

# TERAPIA METACOGNITIVA. EL SÍNDROME COGNITIVO ATENCIONAL Y LOS PROCESOS COGNITIVOS

## METACOGNITIVE THERAPY. THE COGNITIVE ATTENTIONAL SYNDROME AND THE COGNITIVE PROCESSES

Cristian J. Garay  
y Eduardo Keegan\*

### Resumen

*El artículo explora los elementos centrales del modelo metacognitivo de los trastornos mentales. Se analiza el rol de los pensamientos automáticos en los principales trastornos emocionales. Se describen los procesos psicológicos que privilegia el modelo metacognitivo: rumiación, preocupación y atención selectiva en la amenaza. Se define la metacognición: conocimiento y experiencias. Se describe el síndrome cognitivo-atencional y sus componentes. Se caracteriza la atención plena (mindfulness) desapegada y se la diferencia de otras formas y usos de la misma. Se discuten las diferencias y semejanzas entre el modelo metacognitivo y el modelo cognitivo estándar. Se reseñan los principales estudios de resultados publicados. Se concluye acerca de su relevancia en el contexto clínico actual.*

**Palabras clave:** Terapia metacognitiva, terapia cognitiva, metacognición, trastornos mentales.

### Abstract

*The paper explores the main tenets of the metacognitive model of mental disorders. The role of automatic thoughts in emotional disorders is analyzed. The main cognitive processes that are the core of the metacognitive model –rumination, worry and selective attention to threat- are described. Metacognitive knowledge and experiences are defined. The cognitive attentional syndrome and its components are described. Detached mindfulness is characterized and differentiated from other forms and uses of mindfulness. The differences and similarities between the metacognitive model and the standard cognitive model are discussed. The published results studies are presented. The relevance of the metacognitive model in the current clinical context is discussed.*

**Key words:** Metacognitive therapy, cognitive therapy, metacognition, mental disorders.

Recibido: 24-09-14 | Aceptado: 25-05-15

### Introducción

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) se han convertido en la forma de psicoterapia más estudiada empíricamente en la actualidad. Se dispone de una enorme cantidad de estudios sobre su eficacia, efectividad y eficiencia en una gran cantidad de trastornos mentales y problemas de atención clínica. Recientemente Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2012) identificaron 269 meta-análisis de

TCC para trastornos relacionados con sustancias, trastornos psicóticos, depresivos y bipolares, trastornos de ansiedad, somatomorfos y de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, conductas criminales, agresivas, dolor crónico y diversos malestares relacionados con la salud en general.

Además, la investigación empírica se orientó a estudiar los procesos terapéuticos en busca de los factores responsables del logro de resultados de las TCC, así como los elementos constitutivos del modelo. Como todo tratamiento, las TCC se basan en un modelo psicopatológico (Keegan y Holas, 2009). Es decir, no constituyen un conjunto de técnicas para resolver síntomas aislados sino que pueden definirse como un sistema de psicoterapia basado

\* Cristian J. Garay y Eduardo Keegan, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
E-Mail: cristianguaray@psi.uba.ar; ekeegan@psi.uba.ar  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 125-134  
© 2016 Fundación AIGLÉ.

en una concepción determinada de los trastornos psicológicos (Clark y Beck, 1997). Se puede afirmar que existe una psicopatología de orientación cognitiva cuya premisa central es afirmar que los procesos cognitivos tienen un rol relevante en el inicio y el mantenimiento de tales trastornos, así como en la vulnerabilidad de los individuos. Sobre esta base, las intervenciones cognitivo-conductuales se proponen alterar los factores implicados en los diferentes trastornos. Así, en la depresión se suponen una serie de alteraciones cognitivas que se constituyen en blanco de las intervenciones terapéuticas y una gran cantidad de técnicas. Las hipótesis sobre la vulnerabilidad cognitiva pueden dar lugar a intervenciones preventivas para personas en riesgo y para la prevención de recaídas en aquellos pacientes que hayan alcanzado la remisión mediante una intervención terapéutica determinada (vg., farmacoterapia).

Más específicamente, las terapias cognitivas han sostenido tradicionalmente que las alteraciones o sesgos del pensamiento causan el malestar psicológico. El supuesto central de la Terapia Cognitiva (TC) de Aaron T. Beck (1967) es que las personas experimentan malestar por el modo en que perciben la realidad y no por la realidad en sí misma. En el estudio de los pacientes con depresión, Beck pudo identificar el rol de los pensamientos automáticos negativos en el inicio del estado del ánimo negativo así como su mantenimiento (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983). Por su parte, Albert Ellis (1962) propuso su terapia racional, una forma de terapia cognitiva, para modificar las creencias irracionales de los pacientes con trastornos de ansiedad (llamados neuróticos por aquel entonces). De acuerdo con Semerari (2003), se podrían agrupar estos modelos terapéuticos dentro de la categoría de terapia cognitiva estándar.

Conforme se fue desarrollando el estudio de los factores cognitivos en los trastornos mentales, se incluyeron otros aspectos además de los aislados por Ellis y Beck. Algunos autores propusieron diferenciar procesos y productos cognitivos (Ingram, Miranda y Segal 1998). Otros enfatizaron los procesos atencionales automáticos (Wells, 1997). Hubo quienes estudiaron procesos como la preocupación (Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree, 1983) o la rumiación (Nolen-Hoeksema, 1991) antes que contenidos específicos. Los modelos de Ellis y Beck fueron criticados desde estas perspectivas y es destacable que los mismos fueron mutando en función de la validez de algunas de esas críticas. De este modo, Beck reemplazó la noción de creencias erróneas por creencias disfuncionales y Ellis fue modificando la denominación de su forma de tratamiento de “terapia racional” a “terapia racional-emotiva-conductual”, pasando por “terapia racional emotiva”.

En este contexto, la Terapia Meta-Cognitiva (TMC) desarrollada por Adrian Wells (1995, 1997, 2000, 2009) acuerda con la premisa fundamental de las TCC, es decir, la importancia de los factores cognitivos en los trastornos mentales y, por lo tanto, es “una forma de terapia cognitiva” (Wells, 2009, p. 258). Su aporte en el plano teórico es colocar mayor énfasis en un estilo de pensamiento y en tipos de creencias que no son enfatizados en los otros modelos cognitivos. En el plano técnico, ha contribuido con interesantes innovaciones, como la inclusión de una forma particular de atención plena (mindfulness) que se describe más adelante y una interesante versión de entrenamiento atencional (técnica de entrenamiento atencional).

### *¿Son importantes los pensamientos automáticos?*

Uno de los aspectos centrales de la TC de Beck para la depresión consiste en la identificación y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos acerca del sí mismo, del mundo y del futuro que se presentan en la conciencia del paciente. Su registro constituye el objetivo principal de las sesiones posteriores a la activación conductual inicial. Sin embargo, es posible constatar que estos pensamientos no son específicos de las personas deprimidas. Ciertamente, tanto las personas deprimidas como aquellas que no lo están experimentan pensamientos negativos espontáneos e incluso, puede sostenerse que, por momentos, las personas no deprimidas también pueden dar crédito a los mismos pensamientos “disfuncionales” de vez en cuando. Ahora bien, la pregunta que se formula Adrian Wells (2009, p. 1) es la siguiente: “¿Qué lleva a que una persona pueda desentenderse de esos pensamientos mientras que otra se hunde en un malestar profundo y prolongado?”

La propuesta de Wells (2000, 2009) es la siguiente: las metacogniciones son responsables del control saludable o patológico de la mente. Esas personas varían en el modo en que se relacionan con sus pensamientos, de allí que el desenlace sea tan diferente. En una revisión de los modelos cognitivos clásicos, sostiene que lo que determina las emociones que una persona experimenta y su control sobre ellas no depende meramente de lo que piensa, sino de cómo piensa acerca de eso. Es decir, de modo coherente con una serie de modelos contemporáneos (Nolen-Hoeksema, Teasdale, Ingram, entre otros), Wells desplaza el énfasis de los contenidos de la cognición a los procesos cognitivos.

Los estudios sobre el rol de la atención mediante pruebas como el Stroop permitieron desarrollar el modelo de la función ejecutiva autorregulato-

ria (Wells y Matthews, 1994, 1996). Dichos estudios mostraron que mecanismos tanto voluntarios como involuntarios inciden en el sesgo atencional. El modelo propuso una explicación del sesgo como consecuencia de una estrategia voluntaria de monitoreo de la amenaza. Diferentes estrategias puestas en práctica por las personas con, por ejemplo, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) contribuyen a una percepción disminuida de control sobre la cognición.

Como puede verse, la TMC se basa en el principio de que resulta crucial investigar la metacognición para comprender cómo opera la cognición y cómo genera las experiencias conscientes que tenemos de nosotros y del mundo que nos rodea. Para ilustrarlo, Wells (2009) utiliza la metáfora de una orquesta cuyo funcionamiento representaría el pensamiento mismo. Para producir una obertura aceptable debe haber una partitura y un director. Siguiendo esta imagen, la metacognición es tanto la partitura como el director que está por detrás del pensar. Monitorea, controla y evalúa los productos y el proceso de percatación. De este modo, la metacognición moldea aquello a lo que prestamos atención y los factores que entran en la conciencia así como las evaluaciones de los contenidos cognitivos e influye en el tipo de estrategias que usamos para regular los pensamientos y las emociones.

#### *¿Qué es el síndrome cognitivo atencional?*

Dirigiéndose más claramente a lo que ocurre en las personas afectadas por trastornos mentales, el modelo de Wells propone una hipótesis según la cual dichas personas quedan atrapadas en el malestar emocional porque su metacognición da lugar a un modo particular de responder a la experiencia interna (pensamientos, emociones) que mantiene la emoción y fortalece las ideas negativas. Se trata de un patrón o estilo de pensamiento denominado Síndrome Cognitivo Atencional (SCA), que está compuesto por los siguientes procesos: rumiación, preocupación, atención fija y conductas de afrontamiento o estrategias de auto-regulación negativas (Wells, 2009). El SCA ocupa un lugar central en el modelo teórico de la TMC y trae aparejada la siguiente consecuencia que se observa en las personas aquejadas por un trastorno de ansiedad: la atención queda fijada y “trabada” en una amenaza.

El SCA toma la siguiente forma en los pacientes afectados por trastornos de ansiedad o trastornos depresivos: un excesivo procesamiento conceptual sea bajo la forma de preocupación o rumiación. Se trata de largas cadenas de pensamientos predominantemente verbales. Clínicamente, podemos observar este patrón en las frecuentes preguntas que

se formulan los pacientes ansiosos y depresivos: “¿Y si pasa tal cosa...? ¿Por qué me siento así?”.

Más específicamente, en los pacientes con trastornos de ansiedad puede observarse cómo el SCA incluye un sesgo atencional caracterizado por la fijación de la atención en estímulos relacionados con el peligro, denominado monitoreo de amenazas (Wells y Matthews, 1994). En este sentido, tanto el componente atencional como el conceptual son parte de la estrategia que una persona implementa para lidiar con la amenaza, las discrepancias y las emociones gatilladas por ellas. Al focalizar la atención sobre las amenazas se refuerzan las creencias sobre la presencia de peligro. Además, la evitación de ciertas experiencias impide la desconfirmación de las ideas disfuncionales. Más específicamente aún, en los pacientes que padecen un tipo particular de trastorno de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación mantiene la activación de la red de ansiedad y distrae los recursos atencionales que podrían procesar las imágenes intrusivas que generan malestar (Wells, 1995, 2005a).

Tanto la preocupación como la rumiación son procesos cognitivos que están sesgados negativamente, es decir, llevan a las personas a colocar su foco atencional en información negativa y mantienen, por lo tanto, una representación sesgada de sí mismo y del mundo. En los pacientes con trastornos depresivos, el modelo metacognitivo postula cómo la rumiación, en tanto proceso cognitivo, perpetúa la incertidumbre y las discrepancias (Papageorgiou y Wells, 2000, 2004). Estos pacientes pueden preguntarse cíclicamente “¿por qué me ocurre esto a mí?” y dar lugar a explicaciones negativas que se asocian a estados de ánimo del mismo tenor afectivo. La repetida puesta en práctica de estos procesos interfiere con otros procesos cognitivos (como el procesamiento emocional) y los vuelve cada vez más automáticos, explicando su relativa impermeabilidad a los cambios positivos que pudieran darse en el entorno. De este modo, es frecuente observar cómo los pacientes depresivos no responden emocionalmente a los eventos positivos que pudieran tener lugar en su entorno del mismo modo que el resto de las personas.

Papageorgiou y Wells (1999) comenzaron investigando la relación entre creencias positivas y negativas sobre la rumiación, es decir, aspectos metacognitivos, y su correlación con la confianza metacognitiva, dimensión relacionada con la rumiación depresiva. Luego, los investigadores realizaron un estudio con el objetivo de evaluar de modo sistemático la presencia y el contenido de creencias metacognitivas positivas y negativas en pacientes con depresión (Papageorgiou y Wells, 2001a). Entrevistaron 14 pacientes con criterios para trastorno

depresivo mayor según DSM-IV (APA, 1994). Todos los pacientes identificaron una situación en la cual se sintieron tristes y rumiaron en el transcurso de los últimos 2 días y reportaron ventajas y desventajas sobre la rumiación. Entre las ventajas, se pudo identificar a la rumiación como una estrategia de afrontamiento del malestar mientras que sobre las desventajas de la rumiación, los pacientes reportaron temas referidos a la incontrolabilidad del proceso, el daño que pudiera causar y sus consecuencias sociales. La relación entre metacognición, rumiación y depresión fue confirmada por un estudio posterior (Papageorgiou y Wells, 2001b), en el cual se observó una asociación significativa entre creencias metacognitivas positivas sobre la rumiación y depresión (tanto como rasgo de la personalidad como estado del ánimo). Como sostienen Papageorgiou y Wells (2004), estos datos brindan apoyo a la idea según la cual la rumiación media los efectos de las creencias metacognitivas positivas sobre el estado de ánimo y los rasgos depresivos de la personalidad. Los investigadores sugieren también que dichos datos demuestran que las creencias positivas sobre la rumiación distinguen a los pacientes con depresión mayor recurrente de los pacientes con trastornos de ansiedad (trastorno por pánico, agorafobia y fobia social).

Volviendo a los pacientes con trastornos de ansiedad, el componente de monitoreo del peligro fija la atención en las fuentes de daño potencial, lo que conduce a inflar el sentido de peligro subjetivo, manteniendo la activación emocional, y reforzando el programa que guía la cognición, haciendo que la persona se convierta en un detector de peligro más sensible pero no necesariamente más fiable.

Por ejemplo, en las personas con trastorno por estrés postraumático (TEPT), el monitoreo del estímulo percibido como amenazante puede sesgar las redes de procesamiento del temor que dan lugar a las intrusiones mentales, incrementando su frecuencia. Además, la supresión de pensamientos impide la habituación y suele tener un efecto irónico (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987). La evitación del malestar mediante recursos como el consumo de sustancias impide que la persona se percate de que es capaz de afrontar la situación en forma adecuada.

### *La metacognición*

En el modelo de Wells, el término “metacognición” describe una gama de factores interrelacionados compuesta por todo conocimiento o proceso cognitivo involucrado en la interpretación, monitoreo o control de la cognición. Otros autores, vinculan la metacognición a la teoría de la mente (por

ejemplo, Semerari). Se la puede dividir en conocimiento, experiencias y estrategias (Flavell, 1979; Nelson, Stuart, Howard y Crawley, 1999; Wells, 1995). El conocimiento metacognitivo está formado por las creencias y teorías que tenemos sobre nuestro propio pensamiento. Para la TMC hay dos tipos de conocimiento: creencias explícitas (declarativas) y creencias implícitas (procedimentales). El conocimiento explícito puede ser expresado verbalmente y alude a lo mencionado anteriormente respecto del SCA: “preocuparse puede causar un infarto” en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, “tener malos pensamientos significa que soy malo” en los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, etc. Por otro lado, el conocimiento implícito incluye a las reglas o programas que guían el pensamiento, tales como los factores que asignan atención, la búsqueda de recuerdos y el uso de heurísticas para formar juicios. El conocimiento implícito puede ser inferido, y representa las habilidades de pensamiento que la persona tiene.

Dentro del conocimiento metacognitivo explícito, las creencias sobre los procesos mencionados acerca del SCA, la rumiación y la preocupación, pueden ser positivas o negativas. Es decir, pueden diferenciarse dos amplios dominios de contenido: las creencias metacognitivas positivas y negativas. Las creencias metacognitivas positivas se refieren a las ventajas de implementar las actividades cognitivas que caracterizan al SCA y tienen que ver con la utilidad de la preocupación en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, la rumiación en los pacientes depresivos o el monitoreo del peligro en los pacientes ansiosos en general. Tales pacientes pueden afirmar: “Si me preocupo estaré preparado”, “preocuparme me sirve”, “enfocarme en la amenaza me protegerá”, “focalizarse en la amenaza es útil”, “si analizo esto voy a encontrar respuestas”, “tengo que controlar mis pensamientos o haré algo malo”, “si me preocupo estaré preparado”. Puede observarse la importancia que tienen estas creencias en el mantenimiento de los procesos cognitivos que conforman el SCA y la relevancia de intervenciones que puedan desactivarlas. En este punto, la TMC se mantiene muy cerca del espíritu de la TC, refinando sus intervenciones al centrarlas en aspectos más específicos del sistema de creencias al que adhiere el paciente.

Por su parte, las creencias metacognitivas negativas aluden a las evaluaciones negativas de sensaciones y pensamientos que contribuyen al peligro percibido. Se refieren a la incontrolabilidad, significado, importancia y peligrosidad de los pensamientos (“no tengo control sobre mis pensamientos”, “si tengo ideas violentas las voy a llevar a cabo”). Es decir, se trata de las evaluaciones situacionales y las

sensaciones que la gente tiene de sus estados mentales (p.ej., la evaluación negativa de las intrusiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, la preocupación sobre la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, el temor a perder el control en el trastorno por pánico). Además, tales creencias dan lugar a intentos de controlar el pensamiento. Son las respuestas que se implementan para controlar y alterar el pensar al servicio de la autorregulación emocional y cognitiva. Las estrategias elegidas pueden intensificar, suprimir o cambiar la naturaleza de las actividades cognitivas.

En la patología, es frecuente que la experiencia subjetiva de la persona sea la de estar “fuera de control”. Las estrategias, por ende, consisten en intentos por controlar la naturaleza del pensamiento, lo que habitualmente resulta contraproducente. Los pacientes ansiosos suelen interpretar negativamente la ocurrencia de ciertos pensamientos y tratan de suprimirlos. Por ejemplo, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o con ansiedad por la salud se centran en ciertos estímulos negativos y se preocupan por ellos, lo que mantiene la sensación de amenaza. Las estrategias dependen del conocimiento metacognitivo y los modelos internos que cada persona tiene acerca de cómo operan su cognición y su emoción. Las estrategias, el conocimiento y las experiencias metacognitivas son interdependientes.

Wells diferencia también dos modos de la experiencia. Denomina al modo objeto a aquél en el cual las personas consideran a sus pensamientos como percepciones, los funden con la realidad, y no son considerados eventos internos. En dicho modo, los pensamientos y las creencias no se distinguen de las experiencias directas del self o del mundo. Por el contrario, el modo metacognitivo es aquel en el que los pensamientos son conscientemente observados como eventos separados del self y del mundo. Dado que experimentar el modo metacognitivo es una habilidad y como tal demanda práctica, el abordaje terapéutico propuesto en base al modelo metacognitivo promueve ejercicios específicos para fortalecer los mecanismos y procesos que sostienen este modo, ampliando así el conocimiento procedural.

#### *Terapia metacognitiva y atención plena (mindfulness)*

Varios modelos cognitivo-conductuales desarrollados en las últimas dos décadas han incorporado estrategias de atención plena (mindfulness) derivadas del programa para la reducción de estrés basado en la atención plena (mindfulness-based stress reduction program) desarrollado por Jon Kabat-Zinn (1990). Las estrategias de este influyente modelo

se incluyeron en la terapia conductual dialéctica de Marsha Linehan (1993) y en la terapia cognitiva basada en la atención plena de Williams, Segal y Teasdale (2000), entre otras. Estos modelos han sido incluidos por Steven Hayes (2004) en lo que ha denominado la tercera ola de la terapia conductual (incluyendo en la misma a todas las terapias cognitivo-conductuales). Sin embargo, tal periodización de la historia de los modelos cognitivo-conductuales ha dado lugar a una importante controversia (Hoffmann y Asmundson, 2008).

Dentro del modelo metacognitivo, se desarrolla una versión particular de atención plena denominada atención plena desapegada (detached mindfulness) (Wells, 2005b). Esta forma de atención plena sería un tipo de práctica más informal en un sentido y más formal en otro. Más informal, en la medida en que no es absolutamente necesaria en la TMC (la atención plena desapegada es sólo una de las tantas maneras en las que el tratamiento apunta a cultivar el modo metacognitivo). Más formal, dado que se presentan ejercicios bien definidos para su práctica en el interior del protocolo de la TMC. La inclusión de ejercicios de atención plena desapegada se basa en los siguientes supuestos. Dado que para el modelo metacognitivo, la patología psicológica está relacionada con la activación de un estilo de pensar tóxico, el SCA que consiste, como se ha mencionado, en un estilo perseverativo de pensamiento que toma la forma de preocupación o rumiación, foco atencional en la amenaza y estrategias de afronte contraproducentes, se propone la atención plena desapegada como un modo de impedir la activación del SCA (Wells, 2009).

#### *Terapia cognitiva y terapia metacognitiva*

Se pueden establecer una serie de semejanzas y diferencias entre la TC de Beck y la TMC de Wells. En principio, una importante diferencia es que la TMC no se interesa tanto por los contenidos de las creencias que son blancos de las intervenciones de la TC de Beck. Para la TC, las creencias nucleares acerca del sí mismo o del mundo físico o social son el centro de la reestructuración cognitiva. Por el contrario, para la TMC, lo importante son las creencias acerca del pensar. Es decir, se centra en la forma en que la gente piensa y los patrones de pensamiento inflexible y recurrente en respuesta a pensamientos, creencias y sentimientos negativos.

En segundo lugar, una importante semejanza es que la TMC se centra en remover modos de procesamiento disfuncionales al igual que la TC. Tanto en la TC como en la TMC el contenido de las creencias y pensamientos determina el tipo de trastorno padecido. Sin embargo, y en tercer lugar, existe una gran

diferencia en la medida en que para la TMC este contenido no causa el trastorno, ya que la mayor parte de la gente tiene estos pensamientos, pero la alteración emocional es transitoria. Como se ha dicho anteriormente, para la TMC el trastorno emocional es causado por las metacogniciones que dan lugar a estilos de pensar que atrapan a la persona en un procesamiento de sí mismo negativo prolongado.

En cuarto lugar, otra diferencia fundamental, la TC asume que las interpretaciones disfuncionales emanan de creencias que pertenecen al dominio cognitivo ordinario. La TMC, en cambio, asume que estas creencias son el producto de metacogniciones que dan lugar a patrones de atención y pensamiento que generan repetidamente esas ideas, en las que la persona queda atrapada. Por ende, los esquemas a los que alude la TC estándar no son entidades a ser borradas, sino productos de procesos de pensamiento (que sí deben ser modificados). El foco de la TMC no se centra en el cuestionamiento de las cogniciones del paciente, sino en cómo la persona responde a esas cogniciones. La TMC se aleja de la recolección de evidencia en favor o en contra de las cogniciones problemáticas y se centra en los procesos cognitivos. La única excepción a este principio general es cuando analizamos una metacognición (p.ej., “preocuparme me va a hacer daño”).

Para hacer justicia con el modelo de Beck, es necesario recordar que las distorsiones en el procesamiento de la información, si bien pueden considerarse con explícitas y pertenecientes al “dominio cognitivo ordinario”, aluden a errores lógicos que no necesariamente determinan un contenido cognitivo explícito. Son también “reglas del pensamiento”, aunque en un sentido diferente al propuesto por Wells. Están más cerca de la lógica que de procesos cognitivos en el sentido de la rumiación o la preocupación. En este sentido, el modelo de Wells aporta grandes distinciones al modelo cognitivo de los trastornos mentales.

Es decir, tanto la TMC como la TC estándar comparten la importancia que le dan al procesamiento mental en los trastornos psicológicos. Sin embargo, a diferencia de la TC, la TMC se dirige más a los procesos y que a los contenidos cognitivos. La TC estándar se centra en los pensamientos automáticos mientras que la TMC focaliza en las cadenas del procesamiento conceptual entrelazadas con ellos. Concibe a los PA como desencadenantes del SCA. La TMC conserva el uso de estrategias típicas de la TC estándar (v.gr., cuestionamiento socrático, experimentos cognitivos) dirigidas a modificar metacrecencias que mantienen el procesamiento disfuncional. La TMC identifica a las creencias metacognitivas con el trastorno mientras que la TC estándar lo hace con las creencias ordinarias. La TMC focaliza en el esti-

lo del pensamiento y formula el síndrome cognitivo atencional. Incluye estrategias de entrenamiento atencional y conciencia plena “desapegada”. Diferencia subsistemas cognitivos y metacognitivos, considera creencias en formas declarativas y procedurales.

### *Estudios clínicos*

Si bien la denominación de TMC es reciente (Wells, 2009), existen estudios realizados previamente cuyos protocolos involucraron intervenciones específicamente dirigidas hacia los aspectos metacognitivos del trastorno (Wells, 1997). Esto es evidente en estudios de eficacia en el abordaje del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) al diferenciar preocupaciones de tipo 1 y 2 (Ais, Chidersky, Garay y Vetere, 2004). Bajo la denominación de TMC y de acuerdo al reciente meta-análisis independiente de investigadores de las Universidades de Copenhague y Ámsterdam (Normann, van Emmerik y Morina, 2014), se registran estudios sobre TAG, TEPT, Trastorno Depresivo Mayor (TDM), TOC, depresión posparto y pacientes ambulatorios con diversos problemas clínicos. A continuación, se mencionarán y discutirán los estudios más relevantes sobre los trastornos mentales más estudiados.

En un primer estudio abierto, Wells y King (2006) incluyeron 10 pacientes adultos con TAG según DSM-IV (APA, 1994). No se excluyeron participantes por presentar comorbilidades (depresión, ansiedad social). El tratamiento duró entre 4 y 12 sesiones. Observaron un 87,5% de tasa de recuperación al finalizar el tratamiento y un 75% en los seguimientos realizados a los 6 y 12 meses. Cuatro años después se publica el primer estudio aleatorizado y controlado sobre TMC para el TAG, en el cual Wells, Pappageorgiou, Welford, King, Wisely y Mendel (2010) compararon dicho modelo con la relajación aplicada de Öst (1987). Veinte participantes adultos con TAG según DSM-IV-TR (APA, 2000) recibieron de 8 a 12 sesiones de ambos tratamientos. Al final de los tratamientos, el grupo que recibió TMC mostró mejoras significativas en las 6 medidas utilizadas en comparación con el grupo de relajación. Por ejemplo, el 80% de los pacientes que recibieron TMC alcanzaron la recuperación según el Penn-State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990) comparado con el 10% del grupo de relajación. Dichas diferencias se mantuvieron en el seguimiento realizado a los 6 meses y en 4 de las 6 medidas a los 12 meses.

Más recientemente, investigadores de diferentes centros de Rotterdam (van der Heiden, Muris, y van der Molen, 2012), independientes del equipo de Wells, realizaron un estudio controlado y aleatoriza-

do de mayor escala con una muestra de 126 pacientes que fueron asignados a 3 grupos: TMC, Terapia de Intolerancia de la Incertidumbre, un tipo de terapia cognitiva específicamente diseñada para el TAG (Dugas y Ladouceur, 2000) o lista de espera. Ambos tratamientos se mostraron superiores a la lista de espera. Las pruebas pos-hoc mostraron que la TMC fue superior a la Terapia de Intolerancia a la Incertidumbre según el PSWQ ( $p < ,05$ ) entre otras medidas. En general, se observaron tasas de respuesta y recuperación mayores en el grupo TMC que en el tratamiento sobre la tolerancia a la incertidumbre. Sobre la base de este estudio, tanto la TMC como la Terapia de Tolerancia a la Incertidumbre son recomendadas por la guía clínica actualizada de NICE (2012) para el TAG.

En base al objetivo de evaluar intervenciones basadas en un modelo metacognitivo sobre los mecanismos que bloquean el procesamiento emocional natural en pacientes con diagnóstico de TEPT, Wells y Sembi (2004) diseñaron un estudio de series de casos en el cual participaron 6 sujetos en forma consecutiva. De acuerdo a la Escala de Impacto de Eventos (Impact of Events Scale, IES), el porcentaje promedio al finalizar los tratamientos fue de 83,5% ( $t=10,5$ ;  $p < ,0005$ ). Se realizaron seguimientos y se observó que ninguno de los pacientes cumplía criterios de TEPT a los 3 y 6 meses de concluidas las intervenciones. La principal limitación del estudio es el tamaño de la muestra y la falta de un grupo control.

Wells, Welford, Fraser, King, Mendel, Wisely et al. (2008) llevaron adelante un estudio abierto sobre TMC para pacientes con TEPT crónico. Esta forma de TEPT suele ser menos permeable a las intervenciones existentes. Se incluyeron 13 pacientes, de los cuales 11 completaron el tratamiento. Fueron evaluados antes del tratamiento, al final, a los 3 y 6 meses observándose mejorías significativas en todas las pruebas. De acuerdo a la corrección de Bonferroni para múltiples comparaciones, se observó un valor crítico de  $p=0,003$ . Al finalizar el tratamiento, 9 pacientes cumplían los criterios de remisión, 6 a los 3 meses y 5 a los 6 meses. Los resultados son muy prometedores en estas formas difíciles del TEPT.

Si bien no ha sido incluido en el meta-análisis de Normann, van Emmerik y Morina (2012) por cuestiones metodológicas, resulta interesante mencionar el estudio realizado en Irán sobre MCT del TEPT (Vakili y Fata, 2006). Se trata de un estudio de caso único, realizado con un paciente adulto que cumplía los criterios DSM-IV (APA, 1994) para TEPT. Los resultados fueron alentadores.

Wells, Walton, Lovell y Proctor (2015) publicaron recientemente el primer estudio controlado y alea-

torizado, comparativo entre TMC y exposición prolongada (Foa y Kozak, 1986). Treinta y dos pacientes adultos con TEPT según DSM-IV-TR (APA, 2000), de listas de espera, de 4 departamentos del NHS (National Health System) de Inglaterra fueron aleatoriamente asignados a 3 grupos: TMC, exposición prolongada o lista de espera. Ambos tratamientos se mostraron superiores a la lista de espera pero los pacientes que recibieron TMC presentaron menores niveles sintomáticos comparados con aquellos que recibieron exposición prolongada según la IES ( $p = ,05$ ). Todos los pacientes que recibieron TMC y 7 de los 10 que recibieron exposición prolongada cumplieron criterios de recuperación. Además los efectos terapéuticos se observaron con mayor rapidez en el grupo TMC. Dos pacientes que recibieron exposición prolongada mostraron un empeoramiento sintomático. Las diferencias entre ambos tratamientos no se mantuvieron en el seguimiento de 3 meses.

Actualmente se encuentra en curso el primer estudio controlado y aleatorizado, comparativo entre TMC y el modelo de reprocesamiento y desensibilización de movimientos oculares (EMDR, siglas en inglés de Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 1989) para pacientes con TEPT en la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología dirigido por Hans Nordahl. Los resultados del mismo dirán acerca de la utilidad de la TMC en el tratamiento del TEPT.

Con respecto al TDM, Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel y Brewin (2009) diseñaron un estudio de múltiples líneas de base (multiple-baseline study) para la depresión recurrente y persistente. Cuatro pacientes que cumplieron criterios DSM-IV (APA, 1994) para TDM, crónica o recurrente fueron evaluados antes del tratamiento, al finalizar, a los 3 y 6 meses. El tratamiento tuvo una duración de 6 a 8 semanas. En los 4 casos, se observó una mejoría significativa en todas las medidas y todos los pacientes cumplieron criterios de remisión al finalizar el tratamiento, 3 lo cumplieron en el seguimiento de 3 meses y nuevamente todos, en el seguimiento de 6 meses.

Ashouri, Atef-Vahid, Gharaee y Rasouljan (2012), de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán (Irán) realizaron un estudio aleatorizado, controlado y comparativo sobre la combinación de TCC o TMC con tratamiento farmacológico en comparación con monoterapia farmacológica. Participaron 33 pacientes adultos con TDM según DSM-IV (APA, 1994). Se observó una superioridad de los tratamientos combinados sobre la monoterapia ( $p < ,01$ ). La superioridad se mantuvo en el seguimiento.

Papageorgiou y Wells (2015) compararon la TMC en formato grupal con TCC. Diez pacientes con TDM

según DSM-IV (APA, 1994), severa y resistente a tratamiento. Los participantes recibieron 12 sesiones grupales de TMC. Ninguno de los pacientes abandonó el tratamiento. Se observó un efecto significativo en todas las medidas hacia el final del tratamiento y en el seguimiento ( $p=,0005$ ). Siete pacientes cumplieron criterios de remisión y se observaron reducciones significativas en los trastornos comórbidos del eje 1 del sistema multiaxial del DSM-IV (APA, 1994).

## Conclusiones

El modelo metacognitivo de Adrian Wells refleja una contribución innovadora y prometedora en la comprensión del rol de los factores cognitivos en la concepción y tratamiento de los trastornos mentales. Representa un enorme intento de sistematizar los hallazgos de más de 30 años de investigación de los trastornos emocionales. Presenta una prometedora evidencia en el tratamiento de dichas patologías y la extensión a otros problemas clínicos. Su conocimiento, estudio y el entrenamiento en la práctica de sus procedimientos sin duda enriquece la práctica de la psicoterapia en un contexto en el que las intervenciones con apoyo empírico alcanzan su madurez teórica y técnica.

## REFERENCIAS

- Ais, E., Chidersky, B., Garay, C.J. y Vetere, G. (2004). Modelos cognitivo-conductuales y neurobiológicos del trastorno de ansiedad generalizada. *Clepios, una revista para residentes de salud mental*, 10(1), 4-7.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual on mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual on mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington DC: Author.
- Ashouri, A., Atef-Vahid, M.K., Gharaee, B., Rasouljan, M. (2013). Effectiveness of Meta-Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 24-34.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979/1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Clark, D. y Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 119-129). Barcelona: Paidós.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of generalised anxiety disorder: targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-658.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. Mindfulness, Acceptance, and Relationship. En Hayes, S., Follette, V., Linehan, M. (eds.) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*, pp. 1-29. New York: Guilford.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delta.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Terapia cognitivo comportamental: teoría y práctica. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry* (pp. 605-629). New York: Springer.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-489.

- Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, G., & Crawley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 73–80.
- NICE. (2012). Generalised anxiety disorder in adults: Evidence update. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en [www.evidence.nhs.uk](http://www.evidence.nhs.uk)
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582.
- Normann, N., Van Emmerik, A.A.P. & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31, 402–411.
- Ost, L. G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy*, 25, 397–409.
- Papageorgiou C, Wells A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273.
- Papageorgiou, C & Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: A baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 14–22.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1999). Process and metacognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 156–162.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160–164.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13–26.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 407–413.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination. En C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination. Nature, theory and treatment* (pp. 3–20). Chichester: Wiley.
- Semerari, A. (2003). *Historia, teorías y técnicas de la Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Vakili, Y., & Fata, L. (2006). The Effectiveness of the Metacognitive Model in Treating a Case of Post-Traumatic Stress Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 1(4), 169–171.
- van der Heiden, C., Muris, C., & van der Molen, H.T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100–109.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5–13.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2005a). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107–121.
- Wells, A. (2005b). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337–355.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206–212.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (11–12), 881–888.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy or PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307–318.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., & Rees, D. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 85–92.

- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C.R. (2009). Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300.
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K., & Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 70-80.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429-434.