3.0	3.0	3.0	3.0
2.5	2.5	2.5	2.5
2.0	2.0	2.0	2.0
1.5	1.5	1.5	1.5
1.0	1.0	1.0	1.0
0.5	0.5	0.5	0.5
0	0	0	0
Autorreflexividad	Conciencia del otro	Descentración	Maestría