

# **TERAPIA METACOGNITIVA**

PROYECTO EDITORIAL  
TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Director  
*Marino Pérez*



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# TERAPIA METACOGNITIVA

José Martín Salguero Noguera  
Juan Ramos Cejudo



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© José Martín Salguero Noguera  
Juan Ramos Cejudo

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9171-246-6  
Depósito Legal: M-2.677-2019

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

<i>Prólogo</i> .....	9
----------------------	---

## PARTE I

### *Orígenes y fundamentos de la terapia metacognitiva*

<b>1.</b> <i>Avances en terapia cognitiva: del contenido al proceso</i> .....	15
1.1. Breve recorrido de la terapia cognitiva .....	15
1.2. Del contenido al proceso.....	21
<b>2.</b> <i>La teoría metacognitiva</i> .....	25
2.1. La teoría de la autorregulación de la función ejecutiva .....	25
2.2. El modelo metacognitivo como aproximación transdiagnóstica .....	30

PARTE II

*El procedimiento de la terapia metacognitiva*

<b>3.</b>	<b><i>La evaluación en terapia metacognitiva</i></b> .....	37
3.1.	La formulación del caso.....	37
3.2.	El modelo metacognitivo.....	38
3.3.	Estrategias para identificar el CAS, las estrategias de regulación ineficaces y las creencias metacognitivas..	46
3.4.	Instrumentos de evaluación en terapia metacognitiva..	58
3.5.	La formulación del caso: algunos ejemplos.....	66
3.5.1.	<i>El caso de Ángela. La formulación de un caso de depresión</i> .....	66
3.5.2.	<i>El caso de Iñaki. La formulación de un caso de TOC</i> .....	68
3.5.3.	<i>El caso de Charo. La formulación de un caso desde una perspectiva transdiagnóstica</i> .....	70
<b>4.</b>	<b><i>Las técnicas de la terapia metacognitiva</i></b> .....	75
4.1.	Psicoeducación: la socialización en el modelo metacognitivo.....	76
4.2.	<i>Detached Mindfulness</i> : favoreciendo el modo metacognitivo.....	83
4.2.1.	<i>El experimento de supresión vs. DM</i> .....	86
4.2.2.	<i>Ejercicio de asociación libre</i> .....	88
4.2.3.	<i>El loop verbal</i> .....	89
4.2.4.	<i>El uso del diálogo socrático en la práctica de DM</i> ..	90
4.2.5.	<i>Posibles “peligros” de la técnica de DM</i> .....	94
4.3.	Técnica de entrenamiento atencional: desarrollando un control flexible de la atención.....	95
4.3.1.	<i>Características del ATT</i> .....	97
4.3.2.	<i>Pasos en la aplicación del ATT</i> .....	98
4.3.3.	<i>Posibles problemas en la práctica del ATT</i> .....	104
4.4.	Reestructuración cognitiva y experimentos conductuales: modificando las creencias metacognitivas.....	104

## Índice

4.4.1. <i>Reestructuración cognitiva en la terapia metacognitiva</i> .....	105
4.4.2. <i>Experimentos conductuales en la terapia metacognitiva</i> .....	111
4.5. El dinamismo en el cambio cognitivo y conductual: utilizando los experimentos conductuales y la reestructuración cognitiva.....	113
4.5.1. <i>Creencias metacognitivas negativas de incontrolabilidad</i> .....	114
4.5.2. <i>Creencias metacognitivas negativas de daño</i> .....	127
4.5.3. <i>Creencias metacognitivas positivas</i> .....	132
4.5.4. <i>Creencias metacognitivas sobre pensamientos intrusivos: la fusión pensamiento-acción</i> .....	141
4.5.5. <i>Creencias metacognitivas sobre los rituales y la señal de stop</i> .....	146
4.6. El nuevo plan de procesamiento: generando nuevas estrategias de regulación emocional.....	158
<b>5. <i>El proceso terapéutico</i></b> .....	163
5.1. El proceso terapéutico general: aplicación transdiagnóstica.....	164
5.2. El proceso terapéutico en diagnósticos específicos.....	167
5.3. Habilidades terapéuticas en la terapia metacognitiva.....	170
<b>PARTE III</b>	
<i>Eficacia, aplicaciones y desarrollos futuros</i>	
<b>6. <i>Eficacia de la terapia metacognitiva</i></b> .....	175
6.1. Evidencia de los supuestos del modelo metacognitivo.....	175
6.1.1. <i>Pensamiento repetitivo negativo</i> .....	175
6.1.2. <i>Atención centrada en la amenaza</i> .....	176
6.1.3. <i>Estrategias de regulación emocional ineficaces</i> .....	177
6.1.4. <i>Creencias metacognitivas y psicopatología</i> .....	178

6.2. Evidencias de la eficacia de la terapia metacognitiva .....	180
6.2.1. <i>Eficacia del entrenamiento atencional</i> .....	180
6.2.2. <i>Eficacia de la terapia metacognitiva</i> .....	182
<b>7. <i>Aplicaciones y desarrollos futuros</i></b> .....	187
7.1. La aplicación transdiagnóstica de la terapia metacognitiva.....	187
7.2. Hacia dónde se dirige la terapia metacognitiva.....	189
<b><i>Bibliografía seleccionada</i></b> .....	193



# 3

## *La evaluación en terapia metacognitiva*

### **3.1. La formulación del caso**

El primer paso en la terapia metacognitiva es realizar la *formulación del caso*. La *formulación del caso* se refiere al hecho de tener una hipótesis acerca de cómo se explica el problema por el que la persona demanda ayuda. Una hipótesis que dé cuenta de cómo se originó dicho problema y, principalmente, de por qué se mantiene en el tiempo. Se trata, por tanto, de establecer, de forma conjunta con cada paciente, un modelo explicativo general de su problema en el que quede claro: cuáles son las conductas-problema específicas y más relevantes, cuáles son las principales variables que estuvieron en su origen y que ahora las mantienen, qué relaciones funcionales existen entre dichas variables y qué función tienen en el contexto en que vive la persona. Esta *formulación del caso* es, por tanto, similar al análisis funcional clásico que se realiza en terapia de conducta, no obstante, la característica distintiva en la terapia metacognitiva es que esta se centra principalmente en identificar la presencia de variables metacognitivas (síndrome cognitivo-atencional o CAS, creencias metacognitivas, estrategias de regulación ineficaces) y de examinar su papel en la comprensión de cada problema.

Además de servir como una explicación del problema, la *formulación del caso* se utiliza como un punto de partida para el cambio, ¿cómo vamos a modificar algo si no entendemos ni identificamos el problema? En este sentido, permite visualizar cuáles son las variables que se deben modificar para que el problema remita y en las que la

terapia se va a centrar. Desde esta perspectiva, podemos entender la propia terapia como el “método” a través del cual queremos testar si la hipótesis del caso (la formulación) es o no acertada. Por tanto, realizar una correcta *formulación del caso* se convierte en un primer paso necesario dentro de la terapia metacognitiva. ¿Cómo hacerlo? A continuación mostraremos algunas herramientas que pueden servir de ayuda: el modelo metacognitivo, estrategias de evaluación a lo largo de la entrevista, y cuestionarios y escalas. Por último, veremos algunos ejemplos de *formulación del caso*, tanto en el caso de diagnósticos específicos como en los de comorbilidad.

### 3.2. El modelo metacognitivo

Tal y como hemos analizado en el capítulo 2, el modelo metacognitivo nos ofrece una explicación acerca de cómo se mantienen los trastornos psicológicos. No solo incluye diferentes variables psicológicas que pueden ser objeto de evaluación e intervención, sino que también nos sugiere la forma en que dichas variables se relacionan funcionalmente entre sí. Por ejemplo, parte de la hipótesis de que las personas utilizan estrategias disfuncionales como la preocupación o la rumiación porque poseen la creencia de que usar dichas estrategias es una buena forma de lidiar con sus problemas o de aliviar sus emociones negativas. Desde esta perspectiva, el modelo metacognitivo nos ofrece una guía a la hora de completar la evaluación y de realizar el análisis funcional de los problemas que sufren personas con trastornos psicológicos, esto es, a la hora de realizar la *formulación del caso*.

Como hemos explicado en el capítulo 2, el modelo metacognitivo surge como un modelo transdiagnóstico que permite explicar un amplio rango de trastornos psicológicos. No obstante, de este modelo general es posible deducir otros modelos metacognitivos más específicos que se centran en explicar determinados trastornos, como por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno obsesivo compulsivo, por citar algunos. En este sentido, a la hora de realizar la evaluación es interesante tener en cuenta el modelo metacognitivo general; no obstante, si el problema del paciente encaja con un diagnóstico específico será de gran utilidad revisar el modelo metacognitivo de dicho trastorno específico. Conocer bien la teoría nos ayudará a tener buenas prácticas.

En la figura 3.1 se muestra el modelo metacognitivo general (basado en el modelo S-REF). Como podemos observar, hay cinco elementos diferentes que se deben considerar:

1. Las variables contextuales (situación).
2. Los esquemas cognitivos.
3. Las creencias metacognitivas.
4. El CAS.
5. La respuesta emocional.

A continuación revisaremos brevemente cada uno de ellos.

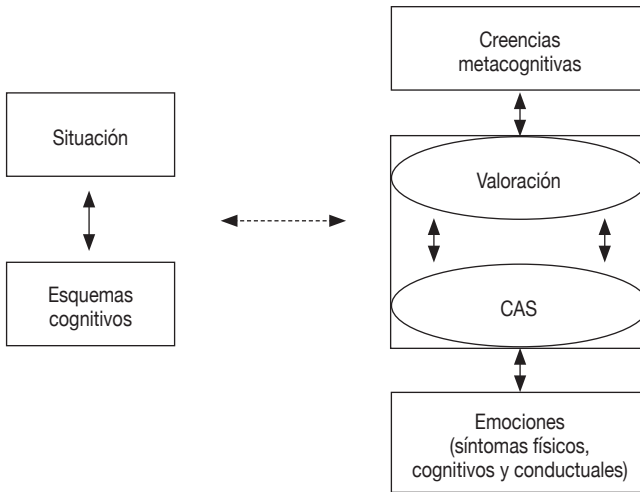


Figura 3.1. El modelo metacognitivo general. Adaptado de Wells (2009).

Como vimos en el capítulo 1, de acuerdo con el modelo cognitivo estándar, los esquemas cognitivos incluyen creencias acerca de nosotros mismos, el mundo o los demás (“soy un fracaso”, “necesito la aprobación de todos para ser una persona válida”) que se activarán ante determinadas situaciones o contextos (p. ej., ante fracasos o posibles rechazos por parte de otros). Estos esquemas darán lugar a emociones negativas y pensamientos automáticos y determinarán en parte el contenido de la preocupación o la rumiación, sin embargo

no serán los encargados de activar o mantener el patrón cognitivo-atencional del CAS. Según el modelo metacognitivo, el CAS se activa y se mantiene por el efecto de las creencias metacognitivas. En este sentido, es posible que, por ejemplo, una persona con un esquema de perfeccionismo sienta emociones de tristeza y enfado si comete un error en el trabajo, y que tenga pensamientos negativos del tipo “¿ves?, soy un fracaso” o “tengo que esforzarme más”; sin embargo, estas emociones y pensamientos no serán un problema a menos que acaben formando parte de un proceso de preocupación o rumiación propio del CAS. El que esta persona acabe poniendo en marcha dicho proceso dependerá en buena medida de que posea creencias metacognitivas positivas (“preocuparme me ayudará a solucionar mejor este problema”, “preocuparme me prepara para lo peor”) o negativas (“tengo que controlar estos pensamientos o ellos me controlarán a mí”). Serán estas creencias las que mantendrán el CAS, no solo llevando a la persona a rumiar o preocuparse, sino también manteniendo la atención en los pensamientos y emociones negativas y promoviendo la puesta en marcha de otras estrategias disfuncionales (p. ej., intentar quitarse los pensamientos de la cabeza, beber alcohol, etc.). La consecuencia final de este proceso, tal y como aparece en la figura 3.1, es la intensificación del estado emocional o la aparición de nuevas emociones negativas (acompañadas de sus síntomas físicos, cognitivos y conductuales). En este sentido, y siguiendo con el ejemplo, es posible que después de estar preocupándose por un largo rato esta persona termine sintiendo no solo tristeza y culpa sino, además, desesperación (al no poder parar su preocupación) o angustia (si sus estrategias de supresión, por ejemplo, no han tenido éxito).

Como podemos observar en la figura 3.1, el proceso se mantiene por un sistema de círculos viciosos (que se muestran en las flechas de doble dirección):

1. Un primer círculo vicioso se produce entre las creencias metacognitivas y el CAS. Así, por ejemplo, las creencias negativas (“si sigo preocupándome me volveré loco”) pueden activarse después de que la persona lleve cierto tiempo preocupándose. No obstante, estas creencias, más que aliviar la propia preocupación, acabarán intensificándola.
2. Un segundo círculo vicioso se produce en la relación entre la valoración cognitiva y el CAS. Las valoraciones cognitivas

negativas pueden influir sobre el CAS del mismo modo que el CAS puede llevar a valoraciones negativas. Pensemos, por ejemplo, en una persona con problemas de ansiedad social. Si ante una exposición en público realiza una valoración negativa del tipo “estoy demasiado nervioso”, esta valoración puede activar un proceso de atención focalizada (propio del CAS) o llevar a estrategias disfuncionales (tratar de ocultar el nerviosismo) que, a su vez, llevarán a nuevas valoraciones negativas (“esto se me va de las manos”).

3. Un tercer círculo vicioso aparece entre el CAS y la respuesta emocional. De este modo, no solo el CAS puede llevar a intensificar el estado emocional o a generar nuevas emociones negativas, sino que la experiencia de estas emociones activa nuevamente el proceso de autorregulación emocional.
4. Por último, se produce un círculo vicioso entre la situación o esquemas cognitivos y el proceso de regulación. En este sentido, hay que considerar que el propio proceso de regulación (o de falta de regulación) puede generar nuevos contextos en los que se activan los esquemas cognitivos. Si seguimos con el ejemplo de la ansiedad social, es posible que la persona, al poner atención en su ejecución social (más que en la tarea que estaba realizando) y de utilizar estrategias como intentar ocultar sus síntomas, acabe teniendo una actuación social más deficitaria. Esta ejecución social de tipo deficitaria se convierte en un nuevo contexto donde sus esquemas cognitivos pueden seguir activándose e incluso verse afianzados.

Podemos utilizar el modelo metacognitivo general como una “plantilla” que nos sirva de guía a la hora de indagar y evaluar aquellas variables metacognitivas que explican los problemas de nuestros pacientes. Por otra parte, y como exponíamos anteriormente, es posible conjugar esta versión general del modelo con otras versiones que han sido desarrolladas para explicar trastornos específicos. No es nuestra intención hacer una revisión exhaustiva de estos modelos metacognitivos específicos, pero sí mostrar algunos ejemplos (para una revisión en el caso de los trastornos emocionales, ver Wells, 2009).

Uno de los trastornos en los que el modelo metacognitivo ha tenido un mayor desarrollo ha sido el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La figura 3.2 muestra el modelo metacognitivo del TAG.

Como podemos ver, este modelo mantiene los elementos presentes en el modelo general, sin embargo los desarrolla para explicar algunos componentes específicos del TAG, como, por ejemplo, la preocupación y la metapreocupación, así como el papel concreto que desempeñan las creencias positivas y negativas a la hora de activar y mantener estos procesos.

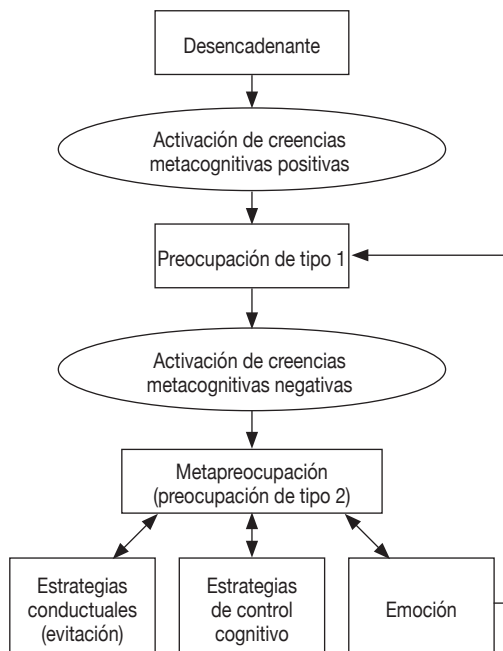


Figura 3.2. El modelo metacognitivo del TAG. Adaptado de Wells (1997).

El modelo sugiere que las personas con este trastorno tienden a utilizar la preocupación como una estrategia para manejar sus pensamientos negativos e intrusivos (p. ej., “¿y si me despiden del trabajo?”). Aunque estos son pensamientos normales que toda persona puede tener en un momento dado, se convertirán en un proceso de preocupación repetitiva si se activan las creencias metacognitivas positivas (“preocuparme me hará estar preparado si el problema ocurre”, “preocuparme me ayudará a controlar la situación”). El pro-

blema se agrava cuando las valoraciones que hace la persona de su propia preocupación son valoraciones negativas: “me estoy preocupando demasiado”, “la preocupación se me va de las manos”. Estas valoraciones se denominan metapreocupaciones (o preocupaciones de tipo 2) y, desde este modelo, son las que realmente distinguen a las personas con TAG. La aparición de estas metapreocupaciones se encuentra mediada por la activación de creencias metacognitivas negativas, referidas principalmente al hecho de que la preocupación puede ser dañina (“si sigo preocupándome así me volveré loco”) o incontrolable (“mis preocupaciones son incontrolables”). En otras palabras, la persona llegará a “engancharse” en un proceso de metapreocupación solo si posee creencias metacognitivas negativas. Por último, la metapreocupación promueve la puesta en marcha de diferentes estrategias cognitivas y conductuales ineficaces y lleva a una intensificación de la respuesta emocional. Así, tras un periodo de preocupación y metapreocupación, es posible que una persona con TAG trate de dejar de preocuparse (e intente reducir su malestar) poniendo en marcha conductas de evitación (por ejemplo, reasegurándose de que sus jefes están contentos con ella en el trabajo) o de control cognitivo (por ejemplo, a través de la supresión cognitiva), las cuales, más que aliviar el problema, mantienen la preocupación y dan lugar a nuevos pensamientos intrusivos haciendo que todo el proceso se mantenga.

El modelo metacognitivo del TAG será de gran utilidad en aquellos casos en que el problema de nuestros pacientes sea consistente con un diagnóstico de TAG, o cuando la preocupación y la metapreocupación sean conductas-problema relevantes para explicar el problema de una persona.

Otro trastorno para el que se ha desarrollado un modelo metacognitivo específico es el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (figura 3.3). Nuevamente, este modelo es una versión más concreta del modelo general, pero pone el acento en explicar las variables más relevantes de este trastorno, esto es, las obsesiones y las compulsiones. En este sentido, es de destacar la implicación de creencias metacognitivas no solo sobre las propias intrusiones, sino también sobre las compulsiones. Desde el modelo metacognitivo del TOC, las personas con este trastorno activan sus creencias metacognitivas ante diferentes desencadenantes, que pueden ser un pensamiento intrusivo, una emoción negativa o incluso el impulso de hacer

algo. Estas metacreencias adoptan la forma de “fusión pensamiento-acción”, esto es, creer que el hecho de tener un pensamiento (o un impulso) posee en sí mismo un significado relevante, ya sea por creer que al haberlo tenido es más probable que ocurra (“si pienso que mi marido puede tener un accidente de coche, es más probable que lo tenga”) o por creer que pensar algo inmoral es tan inmoral como hacerlo (“pensar que quiero pegar a alguien es tan malo como hacerlo”). La activación de estas metacreencias lleva a valoraciones amenazantes sobre los pensamientos intrusivos (o impulsos), las cuales acaban intensificando la respuesta emocional y generando nuevas emociones (p. ej., culpa).

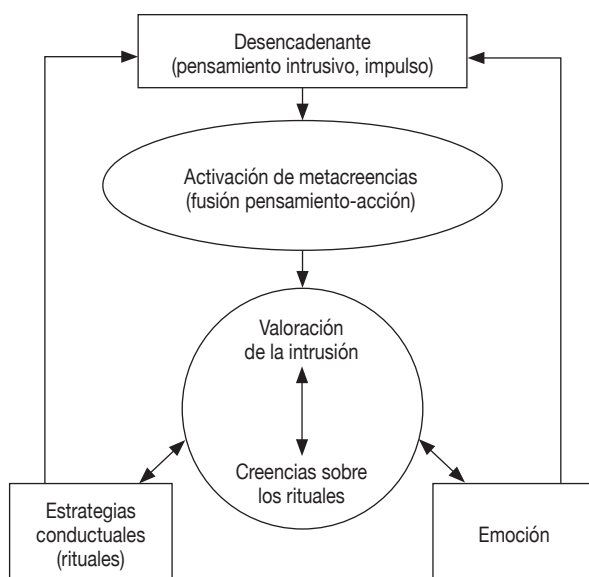


Figura 3.3. El modelo metacognitivo del TOC. Adaptado de Wells (1997).

Por otra parte, un aspecto relevante del modelo metacognitivo del TOC es que predice que, junto a dichas valoraciones amenazantes, se activarán nuevas creencias metacognitivas, en este caso acerca de los rituales. Las creencias sobre los rituales incluyen “reglas” acerca de cómo manejar la amenaza que suponen los pensamientos intrusivos o



impulsos, bien sea controlando la forma de pensar (“si imagino a mi marido a salvo no le ocurrirá nada”), la forma de comportarse (“comprobar que los frenos del coche funcionan bien”) o la forma de sentirse (“tengo que calmarme o acabaré pegándole o haciéndole daño”). Como vemos, estas creencias acerca de los rituales suponen un “plan de actuación” que se pone en marcha para controlar los pensamientos intrusivos (o impulsos); sin embargo, este plan no produce los efectos deseados, sino que hace que dichos pensamientos estén más claros en nuestra conciencia, además de producir un empeoramiento del estado emocional.

Otro problema destacable con respecto a los rituales es la “señal de *stop*”. Puesto que los rituales dependen de las creencias metacognitivas y no de estímulos objetivos, para las personas con TOC resulta difícil saber cuándo un ritual se ha ejecutado lo suficiente (cuándo pueden parar). Por ejemplo, ¿cuándo puede saber una persona que ha comprobado lo suficiente si la puerta de casa está cerrada? Una opción que utilizan las personas con TOC es confiar en una señal interoceptiva, o “señal de *stop*”. Por ejemplo, “comprobar la puerta hasta que deje de sentir ansiedad” o “comprobar que el coche está bien hasta que me sienta seguro”. El problema de estas señales es que son poco fiables (“¿cuándo sé que estoy lo suficientemente seguro?”) y que mantienen las intrusiones y el malestar, generando un nuevo círculo vicioso.

Si revisamos el modelo metacognitivo del TOC de la figura 3.3, veremos cómo el hecho de activar las creencias metacognitivas sobre los pensamientos y sobre los rituales llevará a estrategias de regulación ineficaces y a una intensificación del malestar emocional que mantiene los pensamientos intrusivos. Se genera, por tanto, un bucle cuyo resultado es que la persona no llega a reconocer que los pensamientos intrusivos (o los impulsos) son solo eventos que suceden en su mente y que, por sí mismos, no son peligrosos, no tienen ningún “poder”.

Tanto el modelo metacognitivo general como los modelos más específicos son una guía útil a la hora de realizar la formulación del caso y obtener una explicación del problema de cada paciente. Tenerlos en mente a la hora de realizar la evaluación será de gran ayuda. Pero ¿cómo indagar a lo largo de la entrevista si estas variables metacognitivas están o no presentes? En el siguiente apartado mostraremos algunas estrategias que pueden ser de utilidad.

### **3.3. Estrategias para identificar el CAS, las estrategias de regulación ineficaces y las creencias metacognitivas**

Un aspecto relevante a la hora de evaluar las variables metacognitivas es la necesidad de cambiar el foco desde el contenido de los pensamientos, esquemas cognitivos y la sintomatología (donde suele centrarse la terapia cognitiva estándar) a los procesos de pensamiento y las estrategias disfuncionales (donde pone énfasis la terapia metacognitiva). En la terapia metacognitiva, el único contenido que se tratará de explorar (y que más tarde será objeto de intervención) es el de las creencias metacognitivas. Este cambio de foco no siempre es fácil, no en vano es una de las principales dificultades de los terapeutas que comienzan a practicar la terapia metacognitiva.

Para detectar el CAS, un primer paso es tener claro qué es y cuáles son sus componentes. Cabe recordar aquí que el CAS hace referencia a un patrón cognitivo y atencional en el que el estilo de pensamiento de la persona está basado en una cadena de pensamientos repetitivos negativos (que adoptan la forma de preocupación y/o rumiación) y la atención suele ser autofocalizada o centrada en el monitoreo de estímulos amenazantes (cuadro 3.1).

Nuestro objetivo en la evaluación será identificar si la persona pone en marcha este patrón cognitivo-atencional, si la presencia del CAS se asocia a su problema y, si es así, cómo se da este proceso en cada caso concreto. En este sentido, una estrategia útil para identificar el CAS es tratar de cuantificarlo, operativizarlo. Veamos algunas preguntas que podemos utilizar para ello:

- ¿Cómo empezó todo? ¿Recuerdas lo que pensaste o cómo te sentías justo antes de que tu estado de ánimo empeorase?  
(Para identificar el desencadenante del CAS.)
- ¿Recuerdas qué hiciste para manejar tu sensación de tristeza?  
¿Cómo sueles responder cuando tienes esos pensamientos negativos?  
(Para identificar el comienzo del CAS.)
- ¿Cuánto tiempo estuviste dando vueltas a la cabeza? ¿Qué porcentaje del día dirías que estás preocupándote o rumiando?

Cuadro 3.1. Componentes del CAS

	<i>Definición</i>	<i>Ejemplos</i>
<i>Preocupación</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cadena de pensamientos repetitivos cargados de afecto negativo, orientados a futuras amenazas y que se viven como incontrolables</li> <li>– Se asocia principalmente a estados de ansiedad</li> <li>– Suelen tomar forma de “¿y si?”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– “¿Y si me despiden del trabajo?”</li> <li>– “¿Qué pasaría si mi pareja me deja?”</li> <li>– “No podría soportarlo si me detectan una enfermedad grave”</li> </ul>
<i>Rumiación</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cadena de pensamientos repetitivos cargados de afecto negativo, focalizados en el estado emocional actual y en descubrir sus posibles causas y consecuencias, o en metas relevantes que aún no se han alcanzado</li> <li>– Se asocia principalmente a estados de tristeza o depresión</li> <li>– Suele tomar la forma de “¿por qué?”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– “¿Por qué me siento tan triste? No tengo motivos para estar así”</li> <li>– “No puedo creer lo que ha pasado, ¿por qué siempre estamos peleando? Quizás no deberíamos seguir juntos”</li> <li>– “¿Por qué no soy capaz de hacer las cosas mejor?”</li> </ul>
<i>Atención auto-focalizada</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Proceso de centrar la atención de manera sostenida en uno mismo, ya sea sobre los propios pensamientos, sentimientos y/o síntomas físicos</li> <li>– Se asocia a la sensación de que nuestra atención está principalmente dentro de nosotros mismos, más que en eventos externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuando la persona parece que está “ausente” de la conversación</li> <li>– Cuando no escucha ni atiende a lo que se le dice.</li> <li>– Cuando le cuesta seguir “el hilo” de lo que ocurre, ya sea un libro, una película, una tarea, etc.</li> </ul>
<i>Monitoreo de estímulos amenazantes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En este caso, la atención queda “atrapada”, aunque no necesariamente en uno mismo, sino en los estímulos que son amenazantes para la persona. Estos estímulos pueden ser externos (p. ej., una araña) o, más usualmente, internos (p. ej., la propia ejecución social)</li> <li>– En este caso, se usa la atención para monitorear y chequear dichos estímulos, esto es, como una forma de evitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Chequear el latido cardíaco para comprobar el estado de ansiedad</li> <li>– Analizar constantemente cómo está siendo la ejecución social cuando se habla en público</li> <li>– Chequear el estado emocional al levantarse para comprobar si se sigue deprimido</li> </ul>

## *Parte II. El procedimiento de la terapia metacognitiva*

- Durante el tiempo que estuviste preocupándote, ¿en qué medida crees que tu atención estaba en tu preocupación más que en otras cosas (p. ej., lo que estabas haciendo en aquel momento)?
- ¿Con qué frecuencia sueles responder a tus momentos de estrés preocupándote o rumiando?
- Cuando comienzas a rumiar, ¿a veces tienes la sensación de que tu atención se queda como atrapada en ti mismo?
- ¿Sueles prestar mucha atención a cómo te sientes? ¿Es como si te estuvieses chequeando? ¿Cuánto tiempo al día crees que pasas chequeando tu cabeza, o tus sentimientos?  
(Para cuantificar el propio proceso de CAS.)

Con estas preguntas, el terapeuta trata de identificar cuáles fueron los desencadenantes del CAS, cómo comienza el proceso y cuáles son sus principales características (cuánto dura, con qué frecuencia aparece, etc.). El siguiente diálogo terapeuta-paciente trata de ilustrar cómo es posible usar algunas de estas preguntas a lo largo de la evaluación.

PACIENTE: El último periodo en que he estado muy deprimida ha sido estos últimos días, sobre todo desde el último fin de semana.

TERAPEUTA: ¿Ha pasado algo este fin de semana que te hiciera sentirte deprimida?

PACIENTE: No, eso es lo que no entiendo, todo sigue igual en mi vida, no tengo motivos para estar triste. Pero me siento así, y me cuesta dejar de sentirme así.

TERAPEUTA: Vamos a intentar hacer un poco de memoria. ¿Recuerdas cuándo empezaste a sentirte peor este fin de semana? ¿Qué estabas haciendo, con quién estabas...?

PACIENTE: Empecé a estar peor el viernes, cuando llegué a casa después de cenar con Ana y Álvaro, mis amigos. Son una pareja perfecta, se entienden y se ve que se quieren. Yo nunca tendré eso.

TERAPEUTA: ¿Es eso lo que pensaste?

PACIENTE: Sí, lo pienso muchas veces. Todas mis relaciones han salido mal. Quizás es que no valgo para tener pareja, o que algo no funciona bien en mí.

TERAPEUTA: ¿Dirías que ese pensamiento, “yo nunca tendré una pareja”, fue el desencadenante de que te empezaras a sentir mal?

PACIENTE: Sí, puede ser, no es la primera vez que me ocurre. Suelo pensar eso cuando veo a otras personas que sí consiguen estar bien en pareja.

TERAPEUTA: ¿Y qué sueles hacer para manejar ese pensamiento? ¿Qué hiciste el pasado viernes?

PACIENTE: Empiezo a darle vueltas a la cabeza. Quizás para entender bien qué ocurre, por qué no soy capaz de estar con alguien, por qué me siento tan sola.

TERAPEUTA: ¿Cuánto tiempo estuviste haciendo eso, “dándole vueltas a la cabeza”?

PACIENTE: Toda la noche. Me puse a leer para tratar de distraerme, pero creo que no fui capaz de pasar de la misma página.

TERAPEUTA: ¿Dirías que cuando estás “dando vueltas a tu cabeza” es como si tu atención se quedara atrapada en ti misma?

PACIENTE: Justo eso, es como si me encerrase en mí misma.

TERAPEUTA: Y después de todo ese tiempo, ¿cómo te sentiste?

PACIENTE: Cansada, muy triste y muy sola. Además, me costó bastante trabajo quedarme dormida. A veces parece que cuando empiezo a dar vueltas a la cabeza, ya no puedo parar.

Un aspecto destacable de este diálogo es que el terapeuta se centra en detectar el CAS como un proceso, sin interesarse en gran medida por el contenido de los pensamientos negativos que tiene la paciente. En este sentido, no trata de indagar cuáles son los pensamientos, en qué grado la paciente cree en ellos o cuál es el significado que se da a la situación (elementos usuales en la terapia cognitiva estándar). Lo relevante en la terapia metacognitiva es la forma en que la paciente respondió a su pensamiento negativo y su emoción inicial de tristeza. Como apuntábamos anteriormente, este cambio desde el contenido al proceso será relevante en todo el proceso de la terapia metacognitiva.

Una vez identificado el CAS, otro aspecto relevante que se deberá evaluar será la presencia de estrategias de regulación ineficaces. Es importante tener en cuenta que, si bien el modelo metacognitivo general que presentamos en la figura 3.1 incluye estas estrategias dentro del propio CAS, como una forma de simplificación, merece la pena considerarlas de forma separada al CAS tanto en la evaluación como en la intervención. De nuevo, un primer paso es tener claro a qué tipo de estrategias nos estamos refiriendo. En este sentido, entenderemos

por estrategias de regulación ineficaces aquellas estrategias cognitivas y/o conductuales que la persona pone en marcha como un intento de controlar el CAS o su estado emocional, pero, en vez de conseguir tal objetivo, acaban manteniendo todo el proceso. El cuadro 3.2 muestra algunos ejemplos.

Cuadro 3.2. Estrategias de regulación ineficaces

	<i>Definición</i>	<i>Ejemplos</i>
<i>Supresión cognitiva</i>	Intentos de eliminar o tratar de evitar la aparición de pensamientos, ya sean pensamientos intrusivos o los pensamientos propios de un proceso de preocupación o rumiación, así como de imágenes (p. ej., imágenes intrusivas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– “Deja de pensar en eso”</li> <li>– “Tengo que quitar estos pensamientos de mi cabeza”</li> <li>– “Tengo que parar, no pienses más en esto”</li> </ul>
<i>Supresión emocional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intentos de dejar de sentirse de un modo determinado (principalmente ante emociones negativas como ansiedad o tristeza)</li> <li>– Intentos de evitar expresar emociones negativas, o evitar que los demás noten estas emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– “Tengo que quitarme este malestar cuanto antes”</li> <li>– “No puedo mostrarme triste ante mi familia”</li> <li>– “Tengo que controlar mi ansiedad si hablo en público, o los demás lo notarán”</li> </ul>
<i>Evitación activa</i>	Conductas que se ponen en marcha para dejar de sentir emociones desagradables o como forma de controlar el CAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conductas de reaseguración</li> <li>– Compulsiones en forma de rituales</li> <li>– Conductas de seguridad</li> <li>– Consumo de sustancias</li> </ul>
<i>Evitación pasiva</i>	Evitación de situaciones desagradables, amenazantes o en las que se prevé que se puede pasar mal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dejar de hacer actividades cotidianas</li> <li>– No acudir a reuniones sociales (p. ej., con amigos) para que no me vean triste</li> </ul>