

Trabajos de revisión:

Metacognición e Insight en Esquizofrenia

Sergio Vergara^{1,2}, Daniela Hernández³, Celeste Manríquez³

Resumen

Los pacientes con Esquizofrenia tienen grandes dificultades para reflexionar sobre las cogniciones, intenciones y emociones propias y ajenas, así como para integrar esta información en representaciones más complejas de sí mismo, los demás y el mundo. Esta capacidad, que se encuentra menoscabada en Esquizofrenia, es denominada Metacognición, y se relacionaría con otros constructos, uno de ellos el de *Insight*. A pesar de las similitudes que presentan, exhiben también claras diferencias que deben ser comprendidas para captar la real complejidad teórica y clínica que conllevan. En el presente trabajo se revisan aspectos conceptuales de Metacognición e *Insight* en Esquizofrenia; y a la luz de un modelo integrativo, se describen las relaciones encontradas en la literatura entre ambos. Finalmente, se describen los elementos esenciales de dos modelos psicoterapéuticos que abordan los déficits metacognitivos y de *insight* en los pacientes con Esquizofrenia desde una perspectiva rehabilitadora: la *Metacognitive Insight and Reflection Therapy* (MERIT) y la *Metacognitive Interpersonal Therapy for Psychosis* (MIT-P).

Palabras claves: Metacognición, *Insight* Clínico, *Insight* Cognitivo, Esquizofrenia, Psicoterapia.

Abstract

Schizophrenia patients have great difficulty in reflecting on their own and others' cognitions, intentions and emotions, as well as to integrate this information into more complex representations of themselves, others and the world. This ability, which is undermined in Schizophrenia, is called Metacognition, and would be related to other constructs, one of them is *Insight*. Despite the similarities they present, they also exhibit clear differences that must be understood to capture the real theoretical and clinical complexity involved. In this paper, conceptual aspects of Metacognition and *Insight* in Schizophrenia are reviewed; and in the light of an integrative model, the relationships found in the literature between the two are described. Finally, the essential elements of two psychotherapeutic models that address metacognitive and *insight* deficits in patients with

Schizophrenia from a rehabilitative perspective are described: *Metacognitive Insight and Reflection Therapy* (MERIT) and *Metacognitive Interpersonal Therapy for Psychosis* (MIT-P).

Key words: Metacognition, Clinical *Insight*, Cognitive *Insight*, Schizophrenia, Psychotherapy.

Introducción

La Esquizofrenia es una de las enfermedades de salud mental más complejas y graves, que genera importante impacto socio-sanitario, compromiso relevante del funcionamiento social, gran carga de discapacidad a nivel mundial y muerte (directa o indirectamente) (Fonseca y Lemos, 2019). Características esenciales de la Esquizofrenia son la falta de conciencia de padecerla y las dificultades en darse cuenta de los estados mentales propios y de otros (Lysaker et al., 2014a). Éstas estarían relacionadas y repercutirían en la escasa capacidad de poder resolver problemas sociales e interpersonales, con un importante detrimento en la calidad de vida (Dimaggio y Lysaker, 2015), afectando el pronóstico de la enfermedad (Nieto et al., 2012). Se ha utilizado el término Metacognición para designar esta habilidad de poder representarse estados mentales, existiendo varios conceptos relacionados, y que en cierto sentido se superponen, siendo uno de ellos el de *Insight* (Inchausti et al., 2019). El desarrollo de *Insight*, entendido como conciencia de enfermedad, conlleva más que el simple hecho de reconocer padecerla, implica el desarrollo de un sentido personal de cómo la enfermedad de salud mental ha interrumpido nuestra vida. Se ha planteado que el desarrollo de este profundo sentido personal se asociaría a las capacidades metacognitivas de los sujetos con Esquizofrenia y, por otro lado, determinaría el grado de adherencia a los tratamientos de estos pacientes y los resultados que de ello se desprenden (Vohs et al., 2016). Por ende, la relación entre Metacognición e *Insight* resulta de gran interés para la elaboración de psicoterapias orientadas a la rehabilitación, en que el abordaje de aspectos más sintéticos e integrativos de Metacognición pudiera ser la base para el desarrollo de *Insight* en quienes padecen Esquizofrenia (Lysaker et al., 2018c).

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.

3. Médico Residente de Psiquiatría adultos, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

Dirección postal: Edificio Plaza Poniente 1258, oficina 209, Talca.

Correo electrónico: vergarasergio1@gmail.com,

Metacognición en Esquizofrenia: concepto y déficits metacognitivos

El concepto Metacognición fue definido genéricamente por Flavell en la década de los setenta, como "cognición de la cognición" (Flavell, 1979), recibiendo los aportes de la psicología evolutiva a través de la Teoría de la Mente, y del marco teórico propuesto por el Procesamiento de la Información (Crespo, 2004). 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 espejo. El término "cognición" alude a conocimiento entendido como acción y efecto de conocer, haciendo referencia a un proceso y un producto (Peronard, 2009). Para Antonio Semerari, Metacognición tiene relación al aspecto del procesamiento de la información que monitorea, interpreta, evalúa y regula los contenidos y procesos de su organización (Semerari, 2002). Por otra parte, para 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 (Lysaker et al., 2016). Las actividades metacognitivas involucran el conocimiento de aspectos singulares o discretos relacionados con uno mismo u otros, y también incluyen actividades sintéticas entendidas como formas representacionales más complejas e integradas de uno y los demás, las cuales permiten responder de mejor modo a los desafíos del mundo interpersonal (Brüne, Dimaggio y Lysaker, 2011, Lysaker et al., 2016). En la actualidad no hay consenso sobre qué pruebas son las más indicadas para la medición de Metacognición en sujetos con Esquizofrenia, en gran medida debido a la complejidad del constructo (Popolo et al., 2015) y a la existencia de distintos paradigmas que la abordan. En esta revisión se toma el paradigma de Metacognición planteado por Giancarlo Dimaggio y Paul Lysaker, el cual hace énfasis en aspectos sintéticos de las funciones metacognitivas, diferenciándolo del paradigma expuesto por Adrian Wells el cual se enfoca en aspectos discretos de los contenidos metacognitivos (Salvatore, 2017, Lysaker et al., 2018a). Tomando en consideración lo expresado previamente, las funciones metacognitivas se han evaluado utilizando principalmente la *Metacognition Assessment Scale* (MAS). La versión abreviada (MAS-A) se ha empleado en pacientes con Esquizofrenia, permitiendo el abordaje cualitativo y cuantitativo de la capacidad metacognitiva global y de las cuatro dimensiones que la integran. Las narrativas e información necesarias para llevar a cabo la puntuación en la MAS-A, se recolectan a través de la Entrevista de Enfermedad Psiquiátrica de Indiana (IPII) (Lysaker et al., 2002).

La MAS-A incluye cuatro subescalas o dominios: Autorreflexividad (habilidad para tomar conciencia de los estados mentales de uno mismo), Comprensión de la mente de Otros (habilidad para pensar acerca de los estados mentales de los demás), Descentración (capacidad de adoptar una perspectiva no egocéntrica y así poder interpretar los acontecimientos sin ligarlos estrictamente a nosotros) y Maestría (habilidad para establecer estrategias útiles que permitan lidiar y resolver conflictos psicológicos o la angustia relacionada con ellos). Cada dominio presenta sus propias subfunciones, las que expresan niveles progresivamente más complejos de esa capacidad evaluada, organizadas jerárquicamente (Lysaker et al., 2016, Semerari, 2002, Semerari, 2003). Los cuatro dominios de Metacognición tienen una subfunción basal denominada Requisitos básicos, la 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 otros (Semerari, 2002). Además de los Requisitos básicos, para el caso de los dominios Autorreflexividad y Comprensión de la mente de otros, se consideran las subfunciones de Identificación, Relación entre las Variables, Diferenciación e Integración. Las subfunciones de Identificación y Relación entre las Variables permiten la monitorización de las cogniciones y emociones hipotetizando relaciones de causalidad inmediata con variables internas o externas. La subfunción Diferenciación permite conocer la naturaleza representacional e hipotética del pensamiento distinguiendo entre realidad interna y externa; y la subfunción Integración permite la construcción de narrativas coherentes para describir el escenario mental propio y ajeno a través de la evolución de un estado mental o la integración entre estados diferentes. Para el dominio Maestría, además de los Requisitos básicos, se suman las Estrategias de primer, segundo y tercer nivel, en orden de aplicar medidas más complejas para resolver problemas (Semerari, 2002).

En cuanto a la asociación de Metacognición con Sintomatología, se ha encontrado asociación entre mayores déficits en Autorreflexividad, Comprensión de la mente de Otros y Maestría con mayores niveles de Retraimiento Emocional (Lysaker et al., 2005). En el caso de pacientes con un primer episodio psicótico, quienes tenían altos niveles de sintomatología negativa tenían menores habilidades metacognitivas en la MAS-A (Traulsen et al., 2016). 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 búsqueda de ayuda profesional (MacBeth et al., 2014). En un seguimiento de la misma muestra, observaron correlación entre los niveles de Descentración y búsqueda de ayuda ya encontrándose en tratamiento (MacBeth et al., 2015). También se ha reportado la correlación de Metacognición con la sintomatología negativa concurrente, siendo además un factor

de riesgo para la aparición de los síntomas negativos en el curso del tiempo (Hamm et al., 2012).

En torno a la Función Neurocognitiva de pacientes con Esquizofrenia, mayor capacidad metacognitiva ha correlacionado con mejor memoria verbal y visual, mayor velocidad de procesamiento y mayor nivel de inteligencia premórbida (Lysaker et al., 2005, Nicolò et al., 2012). Por su parte, menores puntajes en Maestría se asociaron con mayor tendencia a sacar conclusiones apresuradamente (Buck et al., 2012); y mayores errores en pruebas de memoria no verbal se asociaron con menor Autorreflexividad, más síntomas de desorganización y menor funcionamiento ejecutivo (Fridberg et al., 2010). Autorreflexividad se ha relacionado a menor acuciosidad en la autoevaluación del desempeño propio (Luedtke et al., 2012) y se ha reportado que el nivel de Maestría constituye un predictor independiente para potencial de aprendizaje (Tas et al., 2012). Acerca de la relación de Metacognición y Funcionalidad de los pacientes con Esquizofrenia, se ha visto aumento en Autorreflexividad tras seis meses de enrolamiento en un programa de rehabilitación vocacional (Lysaker et al. 2010a). Se ha encontrado que Maestría media el impacto de neurocognición sobre calidad y cantidad de relaciones sociales (Lysaker et al., 2010b). Además, el nivel de Maestría al inicio influyó en los niveles de Maestría en el transcurso de cinco meses, así como también en los niveles de funcionamiento social tras ese periodo (Lysaker et al., 2011b). Sobre la asociación con alianza terapéutica, se ha reportado correlación entre altos niveles en Maestría y mayores puntajes en alianza terapéutica a través de la *Working Alliance Inventory-Short Form* (Davis et al., 2011).

Insight clínico y cognitivo en esquizofrenia

El concepto *Insight* no tiene una definición universal, aunque en ámbitos clínicos ha sido utilizado para referirse a un estado mental determinado que se infiere a partir de la respuesta verbal y conductual del paciente a su enfermedad. (Navarro et al., 2006). Aun no hay acuerdo entre diversas corrientes de pensamiento de si este fenómeno corresponde a un síntoma, un aspecto de otros síntomas, una defensa frente a la toma de conciencia de enfermedad por parte de la persona, una atribución errónea o un déficit metacognitivo (Chakraborty y Basu, 2010). Por ende, tampoco hay claridad sobre la neurobiología de este complejo constructo (Ouzir et al, 2012), aunque algunos trabajos señalan que los déficits en *Insight* serían mediados por alteraciones cognitivas duraderas correlacionadas con disfunciones corticales a nivel frontal (Chakraborty y Basu, 2010).

Dentro de los distintos modelos teóricos explicativos de *Insight*, en los últimos años destacan los estudios desde la Psiquiatría

clínica sobre el concepto de *Insight* Clínico y los trabajos desde el Cognitivismo sobre *Insight* Cognitivo. En cuanto al concepto de *Insight* Clínico, se ha abordado considerando un enfoque categórico o continuo, prevaleciendo el último grupo en la actualidad. Un representante de esta corriente es Anthony David, quien limitó el uso del término en dos sentidos: el reconocimiento de tener una enfermedad mental y la posibilidad de reconstruir algunos eventos mentales de la enfermedad como patológicos. Para él, en el constructo coexistirían tres dimensiones que se solapan: conciencia de enfermedad, capacidad para redefinir la experiencia psicótica como anormal y adherencia al tratamiento (Navarro et al., 2006); lo cual derivó en el desarrollo de la *Scale of Assessment of Insight* (SAI) (David et al., 1992). Otro exponente es Xavier Amador, quien propone una mirada multidimensional al concepto y define *Insight* como la capacidad de reconocer las características esenciales del signo o síntoma que tiene el paciente y los efectos de los medicamentos. Estos elementos se recogen en cuatro dimensiones de *Insight*: el conocimiento de los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad, atribución de la enfermedad, formación del autoconcepto, y mecanismos defensivos psicológicos. A partir de estos elementos se elaboró la *Scale of Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) (Amador et al., 1993). Por otra parte, Markova y Berrios definen *Insight* como la manera de conocerse a sí mismo, la conciencia de padecer un trastorno mental y la forma en que dicho trastorno afecta la relación con el entorno (Navarro et al., 2006).

Varias revisiones han considerado el concepto de *Insight* Clínico muy estrecho, y que una mirada más completa de él debiera incluir las habilidades cognitivas de los sujetos que les permiten tomar conciencia de las malinterpretaciones que hacen y la habilidad para corregirlas tomando en consideración aspectos del pasado, del presente y de aquellos que están por ocurrir (Van Camp, Sabbe y Oldenburg, 2017). Así, la dificultad cognitiva crucial en los pacientes psicóticos no estaría solo relacionada con las distorsiones consistentes de sus experiencias, sino también con la dificultad relativa para distanciarse de aquellas distorsiones y con su impermeabilidad relativa ante una retroalimentación correctiva sobre dichas experiencias (Beck et al., 2004) De estas consideraciones se desarrolla el término *Insight* Cognitivo, el cual fue introducido por Beck et al., que destaca el estilo cognitivo o habilidad atributiva metacognitiva, específicamente flexibilidad hacia las creencias, juicios y experiencias propias (Beck et al., 2004, David et al., 2012). Desde esta perspectiva, para Beck et al. la ausencia de *Insight* Cognitivo se produciría por: un fallo de la objetividad, una pérdida en la habilidad para poner ésta en perspectiva, una resistencia a corregir información a partir de las otras opiniones, y un exceso de confianza en las conclusiones. Fruto del trabajo de este grupo, es la Escala de *Insight* Cognitivo de Beck, la que contempla dos

dimensiones: Autorreflexión y Autocerteza, a las que se suma un índice compuesto obtenido de la resta de Autocerteza a Autorreflexión (Beck et al., 2004).

Por lo tanto, el *Insight* Clínico se orienta a los síntomas relevantes para el diagnóstico y tratamiento, mientras que el *Insight* Cognitivo se enfoca en el mecanismo de evaluación y corrección de interpretaciones inadecuadas y creencias distorsionadas (Gutierrez-Zotes et al., 2012). Además de las diferencias señaladas, algunos estudios han buscado la existencia de asociación entre ambos tipos de *Insight*. En un trabajo de Donohoe et al., los autores notaron que *Insight* Cognitivo sería parcialmente relevante en el desarrollo de *Insight* Clínico (Donohoe et al., 2009).

Sobre la relación entre *Insight* y Sintomatología en Esquizofrenia, es necesario considerar si nos referimos a *Insight* Clínico o Cognitivo. En cuanto al primero, se ha visto que los síntomas causan pobre *Insight* y que menor *Insight* disminuye la adherencia al tratamiento lo que repercute en más síntomas. En una revisión de Lysaker et al. sobre este tópico, reportan la correlación de menor *Insight* Clínico con severidad de la sintomatología global, positiva, negativa, de desorganización y de excitación. Además, mayor *Insight* Clínico predijo la reducción del riesgo de recaída y mejoría de la sintomatología positiva y negativa. Por otro lado, mayores niveles de psicopatología basal lograron predecir menores aumentos de *Insight* Clínico en el curso del tiempo en individuos con Esquizofrenia (Lysaker et al., 2018c). La evidencia de asociación entre *Insight* Cognitivo y sintomatología en Esquizofrenia es menor, aunque se ha visto la correlación de menor *Insight* Cognitivo con ideas delirantes en Esquizofrenia (Lysaker et al., 2018c). Además, un incremento en el nivel de *Insight* lleva a la aparición de *distress* cuando las personas cargan con creencias estigmatizantes acerca de la enfermedad mental, por ejemplo: presentar una enfermedad mental significa que ellos son incompetentes o peligrosos. En este sentido, se ha visto que en sujetos con mayores niveles de autoestigma, el aumento de *Insight* se ha asociado a depresión, menor sentido de la vida, y desmoralización (Vohs et al., 2016).

Tomando en consideración la complejidad señalada acerca del concepto de *Insight*, resulta interesante la propuesta de un modelo integrativo por parte de Vohs et al. Dicho modelo señala que un bajo nivel de *Insight* estaría dado por una baja capacidad de reflexividad junto a la contribución de otros factores como la sintomatología, déficits neurocognitivos, déficits en cognición social y metacognición, y factores sociales (ej: autoestigma). Este modelo permite visualizar posibles objetivos terapéuticos con el fin de aumentar los niveles de *Insight* en personas con Esquizofrenia, lo que permitiría una mayor adherencia a los tratamientos y mejores resultados de ellos (Vohs

et al., 2016). En el siguiente apartado se revisa la relación entre *Insight* y Metacognición, siendo este último uno de los principales determinantes de baja reflexividad asociado a *Insight*, de acuerdo a este modelo.

Relaciones entre Metacognición e *Insight* en Esquizofrenia

En cuanto a la asociación entre Metacognición e *Insight*, se ha estimado que el desarrollo de este último requiere la capacidad de contar con un profundo sentido personal de cómo la irrupción de una enfermedad mental puede interrumpir el curso de la vida. En otras palabras, la capacidad de *Insight* requiere del desarrollo de la capacidad de captar los cambios de los estados mentales de uno y los otros que han ocurrido por la aparición del trastorno. También necesita de la capacidad de seleccionar eventos biográficos relacionados a la enfermedad, y de enjuiciar eventuales conexiones entre dichos eventos históricos. Con estas capacidades intactas la enfermedad mental puede ser comprendida por el sujeto, pudiendo además generar una respuesta adaptativa. Sin embargo, son precisamente estas funciones metacognitivas las que se ven afectadas en los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia; limitando la comprensión del sujeto sobre el hecho de poseer una enfermedad mental, ver las consecuencias del trastorno en él y otras personas, y considerar la necesidad de un tratamiento para el manejo del problema de salud mental (Vohs et al., 2016). Varios trabajos respaldan un modelo integrativo de *Insight* y la importancia de la asociación con Metacognición. En un estudio de 61 pacientes con Esquizofrenia, Lysaker et al. evaluaron las narrativas de los participantes utilizando la *Metacognition Assessment Scale* (MAS) y vieron su asociación con la capacidad de *Insight* a través de la *Scale of Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). Menores puntajes en el dominio metacognitivo Maestría se asociaron significativamente a menor *Insight*, correlación que se mantuvo cuando se controló estadísticamente neurocognición (Lysaker et al., 2005).

En otro estudio de Lysaker et al. con 65 adultos en control ambulatorio con diagnóstico de Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia en fase postaguda, evaluaron Metacognición (a través de la MAS, solo para Autorreflexividad y Maestría) y su asociación con *Insight* (evaluado a través de la SUMD). Obtuvieron correlación estadísticamente significativa entre el dominio metacognitivo Autorreflexividad con conciencia de los síntomas, y de Maestría con necesidad de tratamiento y conciencia de las consecuencias de la enfermedad (Lysaker et al., 2011a). En una muestra de sujetos italianos, Nicolò et al. corroboraron los resultados señalados previamente, encontrando correlación de un menor funcionamiento metacognitivo en Autorreflexividad con menor puntuación total en capacidad de *Insight* Clínico (Nicolò et al., 2012). Otro trabajo clasificó a 98 adultos con diagnóstico

de Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo en fase no aguda, en tres grupos de acuerdo a la puntuación del dominio metacognitivo Maestría. Los resultados obtenidos demostraron que el grupo de mayor puntaje en Maestría presentó mayor capacidad de *Insight* Clínico en la SUMD (Lysaker et al., 2011c).

En un estudio más reciente, Lysaker et al. categorizaron en cuatro grupos a 324 adultos con Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo de acuerdo al grado de *Insight* que poseían y de la sintomatología predominante evaluado a través de la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). El grupo con mayor *Insight* presentó mayor capacidad metacognitiva en la puntuación total de la MAS-A, así como de los dominios Autorreflexividad, Comprensión de la mente de Otros y Maestría. Las diferencias metacognitivas se mantuvieron en los distintos grupos, independiente de los síntomas (Lysaker et al., 2019). Por su parte, Vohs et al. evaluaron 40 individuos diagnosticados con un primer episodio psicótico, encontraron que mayor capacidad de *Insight* Clínico (en cada una de las subescalas de la SUMD) se asoció significativamente con una mayor puntuación metacognitiva total en la MAS-A. Obtuvieron correlación entre Autorreflexividad y conciencia de las consecuencias de la enfermedad, asociación de Maestría con los tres ítems generales de la SUMD, y además, Maestría predijo los niveles de *Insight* Clínico. Por otro lado, el dominio metacognitivo Comprensión de la Mente de Otros correlacionó con la subescala Autocerteza de *Insight* Cognitivo medido a través de la *Beck Cognitive Insight Scale* (Vohs et al., 2015).

Metacognición e Insight en Esquizofrenia: aspectos psicoterapéuticos

Dentro del paradigma de Metacognición de Giancarlo Dimaggio y Paul Lysaker, el cual hace énfasis en aspectos sintéticos de las funciones metacognitivas (Salvatore, 2017, Lysaker et al., 2018a), existen escasas intervenciones psicoterapéuticas que aborden los déficits metacognitivos y de *Insight* en Esquizofrenia. No se cuenta con estrategias diseñadas exclusivamente para *Insight* en Esquizofrenia, sino más bien se trata de modelos de tratamiento originalmente diseñados para abordar otros aspectos en Esquizofrenia (Vohs et al., 2016). Dentro de las terapias dirigidas a Metacognición e *Insight*, se encuentra la *Metacognitive Reflection and Insight Therapy* (MERIT) (Lysaker y Klion, 2018b), un modelo psicoterapéutico diseñado para promover el proceso de recuperación en individuos con enfermedades mentales severas. Considera que la recuperación de una enfermedad mental severa es posible en términos funcionales; definiendo el rol del terapeuta como el de un par o consultor en el proceso de pensamiento, y el del paciente el de agente activo en su propio proceso de recuperación. Se estima que las

experiencias de las personas con psicosis pueden ser comprendidas por esas personas y por otros que tratan de entenderlos, teniendo siempre como objetivo el de promover mayores capacidades metacognitivas (Lysaker et al., 2014b). 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 aparecer (Lysaker et al., 2014b). Estos elementos son: Agenda (atender a los deseos y propósitos inmediatos que el paciente trae a la sesión), Diálogo y Foco Narrativo (atender y reflejar con los pacientes sobre el sentido de ellos mismos y otros en el curso de la vida), Identificar un Problema psicológico, Reflejar sobre el proceso interpersonal (prestar atención al sentido de los pacientes sobre cómo se están relacionando con el terapeuta), Percepción de cambio (sentido del paciente sobre qué están experimentando ambos según lo que ocurre en la sesión), y finalmente Estimulación óptima de reflexionar sobre sí mismo y otros, y la Estimulación óptima de Maestría metacognitiva (Lysaker y Klion, 2018b). En cuanto a estudios sobre este modelo psicoterapéutico, Lysaker et al. enrolaron 12 pacientes a MERIT y 12 a psicoterapia de apoyo, todos los participantes reportaron logros en autoestima, en la habilidad de pensar más claramente y establecer metas más significativas. Sin embargo, el grupo que recibió MERIT reportó ser capaz de integrar sus experiencias en narrativas más amplias, también obtuvo una mayor experiencia de sentido de agencia y una mayor habilidad para comprender y manejar el sufrimiento (Lysaker et al., 2015a). Además, hay reportes de casos tratados con MERIT en que se ha obtenido aumento de capacidades metacognitivas (Hillis et al., 2014), y mayor Autorreflexividad tras 12 sesiones en pacientes con severos síntomas de desorganización (De Jong et al., 2016a, Hamm y Firmin, 2016). También, se ha reportado 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 psicótico (Van Donkersgoed, De Jong y Pijnenborg, 2016), y en un paciente con primer episodio psicótico que presentó aumento en su capacidad metacognitiva (MAS-A) y nivel de *Insight* (SUMD) (Leonhardt et al., 2016). De Jong et al. han obtenido aumentos rápidos en Autorreflexividad y Maestría tras 12 sesiones de MERIT en un estudio piloto (De Jong et al., 2016b), y el mismo grupo de trabajo obtuvo aumentos en Autorreflexividad y Maestría al seguimiento en un ensayo randomizado controlado (De Jong et al., 2019). En relación a pacientes con primer episodio psicótico, Vohs et al. impartieron MERIT-EP (variante MERIT para primer episodio psicótico) y los compararon con un grupo control. Obtuvieron aumento significativo en *Insight* Clínico (evaluado con SUMD) al cabo de 6 meses de terapia en 20 pacientes bajo tratamiento ambulatorio (Vohs et al., 2018).

Por otra parte, se encuentra la terapia Metacognitiva Interpersonal para Psicosis (MIT-P), derivada de la psicoterapia de los trastornos de personalidad (MIT), basada en la idea de que esquemas maladaptativos interpersonales y los déficits metacognitivos son una barrera para el desarrollo de las propias metas y para poder enfrentar los desafíos de la cotidianidad. Asume el hecho de que los síntomas positivos podrían ser un obstáculo para el desarrollo de funciones metacognitivas y viceversa (Salvatore, 2017). El modelo se enfoca inicialmente en respuestas empáticas por parte del terapeuta al sufrimiento del paciente producido por los síntomas, normalizando la experiencia del sufrimiento percibido por los usuarios y promoviendo Maestría para el abordaje de los desafíos interpersonales. Los terapeutas deben elicitar episodios narrativos en que los síntomas aparezcan, promoviendo el entendimiento de la relación entre el estrés emocional y los síntomas, y posteriormente explorar como esquemas interpersonales maladaptativos 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). De MIT-P se ha reportado aumento de capacidades metacognitivas en una mujer de 21 años con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide (Salvatore et al., 2009), 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., 2012), y aumento en habilidades metacognitivas en una mujer de 31 años con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide (Salvatore et al., 2014). También se ha descrito aumento en las capacidades metacognitivas y reducción en la sintomatología positiva de un hombre de 18 años con diagnóstico de Esquizofrenia primer episodio y predominio de alucinaciones verbales (Salvatore et al. 2016); y aumento en el funcionamiento metacognitivo y reducción de la sintomatología positiva en un hombre de 22 años con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide y predominio de ideas delirantes de tipo persecutorio (Salvatore et al., 2018).

Discusión

Entre Metacognición e *Insight* existen aspectos que se superponen, sin embargo, se observan claras diferencias entre ellos tal como se ha revisado en los apartados anteriores. Es necesario recalcar el hecho de que se ha tomado el paradigma de Metacognición de Dimaggio y Lysaker, en que el concepto se aborda haciendo énfasis en las funciones metacognitivas por sobre los contenidos, considerando no solo aspectos discretos o simples sino también las construcciones más complejas a partir

de narrativas por parte de los sujetos (Salvatore et al., 2017). Los déficits metacognitivos se han relacionado a la sintomatología psicótica en Esquizofrenia (Vergara, 2018), al funcionamiento social, a aspectos neurocognitivos, alianza terapéutica e *Insight* entre otros (Lysaker et al., 2014a). En cuanto a *Insight*, existen claras diferencias entre *Insight* Clínico y Cognitivo, predominando aspectos vinculados a la conciencia de enfermedad, sus consecuencias y necesidad de un tratamiento en el primero; y un estilo cognitivo autorreflexivo general en el segundo (Amador et al., 1993, Beck et al., 2004). El considerar estas diferencias puede enriquecer nuestro entendimiento, estudio y abordaje clínico de la baja capacidad de *Insight* en pacientes con Esquizofrenia. Por su parte, el constructo multifactorial de *Insight* ha sido desarrollado en los últimos años como elemento central de un modelo integrativo, asociándose a Metacognición, Cognición social, Neurocognición, sintomatología y aspectos psicosociales como Autoestigma, determinando la adherencia al tratamiento de pacientes con Esquizofrenia y los consiguientes resultados del tratamiento (Vohs et al., 2016). Desde esta perspectiva, resulta necesario considerar el término *Insight* como una habilidad para construir sentido de las experiencias sobre padecer un problema de salud mental, y no solo como mera la aceptación de etiquetas diagnósticas específicas (Lysaker et al., 2019). Así, resulta de gran interés el rol de Metacognición como objetivo terapéutico sobre el cual intervenir con el propósito, entre otros, de aumentar la capacidad de *Insight* en pacientes psicóticos. A pesar de la aparición de nuevos modelos psicoterapéuticos como MERIT y MIT-P, todavía resulta escaso el desarrollo de psicoterapias en esta área. Reconociendo las limitaciones del aporte de la psicofarmacología en la toma de conciencia sobre estados mentales y de poseer un problema de salud mental por parte de los sujetos, el abordaje psicoterapéutico de déficits metacognitivos y de *Insight* debiera considerarse una necesidad en el tratamiento de pacientes con Esquizofrenia. Por otra parte, existen aún varias interrogantes en torno a la aplicación de ambas psicoterapias. Todavía no está claro qué tipo de intervenciones, en qué tipo de pacientes y bajo qué circunstancias serían más apropiadas de implementar en estos modelos (Vergara, 2018). Tampoco se ha aclarado totalmente la duración de estas psicoterapias y su efectividad en pacientes en distintas fases del trastorno (Lysaker et al., 2014b). Además, 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 los tratamientos focalizados en la rehabilitación de estos sujetos (Lysaker et al., 2015b).

Bibliografía

1. Amador X, Strauss D, Yale S, Flaum M, Endicott J y Gorman J. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 873-879.
2. Beck A, Baruch E, Balter J, Steer R y Warman D. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004; 68(2-3): 319-329.
3. Brüne M, Dimaggio G, y Lysaker P. Metacognition and Social functioning in Schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Curr Psychiatr Rev*. 2011; 7(3): 239-247.
4. Buck K, Warman D, Huddy V y Lysaker P. The relationship of metacognition with jumping to conclusions among persons with Schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology*. 2012; 45: 271-275.
5. Crespo N. La Metacognición: Las diferentes vertientes de una teoría. *Revista Signos*, 2004; 33(48): 97-115.
6. Chakraborty K y Basu D. Insight in Schizophrenia - A Comprehensive Update. *Ger J Psychiatry*. 2010; 13: 17-30.
7. David A, Buchanan A, Reed A y Almeida O. The Assessment of Insight in Psychosis. *Br J Psychiatry*. 1992; 161: 599-602.
8. David A, Bedford N, Wiffen B y Gillen J. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Phil Trans R Soc B*. 2012; 367: 1379-1390.
9. Davis L, Eicher A y Lysaker P. Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011; 129(1): 85-90.
10. De Jong S, Van Donkersgoed R, Pijnenborg G y Lysaker P. Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a patient with severe symptoms of disorganization. *J Clin Psychol*. 2016a; 72(2): 164-174.
11. De Jong S, Van Donkersgoed R, Aleman A, Van der Gaag M, Wunderink L, Arends J... y Pijnenborg G. Practical implications of metacognitively oriented psychotherapy in psychosis: findings from a pilot study. *J Nerv Ment Dis*. 2016b; 204(9): 713-714.
12. De Jong S, Van Donkersgoed R, Timmerman M, Aan het Rot M, Wunderink L, Arends J... y Pijnenborg G. Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2019; 49(2): 303-313.
13. Dimaggio, G, y Lysaker P. Metacognition and Mentalizing in the Psychotherapy of patients with Psychosis and Personality Disorders. *J Clin Psychol*. 2015; 71(2): 117-124.
14. Donohoe G, Hayden J, McGlade N, O'Grada C, Burke T, Barry S... y Corvin A. Is "clinical insight the same as "cognitive" insight in schizophrenia?. *J Int Neuropsychol Soc*. 2009; 15(3): 471-475.
15. Flavell J. Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979; 34(10): 906-911.
16. Fonseca E y Lemos S. El síndrome psicótico: pasado, presente y futuro. En: Fonseca E, editor. *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2019. p 25-78.
17. Fridberg D, Brenner A y Lysaker P. Intrusion errors in Schizophrenia: Association with self-monitoring, symptoms and executive function. *Psychiatry Res*. 2010; 179(1): 6-11.
18. Gutiérrez-Zotes J, Valero J, Cortés M, Labad A, Ochoa S, Ahuir M... y Salameo M. Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(1): 2-9.
19. Hamm J, Renard S, Fogley R, Leonhardt B, Dimaggio G, Buck K y Lysaker P. Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and relationship to current and prospective symptom assessment. *J Clin Psychol*. 2012; 68(12): 1303-1312.
20. Hamm J y Firmin R.. Disorganization and Individual Psychotherapy for Schizophrenia: A Case Report of Metacognitive Reflection and Insight Therapy. *J Contemp Psychother*. 2016; 46(4): 227-234.
21. Hillis J, Leonhardt B, Vohs J, Buck K, Salvatore G, Popolo R... y Lysaker P. Metacognitive Reflective and Insight Therapy for People In Early Phase of a Schizophrenia Spectrum Disorder. *J Clin Psychol*. 2014; 71(2): 125-135.
22. Inchausti F, Sánchez-Reales S, Prado-Abril J y Lysaker P. La terapia metacognitiva en psicosis. En: Fonseca E, editor. *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2019. p 25-78.
23. Leonhardt B, Benson K, George S, Buck K, Shaieb R y Vohs J. Targeting Insight in First Episode Psychosis: A Case Study of Metacognitive Reflection Insight Therapy (MERIT). *J Contemp Psychother*. 2016; 46: 207-216.
24. Luedtke B, Kukla M, Renard S, Dimaggio G, Buck K y 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): 260-261.
25. Lysaker P, Clements C, Plascak-Hallberg C, Knipscheer S y Wright D. Insight and Personal Narrative of Illness in Schizophrenia. *Psychiatry*. 2002; 65(3): 197-206.
26. Lysaker P, Carcione A, Dimaggio G, Johannesenn J, Nicolò G, Procacci M y Semerari A. Metacognition amidst narratives of self and illness in Schizophrenia: Associations with insight, neurocognition, symptom and function. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112(1): 64-71.
27. Lysaker P, Dimaggio G, Carcione A, Procacci M, Buck K, Davies L... y Nicolò G. Metacognition and Schizophrenia: The capacity for self-reflexivity as a predictor for prospective assessment of work performance over six months. *Schizophr Res*. 2010a; 122(1-3): 124-130.
28. Lysaker P, Shea A, Buck K, Dimaggio G, Nicolò G, Procacci M... y Rand K. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in Schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2010b; 122(5): 405-413.
29. Lysaker P, Dimaggio G, Buck K, Callaway S, Salvatore G, Carcione A... y Stanghellini G. Poor insight in Schizophrenia: Links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need and consequences of illness. *Compr Psychiatry*. 2011a; 52(3): 253-260.
30. Lysaker P, Erickson M, Buck B, Buck K, Olesek K, Grant M... y Dimaggio G. Metacognition and social function in Schizophrenia: Associations over a period of five months. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2011b; 16(3): 241-255.
31. Lysaker P, Erickson M, Ringer J, Buck K, Semerari A, Carcione A y Dimaggio G. Metacognition In Schizophrenia: The relationship of mastery to coping insight, self-esteem, social anxiety and various facets of neurocognition. *Br J Clin Psychology*. 2011c; 50(4): 412-424.
32. Lysaker P, Leonhardt B, Pijnenborg M, Donkersgoed R, de Jong S y Dimaggio G. Metacognition in Schizophrenia Spectrum Disorders: Methods of assessment and associations with neurocognition, symptoms, cognitive style and function. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2014a; 51(1): 54-62.
33. Lysaker P, Buck K, Leonhardt K, Buck B, Hamm J, Hasson-Ohayon I... y Dimaggio G. Metacognitively focused psychotherapy for people with schizophrenia: eight core elements that define practice. En: Lysaker P, Dimaggio G y Brüne M, editores. *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia*. Psychopathology and Treatment Approaches. London, UK: Academic Press; 2014b. p. 196-212.
34. Lysaker P, Kukla M, Belanger E, White D, Buck K y Luther L. Individual Psychotherapy and changes in self experience in Schizophrenia: a qualitative comparison of patients in Metacognitively focused and supportive psychotherapy. *Psychiatry*. 2015a; 78(4): 305-316.
35. Lysaker P, Vohs J, Minor K, Irarrázabal L, Leonhardt B, Hamm J... y Dimaggio G. Metacognitive Deficits in Schizophrenia. Presence and

- associations with psychosocial outcomes. *J Nerv Ment Dis.* 2015b; 203(7): 530-536.
36. Lysaker P, Buck K y Hamm J. Escala de Evaluación de la Metacognición: Una breve visión general y Manual de Codificación para la versión abreviada (EEM-A) v 2015. *Rev GPU.* 2016; 12(2): 174-190.
 37. Lysaker P, Gagen E, Moritz S y Schweitzer R. Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychol Res Behav Manag.* 2018a; 11: 341-351.
 38. Lysaker P y Klion R. Recovery Meaning-Making, and Severe Mental Illness. *A Comprehensive Guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy.* New York, USA: Routledge; 2018b.
 39. Lysaker P, Pattison M, Leonhardt B, Phelps S y Vohs J. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationships with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry.* 2018c; 17(1): 17-23.
 40. Lysaker P, Gagen E, Wright A, Vohs J, Kukla M, Yanos P y Hasson-Ohayon I. Metacognitive Deficits Predict Impaired Insight in Schizophrenia Across Symptom Profiles: A Latent Class Analysis. *Schizophr Bull.* 2019; 45(1): 48-56.
 41. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Carcione A, Fisher R, McLeod H y Dimaggio G. Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. *Compr Psychiat.* 2014; 55(2): 268-273.
 42. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Carcione A, McLeod H y Dimaggio G. Metacognition in first episode psychosis: Item level analysis of associations with symptoms and engagement. *Clin Psychol Psychother.* 2015; 23(4): 329-339.
 43. Navarro F, Cerdeño C, Cano J, Gómez J, Jiménez K, Palacio C... y García J. Introspección en pacientes con psicosis. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006; 35(1): 61-70.
 44. Nicolò G, Dimaggio G, Popolo R, Carcione A, Procacci M, Hamm J... y Lysaker P. Associations of Metacognition with symptoms, insight and neurocognition in Schizophrenia in an Italian replication study. *J Nerv Ment Dis.* 2012; 200(7): 644-647.
 45. Nieto L, Cobo J, Pousa E, Blas-Navarro J, García-Garcés G, Palao D y Obiols J. Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. *Compr Psychiatry.* 2012; 53(5): 502-508.
 46. Ouzir M, Azorin J, Adida M, Boussaoud D y Battas O. Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012; 66: 167-179.
 47. Peronard M. Metacognición: mente y cerebro. *Boletín de Filología.* 2009; 44(2): 263 - 275.
 48. Popolo R, Vinci G, D'Amato F, Buonocore L, Balbi A, Dimaggio G y Salvatore G. The metacognitive functioning in schizophrenia: a proposal for assessment. *Journal of Psychopathology.* 2015; 21(2): 133-140.
 49. Salvatore G, Procacci M, Popolo R, Nicolò G, Carcinone A, Semerari A... y Dimaggio G. Adapted Metacognitive Interpersonal Therapy for Improving Adherence to Intersubjective Contexts in a Person With Schizophrenia. *Clin Case Stud.* 2009; 8(6): 473-488.
 50. Salvatore G, Russo B, Russo M, Popolo R y 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): 314-329.
 51. Salvatore G, Popolo R y Lysaker P. 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 y Brüne M, editores. *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia. Psychopathology and Treatment Approaches.* London, UK: Academic Press; 2014. p 261-283.
 52. Salvatore G, Ottavi P, Popolo R y Dimaggio G. Metacognitive interpersonal therapy for treating auditory verbal hallucinations in first-onset schizophrenia. *J Contemp Psychother.* 2016; 46(4): 235-243.
 53. Salvatore G, Dimaggio G, Ottavi P y Popolo R. *Terapia Metacognitiva Interpersonale della Schizofrenia. La procedura formalizzata di intervento.* Milán, Italia: FrancoAngeli; 2017.
 54. Salvatore G, Buonocore L, Ottavi P, Popolo R y Dimaggio G. Metacognitive Interpersonal Therapy for Treating Persecutory Delusions in Schizophrenia. *Am J Psychother.* 2018; 71(4): 164-174.
 55. Semerari A. *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer; 2002.
 56. Semerari A, Carcione A y Dimaggio G. How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clin Psychol Psychother.* 2003; 10(4): 238-261.
 57. Tas C, Brown E, Esen-Danaci A, Lysaker P y Brüne M. Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted Schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2012; 46(8): 1086-1092.
 58. Trauelsen A, Gumley A, Jansen J, Pedersen M, Nielsen H, Trier C... y Simonsen E. Metacognition in first episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Res.* 2016; 238, 14-23.
 59. Van Camp L, Sabbe B y Oldenburg J. Cognitive Insight: A systematic review. *Clin Psycholol Rev.* 2017; 55: 12-24.
 60. 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): 245-253.
 61. Vergara S. Metacognición en Esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2018; 56(4): 269-278.
 62. Vohs J, Lysaker P, Liffick E, Francis M, Leonhardt B, James A... y Breier A. Metacognitive Capacity as a Predictor of Insight in First-Episode Psychosis. *J Nerv Ment Dis.* 2015; 203(5): 372-378.
 63. Vohs J, George S, Leonhardt B y Lysaker P. An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother.* 2016; 16(10): 1193-1204.
 64. Vohs J, Leonhardt B, James A, Francis M, Breier A, Mehdiyou N... y Lysaker P. Metacognitive Reflection and Insight Therapy por Early Psychosis: A preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophr Res.* 2018; 195: 428-433.