



• Adrian Wells

TERAPIA METACOGNITIVA PARA LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

2^a
edición



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

ADRIAN WELLS

**TERAPIA METACOGNITIVA PARA
LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN**

2^a edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
METACOGNITIVE THERAPY FOR ANXIETY AND DEPRESSION
© 2009 The Guilford Press. New York, USA
Published by arrangement with International Editors' Co

Traducción: Fernando Mora

1ª edición: enero 2019

2ª edición: enero 2023

© EDITORIAL Desclée De Brouwer, S.A., 2019

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

Facebook: EditorialDesclée

Twitter: @EdDesclée

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3023-8

Depósito Legal: BI-1945-2018

Índice

Acerca del autor	15
Prólogo	I
Prefacio	17
Agradecimientos	25
1. Teoría y naturaleza de la terapia metacognitiva	27
La naturaleza de la metacognición	33
Dos formas de experimentar: modos	37
El modelo metacognitivo del trastorno psicológico	39
El SCA	43
Consecuencias del SCA	46
Creencias metacognitivas positivas y negativas	49
Resumen del modelo metacognitivo.	51
El modelo A-B-C reformulado	51
Una nota sobre las terapias centradas en el contenido versus las terapias centradas en el proceso	55
Conclusión	57

2. La evaluación	59
Funcionamiento del modelo A-M-C	60
Pruebas de evaluación conductual de la ansiedad	63
Cuestionarios para las mediciones	64
Escalas de evaluación	72
Un plan de evaluación en siete pasos	75
Conclusión	76
3. Las habilidades fundamentales de la terapia metacognitiva	79
Identificación y cambio de niveles	80
Detectar el SCA	84
Utilizar el diálogo socrático centrado en lo metacognitivo	86
Reatribución verbal enfocada metacognitivamente	95
Exposición administrada metacognitivamente	98
Conclusión	104
4. Técnicas para entrenar la atención	107
Visión general del EA	108
Justificación del EA	111
Comprobación de la credibilidad	113
Puntuar la autoatención	113
Instrucciones básicas del EA	114
Feedback del paciente	116
Tarea entre sesiones	117
Identificar problemas	118
Esquema de la primera sesión de EA	120
Ejemplo de caso	121
Reorientación de la atención situacional	123
Conclusión	126
5. Técnicas de mindfulness desapegado	129
Objetivos del MD	132
Elementos del MD	133
Modelo del procesamiento de la información en el MD	134
El MD y otras modalidades de mindfulness	138
Diez técnicas	141
Reforzar el MD mediante el diálogo socrático	149

Tareas entre sesiones	149
Aplicación del MD en la TMC	150
Conclusión	151
6. El trastorno de ansiedad generalizada.	153
La ubicuidad de la preocupación	156
¿Es controlable la preocupación?	157
El modelo metacognitivo del TAG	157
El modelo en acción	162
Estructura del tratamiento	164
Conceptualización de caso	165
Socialización	171
La transición entre la socialización y la modificación metacognitiva	175
Cuestionar las creencias de incontrolabilidad.	175
Mindfulness desapegado y aplazamiento de la preocupación	176
Desafiar las creencias relacionadas con la incontrolabilidad	180
Cuestionar las metacogniciones referentes al peligro.	182
Experimentos conductuales	189
Desafiar las creencias metacognitivas positivas	190
Nuevos planes de procesamiento	198
Prevención de recaídas	200
Plan de tratamiento del TAG.	201
7. El trastorno de estrés postraumático.	203
El SCA en el TEPT.	205
Creencias metacognitivas	208
El modelo metacognitivo del TEPT	209
El modelo en acción	213
Estructura del tratamiento	215
Conceptualización del caso.	216
Socialización	220
Presentar la justificación del tratamiento	222

El mindfulness desapegado y el aplazamiento de la preocupación/rumiación	223
La aplicación del MD y el aplazamiento de la preocupación/rumiación	228
Generalización del entrenamiento	231
Eliminar otras estrategias inadaptadas de afrontamiento.	232
Modificación de la atención	234
Evitación residual	239
Nuevos planes para el procesamiento	240
Prevención de recaídas	242
Plan de tratamiento del TEPT	243
8. El trastorno obsesivo-compulsivo	245
Resumen de la TMC: nivel-objeto versus meta-nivel	246
Dos tipos de cambio metacognitivo	249
El SCA en el TOC	250
Creencias metacognitivas	253
Señales de parada	255
El modelo metacognitivo del TOC	256
El modelo en acción	261
Estructura del tratamiento	263
Conceptualización de caso	263
Socialización	270
Presentar la justificación del tratamiento	272
Participación: normalización y desestigmatización	273
Mindfulness desapegado.	273
Potenciar el cumplimiento de la EPR y la ECR.	279
Desafiar creencias metacognitivas específicas relacionadas con los pensamientos	281
Experimentos conductuales	284
Temores a la contaminación: ¿un caso especial?	290
Modificar las creencias sobre los rituales	293
Experimentos conductuales y creencias sobre los rituales	296
Nuevos planes de procesamiento: señales de parada y criterios de conocimiento	297
Prevención de recaídas	300
Plan de tratamiento del TOC	300

9. El trastorno depresivo mayor	301
La rumiación y el pensamiento depresivo	303
El SCA en la depresión	305
El modelo metacognitivo de la depresión	307
El modelo en acción	310
La estructura del tratamiento.	312
Conceptualización de caso	313
Socialización	319
Mejorar la motivación	321
Ayudar a los pacientes a comprender el papel de sus comportamientos	322
Entrenamiento en la atención.	322
Mindfulness desapegado y aplazamiento de la rumiación.	323
Implementar las técnicas del MD.	324
Modificar las creencias metacognitivas negativas	326
Modificar las creencias metacognitivas positivas	331
Modificar la monitorización de amenazas	333
Afrontamiento inadaptado de los cambios del estado de ánimo	333
Nuevos planes de procesamiento	334
Prevención de recaídas	336
Miedo a la recurrencia	337
Una nota sobre el suicidio y las autolesiones.	338
Plan de tratamiento para la depresión.	338
10. La evidencia de la teoría y la terapia metacognitiva	339
Existencia y consecuencias del SCA.	340
Las creencias metacognitivas	347
Resumen provisional.	354
Estado causal del SCA y las metacogniciones.	355
¿Contribuye la metacognición al trastorno en mayor medida que la cognición ordinaria?	357
Verificación del modelo: datos derivados del análisis de las rutas y los modelos de ecuación estructural	360
Resumen de las evidencias referentes a la teoría	363
La evidencia del tratamiento	364
Conclusión	376

11. Consideraciones finales	379
Especificaciones de un tratamiento transdiagnóstico	383
Una formulación universal	385
Neurobiología y TMC	391
La TMC en un contexto más amplio	392
Observaciones finales	395
Apéndices	397
1. Cuestionario de Metacogniciones 30 (MCQ-30)	398
2. Cuestionario de Meta-Preocupaciones (MWQ)	401
3. Instrumento sobre Fusión del Pensamiento (TFI)	402
4. Resumen de las Técnicas de Entrenamiento en la Atención.	404
5. Escala de Evaluación de la Autoatención.	405
6. SCA-1	406
7. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada– Revisada (GADS-R)	408
8. Escala del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD-S)	410
9. Escala del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OCD-S)	412
10. Escala del Trastorno Depresivo Mayor (MDD-S)	414
11. Entrevista para la Formulación de Caso del TAG	416
12. Entrevista para la Formulación de Caso del TEPT.	418
13. Entrevista para la Formulación de Caso del TOC.	420
14. Entrevista para la Formulación de Caso de la Depresión	422
15. Plan de Tratamiento del TAG	424
16. Plan de Tratamiento del TEPT	427
17. Plan de Tratamiento del TOG	430
18. Plan de Tratamiento de la Depresión	433
19. Hoja Resumen del Nuevo Plan	436
Referencias bibliográficas	437
Siglas utilizadas en el texto	451
Índice temático	453

Acerca del autor

Adrian Wells, PhD, es profesor de psicopatología clínica y experimental en la Universidad de Manchester, Reino Unido, y profesor de Psicología Clínica en la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología, en Trondheim, Noruega. Es internacionalmente conocido por sus contribuciones a la comprensión de los mecanismos psicopatológicos y el avance de la terapia cognitivo-conductual, en especial en el campo de los trastornos de ansiedad. Creador de la terapia metacognitiva, el doctor Wells ha publicado más de 130 artículos científicos, capítulos y libros. Es editor asociado de las revistas *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* y *Cognitive Behaviour Therapy*, y también miembro fundador de la Academy of Cognitive Therapy. Asimismo, el doctor Wells es fundador y director del Metacognitive Therapy Institute y patrocinador de la organización benéfica Anxiety UK.

Prólogo

Carmelo Vázquez

Catedrático de Psicopatología

Universidad Complutense de Madrid

“Dios te libre, lector, de prólogos largos y de malos epítetos”. Esto es lo que literalmente escribía Quevedo en una obra dedicada al Duque de Osuna en 1612. Intentaré ser fiel al irónico deseo del insigne autor intentando no alargar esta introducción ni tampoco hacer un ditirambo plagado de epítetos incondicionales, sean malos o buenos.

Quien lea este libro, originalmente publicado en 2009, y oportunamente traducido al castellano, tendrá ante sí uno de los ejemplos más interesantes de los cambios que se han producido en las dos últimas décadas en el modo en que concebimos los problemas clínicos. El trabajo de Adrian Wells, ha sido muy innovador, pero también ha visto amplificada su repercusión pues ha coincidido en el tiempo con algunas crisis conceptuales de la Psicología clínica que el autor ha sabido atisbar para construir una aproximación teórica innovadora en la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales.

¿Qué tenemos en nuestras cabezas? Quizás esta es la pregunta fundamental sobre la que ha operado la psicología clínica desde sus orígenes. El objetivo de clínicos e investigadores ha sido desvelar los contenidos de la actividad mental (sueños, fantasías, ideas irracionales, pensamientos negativos, creencias disfuncionales, distorsiones

cognitivas...) para intentar enderezarlas, habitualmente con mucho esfuerzo y, en no pocos casos, con una descorazonadora ineficacia. La perspectiva tradicional, común a la mayor parte de las intervenciones clínicas directa o indirectamente “cognitivas”, ha estado centrada en desentrañar y desarmar contenidos mentales negativos.

Desde hace unos pocos años, esa vieja perspectiva ha sido retada por una idea que rompe de un modo frontal con esa rutina histórica. ¿Y si lo que importara no es lo que tenemos en la cabeza sino cómo lo tenemos? En otras palabras, más que analizar los contenidos mentales y su desarticulación, quizás deberíamos prestar atención al mismo hecho de que aparezcan esos pensamientos y ocupen espacio psicológico y emocional. Como resumidamente señala Wells en su libro, “estos contenidos no son la causa del trastorno, puesto que la mayoría de las personas albergan este tipo de pensamientos” y no les supone un malestar permanente ni especialmente doloroso. Lo central, según el autor, es que el malestar emocional estable e intenso emana de creencias previas: creencias sobre las mismas creencias negativas y en creencias sobre cómo ha de reaccionarse en respuesta a esos pensamientos. Lo que plantea Wells es que la metacognición es a su vez otro patrón de estructuras y actividad mentales (“pensamiento extendido”, lo ha llamado) que es la causa de los pensamientos negativos y el malestar asociado. En consecuencia, el centro de las intervenciones debería bascular hacia los pensamientos sobre los propios pensamientos: las metacogniciones. Este es el núcleo de la terapia metacognitiva (TMC).

Un aspecto interesante de la perspectiva metacognitiva defendida por el autor, es que las metacogniciones no sólo se relacionan con creencias sobre los pensamientos sino también con estrategias de acción. Por ejemplo, si uno cree que los pensamientos son peligrosos en sí mismos es posible que esa creencia esté también articulada, con creencias sobre qué debería resultar más eficaz para controlarlos. De este modo, si uno cree que lo mejor es ocupar la mente para apartar esos pensamientos invasores negativos es posible se empeñe en usar estrategias supresoras que, más que cortocircuitarlos pudie-

ra, en muchas ocasiones, multiplicarlos. Por lo tanto, la idea de metacognición es relativamente amplia en el marco de la TMC de Wells y va algo más allá de la concepción original que tuvo originalmente el término en la psicología cognitiva.

Una de las peculiaridades que más aprecio del trabajo de Wells es que es un modelo erigido sobre una actividad clínica experimental en la que el propio autor ha destacado desde hace décadas. No es un modelo que surja sólo de la experiencia clínica, sin duda imprescindible, sino también de un sólido bagaje de la psicología científica experimental. De hecho, las piezas básicas de su modelo de funcionamiento mental y conductual, expuestas con claridad en el presente libro, ya estaban expuestas en su obra de 1994, *Attention and Emotion*, en donde ya aventuraba que procesos de autofocalización y autorreferencia excesivos podían causar problemas emocionales e incluso bloquear el funcionamiento ejecutivo normal (impidiendo un normal rendimiento cognitivo y atencional). Aunque aún no conocemos bien los entresijos de los sesgos atencionales ni, sobre todo, su relación con otros sesgos importantes (de memoria o de interpretación, fundamentalmente), Wells asienta su edificio conceptual en el papel que supuestamente tiene el sistema atencional para centrarse excesivamente bien en amenazas externas (como ocurre en la ansiedad), como en uno mismo (como ocurre en la depresión). Este sistema, que denomina de un modo quizás no suficientemente descriptivo (pues engloba tanto elementos cognitivos como conductuales y emocionales), Síndrome Cognitivo Atencional (SCA) sería la línea de flotación que está por debajo de la cubierta visible de los pensamientos y creencias.

Lo que la TMC plantea es que ese sistema cognitivo-atencional tiene una acción bienintencionada pero paradójica: aumenta y mantiene el sufrimiento a través de un círculo vicioso que es necesario interrumpir. Si se albergan pensamientos negativos, pero se les confiere importancia bien mediante metacreencias positivas (por ejemplo, “es bueno preocuparse”) o negativas (ej.: “es horroroso pensar así”), es posible que esas metacreencias actúen como una lupa psico-

lógica incrementando el foco atencional hacia esos pensamientos y, finalmente, alimentando el combustible de la maquinaria mental para multiplicar aún más esos pensamientos iniciales negativos.

La clave de bóveda de la TMC, en consecuencia, no es tanto dirigir la artillería terapéutica hacia los pensamientos negativos sino a los mecanismos (mentales) que los mantienen. Se trata de ir más atrás, por decirlo de alguna manera, en el acto terapéutico. Una de las propuestas más atrevidas de Wells, es que las terapias cognitivas y sus variantes, podrían estar de hecho magnificando la importancia de los pensamientos negativos al estar obligando al paciente a escudriñarlos, analizarlos, y combatirlos. La idea del autor es que quizás la propia maquinaria de análisis alimentada por las terapias cognitivas clásicas pudiera aumentar el autofoco, la rumiación y la idea de que los pensamientos son elementos “reales” que hay que combatir. La idea es interesante (y recuerda a las críticas que en la misma dirección se han hecho históricamente a las prácticas psicoanalíticas), pero es sólo una sugestiva hipótesis que debería ponerse a prueba con estudios comparativos cuidadosos sobre los procesos cognitivos que se activan, o desactivan, en terapias diferentes (algo de lo que sabemos muy poco). Pero, en todo caso, la propuesta de la TMC lanza un reto indudable al olimpo de las terapias que han reinado durante varias décadas y Adrian Wells claramente puja, en este libro y en otras contribuciones, por hacer un hueco a la TMC, quizás a veces extremando las diferencias entre su aportación de la aproximación metacognitiva respecto a las terapias cognitivas más tradicionales.

Obviamente, la posición de la TMC enlaza con otras intervenciones existentes que se centran en la redirección de la atención y, en particular con el mindfulness como una práctica particular de meditación orientada al control atencional. De todos modos, es interesante hacer notar que aquí el autor también hace un esfuerzo por no identificarse con las prácticas habituales de mindfulness pues, aparte de los significados ambiguos del término (ej.: estar en el momento presente, o tener una mente de principiante, por señalar algunos de los más conocidos), podrían ser contraproducentes al aumentar el

autofoco, o alimentar estrategias malsanas de redirigir la atención. De un modo más restringido, en la TMC mindfulness se refiere a ser consciente de los propios pensamientos y poder distinguir entre el pensamiento en sí y el dolor que produce. De modo que lo que se propone es un entrenamiento atencional transversal para el tratamiento de diferentes problemas mentales para ayudar a los pacientes a distanciarse de los contenidos que ocupan su mente (dettached mindfulness, o mindfulness desapegado como correctamente se traduce en el libro). Se trata de que quienes sufren vean su mente desde fuera, como un campo de operaciones en el que se puede contemplar una batalla en la que uno mismo es, en realidad, una víctima.

¿Es posible la integración de la TMC con otros modelos de terapia? No resulta fácil responder a esta pregunta. Los autores de nuevas propuestas terapéuticas por lo general tratan de maximizar las diferencias con lo que intentan remplazar. El nuevo orden frente al viejo orden. Un cambio en el sistema de creencias. En el caso de la TMC, claramente el formato de las sesiones, y el marco general (ej.: la idea de que los problemas mentales son deudores de procesos cognitivos o de regulación emocional alterados), no se aleja en exceso de su más inmediato alter ego (las terapias cognitivas o cognitivo conductuales). Pero los autores de la TMC, por razones que quizás tienen que ver también con la sociología y el mercado de la ciencia, insisten en remarcar más las diferencias de enfoque o, digamos, epistemológicas, que las similitudes.

En cualquier caso, el presente libro es uno de los más estimulantes que se han escrito en los últimos años sobre tratamientos alternativos, basados en estudios empíricos y una buena base teórica anclada en la psicología experimental y cognitiva. Desde el escaso tiempo de su publicación original, en 2009, la TMC ha recibido apoyo adicional, no sólo por los fans de la misma, sino por otros autores, lo que resulta esencial para comprobar la solidez de cualquier nueva propuesta. Asimismo, desde la publicación del libro ha habido desarrollos de la TMC para su uso en otros trastornos (personalidad, psicosis, etc.) y en otras poblaciones (ej.: niños y adolescentes), lo que

indica el vigor de esta nueva aproximación. Pero, sin duda hay muchos asuntos pendientes, como demostrar mejor los mecanismos psicológicos que propician el cambio, el mantenimiento de las mejoras en estudios a largo plazo, y la comparación sistemática de la eficacia comparada de la TMC con otras modalidades que han sido sancionadas como eficaces según los criterios al uso.

La primera de las tareas pendientes, desentrañar los mecanismos psicológicos que operan, no es sencillo. Mucha de la investigación realizada sobre la TMC se basa exclusivamente sobre cuestionarios que, por cierto, el lector encontrará en una muy útil sección en los anexos finales del libro. Pero, análogamente a lo que ocurre en el mundo de los fenómenos físicos, tal y como indica el principio de indeterminación de Heisenberg, puede que la propia observación modifique en sí mismo el fenómeno observado. En otras palabras, pudiera ser que la medida de la metacognición puede que exija una precisión introspectiva que normalmente no tenemos y un esfuerzo por indagar en nuestros propios procesos mentales que quizás pudiera crear sombras imaginarias. En un formidable artículo de 1977, dos grandes de la psicología, Richard Nisbett y Timothy Wilson, ya nos avisaban de que a veces en la investigación psicológica pedimos a los individuos que “digan más de lo que saben” respecto a sus procesos mentales.

En 2015 se publicó un número especial sobre TMC en la revista *Cognitive Therapy and Research* con aportaciones de una gran diversidad de autores e instituciones. A pesar del tono muy positivo sobre las contribuciones de la TMC, Gerald Matthews, en un comentario final sobre dichas contribuciones, también publicado en ese número especial, hacía un par de observaciones sobre algunos de los retos pendientes de la TMC. En primer lugar, la necesidad de hacer ajustes con una mayor precisión entre el modelo general teórico del síndrome cognitivo-atencional, pues quizás resulta demasiado genérico frente a la cada vez mayor precisión que proviene de los estudios experimentales sobre cognición, emoción y neurociencia. Un segundo reto tendría que ver con la dificultad de estar en condiciones de

competir con terapias de referencia, como la terapia cognitivo-conductual, que tiene tantas aplicaciones, seguidores, y tradición.

Sin duda, la ambición de la TMC es convertirse no en un complemento de terapias existentes sino una alternativa. La apuesta ha sido lanzada con entusiasmo y con ambición. En cualquier caso, sea cual sea el desenlace de esta batalla, que nos convendría presenciar con una actitud de mindfulness desapegado, es saludable que se tambaleen convicciones e inercias asentadas y, sobre todo, poder ofrecer más opciones de tratamiento eficaces que encajen tanto con las preferencias de quienes proporcionan las terapias como con las de quienes las reciben.

Prefacio

Las cogniciones son importantes. A estas alturas ya es bien sabido que los pensamientos tienen un fuerte impacto en nuestro bienestar emocional y psicológico. Consideremos ahora lo siguiente: ayer tuvimos miles de pensamientos, algunos de los cuales fueron agradables y otros menos, pero ¿adónde han ido a parar todos esos pensamientos?

Los pensamientos aparecen y desaparecen. Una premisa fundamental del enfoque expuesto en este libro es que el trastorno psicológico tiene que ver con el grado en que se reprocesan y extienden algunos pensamientos, mientras que otros simplemente pasan. Este proceso de selección y control de estilos de pensamiento depende de la metacognición.

La teoría cognitivo-conductual concede gran importancia al contenido del pensamiento como determinante de la presencia del trastorno. Sin embargo, el modo en que pensamos acerca de un evento, o cómo pensamos en torno a una constelación de conversaciones, de nosotros mismos y del mundo que nos rodea, tiene un efecto más profundo en este sentido. De hecho, el modo en que respondemos a los pensamientos puede, y así ocurre con frecuencia, abocar al sufrimiento emocional.

Durante los últimos 40 años, el modelo cognitivo-conductual ha aportado una sólida comprensión del impacto que tiene la cognición en el bienestar psicológico, llevando al desarrollo de técnicas para tratar la ansiedad, el estado anímico y otros trastornos. Al igual que este modelo, la terapia metacognitiva (TMC) asume que el trastorno psicológico es consecuencia del sesgo del pensamiento; sin embargo, nos ofrece un relato diferente de su naturaleza y sus causas. Los enfoques anteriores decían, de manera un tanto sorprendente, muy poco acerca de la cuestión de qué es lo que da lugar a los patrones de pensamiento poco útiles. No es suficiente atribuir este tipo de patrones a la presencia de creencias subyacentes sobre el yo y el mundo, como “Soy vulnerable” o “Soy un fracasado”. Una creencia negativa, como “Soy un fracasado”, puede servir para impulsar un conjunto de respuestas, tales como el despliegue de estrategias para llegar a tener éxito, que podrían incluir aprender de los errores, trabajar más, desarrollar nuevas habilidades o descartar la creencia como un simple pensamiento irrelevante.

Las creencias negativas no conducen necesariamente a los patrones de pensamiento perturbado y el sufrimiento emocional persistente. La teoría metacognitiva propone que los desarreglos en el pensamiento y la emoción surgen de metacogniciones que están separadas del tipo de pensamientos y creencias enfatizados en la terapia cognitivo-conductual (TCC).

Hay algo muy significativo en el patrón de pensamiento que percibimos en el trastorno psicológico, y es que manifiesta una cualidad repetitiva, cíclica y obsesiva que resulta difícil de controlar. Las teorías precedentes han tendido a decir poco o nada de esta cualidad y, en su lugar, han preferido ocuparse del contenido de los pensamientos. Los abordajes del pasado se han centrado en las creencias específicas racionales o los pensamientos automáticos breves y negativos, pero esta es solo una pequeña característica de la cognición que podría tener una importancia limitada. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes informan de largas cadenas de actividad cognitiva incontrolable que difícilmente encaja en la descripción de

los pensamientos automáticos. Lo que reside en el núcleo del sufrimiento emocional es el control de los procesos mentales y la selección de algunas ideas para pensar en ellas de manera persistente. Así pues, en lugar de identificar los problemas emocionales con los pensamientos automáticos, la TMC sostiene que los estados internos problemáticos están estrechamente relacionados con procesos de preocupación y rumiación y con estrategias infructuosas de control mental.

Al principio de mi viaje hacia la TMC, que ha durado más de 20 años, parecía que lo que se requería para avanzar en este campo era dar cuenta de los factores que controlan el pensamiento y que hacen que proliferen y amplíen los pensamientos angustiosos. Creía que eso dependía de ampliar el concepto de metacognición y su evaluación y de utilizarlo para formular el control de la atención y de los procesos mentales en el trastorno psicológico.

La metacognición, que se refiere a los factores cognitivos internos que controlan, monitorizan y evalúan el pensamiento, puede subdividirse en el conocimiento metacognitivo (por ejemplo, “Debo preocuparme para afrontar las cosas”), las experiencias (por ejemplo, la sensación de saber) y las estrategias (por ejemplo, modos de controlar los pensamientos y proteger las creencias).*

Una idea fundamental es que los factores metacognitivos son cruciales para determinar los estilos de pensamiento poco útiles que encontramos en los trastornos psicológicos y que dan lugar a las emociones negativas persistentes. En su forma “dura”, la teoría metacognitiva sugiere que las creencias o esquemas irracionales –o al menos, su persistencia e influencia– enfatizada por Albert Ellis y Aaron T. Beck en sus respectivas teorías cognitivas, son producto de las metacogniciones.

* Quisiera señalar que existen cuestiones importantes de la arquitectura cognitiva, los efectos relativos de los niveles de control atencional y cuestiones referentes a los recursos cognitivos, que si bien la teoría tiene en cuenta, se abordan en otros trabajos (Wells y Matthews, 1994, 1996). El modelo metacognitivo hace suya la investigación y la teoría en estas importantes áreas y ofrece una explicación de los efectos del sesgo y la atención en el desempeño de diferentes tareas. No obstante, esto es de interés periférico para la mayoría de los profesionales de la TMC y, en consecuencia, no se considera en detalle en este libro.

Las metacogniciones dirigen la atención, determinan el estilo de pensamiento y condicionan las respuestas de afrontamiento de un modo repetitivo que da lugar a un conocimiento disfuncional. Esta es una visión dinámica de las creencias en tanto que generadas por metacogniciones más estables, la cual implica que son las metacogniciones, y no sus consecuencias, las que deben ser modificadas por el tratamiento.

En su forma “blanda”, la teoría sugiere que las creencias metacognitivas existen junto con otras creencias almacenadas respecto del yo y el mundo, pero como entidades separadas que son responsables de controlar la cognición y utilizar otras creencias y conocimientos más generales. De este modo, si bien el tratamiento retiene el componente tradicional de desafiar las creencias, también aborda las metacogniciones que coexisten con aquellas.

Tanto en su modalidad dura como blanda, el enfoque metacognitivo tiene profundas implicaciones para el tratamiento, promoviendo estrategias que permiten a los pacientes desarrollar una nueva relación con sus pensamientos y creencias. Así pues, en lugar de cuestionar la validez de los pensamientos y creencias, como ocurre en la TCC tradicional, el terapeuta intenta modificar las metacogniciones que dan lugar a estilos inadaptados de pensamiento negativo, repetitivo y difícil de controlar. Por ejemplo, el enfoque metacognitivo para tratar el trauma asume que las creencias metacognitivas y las estrategias de control que impiden la autorregulación interna son el motivo por el cual los síntomas no remiten de manera natural. La tendencia a la preocupación o la rumiación, a centrar la atención en la amenaza y afrontarla evitando determinados pensamientos, interfiere con el proceso de adaptación normal y aboca al pensamiento sostenido sobre el peligro y la persistencia de los síntomas.

De ello se deduce que el tratamiento debe centrarse en eliminar la preocupación y la rumiación, abandonar las estrategias atencionales de monitorización de amenazas y ayudar a los individuos a experimentar los pensamientos intrusivos sin evitarlos o reaccionar

a ellos con intentos de supresión inútil, o con estrategias de pensamiento rumiativo o prolongado. Este tipo de tratamiento difiere de la TCC estándar en que no implica desafiar los pensamientos o creencias acerca del trauma, ni la exposición prolongada y repetida a los recuerdos traumáticos, puesto que se relaciona con los pensamientos de manera diferente, suprimiendo la resistencia o el análisis conceptual elaborado y suspendiendo los estilos de pensamiento inadaptados de preocupación, rumiación y monitorización inflexible de las amenazas. Aunque, en la TMC, las creencias también se ven desafiadas, el foco recae en las creencias que alberga la persona sobre la misma cognición.

En el tratamiento de la depresión, la TMC se centra en el proceso de rumiación y no en el contenido de una serie de pensamientos automáticos negativos. El tratamiento se centra en la técnica de entrenamiento en la atención para tratar de interrumpir los estilos repetitivos de pensamiento negativo y recuperar el control flexible sobre los estilos de pensamiento. Esto se combina con el desafío de las creencias metacognitivas negativas acerca de la incontrolabilidad del pensamiento depresivo, así como el desafío de las creencias positivas acerca de la necesidad de la rumiación como medio de afrontar y encontrar respuestas a los problemas de la depresión o tristeza.

Es inevitable que cada persona que se acerque a este libro tenga sus propios objetivos al leerlo y su propio estilo de procesar el material en él contenido. Este libro es un manual de tratamiento detallado y contiene técnicas terapéuticas fundamentadas teóricamente. El lector encontrará en él cronogramas de entrevistas para desarrollar formulaciones de caso, planes de tratamiento y mediciones para ayudar a la evaluación. Dado que muchas de las ideas expuestas serán nuevas, es probable que requieran experiencia en su aplicación para apreciar plenamente la naturaleza de la TMC. He tratado de omitir la mayor cantidad posible de terminología técnica, espero que sin perder la integridad científica y conceptual del enfoque TMC.

Adenda a la presente edición

Desde la primera impresión de este libro, la investigación en terapia metacognitiva no ha dejado de efectuar descubrimientos importantes. Así, por ejemplo, las creencias metacognitivas referentes a la memoria se asocian ahora con los síntomas traumáticos de manera más poderosa que las características de la memoria (Bennett y Wells, 2010). Los resultados positivos de la TCC para el trastorno obsesivo-compulsivo y la adicción al alcohol están asociados con las creencias metacognitivas (Solem, Haland, Vogel, Hansen y Wells, 2009; Spada, Caselli y Wells, 2009). El mecanismo del cambio en la psicoterapia, con independencia de la modalidad utilizada, también puede depender de factores metacognitivos. Además, las aplicaciones del modelo metacognitivo se están extendiendo a áreas como el síndrome de fatiga crónica y de salud y susceptibilidad emocional al estrés vital (Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Wells y Spada, en prensa; Yilmaz, Gencoz y Wells, en prensa). Se han publicado ensayos que demuestran la posible superioridad de la TMC sobre otros tratamientos (Wells *et al.*, 2010; Nordahl, 2009), con varios ensayos controlados a gran escala en curso. Mi esperanza es que este libro siga estimulando investigaciones de este tipo, ya que aspiramos a una mejor comprensión de las causas del sufrimiento mental y su tratamiento.

Referencias bibliográficas de la adenda

- Bennett, H. y Wells, A. (2010). "Metacognition, memory disorganization, and rumination in posttraumatic stress symptoms", *Journal of Anxiety Disorders*, 24, págs. 318-325.
- Maher-Edwards, L., Fernie, B.A., Murphy, G., Wells, A. y Spada, M.M. (en prensa). "Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome", *Journal of Psychosomatic Research*.
- Nordahl, H.M. (2009). "Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting", *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, págs. 152-159.

- Solem, S., Haland, A.T., Vogel, P.A., Hansen, B. y Wells, A. (2009). "Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention", *Behaviour Research and Therapy*, 47, págs. 310-317.
- Spada, M.M., Caselli, G. y Wells, A. (2009). "Metacognitions as a predictor of drinking status and level of alcohol consumption following TCC in problem drinkers: A prospective study", *Behaviour Research and Therapy*, 47, págs. 882-886.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. y Mendel, E. (2010). "A pilot randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 48, págs. 429-434.
- Yilmaz, A.E., Gencoz, T. y Wells, A. (en prensa). "The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study", *Journal of Anxiety Disorders*.

1 Teoría y naturaleza de la terapia metacognitiva

Los pensamientos no son lo importante; lo que importa es cómo nos relacionamos con ellos.

Si bien todos tenemos pensamientos negativos –y, a veces, creemos en ellos– no todas las personas desarrollan ansiedad, depresión o sufrimiento emocional permanente. Por eso, la pregunta importante en este sentido es la siguiente: ¿qué es lo que controla nuestros pensamientos y determina si podremos desecharlos, o nos sumiremos, por el contrario, en un distrés más profundo y prolongado?

Este libro aporta una respuesta a esta pregunta, proponiendo que son las metacogniciones las responsables del control sano o insano de la mente. Además, está basado en el principio de que no es solo *qué* pensamos, sino *cómo* pensamos, lo que determina nuestras emociones y el control que tenemos de ellas.

El pensamiento puede compararse a la actividad de una gran orquesta en la que intervienen muchos músicos e instrumentos. Para dar lugar a una interpretación aceptable debe haber una partitura y un director de orquesta. La metacognición es la partitura y el director que hay detrás del pensamiento. La metacognición es la cognición aplicada a la misma cognición y, de ese modo, monitoriza, controla y evalúa los productos y el proceso de nuestra conciencia.

El malestar emocional es, para la mayoría de nosotros, algo transitorio porque aprendemos maneras de abordar con flexibilidad las ideas negativas (es decir, los pensamientos y creencias) que elabora nuestra mente. El enfoque metacognitivo se basa en la hipótesis de que las personas permanecen atrapadas en los trastornos emocionales debido a que sus metacogniciones dan lugar a patrones particulares de respuesta ante las experiencias internas que sustentan la emoción y fortalecen las ideas negativas. Este tipo de patrones recibe el nombre de síndrome cognitivo atencional (SCA), el cual está compuesto de preocupación, rumiación, atención obsesiva y estrategias de autorregulación o conductas de afrontamiento poco útiles.

Un indicio de este patrón tóxico puede apreciarse en la respuesta de una paciente reciente. Le pregunté a esta persona: “¿Cuál es la principal cosa que ha aprendido durante la terapia metacognitiva para su depresión?”. Y ella respondió: “El auténtico problema no es que tenga pensamientos negativos sobre mí misma, sino cómo reacciono a ellos. He aprendido que estaba echando leña al fuego. No había percibido ese proceso antes”. Esta paciente descubrió que sus respuestas a los pensamientos negativos se habían convertido en un estilo inadvertido de pensamiento poco útil que reforzaba la percepción negativa que tenía de sí misma. Más adelante, en este mismo capítulo, volveremos a la naturaleza de este proceso.

La terapia metacognitiva (TMC) se basa en el principio de que la metacognición es de vital importancia para comprender de qué modo funciona la cognición y cómo genera las experiencias conscientes que tenemos de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. La metacognición modela aquello a lo que prestamos atención y los factores que penetran en nuestra conciencia. También condiciona nuestras apreciaciones e influye en el tipo de estrategias que utilizamos para regular nuestros pensamientos y sentimientos. La hipótesis expuesta e ilustrada a lo largo del presente libro propone que la metacognición constituye una influencia crucial en lo que creemos y pensamos, aportando la base de nuestras experiencias emocionales y conscientes, tanto normales como anormales.