Metacognición en esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia

Metacognition in schizophrenia: metacognitive deficits and psychotherapy

Sergio Vergara R.^{1,2}

The concept of Metacognition, initially defined by Flavell, refers to the ability to have mental states about their own mental states, and the mental states of others, in order to solve the challenges of life. Through a modular hypothesis of Metacognition, Semerari and Lysaker have identified domains that cover diverse areas of this, being very useful in the understanding of patients with serious psychiatric disorders: Self-reflectivity, Understanding of others' minds, Decentration and Mastery. These domains have been studied mainly through the Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A). The present work reviews the current knowledge of the metacognitive deficits in Schizophrenia, the evaluation method, and its relation with the symptomatology, neurocognitive function, social functioning and therapeutic alliance in these patients. Finally, the different models of integrative psychotherapies are presented, with a rehabilitative approach over the metacognitive deficits of patients with schizophrenia, reviewing the most studied currently, the Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT).

Key words: Metacognition, Schizophrenia, Psychotherapy.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (4): 269-278

Introducción

Grandes psicopatólogos, como Bleuler y Minkowski, se han interesado en estudiar las dificultades que presentan los pacientes con esquizofrenia de darse cuenta de los propios estados mentales, y contactarse con el mundo de los demás^{1,2}. Actualmente, estas alteraciones, son objeto de interés por su repercusión en la capacidad de resolver problemas interpersonales, con importante detrimento en la funcionalidad de los sujetos y

su calidad de vida³. Para conceptualizar dicha capacidad, se ha utilizado el término metacognición, y su déficit en esquizofrenia es entendido como el deterioro en la capacidad de monitorear el propio pensamiento y comportamiento, lo que repercute en la dificultad para formar representaciones más complejas de la propia vida⁴.

En el presente trabajo se revisará el concepto y evaluación de metacognición, los déficits metacognitivos en esquizofrenia y las psicoterapias desarrolladas que los abordan.

Recibido: 03/07/2018

Aprobado: 08/11/2018

Ningún conflicto por declarar, no hubo fuente de apoyo financiero.

¹ Médico Psiquiatra. Universidad Católica del Maule, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Clínicas, Talca, Chile.

² Hospital Regional de Talca, Servicio de Psiquiatría, Talca, Chile.

Sobre el concepto de metacognición

Este término fue definido genéricamente por Flavell en la década de los setenta, como “cognición de la cognición”⁵ y se incorporó en la literatura psicológica en torno al desarrollo de los procesos de memoria⁶. Este concepto se ha nutrido del aporte de varias líneas teóricas, cobrando gran relevancia la contribución de la psicología evolutiva enfocada a las teorías mentales que los niños manifiestan en los primeros años de vida, conocida como Teoría de la Mente. Además, se alimenta del marco teórico propuesto por el procesamiento de la información, y de estudios sobre comprensión lectora en búsqueda de diferenciar conocimiento y regulación de la cognición⁷.

Por “cognición” se refiere a conocimiento entendido como acción y efecto de conocer, haciendo referencia a un proceso y un producto. De acuerdo con Flavell, el sufijo “meta” es utilizado para referirse a que algo, un proceso, un conocimiento, se refleja sobre sí mismo, como la imagen en un espejo⁸. Para él, metacognición es relevante en la comunicación oral de información, en la persuasión oral, la comprensión oral y lectora, la escritura, la adquisición del lenguaje, la atención y memoria, la resolución de problemas, la cognición social y varios tipos de autocontrol; por ende, tiene gran impacto en áreas de la teoría de aprendizaje social, desarrollo de la personalidad y educación⁵.

Según Paul Lysaker, metacognición se relaciona a un conjunto de fenómenos, 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, que describen una diversa gama de actos cognitivos internos y determinados socialmente que contienen propiedades primariamente reflexivas⁴.

Se pueden hacer distinciones según el grado en el que se requiere de más o menos actividades metacognitivas para determinada tarea. La metacognición puede considerar actividades que involucren el conocimiento de aspectos singulares muy específicos⁹, es decir, aspectos discretos relacionados con uno mismo u otros. También puede incluir

actividades más sintéticas como formas representacionales más complejas e integradas de uno y los demás, las cuales permiten a los sujetos otorgar un sentido a sus propias experiencias (y también a las de los demás), y así responder de mejor modo a la complejidad del mundo interpersonal. Es necesario recalcar que esta condición representacional del pensamiento es entendida como una construcción y no un fiel reflejo de lo que se denomina comúnmente realidad^{4,9}.

De acuerdo con Antonio Semerari, metacognición tiene relación al aspecto del procesamiento de la información que monitorea, interpreta, evalúa y regula los contenidos y procesos de su organización¹⁰. Implica la habilidad de reconocer varios elementos de los estados mentales propios (pensamientos y emociones) y la habilidad de comprender comportamientos en términos de intencionalidad y variaciones en el tiempo de estados intencionales (procesos). A este set completo de habilidades, Semerari denominó funciones metacognitivas, las que nos permiten entender los fenómenos mentales y trabajar con ellos tanto para la resolución de pruebas como para sortear problemas complejos de la cotidianidad. De éstas, destacan las habilidades de monitorización y regulación de los distintos procesos¹¹.

Evaluación de metacognición en esquizofrenia

En la actualidad no existe acuerdo sobre qué pruebas son las más indicadas para la medición de metacognición en sujetos con esquizofrenia. Las distintas pruebas no logran evaluar las diversas dimensiones que engloba este concepto¹².

Teniendo esto en mente, la propuesta de Semerari con la Metacognition Assessment Scale (MAS), y su versión abreviada MAS-A, resulta de gran interés por su uso en pacientes con trastornos psiquiátricos graves y por el abordaje de distintas dimensiones de la metacognición, lo que nos brinda una evaluación cualitativa y cuantitativa del concepto^{4,11}.

La MAS¹¹ es una escala inicialmente conce-

bida para determinar el cambio metacognitivo, basándose en transcripciones de psicoterapias de pacientes con trastornos de personalidad. Semerari propone una hipótesis unitaria y modular de metacognición, en que se evalúan habilidades relacionadas, pero semiindependientes, enfocándose principalmente en la capacidad metacognitiva por sobre los contenidos específicos⁴. La MAS-A incluye cuatro subescalas o dominios, las que presentan sus propias subfunciones que expresan niveles progresivamente complejos de esa capacidad evaluada, organizadas jerárquicamente^{4,10,11}. Todos los dominios de metacognición tienen una subfunción o ítem basal denominado *Requirimientos* básicos, el que se refiere a la habilidad para reconocer la mente propia y ajena como algo autónomo, separado y diferente de lo que es la mente de otros¹⁰.

El dominio “Autorreflexividad” se refiere a la habilidad para pensar en los estados mentales de uno mismo, y considera las subfunciones de Identificación, Variables relacionadas, Diferenciación e Integración. El segundo dominio, “Comprensión de la mente de Otros” indica la habilidad para pensar acerca de los estados mentales de los demás, y contempla las mismas subfunciones, pero dirigidas a los estados mentales de los demás¹³. El siguiente es “Descentración” o la capacidad de ver las circunstancias y el mundo como existiendo con otros que tienen motivos independientes, e implica adoptar una perspectiva no egocéntrica y así poder interpretar los acontecimientos sin ligarlos estrictamente a nosotros⁴. Finalmente, el dominio “Maestría”, es decir, la habilidad para establecer estrategias útiles que permitan lidiar y resolver conflictos psicológicos o la angustia relacionada con ellos, considera el despliegue de estrategias de primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a la complejidad de las operaciones metacognitivas involucradas^{10,11}. Para obtener esta información de los pacientes, Lysaker y su grupo de trabajo, utilizan la Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII), que consiste en un conglomerado de indicaciones con el fin de obtener una muestra espontánea del pensamiento sobre el pensamiento del paciente. Es una entrevista semiestructurada que recopila narrativas de sujetos portadores de enfermedad mental grave,

cuya información permite al investigador puntuar utilizando la MAS-A⁴.

Metacognición en esquizofrenia

En este apartado se revisarán los déficits en actividades metacognitivas sintéticas de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, y su asociación con sintomatología, función neurocognitiva, estilo de razonamiento, potencial de aprendizaje e insight; alteraciones relevantes por su impacto en el pronóstico a largo plazo de estos sujetos y su funcionamiento sociolaboral.

Sobre el vínculo de metacognición con la Sintomatología y Función Neurocognitiva en pacientes con esquizofrenia, Lysaker et al., encontraron que pacientes con mayor capacidad de Autorreflexividad tenían mejor memoria verbal y visual, mayor velocidad de procesamiento y mayor nivel de inteligencia premórbida. Además, mayor puntaje en los dominios Comprensión de la mente de Otros y Maestría correlacionaron con mayor memoria verbal. En cuanto a la sintomatología, quienes tenían mayores déficits en Autorreflexividad, Conocimiento de la mente de Otros y Maestría tenían mayores niveles de Retraimiento Emocional^{13,14}. Estos hallazgos se repitieron en un trabajo llevado a cabo por Nicolò et al.¹⁵, En un trabajo más reciente, Trauelsen et al. estudiaron el perfil de síntomas psicóticos de los pacientes con un primer episodio psicótico. Encontraron que aquellos con altos niveles de sintomatología negativa tenían menores habilidades metacognitivas en la MAS-A. Quienes tenían altos niveles de sintomatología positiva y bajos niveles de sintomatología negativa, no tenían menor funcionamiento metacognitivo en comparación al grupo que tenía bajos niveles en sintomatología positiva y negativa. Además, los pacientes con primer episodio psicótico tenían menores puntajes en sus habilidades metacognitivas en comparación al grupo control no clínico¹⁶. MacBeth et al. obtuvieron correlación de menores puntajes en Comprensión de la mente de Otros y mayor sintomatología negativa, peor adaptación social en la adolescencia temprana y menor bús-

queda de ayuda profesional¹⁷. En un seguimiento de la misma muestra, observaron correlación en los niveles de Descentración y búsqueda de ayuda ya encontrándose en tratamiento¹⁸. En otro estudio por Lysaker et al., Autorreflexividad correlacionó con flexibilidad mental; a su vez, Descentración, Comprensión de la mente de Otros y Maestría se relacionaron con la habilidad de inhibir una respuesta¹⁹. Por otra parte, en un estudio de Hamm et al., los puntajes totales de la MAS-A se correlacionaron con las evaluaciones concurrentes y prospectivas de los síntomas positivos, negativos y de desorganización en la PANSS. En un análisis de regresión múltiple, el valor total de la PANSS predijo los puntajes prospectivos en la escala para síntomas negativos. Los autores concluyeron que metacognición se correlacionaría con la sintomatología negativa concurrente y sería un factor de riesgo para la aparición de ella en el curso del tiempo²⁰.

De los trabajos en metacognición y su vínculo con razonamiento, toma de conciencia y aprendizaje²¹; un estudio de Buck et al. concluyó que menores puntajes en Maestría se asociaron con mayor tendencia a sacar conclusiones apresuradamente, interpretado como la dificultad de no poder usar conocimiento metacognitivo para resolver problemas y aceptación inicial de impresiones²². Fridberg et al. asociaron mayores errores en pruebas de memoria no verbal con menor Autorreflexividad, más síntomas de desorganización y menor funcionamiento ejecutivo²³. En otra muestra de similares características, una baja Autorreflexividad se asoció a menor acuciosidad en la autoevaluación del desempeño propio²⁴. Lysaker et al. obtuvieron relación de Autorreflexividad con conciencia de la presencia de síntomas de psicosis, asociación de Conciencia de la mente de Otros con conciencia de la necesidad de tratamiento, y de Maestría con conciencia de las consecuencias de la enfermedad²⁵. Sobre aprendizaje, Tas et al. encontraron mayor capacidad metacognitiva en quienes tenían mayores niveles de motivación intrínseca, y Maestría fue el mejor predictor independiente para potencial de aprendizaje²⁶.

En cuanto a la relación de metacognición y Funcionalidad de pacientes con esquizofrenia, se

ha visto aumento en Autorreflexividad tras seis meses de enrolamiento en un programa de rehabilitación vocacional²⁷. En otro trabajo llevado a cabo por el mismo autor, Maestría mediaba el impacto de neurocognición sobre calidad y cantidad de relaciones sociales²⁸. En un seguimiento de la muestra del estudio anterior, Lysaker et al. concluyeron que Maestría predijo el funcionamiento social concurrente, y que Maestría al inicio del estudio influyó en los niveles de Maestría en el transcurso de cinco meses, así como también en los niveles de funcionamiento social tras ese periodo²⁹.

Sobre metacognición y su relación con habilidades de la vida cotidiana, bajos puntajes en Maestría se han relacionado con menor desempeño en la subescala de comprensión/planificación de la batería de pruebas UPSA, independiente de neurocognición³⁰. También se ha establecido asociación entre altos niveles en Maestría y mayores puntajes en alianza terapéutica a través de la Working Alliance Inventory-Short Form³¹.

De los estudios sobre metacognición en esquizofrenia, en comparación a otros trastornos en salud mental, Vohs et al. han encontrado menores niveles de Autorreflexividad, Comprensión de la mente de Otros y Descentración en pacientes con primer episodio psicótico y esquizofrenia de larga data en comparación a un grupo control no psicótico. En comparación al grupo con esquizofrenia de larga data, el grupo con primer episodio de psicosis presentaba niveles más bajos en Comprensión de la mente de Otros y Descentración³². También se han encontrado menores niveles de Autorreflexividad en pacientes con esquizofrenia en comparación a pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar. La correlación entre Autorreflexividad y Comprensión de la mente de Otros con memoria verbal y función ejecutiva, solo se dio en el grupo con esquizofrenia³³.

Metacognición y psicoterapia en esquizofrenia

Por su propia naturaleza, la psicoterapia permite a los sujetos pensar sobre sus propios con-

tenidos mentales. En psicoterapia se despliegan modos de funcionamiento por parte del sujeto facilitado por un vínculo seguro con el terapeuta, lo cual permite la exploración de dichos modos, reales e imaginados, en el contexto de problemas interpersonales. Desde esta perspectiva, metacognición no tan sólo provee un marco para entender los mecanismos de cambio que subyacen en el proceso psicoterapéutico, sino también configura un objetivo a intervenir promoviendo la comprensión de estados mentales propios y de otros, y de este modo ayudar a los sujetos a adaptarse a complejas interacciones sociales y regular sus afectos^{34,35}. Los modelos psicoterapéuticos que fomentan el desarrollo de estas capacidades, consideran la integración con otras teorías que promueven la recuperación funcional de sujetos que padecen esquizofrenia^{36,37}.

Dentro de los modelos psicoterapéuticos integrativos que se enfocan en promover la capacidad metacognitiva en esquizofrenia, encontramos la propuesta de Gumley y Clark que ofrece un abordaje psicoterapéutico en sujetos tras un primer episodio psicótico tomando elementos cognitivos, interpersonales y del desarrollo dirigidos a la regulación de los afectos en pos de restaurar la narrativa personal alterada del sujeto. De acuerdo con esta propuesta, el proceso de recuperación funcional de un primer episodio psicótico es comprensible a través del desarrollo de una narrativa coherente la cual permite al sujeto situar sus experiencias dentro de un contexto histórico, interpersonal y del desarrollo más amplio. El logro de esta narrativa requiere el promover la compasión hacia las experiencias propias sintonizando con su propio distress y el alivio de éste a través de la promoción de expresiones de aceptación, empatía y cuidado personal^{38,39}.

Un segundo modelo a destacar es el desarrollado por Harder y Folke. Consiste en una psicoterapia individual cuyos cimientos se encuentran en la teoría del apego, psicoanálisis y en los estudios sobre intersubjetividad. Este modelo también enfatiza la estrecha relación entre apego y mentalización, siendo este último un concepto emparentado al de metacognición³⁷. A través de un ambiente seguro,

es posible que el sujeto pueda reconocer y regular sus afectos displacenteros en sesión, con aumento concurrente en las capacidades metacognitivas a través de intervenciones verbales acordes al nivel de funcionamiento metacognitivo del sujeto, estimulándolo al próximo nivel a través de la matriz intersubjetiva del encuentro con otro^{40,41}.

Una tercera vía la constituyen los modelos propuestos por Salvatore en Roma^{42,43} y Lysaker en Indiana. Se trata de psicoterapias individuales, con bases teóricas en el cognitivismo, elementos psicodinámicos y del existencialismo. El terapeuta tiene la tarea de ayudar al paciente a reconstruir la capacidad de pensar sobre sí mismo y los demás, a través de intervenciones apropiadas al nivel de la capacidad metacognitiva del sujeto. Se promueve la expresión de narrativas en orden de estimular procesos metacognitivos a partir de un contexto interpersonal como es la relación terapéutica no jerárquica³⁷.

Fruto de lo señalado es la Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT)⁴⁴, la que considera que la recuperación de una enfermedad mental severa es posible en términos funcionales, siendo los pacientes agentes activos en su propia recuperación en todas las fases de la enfermedad. El rol del terapeuta es el de un par o consultor en el proceso de pensamiento y no el de una persona que prescribe o tiene todas las respuestas. Se estima que las experiencias de las personas con psicosis 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 metacognitiva⁴⁵.

En cada sesión se despliegan ocho elementos centrales o conductas del terapeuta que buscan promover distintas habilidades metacognitivas, sin un orden preestablecido en el cual estos elementos debieran aparecer⁴⁵. El primer elemento es la Agenda, que implica atender a los deseos, planes, propósitos y esperanzas inmediatos del paciente que trae a la sesión. Los siguientes son el Diálogo y Foco Narrativo, que significa atender y reflejar con los pacientes sobre el sentido de ellos mismos

y otros en el curso de la vida. El cuarto elemento es el identificar un Problema psicológico; le sigue el Reflejar sobre el proceso interpersonal, entendido como prestar atención al sentido de los pacientes sobre cómo se están relacionando con el terapeuta. El sexto principio es la Percepción de cambio, aquí el terapeuta atiende al sentido del paciente sobre qué están experimentando ambos según lo que ocurre en la sesión, en relación a cambios o progresos. Los dos últimos elementos centrales se refieren a la Estimulación óptima de reflexionar sobre sí mismo y otros, y la Estimulación óptima de Maestría metacognitiva; éstos implican el hecho de que el terapeuta se asegure que cuando estimula al paciente para trabajar estos dominios metacognitivos, lo haga concordando con la máxima capacidad de la actividad metacognitiva respectiva del paciente⁴⁵.

La evidencia que avala el uso de MERIT ha aumentado progresivamente en los últimos años. En un estudio con 12 pacientes enrolados a MERIT y 12 a psicoterapia de apoyo mostró que todos los participantes reportaron logros en autoestima, en la habilidad de pensar más claramente y establecer metas más significativas. En cuanto a las diferencias, el grupo que recibió MERIT reportó ser capaz de integrar sus experiencias actuales en narrativas de sus vidas más amplias, una mayor experiencia de sentido de agencia y una mayor habilidad para comprender y manejar el dolor⁴⁶. Además, se ha reportado el logro de mayores puntajes en Autorreflexividad tras 12 sesiones de MERIT, en el caso de un paciente con esquizofrenia y severos síntomas de desorganización⁴⁷; y aumento significativo en Autorreflexividad con disminución de síntomas negativos tras 40 semanas de terapia, en el caso de un paciente con síntomas negativos persistentes y severos que cursa un primer episodio psicótico⁴⁸. En otro trabajo más reciente, Vohs et al. obtuvieron aumento significativo en insight al cabo de 6 meses de terapia de 20 pacientes con primer brote psicótico y pobre insight en tratamiento ambulatorio, que fueron randomizados a 6 meses de MERIT-EP (variante de MERIT para primer episodio psicótico) en comparación al grupo control⁴⁹. Por último, De Jong et al. han obtenido aumentos rá-

pidos en Autorreflexividad y Maestría de sujetos en MERIT tras 12 sesiones en un estudio piloto⁵⁰.

Discusión

Conceptualmente, la hipótesis unitaria y modular de metacognición ha sido de gran utilidad permitiendo su abordaje en un continuum, considerando también la presencia de diversos dominios metacognitivos¹⁰. Se ha revisado la MAS-A como principal herramienta para poder medir los déficits metacognitivos que presentan los pacientes con esquizofrenia, recopilando información relevante a partir de una entrevista semiestructurada, la IPII. Este modo de evaluar metacognición resulta más confiable, ya que permite obtener una muestra espontánea del “pensamiento sobre el pensamiento” del paciente, más cercana a las capacidades que efectivamente presenta el sujeto. Sin embargo, se debe considerar que puede resultar un método de evaluación más laborioso, al tener que tomar dichas narrativas y posteriormente puntuar utilizando la MAS-A⁵¹.

Se ha revisado la relación existente entre metacognición y función neurocognitiva^{13,19,23}, sintomatología negativa^{16,17,20}, búsqueda de ayuda profesional¹⁸, funcionamiento social^{27,52} y alianza terapéutica³¹. A pesar de la evidencia presentada, aún son necesarios más estudios que permitan distinguir y comparar déficits metacognitivos en diversos grupos de pacientes con esquizofrenia, y con otros trastornos de salud mental.

Dentro de las psicoterapias integrativas enfocadas en metacognición de pacientes con esquizofrenia, se ha destacado la MERIT⁴⁵. Una limitante de esta revisión consiste en que la mayor parte de la literatura que se encontró sobre estos modelos psicoterapéuticos, proviene de unos pocos grupos de trabajo. Si bien es cierto existe evidencia sobre MERIT en pacientes con esquizofrenia, el set de procedimientos y técnicas tras esta terapia aún está a la espera de ser completamente testada en un rango de contextos clínicos distintos³⁷.

Todavía no está claro qué tipo de intervenciones, en qué tipo de pacientes y bajo qué circuns-

tancias serían más apropiadas de implementar. Tampoco está definido del todo la duración de estas psicoterapias y su efectividad en pacientes en distintas fases del trastorno⁴⁵. Por otra parte, se requieren más ensayos controlados randomizados, para confirmar la efectividad de estos

procedimientos por sí solos, y conocer de qué modo pudieran integrarse a otras intervenciones psicosociales existentes con el fin de potenciar las intervenciones focalizadas en la rehabilitación de estos sujetos⁵¹.

Resumen

El concepto de Metacognición, definido inicialmente por Flavell, se refiere a la capacidad de tener estados mentales sobre otros estados mentales, propios y ajenos, en orden de resolver los desafíos que plantea la vida. A través de una hipótesis modular de Metacognición, Semerari y Lysaker han identificado dominios que abarcan diversas áreas de ésta, siendo de gran utilidad en la comprensión de los pacientes con trastornos psiquiátricos graves: Autorreflexividad, Comprensión de la mente de Otros, Descentración y Maestría. Estos dominios se han estudiado fundamentalmente por medio de la Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A). El presente trabajo revisa el conocimiento actual de los déficits metacognitivos en Esquizofrenia, el método de evaluación, y su relación con la sintomatología, función neurocognitiva, funcionamiento social y alianza terapéutica en estos pacientes. Finalmente, se presentan los diversos modelos de psicoterapias integrativas, que abordan con un enfoque rehabilitador los déficits metacognitivos de los pacientes con Esquizofrenia, profundizando en la evidencia existente sobre la más estudiada actualmente, la Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT).

Palabras clave: Metacognición, Esquizofrenia, Psicoterapia.

Referencias bibliográficas

1. Bleuler E. Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Polemos, 2011.
2. Minkowski E. La Esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y de los esquizofrénicos. México D.F: Fondo de Cultura Económica, 2000.
3. Dimaggio G, Lysaker P. Metacognition and Mentalizing in the Psychotherapy of patients with Psychosis and Personality Disorders. J Clin Psychol 2015; 71 (2): 117-24.
4. Lysaker P, Buck K, Hamm J. Escala de Evaluación de la Metacognición: Una breve visión general y Manual de Codificación para la versión abreviada (EEM-A). Rev GPU 2016; 12 (2): 174-90.
5. Flavell J. Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive-developmental inquiry. Am Psychol 1979; 34 (10): 906-11.
6. Martí E. Metacognición: Entre la fascinación y el desencanto. Infancia y Aprendizaje 1995; 72: 9-32.
7. Crespo N. La Metacognición: Las diferentes vertientes de una teoría. Revista Signos 2004; 33 (48): 97-115.
8. Peronard M. Metacognición: mente y cerebro. Boletín de Filología 2009; 44 (2): 263-75.
9. Brüne M, Dimaggio G, Lysaker P. Metacognition and Social functioning in Schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. Curr Psychiatry Rev 2011; 7 (3): 239-247. doi: 10.2174/157340011797183210.

10. Semerari A. Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.
11. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G. How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clin Psychol Psychother* 2003; 10 (4): 238-61.
12. Popolo R, Vinci G, D'Amato F, Buonocore L, Balbi A, Dimaggio G, et al. The metacognitive functioning in schizophrenia: a proposal for assessment. *Journal of Psychopathology* 2015; 21 (2): 133-40.
13. Lysaker P, Carcione A, Dimaggio G, Johannesenn J, Nicolò G, Proccacci M, et al. Metacognition amidst narratives of self and illness in Schizophrenia: Associations with insight, neurocognition, symptom and function. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112 (1): 64-71.
14. Lysaker P, Erickson M, Ringer J, Buck K, Semerari A, Carcione A, et al. Metacognition In Schizophrenia: The relationship of mastery to coping insight, self-esteem, social anxiety and various facets of neurocognition. *Br J Clin Psychology* 2011; 50 (4): 412-24.
15. Nicolò G, Dimaggio G, Popolo R, Carcione A, Proccacci M, Hamm J, et al. Associations of Metacognition with symptoms, insight and neurocognition in Schizophrenia in an Italian replication study. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200 (7): 644-7.
16. Trauelsen A, Gumley A, Jansen J, Pedersen M, Nielsen H, Trier C, et al. Metacognition in first episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Res* 2016; 238: 14-23.
17. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Carcione A, Fisher R, McLeod H, et al. Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. *Compr Psychiatry* 2014; 55 (2): 268-73.
18. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Carcione A, McLeod H, Dimaggio G. Metacognition in first episode psychosis: Item level analysis of associations with symptoms and engagement. *Clin Psychol Psychother* 2015; 23 (4): 329-39.
19. Lysaker P, Warman D, Dimaggio G, Proccacci M, LaRocco V, Clarck L, et al. Metacognition in Schizophrenia: Association with multiple assessments of executive function. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196 (5): 384-9.
20. Hamm H, Renard S, Fogley, R. Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and relationship to current and prospective symptom assessment. *J Clin Psychol* 2012; 68 (12): 1303-1312.
21. Lysaker P, Leonhardt B, Pijnenborg M, Donkersgoed R, de Jong S, Dimaggio G. Metacognition in Schizophrenia Spectrum Disorders: Methods of assessment and associations with neurocognition, symptoms, cognitive style and function. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2014; 51 (1): 54-62.
22. Buck K, Warman D, Huddy V, Lysaker P. The relationship of metacognition with jumping to conclusions among persons with Schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology* 2012; 45: 271-275. doi: 10.1159/000330892.
23. Fridberg D, Brenner A, Lysaker P. Intrusion errors in Schizophrenia: Association with self-monitoring, symptoms and executive function. *Psychiatry Res* 2010; 179 (1): 6-11.
24. Luedtke B, Kukla M, Renard S, Dimaggio G, Buck K, Lysaker P. Metacognitive functioning and social cognition as predictors of accuracy of self-appraisals of vocational function in Schizophrenia. *Schizophr Res* 2012; 137 (1-3): 260-1.
25. Lysaker P, Dimaggio G, Buck K, Callaway S, Salvatore G, Carcione A, et al. Poor insight in Schizophrenia: Links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need and consequences of illness. *Compr Psychiatry* 2011; 52 (3): 253-60.
26. Tas C, Brown E, Esen-Danaci A, Lysaker P, Brüne M. Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted Schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2012; 46 (8): 1086-92.
27. Lysaker P, Dimaggio G, Carcione A, Proccacci M, Buck K, Davies L, et al. Metacognition and Schizophrenia: The capacity for self-reflexivity as a predictor for prospective assessment of work performance over six months. *Schizophr Res* 2010; 122 (1-3): 124-30.
28. Lysaker P, Dimaggio G, Daroyanni P, Buck K,

- LaRocco V, Carcione A, et al. Assessing Metacognition in Schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: Associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychol Psychother* 2010; 83 (3): 303-15.
29. Lysaker P, Shea A, Buck K, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M, et al. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in Schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122 (5): 405-13.
 30. Lysaker P, McCormick B, Snethen G, Snethen G, Buck K, Hamm J, et al. Metacognition and social function in Schizophrenia: Associations of mastery with functional skills competence. *Schizophr Res* 2011; 131 (1-3): 214-8.
 31. Davis L, Eicher A, Lysaker P. Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in Schizophrenia. *Schizophr Res* 2011; 129 (1): 85-90. doi:10.1016/j.schres.2011.02.026.
 32. Vohs J, Lysaker P, Francis M, Hamm J, Buck K, Olasek K, et al. Metacognition, social cognition and symptoms in patients with first episode and prolonged psychosis. *Schizophr Res* 2014; 153 (1-3): 54-9.
 33. Tas C, Brown E, Aydemir O, Brüne M, Lysaker P. Metacognition in Psychosis: Comparison of Schizophrenia with Bipolar Disorder. *Psychiatry Res* 2014; 219 (3): 464-9.
 34. Lysaker P, Glynn S, Wilkins S, Silverstein S. Psychotherapy and Recovery from Schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services* 2007; 7 (2): 75-91.
 35. Lysaker P, Dimaggio G. Metacognitive Capacities for Reflection in Schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophr Bull* 2014; 40 (3): 487-91.
 36. Lysaker P, Gumley A, Dimaggio G. Metacognitive disturbances in persons with severe mental illness: Theory, correlates with psychopathology and models of psychotherapy. *Psychol Psychother* 2011; 84 (1): 1-8.
 37. Hamm J, Hasson-Ohayon I, Kukla M, Lysaker P. Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. *Psychol Res Behav Manag* 2013; 6: 45-54.
 38. Gumley A, Clark S. Risk of arrested recovery following first episode psychosis: an integrative approach to psychotherapy. *J Psychother Integr* 2012; 22 (4): 298-13. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030390>.
 39. Gumley A, Schwannauer M, Macbeth A, Fisher R, Clark S, Rattrie L, et al. Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: Prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2014; 205 (1): 60-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126722>.
 40. Harder S, Folke S. Affect regulation and metacognition in psychotherapy of psychosis: an integrative approach. *J Psychother Integr* 2012; 22 (4): 330-43.
 41. Harder S D S. Capítulo 16 The relationship between metacognitive profile, attachment pattern , and intersubjective process in psychotherapy of a person recovering from first-episode schizophrenia. En: Lysaker P, DiMaggio G, Brüne M, editores. *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia. Psychopathology and Treatment Approaches*. London: Academic Press; 2014. p. 261-83.
 42. Salvatore G, Russo B, Russo M, Popolo R, Dimaggio G. Metacognition-oriented therapy for psychosis: the case of a woman with delusional disorder and paranoid personality disorder. *J Psychother Integr* 2012; 22 (4): 314-29.
 43. Salvatore G, Popolo R, Lysaker P. Capítulo 13 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: Lysaker P, DiMaggio G, Brüne M, editores. *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia. Psychopathology and Treatment Approaches*. London: Academic Press; 2014. p. 261-83.
 44. Lysaker P, Buck K, Carcione A, Procacci M, Salvatore G, Nicolò G, et al. Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy

- for Schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. *Psychol Psychother* 2011; 84 (1): 58-69.
45. Lysaker P, Buck K, Leonhardt K, Buck B, Hamm J, Hasson-Ohayon I, et al. Capítulo 12 Metacognitively focused psychotherapy for people with schizophrenia: eight core elements that define practice. En: Lysaker P, DiMaggio G, Brüne M, editores. *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia. Psychopathology and Treatment Approaches*. London: Academic Press; 2014. p. 196-212.
 46. Lysaker P, Kukla M, Belanger E, White D, Buck K, Luther L. Individual Psychotherapy and changes in self experience in Schizophrenia: a qualitative comparison of patients in Metacognitively focused and supportive psychotherapy. *Psychiatry* 2015; 78 (4): 305-16.
 47. De Jong S, Van Donkersgoed R, Pijnenborg G, Lysaker P. Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a patient with severe symptoms of disorganization. *J Clin Psychol* 2016; 72 (2): 164-74.
 48. Van Donkersgoed R, De Jong S, Pijnenborg G. Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a patient with persistent negative symptoms. *J Contemp Psychother* 2016; 46 (4): 245-53.
 49. Vohs J, Leonhardt B, James A, Francis M, Breier A, Mehdiyou N, et al. Metacognitive Reflection and Insight Therapy por Early Psychosis: A preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophr Res* 2018; 195: 428-33.
 50. De Jong S, Van Donkersgoed R, Aleman A, Van der Gaag M, Wunderink L, Lysaker P, et al. Practical implications of metacognitively oriented psychotherapy in psychosis: findings from a pilot study. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204 (9): 713-4.
 51. Lysaker P, Vohs J, Minor K, Irarrázabal L, Leonhardt B, Hamm J, et al. Metacognitive Deficits in Schizophrenia. Presence and associations with psychosocial outcomes. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203 (7): 530-6.
 52. Lysaker P, Erickson M, Buck B, Buck K, Olesek K, Grant M, et al. Metacognition and social function in Schizophrenia: Associations over a period of five months. *Cogn Neuropsychiatry* 2011; 16 (3): 241-55.

Correspondencia:

Sergio Andrés Vergara Ramírez.
Edificio Plaza Poniente 1258, oficina 209, Talca.
cel: 9-85493299, cel: 9-42649222.
E-mail: vergarasergio1@gmail.com