

GACETA

SO
DE
PSI

JUNIO 2021

Metacognición e intervenciones psicoterapéuticas en Esquizofrenia

Sergio Vergara Ramírez

(Rev GPU 2021; 17; 1: 23-37)

Metacognición e intervenciones psicoterapéuticas en Esquizofrenia ¹

Palabras clave: Metacognición, Psicoterapia, Esquizofrenia.

(Rev GPU 2021; 17; 1: 23-37)

Sergio Vergara Ramírez ^{2, 3}

La experiencia subjetiva de fragmentación que padecen las personas con Esquizofrenia, da cuenta de la sintomatología e importante compromiso del funcionamiento social de estos usuarios. La Metacognición, o capacidad de monitorear los estados mentales propios y de los demás, constituye un modo de acercarse a la valoración de dicha experiencia de fragmentación. Los déficits metacognitivos en Esquizofrenia se han relacionado con alteraciones neurocognitivas, sintomatología, baja capacidad de insight, una menor alianza terapéutica y pobre funcionamiento social. Los aspectos sintéticos de la metacognición se refieren a las representaciones mentales más complejas e integradas de esta capacidad, que permiten al sujeto dar sentido a las experiencias internas y ajenas. El abordaje terapéutico de los déficits metacognitivos ha sido el objetivo de intervenciones psicoterapéuticas integrativas que promueven la rehabilitación de personas afectadas por Esquizofrenia. Este trabajo revisa los aportes del cognitivismo italiano, de la Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis (MIT-P), la Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) y el Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la Metacognición (MOSST) en el manejo de los déficits metacognitivos en Esquizofrenia, específicamente los aspectos sintéticos de la metacognición. Se discuten sus similitudes, diferencias y de qué modo pudieran integrarse en el tratamiento rehabilitador de las personas con Esquizofrenia.

¹ Fecha de recepción: 3/9/2020. Fecha de aceptación: 27/3/2021.

² Médico Psiquiatra. Universidad Católica del Maule, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Clínicas, Talca, Chile.

³ Hospital Regional de Talca, Servicio de Psiquiatría, Talca, Chile.

Introducción

Cuando Bleuler acuñó el término Esquizofrenia, planteó que este trastorno es en parte el resultado de una interrupción de los procesos asociativos necesarios para formar ideas integradas sobre sí mismo y los demás que estarían a la base de la actividad humana más compleja y significativa, en que la persona y el mundo externo pierden referencia y naturalidad (Bleuler, 2011). En otras palabras, quienes padecen Esquizofrenia presentan importantes dificultades en darse cuenta de los estados mentales propios y de los demás, utilizándose el término metacognición para designar la habilidad de representarse dichos estados mentales (Lysaker et al., 2014c). Flavell (1979) definió genéricamente metacognición como “cognición de la cognición”, incorporándose en la literatura psicológica con el estudio de los procesos de memoria (Martí, 1995). Posteriormente, Semerari (2002a) introduce el término en el campo de los trastornos de la personalidad y otros cuadros graves. Para Semerari, metacognición se refiere al aspecto del procesamiento de la información que monitorea, interpreta, evalúa y regula los contenidos y procesos de su organización (Semerari, 2003). En el terreno de las psicosis, Lysaker y Dimaggio (2014a) se han enfocado en las representaciones más complejas de la metacognición, y la definen como la capacidad necesaria para formar, revisar y reformular ideas de lo que es creído, sentido, soñado, temido, aparentado o pretendido, tanto por uno mismo como por otros (Lysaker y Dimaggio, 2014b). De acuerdo con esto, se ha considerado que la metacognición puede incluir actividades mentales que implican el conocimiento de aspectos singulares llamadas actividades metacognitivas discretas, y actividades que forman representaciones mentales más complejas e integradas de sí mismo y otros también denominadas actividades metacognitivas sintéticas. Las últimas permiten a los sujetos dar sentido a las experiencias internas y ajenas, siendo consideradas un pilar esencial para el crecimiento personal y la

base para enfrentar conflictos interpersonales y demandas del mundo exterior (Lysaker, Buck y Hamm, 2016).

Las definiciones expuestas conciben la metacognición como el despliegue de *funciones metacognitivas* y debe distinguirse de otro paradigma que usa este término de acuerdo a una perspectiva diferente, descrita por Adrian Wells, que pone énfasis en los contenidos *metacognitivos* (Salvatore, Dimaggio, Ottavi y Popolo, 2017). Por otra parte, metacognición presenta similitudes y diferencias con otros conceptos que también definen los pensamientos que las personas poseen de sí mismos y otros. Se superpone con neurocognición, en el sentido de que la capacidad de comprender estados mentales e integrarlos se construye tomando como base funciones neurocognitivas tales como atención, memoria y funciones ejecutivas. Sin embargo, las funciones metacognitivas implican la integración de aspectos sintéticos o complejos de la experiencia que van más allá de la recolección de información y juicios sobre eventos y pruebas neurocognitivas concretas o específicas (Rebolleda, 2020). En el caso de la cognición social, esta se preocupa más bien de la precisión o exactitud con que los eventos sociales son interpretados por el sujeto, mientras metacognición se centra en la habilidad o capacidad con que la tarea se lleva a cabo al margen de si se considera correcta o no la interpretación por parte del sujeto (Rebolleda, 2020). Por último, se diferencia de mentalización en que esta vincula esencialmente el desarrollo de las funciones reflexivas a partir de los patrones de apego. En lo que respecta a metacognición, esta relación no es exclusiva y se asocia a otros sistemas motivacionales (Dimaggio y Lysaker, 2015). Además, es concebida dentro de un modelo modular, es decir la capacidad metacognitiva global sería la suma de sus subescalas metacognitivas (Lysaker et al., 2019).

Sobre la evaluación de la metacognición, se considera la valoración del grado de integración de las experiencias y estados mentales,

abarcando un rango que va desde la desintegración a las actividades metacognitivas sintéticas o complejas. Un instrumento que cumple con estas características es la Metacognitive Assessment Scale - Abbreviated, o MAS-A de su sigla en inglés (Lysaker et al., 2005). Esta escala establece una capacidad metacognitiva global conformada por cuatro dominios metacognitivos: Autorreflexividad o habilidad para tomar conciencia de los estados mentales propios; *Comprensión de la mente de Otros*, entendida como la habilidad para pensar acerca de los estados mentales de los demás; *Descentración* o capacidad de adoptar una perspectiva no egocéntrica y así poder interpretar los acontecimientos sin ligarlos estrictamente a nosotros y finalmente, *Maestría*, la habilidad para establecer estrategias útiles que permitan lidiar y resolver conflictos psicológicos o la angustia relacionada con ellos (Lysaker et al., 2016). Los dominios a su vez presentan subfunciones, las que expresan niveles progresivamente más complejos de esa capacidad evaluada, organizadas jerárquicamente (Carcione y Falcone, 2002, Semerari et al., 2003).

En relación a las capacidades metacognitivas en Esquizofrenia, estas son menores al ser comparadas con la población general y los afectados por otros trastornos de salud mental (Tas, Brown, Aydemir, Brüne y Lysaker, 2014, Lysaker et al., 2018b, Inchausti, Ortuño-Sierra, García-Poveda y Ballesteros-Prados, 2017b, Popolo et al., 2017). Hay evidencia creciente sobre la asociación de déficits metacognitivos con mayor gravedad sintomática, principalmente síntomas negativos y de desorganización en Esquizofrenia de larga data (Hamm et al., 2012) y en primer episodio psicótico (MacBeth et al., 2014, Vohs et al., 2014, Trauelsen et al., 2016, Vergara y León, 2020b). Además, metacognición ha demostrado ser factor de riesgo para la aparición de síntomas negativos tras seis meses de seguimiento (Hamm et al., 2012). Por otra parte, se ha documentado la relación de déficits metacognitivos en Esquizofrenia con alteraciones

neurocognitivas (Lysaker et al., 2005, Nicolò et al., 2012), baja capacidad de insight (Vohs, George, Leonhardt y Lysaker, 2016, Vergara, Hernández y Manríquez, 2020a), sacar conclusiones apresuradamente (Buck, Warman, Huddy y Lysaker, 2012), menor alianza terapéutica (Davis, Eicher y Lysaker, 2011) y menor funcionamiento social de manera directa (Lysaker et al., 2010a, Lysaker et al., 2011) e indirectamente (Lysaker et al., 2010c).

Los déficits metacognitivos y las narrativas escasamente articuladas en sujetos con Esquizofrenia se han vinculado al desarrollo de una empobrecida experiencia de sí mismo, impactando en la calidad de vida de estas personas (Lysaker, Glynn, Wilkniss y Silverstein, 2010b). Los pacientes al carecer de las habilidades para comprender los estados mentales propios y ajenos, presentan serias dificultades para asociar los hechos cotidianos con el pasado o prever un futuro. De este modo, los déficits metacognitivos conllevan una pérdida del sentido de identidad personal, una profunda desmoralización y pérdida global de significado. Así, las personas con Esquizofrenia presentan un menor funcionamiento global no solo por deterioro neurocognitivo y síntomas, sino también por importantes alteraciones en la capacidad de interpretar y dar sentido a los desafíos de la vida cotidiana (Lysaker et al., 2016, Vergara y León, 2020b). De acuerdo a los hallazgos descritos arriba, el interés por desarrollar tratamientos para promover capacidades metacognitivas en sujetos con Esquizofrenia ha crecido en la última década (Vergara, 2018). Si los déficits metacognitivos son uno de los aspectos vinculados a la fragmentación que se encuentra a la base en Esquizofrenia, entonces el desarrollo de intervenciones psicosociales que aborden estos déficits podría representar un importante avance en nuestra comprensión de cómo tratar los factores proximales y maleables asociados a este trastorno (Lysaker et al., 2019). En esta línea, y considerando lo señalado por Lysaker y Roe (2012), la recuperación en los pacientes

con Esquizofrenia va más allá de la remisión de síntomas o el logro de hitos psicosociales, debe contemplar el recobrar un sentido de identidad y agencia en el sujeto, para lo cual se hace necesario integrar estrategias psicoterapéuticas y rehabilitadoras. El objetivo de este trabajo es revisar los aportes de diversas intervenciones psicoterapéuticas que promueven el desarrollo de actividades metacognitivas sintéticas en Esquizofrenia, enfocadas a la recuperación de dichos usuarios.

Aportes del Cognitismo italiano

Un elemento esencial y previo al abordaje del bajo funcionamiento metacognitivo del paciente lo constituye la relación terapéutica, la cual influye en el despliegue de habilidades metacognitivas que permiten al paciente realizar operaciones terapéuticas que de otro modo serían crónicamente deficitarias. Por otro lado, los déficits metacognitivos que la relación terapéutica compensa son precisamente el mayor obstáculo para construir dicha relación (Semerari, 2002b). En la regulación de la relación terapéutica se pueden considerar las técnicas estándar de la terapia cognitiva, que constituyen una especie de ejercicio para el desarrollo de las capacidades metacognitivas de pacientes con trastornos graves de salud mental. Desde esta perspectiva se utilizan las técnicas cognitivas, pero metacognitivamente orientadas a promover la regulación de la alianza a través del empirismo colaborativo, la experiencia correctora, la disciplina interior del terapeuta, y la construcción y señalización de la participación. En otras palabras, es necesario abordar primero la relación terapéutica y los déficits metacognitivos, para posteriormente enfocarse en los contenidos problemáticos de los pacientes con psicosis. En estos usuarios se debe considerar un aumento en los plazos del tratamiento, la atención a la relación terapéutica como contexto privilegiado de cambio y una adaptación de los aspectos técnicos a los niveles

de funcionamiento metacognitivo del paciente acentuando el concretismo y simplicidad de la terapia (Semerari, 2002a).

En los niveles metacognitivos más bajos de Autorreflexividad se debe evitar la confrontación lógica directa de las ideas delirantes, solo en etapas posteriores puede ser apropiado acompañar al paciente en la formulación de una o más interpretaciones alternativas de los acontecimientos examinados, lo cual se puede facilitar si el terapeuta se dirige a los aspectos menos importantes y más recientes en la vida de la persona con Esquizofrenia. Posteriormente, cuando se requiera estimular subfunciones autorreflexivas de identificación de operaciones cognitivas y emociones se aplica el modelo ABC, en el cual se identifican los acontecimientos desencadenantes (A), los pensamientos preverbales (B) y las emociones y conductas (C), en sesión o con la ayuda de tareas de autorregistro.

Para promover habilidades metacognitivas de Comprensión de la mente ajena y Descenramiento, el terapeuta puede sugerir la consideración de hipótesis alternativas de lectura de los acontecimientos, ayudándose del descubrimiento guiado, diálogo socrático, de la invitación a los pacientes a realizar experimentos conductuales y juego de roles, que les permitan desconfiar algunas ideas sobre los demás (Lalla, 2002). Otro procedimiento técnico específico dirigido a favorecer el Descenramiento es el de "diseño del espacio mental". Este consiste en graficar de modo progresivo qué proporción ocupa el paciente en la mente de otros en relación al resto de actividades e intereses de la otra persona (Semerari, 2002a).

En el caso de las estrategias dirigidas a promover las capacidades metacognitivas de Maestría, Lalla (2002) señala la relevancia de intervenciones preliminares de normalización y explicación de las experiencias psicóticas de los pacientes con el fin de reducir la ansiedad

de estos con respecto a sus síntomas y de este modo disminuir el efecto amplificador que ejercen al respecto. Se comienza ayudando al usuario a formular los términos de un problema simple y a prever las condiciones de su aparición. En ese momento es posible que el paciente pueda trabajar el despliegue de estrategias pasivas o de primer nivel como ejercicios de respiración y relajación, y el uso de flash cards. Estas últimas son de utilidad no solo por sus contenidos sino también porque permiten evocar las figuras de apego con un objeto que funciona de estímulo mnésico, desempeñando un papel sustitutivo de una capacidad todavía no desarrollada (Lalla, 2002, Semerari, 2002a). Logradas las estrategias de primer nivel se pasa a las de segundo nivel, las que permiten a los sujetos afrontar sus problemas a través de autoinstrucciones o autoimposiciones comportamentales. Por ejemplo, en el caso de pacientes con alucinaciones auditivas se trata de exhortar al usuario a que dirija su atención hacia estímulos externos, poner en marcha técnicas de distracción como leer en voz alta o escuchar música. La reducción del sufrimiento ante la presencia de tales alteraciones sensorio-perceptivas también refuerza el sentimiento de autoeficacia al enfrentarse con ellas (Lalla, 2002).

Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis (MIT-P)

La Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis, MIT-P de su sigla en inglés, es la adaptación de una psicoterapia desarrollada para el abordaje de los trastornos de personalidad (MIT), basada en la idea de que los esquemas desadaptativos interpersonales y déficits metacognitivos son una barrera para el desarrollo de las propias metas y para lidiar con los desafíos de la cotidianidad (Lysaker, Gagen, Moritz y Schweitzer, 2018a). En este modelo, Salvatore et al. (2012a) postulan que las ideas delirantes emergen de la interacción de factores emocionales, cognitivos y sociales. Así, estos delirios son gatillados en el contexto de intercambios

intersubjetivos estresantes para los pacientes en que interaccionan: dificultades en adoptar una perspectiva empática en la comprensión pragmática de la mente ajena, una representación de sí mismo como vulnerable o subordinado y del otro como dominante o amenazante, y de una hiperactivación del sistema miedo/autoprotección cuando la persona percibe el peligro. Desde esta mirada, los síntomas positivos podrían ser un obstáculo para el desarrollo de funciones metacognitivas y viceversa (Salvatore et al., 2012a, Salvatore et al., 2017). La MIT-P adopta un procedimiento manualizado con reglas de transición precisas que orientan a los clínicos a decidir cuándo dar el paso siguiente. El principal marcador que guía al terapeuta en el procedimiento y tránsito de un paso de intervención al siguiente, es el nivel de capacidad metacognitiva desplegado en esos instantes por el usuario. En este sentido, la acción del terapeuta siempre debe ser congruente con la capacidad metacognitiva del paciente para comprender estados mentales y darles sentido, con el fin de que las intervenciones sean efectivas. Así, la terapia debe ser entendida como una “fisioterapia” para las funciones metacognitivas, siempre prestando atención a la calidad de la relación terapéutica. Conceptualmente, la descripción general del procedimiento de la terapia considera tres bloques: a) intervenciones sobre la relación, que incluyen operaciones básicas que se llevarán a cabo al comienzo de cada sesión y operaciones que deben implementarse con la máxima prioridad cuando la relación se vea amenazada; b) una “rama derecha” del árbol de decisión que abarca las intervenciones del terapeuta sobre el sufrimiento subjetivo del paciente, causado por síntomas activos y graves cuando este no puede recordar narrativamente los contextos y eventos que han activado dicho sufrimiento; por lo tanto, el terapeuta no trabaja en la causa de los síntomas sino en el sufrimiento causado por estos; y c) una “rama izquierda” que contiene las intervenciones destinadas a promover la exploración y el intercambio de significados cuando

el paciente logra narrar los contextos activadores de los estados de sufrimiento y síntomas (Salvatore et al., 2017). Al inicio, la terapia busca promover respuestas empáticas por parte del terapeuta al sufrimiento del usuario producido por los síntomas, normalizando el dolor percibido por los usuarios y promoviendo Maestría para el abordaje de los desafíos interpersonales. Los terapeutas deben elicitar episodios narrativos en que los síntomas aparecen, promoviendo el entendimiento de la relación entre el distrés emocional y la sintomatología psicótica, y posteriormente explorar cómo los esquemas interpersonales desadaptativos podrían gatillar la aparición de síntomas positivos. Finalmente, los pacientes podrán utilizar esta mayor conciencia de sus estados mentales o capacidad metacognitiva para responder a la presencia de los síntomas (Lysaker et al., 2018a). Dentro de la evidencia que respalda MIT-P se ha reportado aumento de capacidades metacognitivas en dos casos de Esquizofrenia paranoide (Salvatore et al., 2009, Salvatore et al., 2014) y aumento de capacidades metacognitivas e insight clínico en una mujer de 31 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia (Salvatore et al., 2012b). Además, se ha descrito aumento en las capacidades metacognitivas y reducción de la sintomatología positiva en un varón con diagnóstico de Esquizofrenia primer episodio con predominio de alucinaciones auditivas (Salvatore et al. 2016), y aumento en el funcionamiento metacognitivo con reducción de la sintomatología positiva en Esquizofrenia paranoide con predominio de ideas delirantes de tipo persecutorio (Salvatore et al., 2018).

Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT)

La Metacognitive Reflection and Insight Therapy (Lysaker y Klion, 2018c), es un tipo de psicoterapia integrativa que se enfoca en los aspectos subjetivos de la recuperación permitiendo a los usuarios hacer sentido de las experiencias y manejar de modo más efectivo

los desafíos que enfrentan a través de la estimulación de sus capacidades metacognitivas (Lysaker et al., 2020). MERIT considera que la recuperación de una enfermedad mental severa es posible en términos funcionales, siendo los pacientes agentes activos en su propio proceso en todas las fases de la enfermedad (Lysaker et al., 2014a). Desde este modelo, la metacognición es una actividad humana eminentemente intersubjetiva en que las ideas sobre sí mismo y los demás son generadas siempre con alguien en la mente, con quien se pueda compartir ideas o verse influenciado por ellas. Por lo tanto, la génesis del sentido otorgado a las experiencias es social, no son predeterminados ni enseñados por un profesional y se construye facilitado por el terapeuta. Así, la naturaleza interpersonal de la terapia se dirige al abordaje de los déficits metacognitivos, teniendo un enfoque hacia la recuperación y no hacia el manejo de síntomas, orientada a la construcción de sentido para una vida que valga la pena ser vivida por ellos (Lysaker et al., 2020). El rol del terapeuta es el de un consultor y no el de una persona que prescribe o tiene todas las respuestas. Se estima que las experiencias de los usuarios con Esquizofrenia pueden ser comprendidas por esas personas y por otros que tratan de entenderlos, tomando en cuenta que el estigma tiene un impacto negativo profundo en estos sujetos lo cual constituye una barrera en el desarrollo de una mayor capacidad metacognitiva (Lysaker y Klion, 2018c). En cada sesión el terapeuta debiera desplegar satisfactoriamente ocho elementos centrales o conductas, que buscan promover distintas habilidades metacognitivas (Lysaker et al., 2014a). El primer elemento es la Agenda, que implica atender a los deseos, planes y propósitos inmediatos que el paciente trae a la sesión. Los siguientes son el *Diálogo* y *Foco Narrativo*, que significa reflejar con los pacientes sobre el sentido de ellos mismos y otros en el curso de la vida. Otra conducta que debe desplegar el terapeuta es el de *Identificar un Problema psicológico* comprensible para el paciente; le sigue

el *Reflejar* sobre el proceso interpersonal, entendido como la toma de conciencia por parte de los pacientes sobre cómo se están relacionando con el terapeuta. El sexto principio es la *Percepción de cambio*, aquí el terapeuta atiende a lo que se percata el paciente sobre qué están experimentando ambos en relación a cambios o progresos. Finalmente, el terapeuta debe *Estimular la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y otros*, y *Estimular la Maestría*, teniendo en cuenta realizarlo de acuerdo a la máxima capacidad metacognitiva que pudiera desplegar el paciente (Lysaker et al., 2014a). La secuencia de la terapia considera desde el inicio promover una mayor capacidad metacognitiva, conseguida ésta los pacientes podrían acceder a la construcción de un sentido de sí mismo y de otros más integrado. Logrado esto último los usuarios estarían más capacitados para desarrollar una idea significativa para sí mismos de lo que es su recuperación y lo que quieren en su futuro (Lysaker et al., 2018a). Sobre la evidencia que sustenta a MERIT, dos ensayos controlados randomizados de ocho y seis meses de duración han informado aumento significativo de la capacidad metacognitiva y menor sintomatología en pacientes con Esquizofrenia de larga data (de Jong et al., 2019) y primer episodio (Vohs et al., 2018). Similares resultados fueron obtenidos por de Jong et al. (2016), quienes observaron aumentos rápidos de Autorreflexividad y Maestría en sujetos que cursaron 12 sesiones de MERIT en un estudio piloto, y por Barguenquast y Schweitzer (2014) en 11 sujetos con Esquizofrenia que recibieron MERIT entre 11 a 26 meses. Un seguimiento de la última muestra a tres años, reveló que los logros en metacognición y funcionalidad se mantuvieron (Schweitzer et al., 2017). En cuanto a estudios de caso de sujetos que recibieron MERIT, Lysaker et al. (2020) han realizado una revisión y análisis de 15 estudios publicados al respecto. Encontraron que en estos estudios los cambios en las capacidades metacognitivas de los sujetos fueron notables, la media de los puntajes metacognitivos totales en la

MAS-A al finalizar el tratamiento fueron 2,5 veces mayores en comparación al inicio de la terapia, destacando los aumentos en los dominios Autorreflexividad y Maestría (Lysaker et al., 2020).

Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la Metacognición (MOSST)

El Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la Metacognición, MOSST de su sigla en inglés, es una intervención psicosocial grupal adaptada por Ottavi et al. (2014a) a partir del entrenamiento en habilidades sociales, incorporando como elemento característico la estimulación de las capacidades metacognitivas de los usuarios y la conexión entre los estados mentales y conductas. Esta intervención en rehabilitación surgió ante los limitados resultados del entrenamiento en habilidades sociales tradicional (Pilling et al., 2002, Almerie et al., 2015) y los hallazgos de importantes déficits metacognitivos en personas afectadas con Esquizofrenia (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra y Gainza-Tejedor, 2017d). Se trabaja sobre la base de un modelo jerárquico de la metacognición, en que los usuarios primero despliegan habilidades metacognitivas simples y posteriormente desarrollan otras más complejas (Lysaker et al., 2005). La tarea de los terapeutas, por ende, es la de ayudar en el desarrollo progresivo de estas capacidades junto a la adquisición de habilidades sociales (Inchausti et al., 2017c). Para incrementar el funcionamiento metacognitivo de los usuarios se deben tener en cuenta ciertas condiciones (Dimaggio y Lysaker, 2015). Primero, las sesiones deben realizarse en un espacio físico seguro y libre de interrupciones. Segundo, los terapeutas deben promover la expresión adecuada de emociones para no alterar el despliegue de las habilidades metacognitivas de los participantes. Tercero, los terapeutas adoptan una actitud de validación y hacen uso estratégico de la autorrevelación, autoparticipación y metacomunicación. Su utilización ayuda a los pacientes en la toma de conciencia de los estados mentales ajenos y en la reflexión sobre la relación

terapéutica. Cuarto, es esencial establecer una comunicación clara y sencilla, evitando metáforas e ironías, las que pueden confundir a los usuarios. Finalmente, debe generarse un ambiente lúdico que favorezca la identificación de estados mentales y facilite la evocación de recuerdos sobre situaciones cotidianas (Inchausti y García-Poveda, 2017a).

MOSST es una intervención grupal encabezada por dos psicoterapeutas o facilitadores metacognitivos, quienes ayudan a los usuarios en el recuerdo de narraciones de episodios vividos por ellos en relación a la habilidad social trabajada en la sesión. Los terapeutas deben contar con la capacidad para deducir las habilidades metacognitivas puestas en marcha por los participantes (Inchausti et al., 2017b), dar retroalimentaciones estructuradas, hacer uso de las autorrevelaciones durante los juegos de roles y deben ser conscientes del ritmo de aprendizaje de cada participante (Inchausti et al., 2017d). Los criterios de inclusión consideran a pacientes ambulatorios con Esquizofrenia, con una cierta estabilidad clínica, dificultades a nivel interpersonal y tendencia al aislamiento. Se excluyen del programa usuarios con discapacidad intelectual, síndromes neurológicos (p.ej., demencias, epilepsia, etc.), psicosis afectivas, alucinaciones o delirios graves/extremos, trastorno por uso de sustancias e ideación autolítica o heteroagresiva graves. Tras dos sesiones introductorias se da inicio a las 16 sesiones semanales (Ottavi et al., 2014b, Inchausti y García-Poveda, 2017a) agrupadas en habilidades de conversación, asertividad y manejo de conflictos, jerarquizadas siguiendo un nivel de dificultad ascendente (Ottavi et al., 2014b). Se trabaja una habilidad por sesión y cada sesión se divide en dos partes bien diferenciadas, con ejercicios independientes. En la primera parte de la sesión se incluyen dos módulos: Autorreflexividad y Comprensión de la Mente de Otros, en que se promueve la capacidad de tomar conciencia de los estados mentales propios y ajenos, respectivamente. La segunda parte consiste en aumentar capacidades metacognitivas

y comportamentales a través de Juego de Roles. Aquí se trabajan las conductas observables que se pretenden adquirir, y además se aporta información metacognitiva detallada para lograr actuar de una forma adecuada y comprensiva con la habilidad social correspondiente. Los terapeutas retroalimentan a los usuarios de manera estructurada y formalizada siguiendo el modelo MATER, en que se realiza la devolución considerando cuatro elementos: el Marcador o comportamiento observable del paciente; los Pensamientos Automáticos del terapeuta inmediatos al comportamiento observable del paciente; la Emoción o estados afectivos del terapeuta asociados al pensamiento automático y al comportamiento observable; y la Respuesta potencial del ambiente en una situación real (Inchausti y García-Poveda, 2017a). Sobre MOSST se han publicado reportes de caso con buenos resultados (Vergara, Rojas y Bravo, 2020c). Por otro lado, Inchausti et al. (2017c) llevaron a cabo un estudio piloto de 12 pacientes con Esquizofrenia que siguieron el programa, obteniendo mejoría del funcionamiento psicosocial y capacidad metacognitiva con tamaño de efecto moderado. Por último, en un ensayo clínico controlado randomizado y ciego, treinta y seis pacientes con Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia fueron randomizados a MOSST y otros 33 a entrenamiento en habilidades sociales tradicional, encontrando diferencias significativas a favor de MOSST en funcionamiento psicosocial al terminar el tratamiento y en el seguimiento. Se objetivó mejoría de la capacidad metacognitiva al seguimiento por 6 meses, con efectos beneficiosos a corto y largo plazo en funcionamiento social y sintomatología (Inchausti et al., 2018).

Discusión

La experiencia subjetiva de fragmentación en los usuarios con Esquizofrenia genera confusión, y como resultado la persona se retrae de las relaciones sociales y actividades familiares. Así, al perder el sentido de cómo los pensamientos, sentimientos y deseos se conectan

significativamente unos con otros, se puede comprender las dificultades que estos sujetos experimentan al conectarse con otras personas y la vida, lo cual se relaciona estrechamente al concepto de autismo en Esquizofrenia desde la psicopatología clásica (Bleuler, 2011, Lysaker et al., 2019). Un modo de acercarse a la valoración de la fragmentación de quienes padecen Esquizofrenia lo constituye el concepto de metacognición, esencial para la adaptación humana y comunicación, cuyo estudio se ha extendido para comprender el desarrollo y mantención de los trastornos graves de salud mental (Lysaker et al., 2020). Con el desarrollo de la MAS-A, se ha podido operacionalizar y cuantificar esta capacidad de tomar conciencia de los estados mentales propios y ajenos en los sujetos con Esquizofrenia (Lysaker et al., 2016).

A pesar del interés en el estudio de los déficits metacognitivos en Esquizofrenia durante la última década, el desarrollo de modelos psicológicos ha quedado relegado por el predominio actual de la investigación neurobiológica y psicofarmacológica. En este sentido, el término metacognición ha resultado prometedor en mediar el flujo desde alteraciones biológicas y sociales a su expresión en alteraciones de funciones reflexivas y del comportamiento. Los déficits metacognitivos serían un nexo para comprender las percepciones, interpretaciones y respuestas generadas a partir de distintos fenómenos como síntomas, alteraciones neurocognitivas, trauma y estigma (Lysaker et al., 2020). Llevando estos aspectos teóricos a la clínica, el abordaje de los déficits metacognitivos en Esquizofrenia implica ciertos desafíos, como el hecho de conciliar las diferencias históricas entre los conceptos de psicoterapia y recuperación (Lysaker y Roe, 2012). Una solución parece ser el desarrollo de un modelo psicoterapéutico integrativo orientado a la recuperación de los sujetos, es decir, dirigida no tan solo a la remisión de síntomas o logro de ciertas conductas, sino también a que puedan conseguir cambios subjetivos en cómo enfrentan sus

vidas y el grado en que se experimentan a sí mismos como agentes con sentido en el mundo; en otras palabras, que busquen promover aspectos metacognitivos sintéticos (Lysaker et al., 2010b). Dentro de las intervenciones que cumplen con estos requisitos, se rescatan en el presente trabajo los aportes del cognitivismo italiano, de la Terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis (MIT-P), la Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) y el Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la Metacognición (MOSST).

Dentro de los elementos en común de estas intervenciones psicoterapéuticas, se encuentra el hecho de que todas ellas se interesan en cómo los pacientes con trastornos graves de salud mental piensan y sienten acerca de sí mismos, es decir, abordan aspectos sintéticos de la metacognición. Además, se preocupan más del “por qué” los usuarios toman decisiones disfuncionales y ejecutan actos desadaptativos, y menos del “qué” constituyen estas acciones y decisiones. En conjunto, estas terapias son fieles al concepto de metacognición y se enfocan en promover varias formas de comprensión de sí mismo lo que lleva a una mejor gestión de sus problemas, dando énfasis en hacer sentido en vez de aprender exclusivamente contenidos o conductas. Por otro lado, promueven el desarrollo de capacidades metacognitivas teniendo siempre en consideración el nivel metacognitivo en el que se encuentran los pacientes. Como estas habilidades están jerarquizadas, la tarea del clínico consiste en conocer dónde se encuentra metacognitivamente el usuario y a partir de ahí comenzar su trabajo facilitando el despliegue de la subfunción correspondiente en términos de complejidad (Lysaker et al., 2020).

En un esfuerzo por integrar los aportes de las terapias revisadas, el abordaje de los déficits de aspectos sintéticos de la metacognición en Esquizofrenia debiera ser realizado a través de una psicoterapia integrativa orientada a la rehabilitación y recuperación de estos sujetos. Tal

como lo ha planteado el cognitivismo italiano, es primordial que previamente se considere el desarrollo y regulación de la relación terapéutica, lo cual daría pie a que se desplieguen las capacidades metacognitivas del usuario en terapia. Es una prioridad tener en consideración el nivel metacognitivo en el cual funciona el sujeto, lo que implica que cada intervención busque promover el nivel metacognitivo contiguo de acuerdo a la jerarquía establecida de las habilidades metacognitivas global y de los dominios, que de lo contrario sería infructuoso o contraproducente. El trabajo de los déficits metacognitivos debe ser considerado siempre en un contexto intersubjetivo, tal como lo expone MIT-P, para lo cual el terapeuta debe identificar los esquemas interpersonales desadaptativos en los que se desenvuelve el paciente con el fin de facilitar al usuario el reconocimiento de estos, su relación con la aparición de síntomas y así poder reducir el sufrimiento asociado a dichos síntomas. Con el fin de reforzar la adquisición de habilidades sociales y nuevas conductas en contextos interpersonales, es de gran utilidad facilitar y fortalecer la comprensión por parte del sujeto de la asociación entre determinados comportamientos, cogniciones y emociones. El impacto de las intervenciones en esta línea, se orientan fundamentalmente a promover el funcionamiento social de los usuarios, tal como lo plantea MOSST. Entendiendo que la recuperación va más allá de la mera reducción de síntomas o de aprender nuevas conductas, el desarrollo de capacidades metacognitivas puede trascender de aspectos discretos a otros más sintéticos. Desde esta perspectiva, y en acuerdo a lo establecido por MERIT, el despliegue de aspectos metacognitivos sintéticos o más complejos, facilita al sujeto la construcción de un sentido de sí mismo más enriquecido que permita la creación de un camino propio a la recuperación.

Sobre las diferencias entre estas terapias, MIT-P establece que las personas con Esquizofrenia le atribuyen significado a los eventos

de acuerdo a una serie de esquemas interpersonales desadaptativos, siendo el objetivo de la terapia el de ayudarlos a tomar conciencia de tales esquemas mientras se promueven interpretaciones de los eventos personales de un modo distinto y más flexible. Además, MIT-P utiliza más técnicas cognitivas que MERIT en el abordaje de estos sujetos (Salvatore et al., 2018). MERIT es teóricamente más integrativa y técnicamente ecléctica, enfocándose en mayor medida sobre aspectos sintéticos de la metacognición en orden de que los sujetos construyan su propio camino a la recuperación (Lysaker y Klion, 2018c). Por otra parte, MOSST se distancia un poco más de las anteriores ya que agrega la intervención de los déficits metacognitivos a un programa grupal de entrenamiento en habilidades sociales. Por lo tanto, es un tratamiento psicosocial en que se conjugan elementos metacognitivos y técnicas conductuales en la búsqueda de que tales comportamientos se puedan sostener por más tiempo, al tener los sujetos una mayor comprensión del “por qué” deben realizar tales actos sociales (Inchausti y García-Poveda, 2017a, Ottavi et al., 2014a, Ottavi et al., 2014b). Podríamos hipotetizar, en un intento de integrar estas intervenciones, que el abordaje de los déficits metacognitivos sintéticos en Esquizofrenia se podría secuenciar considerando la jerarquía de las distintas subfunciones metacognitivas, partiendo por los aspectos más discretos de la metacognición. De este modo se podría iniciar con intervenciones cognitivas individuales sumadas a intervenciones grupales como MOSST. Posteriormente, sumar el abordaje de los esquemas interpersonales desadaptativos y déficits metacognitivos sintéticos, tal como lo plantea MIT-P. Para finalmente abordar la construcción de un sentido más integrado de sí mismo y de su recuperación, al promover actividades metacognitivas aún más complejas, en sintonía a lo propuesto por MERIT. Teniendo en cuenta lo comentado, dentro de los desafíos futuros que rondan a estas psicoterapias está el llevar a cabo estudios que permitan conocer con precisión de qué modo

ellas pudieran integrarse, o bien, secuenciarse dentro de programas de intervención para personas con Esquizofrenia, con el fin de obtener mejores resultados terapéuticos. Considerando también el hecho de que son terapias desarrolladas hace pocos años, son necesarios más estudios dirigidos a definir con claridad el perfil de usuario que pudiera beneficiarse de cada una de ellas. Para esto, es importante que se consideren metodologías cuantitativas y cualitativas sobre estas intervenciones, con el fin de conocer con mayor detalle su efectividad sobre los déficits metacognitivos sintéticos y también sobre los más discretos. ■

Referencias

- Almerie, M. Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N., y Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6), Cd009006. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2.
- Bargenquast, R., y Schweitzer, R. (2014). Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: a pilot study of metacognitive narrative psychotherapy. *Psychology and psychotherapy*, 87(3), 338–356. doi: 10.1111/papt.12019.
- Bleuler, E. (2011). *Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Buck, K.D., Warman, D.M., Huddy, V., y Lysaker, P.H. (2012). The relationship of metacognition with jumping to conclusions among persons with Schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology*, 45(5), 271-275. doi: 10.1159/000330892.
- Carcione, A., y Falcone, M. (2002). El concepto de metacognición como constructo clínico fundamental para la psicoterapia. En A. Semerari (Ed.). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. (pp. 24-54). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Davis, L.W., Eicher, A.C., y Lysaker, P.H. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(1), 85-90. doi: 10.1016/j.schres.2011.02.026.
- Dimaggio, G., y Lysaker, P. (2015). Metacognition and Mentalizing in the Psychotherapy of patients with Psychosis and Personality Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124. doi: 10.1002/jclp.22147.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. doi: 10.1037/0003-066x.34.10.906.
- Hamm, J.A., Renard, S.B., Fogley, R.L., Leonhardt, B.L., Dimaggio, G., Buck, K.D., y Lysaker, P.H. (2012). Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and relationship to current and prospective symptom assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1303-1312. doi: 10.1002/jclp.21906.
- Inchausti, F., y García-Poveda N. (2017a). Entrenamiento en Habilidades Sociales centrado en la Metacognición. Manual técnico y de aplicación. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.
- Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., García-Poveda, N.V., y Ballesteros-Prados, A. (2017b). Habilidades metacognitivas en adultos con abuso de sustancias bajo tratamiento en comunidad terapéutica. *Adicciones*, 29(2), 74–82.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Ballesteros-Prados, A., Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J.,

- Sánchez-Reales, S... y Mole, J. (2017c). A pilot study on feasibility, acceptance and effectiveness of metacognitive-oriented social skills training in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 17:217. doi: 10.1186/s12888-017-1378-z.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J., y Gainza-Tejedor, I. (2017d). Metacognition-oriented social skills training (MOSST): theoretical framework, working methodology and treatment description for patients with schizophrenia. *Psychologist Papers*, 38(3), 204–215.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J... y Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1235-1244. doi:10.1093/schbul/sbx168.
- de Jong, S., Van Donkersgoed, R., Aleman, A., Van der Gaag, M., Wunderink, L., Arends, J... y Pijnenborg, G. (2016). Practical implications of metacognitively oriented psychotherapy in psychosis: findings from a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(9), 713-714. doi: 10.1097/NMD.0000000000000564.
- de Jong, S., van Donkersgoed, R., Timmerman, M., aan het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J... y Pijnenborg, G. (2019). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 49(2), 303–313. doi: 10.1017/S0033291718000855.
- Lalla, C. (2002). La promoción de la función metacognitiva mediante el uso de las técnicas cognitivas estándar. En: A. Semerari (Ed). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. (pp. 121-144). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Lysaker, P.H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesenn, J.K., Nicolò, G., Procacci, M., y Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in Schizophrenia: Associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71.
- Lysaker, P.H., Dimaggio, G., Carcione, A., Procacci, M., Buck, K.D., Davies, L.W.,...y Nicolò, G. (2010a). Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflexivity as a predictor for prospective assessment of work performance over six months. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 124-130. doi: 10.1016/j.schres.2009.04.024.
- Lysaker, P.H., Glynn, S.M., Wilkniss, S.M., y Silverstein, S.M. (2010b). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological services*, 7(2), 75–91. <https://doi.org/10.1037/a0019115>.
- Lysaker, P.H., Shea, A.M., Buck, K.D., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M.,...y Rand, K.L. (2010c). Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in Schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 405-413. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01554.x
- Lysaker, P.H., Erickson, M.A., Buck, B., Buck, K.D., Olesek, K., Grant, M.L.,...y Dimaggio, G. (2011). Metacognition and social function in schizophrenia: associations over a period of five months. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(3), 241-255. doi:10.1080/13546805.2010.530470.
- Lysaker, P.H., y Roe, D. (2012). The processes of recovery from Schizophrenia: the emergent role of integrative psychotherapy, recent developments, and new directions. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(4), 287-297. doi: 10.1037/a0029581.

- Lysaker, P., Buck, K., Leonhardt, K., Buck, B., Hamm, J., Hasson-Ohayon, I... y Dimaggio, G. (2014a). Metacognitively focused psychotherapy for people with schizophrenia: eight core elements that define practice. En: P. Lysaker, DiMaggio, G. y Brüne, M. (Eds). *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia. Psychopathology and Treatment Approaches* (pp. 196-212). London, UK: Academic Press; 2014.
- Lysaker, P., y Dimaggio, G. (2014b). Metacognitive Capacities for Reflection in Schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 487-491. doi: 10.1093/schbul/sbu038.
- Lysaker, P., Leonhardt, B., Pijnenborg, M., van Donkersgoed, R., de Jong, S., y Dimaggio, G. (2014c). Metacognition in Schizophrenia Spectrum Disorders: Methods of assessment and associations with neurocognition, symptoms, cognitive style and function. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 54-62.
- Lysaker, P., Buck, K., y Hamm, J. (2016). Escala de Evaluación de la Metacognición: Una breve visión general y Manual de Codificación para la versión abreviada (EEM-A) v 2015. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 12(2), 174-190.
- Lysaker, P.H., Gagen, E., Moritz, S., y Schweitzer, R.D. (2018a). Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychology research and behavior management*, 11, 341-351. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S146446>.
- Lysaker, P.H., Irrarázaval, L., Gagen, E.C., Armijo, I., Ballerini, M., Mancini, M ... y Stanghellini, G. (2018b). Metacognition in schizophrenia disorders: comparisons with community controls and bipolar disorder: replication with a Spanish language Chilean sample. *Psychiatry Research* 267, 528-534. doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.049.
- Lysaker, P., y Klion, R. (2018c). *Recovery Meaning-Making, and Severe Mental Illness. A Comprehensive Guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy*. New York, USA: Routledge.
- Lysaker, P., Minor, K., Lysaker, J., Hasson-Ohayon, I., Bonfils, K., Hochheiser, J., y Vohs, J. (2019). Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: Relationship to cognition, self-experience and developing treatments. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100142. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100142>.
- Lysaker, P.H., Gagen, E., Klion, R., Zalzal, A., Vohs, J., Faith, L. A... y Hasson-Ohayon, I. (2020). Metacognitive Reflection and Insight Therapy: A Recovery-Oriented Treatment Approach for Psychosis. *Psychology research and behavior management*, 13, 331-341. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S198628>.
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Carcione, A., Fisher, R., McLeod, H.J., y Dimaggio, G. (2014). Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 268-273. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.027.
- Martí, E. (1995). Metacognición: Entre la fascinación y el desencanto. *Infancia y Aprendizaje*, 72, 9-32.
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J ... y Lysaker, P.H. (2012). Associations of Metacognition with symptoms, insight and neurocognition in Schizophrenia in an Italian replication study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 644-647. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825bfb10.
- Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., y Dimaggio, G. (2014a).

- Metacognition oriented social skills training for individuals with long-term schizophrenia: methodology and clinical illustration. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 465-473. doi: 10.1002/cpp.1850.
- Ottavi, P., Pasinetti, M., Popolo, R., Salvatore, G., Lysaker, P. H., y Dimaggio, G. (2014b). Metacognition- Oriented Social Skills Training. En P. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brüne (Eds.). *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia* (pp. 285-300). London, UK: Academic Press.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B . . . y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32(5), 783-791. doi: 10.1017/s0033291702005640.
- Popolo, R., Smith, E., Lysaker, P.H., Lestingi, K., Cavallo, F., Melchiorre, L... y Dimaggio, G. (2017). Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Research*, 257, 45-50.
- Rebolleda, C. (2020). *Neurocognición, cognición social y metacognición en psicosis*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Salvatore, G., Procaci, M., Popolo, R., Nicolò, G., Carcinone, A., Semerari, A... y Dimaggio, G. (2009). Adapted Metacognitive Interpersonal Therapy for Improving Adherence to Intersubjective Contexts in a Person With Schizophrenia. *Clinical Case Studies*, 8(6), 473-488. doi: 10.1177/1534650109354916.
- Salvatore, G., Lysaker, P. H., Popolo, R., Procacci, M., Carcione, A., y Dimaggio, G. (2012a). Vulnerable self, poor understanding of other's minds, threat anticipation and cognitive biases as triggers for delusional experience in schizophrenia: a theoretical model. *Clinical psychology and psychotherapy*, 19(3), 247-259. <https://doi.org/10.1002/cpp.746>.
- Salvatore, G., Russo, B., Russo, M., Popolo, R. y Dimaggio, G. (2012b). Metacognition-oriented therapy for psychosis: the case of a woman with delusional disorder and paranoid personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(4), 314-329. doi: 10.1037/a0029577.
- Salvatore, G., Popolo, R. y Lysaker, P. (2014). Adapted-Metacognitive Interpersonal Therapy applied to Paranoid Schizophrenia: promoting higher levels of reflection on One's and Other's minds, awareness of interpersonal schemas, differentiation, and mastery of social problems. En: P. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brüne (Eds). *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia*. (pp. 261-283). London, UK: Academic Press.
- Salvatore, G., Ottavi, P., Popolo, R. y Dimaggio, G. (2016). Metacognitive interpersonal therapy for treating auditory verbal hallucinations in first-onset schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 235-243. doi: 10.1007/s10879-016-9336-5.
- Salvatore, G., Dimaggio, G., Ottavi, P., y Popolo, R. (2017). *Terapia Metacognitiva Interpersonale della Schizofrenia. La procedura formalizzata di intervento*. Milán, Italia: FrancoAngeli.
- Salvatore, G., Buonocore, L., Ottavi, P., Popolo, R. y Dimaggio, G. (2018). Metacognitive Interpersonal Therapy for Treating Persecutory Delusions in Schizophrenia. *The American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 164-174. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20180039.

- Schweitzer, R.D., Greben, M. y Bargenquast, R. (2017). Long-term outcomes of Metacognitive Narrative Psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia. *Psychology and psychotherapy*, 90(4), 668–685. doi: 10.1111/papt.12132.
- Semerari, A. (2002a). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Semerari, A. (2002b). La relación terapéutica y la técnica de la entrevista. En: A. Semerari (Ed). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. (pp. 81-119). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., y Alleva, G. (2003). How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(4), 238-261. doi:10.1002/cpp.362.
- Tas, C., Brown E.C., Aydemir, O., Brüne, M., y Lysaker, P.H. (2014). Metacognition in Psychosis: Comparison of Schizophrenia with Bipolar Disorder. *Psychiatry Research*. 219(3), 464-469. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.040.
- Trauelsen, A.M., Gumley, A., Jansen, J.E., Pedersen, M.B., Nielsen, H.L., Trier, C.H.,... y Simonson, E. (2016). Metacognition in first episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Research*, 238, 14-23. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.003.
- Vergara, S. (2018). Metacognición en Esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 269-278. doi: 10.4067/s0717-92272018000400269.
- Vergara, S., Hernández, D. y Manríquez, C. (2020a). Metacognición e Insight en Esquizofrenia. *Psiquiatría y Salud Mental*, 37(1/2), 83-90.
- Vergara-Ramírez, S. y León-Urbe, A. (2020b). Metacognición, apego y sintomatología en esquizofrenia primer episodio. *Terapia Psicológica*, 38(2), 131-152. Recuperado a partir de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/277>.
- Vergara, S., Rojas, J. y Bravo, Y. (2020c). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST) en esquizofrenia: metodología y reporte de un caso. *Psiquiatría y Salud Mental*, 37(1/2), 91-98.
- Vohs, J.L., Lysaker, P.H., Francis, M.M., Hamm, J., Buck, K.D., Olasek, K ... y Breier, A. (2014). Metacognition, social cognition and symptoms in patients with first episode and prolonged psychosis. *Schizophrenia Research*, 153(1-3), 54-59. doi: 10.1016/j.schres.2014.01.012.
- Vohs, J.L., George, S., Leonhardt, B.L., y Lysaker, P.H. (2016). An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(10), 1193-1204. doi: 10.1080/14737175.2016.1199275.
- Vohs, J., Leonhardt, B., James, A., Francis, M., Breier, A., Mehdiyoun, N... y Lysaker, P. (2018). Metacognitive Reflection and Insight Therapy por Early Psychosis: A preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophrenia Research*, 195, 428-433.