
RELACIONES ENTRE METACOGNICIÓN Y CONTROL COGNITIVO E IMPLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA PSICOPATOLOGÍA

RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE CONTROL AND METACOGNITION AND CONSEQUENCES IN PSYCHOPATHOLOG

MIGUEL ÁNGEL PÉREZ-NIETO

MARTA M^a REDONDO

MARTA MARTÍN

Universidad Camilo José Cela

e-mail: mperez@ucjc.edu

RESUMEN

El presente estudio parte del modelo metacognitivo "Self-Regulatory Executive Function" (S-REF) de Wells y Matthews (1996) y busca identificar las variables metacognitivas más relevantes en el uso de estrategias específicas de control cognitivo (como son la distracción, el control social, la preocupación, el castigo y la revaloración). Para ello, una muestra no clínica de 37 participantes completa el Thought Control Questionnaire –TCQ– y el Metacognitions Questionnaire –MCQ–. Los análisis de regresión muestran que las estrategias más adaptativas como son la distracción y la revaloración se asocian a mayores niveles de autoconfianza cognitiva y autoconocimiento cognitivo respectivamente, mientras que estrategias más psicopatológicas como la preocupación y el

ABSTRACT

Based on the "Self-Regulatory Executive Function" –S-REF– (Wells & Matthews, 1996) model, the aim of the present study is to attempt identify relevant metacognitive variables associated to tendencies to use particular metacognitive strategies to control thoughts (as distraction, social control, worry, punishment and re-appraisal). For this purpose, the Thought Control Questionnaire –TCQ– and the Metacognitions Questionnaire –MCQ– was administered to 37 non-clinical participants. Multiple regression analyses were run. The results show that positive strategies to control thoughts, as distraction and re-appraisals they are associated respective to high cognitive confidence and cognitive self-consciousness. Negative strategies to control thoughts, as worry or punishment,

castigo se asociarán a altas necesidades de control cognitivo.

PALABRAS CLAVE

Metacognición, control cognitivo.

are associated to negative beliefs about worry focusing on uncontrollability and danger.

KEY WORDS

Metacognition, cognitive control.

INTRODUCCIÓN

La metacognición es definida en muchas ocasiones y de forma básica como esa capacidad de pensar sobre el propio pensamiento, sin embargo, el concepto de metacognición va mucho más allá y si se toma una de las primeras delimitaciones conceptuales del término, la dada por John Flavell (1979, 1987), la metacognición implica tanto un conocimiento de nuestros procesos cognitivos como una capacidad para experimentarlos y regularlos. En concreto, Flavell proponía que ese conocimiento era el que servía para alcanzar esa capacidad regulatoria, conocimiento que a su vez se podría dividir en tres categorías: conocimiento de las variables personales, conocimiento de las variables de la tarea y conocimiento de las variables estratégicas. Esta conceptualización de la metacognición se sigue manteniendo en la actualidad y se entiende que el conocimiento ha de darse tanto sobre los procesos de valoración como sobre los procesos atencionales y los esfuerzos de control cognitivo (Moses y Baird, 1999).

Durante la década de los ochenta la metacognición ha estado vinculada especialmente al área del aprendizaje y de la inteligencia (e.g., Borkowski, Carr, & Pressley, 1987; Sternberg, 1984, 1986a, 1986b), pero al finalizar la década de los noventa ya había sido importada por la psicología clínica, vinculándose aspectos específicos de la metacognición con diversas alteraciones psicológicas (e.g. Wells y Matthews, 1994; Wells, 1995; Nelson, Stuart, Howard y Crawley, 1999). En este sentido, durante los últimos años ha habido una amplia investigación y producción científica en torno al papel de la metacognición en la sintomatología positiva de la esquizofrenia, y en particular en las alucinaciones (e.g. Baker y Morrison, 1998; Cangas, García-Montes, Olivencia y Moldes, 2005; García-Montes, Cangas, Pérez-Álvarez, Hidalgo y Gutiérrez, 2005; García-Montes y Pérez-Álvarez, 2003; Koren, Seidman, Poyurovsky, Goldsmith, Viksman, Zichel y Klein, 2004; Krabbendam, Myin-Germaeys y Van Os, 2004; Laroí y Van der Linden, 2005; Morrison y Wells, 2003), existiendo también algunos estudios

sobre el papel de la metacognición en los trastornos de personalidad (Carcione, Semerari, Dimaggio y Nicolo, 2005), en las adicciones (Toneatto, 1999) o en la depresión (Papageorgiou y Wells, 2000).

Sin embargo, en el ámbito de la psicología clínica donde mayor actividad investigadora relacionada con la metacognición se ha dado es en el de los trastornos de ansiedad. Este hecho tiene parte de su origen en la propuesta de modelo de funcionamiento cognitivo realizada por Wells y Mathews (1994, 1996) que denominaron "Self-regulatory Executive Function (S-REF)". En este modelo se da una especial importancia, en otras variables, al procesamiento automático y puesto que el papel de los sesgos atencionales en los trastornos de ansiedad, además de los interpretativos, es también altamente relevante en los trastornos de ansiedad (Eysenck, 1992, 1997; Eysenck y Derakshan, 1997), no es de extrañar que gran parte de la investigación clínica que avala este modelo se haya realizado con trastornos de ansiedad. Así, el manejo que se haga de la monitorización automática que la atención hace del estímulo amenazante en los trastornos de ansiedad puede convertirse en uno de los puntos fundamentales por los que ha de pasar la intervención cognitiva en estos trastornos, que ha de intentar reestructurar ese auto-conocimiento desadaptativo que presentan estos pacientes (ver Matthews y Wells, 2000).

En concreto, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, en un temprano trabajo de Wells (1995) sobre este modelo, se distinguían tres variedades básicas de metacognición en relación a los procesos de valoración amenazante y de preocupación que acompañan a dicho trastorno. La primera variable sería el conocimiento metacognitivo, que se refería a las creencias del propio individuo sobre sus pensamientos. La segunda variable es la experiencia metacognitiva, que se refiere los procesos de valoración y su contenido, es decir, al significado que se le da a un evento. En relación a esta variable existe una amplia literatura que muestra la claras relaciones existentes entre valoraciones específicas y respuestas emocionales concretas (Scherer, Schorr y Johnstone, 2001). La tercera variable sería la relacionada con las estrategias de control metacognitivo, que se refiere a las respuestas que el individuo lleva a cabo con la intención de controlar y manejar su actividad cognitiva.

En el caso del trastorno por ansiedad generalizada, los trabajos de Wells (1995, 1997, 2000) muestran cómo la preocupación con la que se interpreta un suceso cualquiera (segunda variable) puede activar creencias negativas sobre el hecho de tener preocupaciones (primera variable) que desencadenan estrategias de control (tercera variable) que retroalimentarán el sistema, por ejemplo, por refuerzo negativo. En definitiva, se ve el papel de variables no controlables como son las creencias y los procesos atencionales de monitorización del estímulo ame-

nazante, aunque éste sea cognitivo, como la preocupación por un suceso. Esta metapreocupación, o preocupación por las propias preocupaciones, no sólo sería característica del trastorno de ansiedad generalizada sino que, como muestran recientes estudios, también se haría extensiva al caso de aquellas personas con un alto nivel de ansiedad ante síntomas somáticos (Wells, 2005).

En el caso del trastorno obsesivo-compulsivo, la secuencia podría repetirse y Wells (1997), sugiere que los pensamientos intrusivos y repetitivos pueden activar creencias metacognitivas negativas concernientes al significado de los mismos, que generarán más ansiedad. Todo ello favorecerá que se activen estrategias de control, tanto cognitivas como conductuales, dirigidas a minimizar el impacto amenazante de las ideas obsesivas, lo que de nuevo, puede acabar manteniendo ese funcionamiento del sistema a medio plazo gracias al refuerzo negativo o a la propia retroalimentación cognitiva que se hace sobre las metacreencias. Datos recientes al respecto nos dicen que una alta autoconciencia asociada a la valoración del pensamiento intrusivo pueden predecir la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos (Clark, Purdon y Wang, 2003; Cohen y Calamari, 2004; Mather y Cartwright-Hatton, 2004). El soporte para modelos metacognitivos para el trastorno obsesivo compulsivo se da también para otros modelos (ver Emmelkamp y Aardema, 1999)

Las implicaciones del modelo S-REF de Wells en el ámbito clínico se están extendiendo lentamente a otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de estrés postraumático (e.g. Wells, 2000; Wells y Sembi, 2004), y especialmente al tratamiento cognitivo de todos estos trastornos, en los que un entrenamiento metacognitivo parece favorecer un mejor manejo de los síntomas (e.g. Leahy, 2002; Mathews, Hillyard y Campbell; 1999; Wells, 2002; Wells y Sembi, 2004). En este sentido, parece que una buena capacidad metacognitiva podría favorecer una mayor eficiencia en el tratamiento cognitivo de algunos trastornos de ansiedad, pero, a la vez, parece que esa alta habilidad metacognitiva podría estar en la patogénesis de gran parte de los trastornos de ansiedad y especialmente del trastorno obsesivo-compulsivo (Clark, Purdon y Wang, 2003) y del trastorno de ansiedad generalizada (Wells, 1997).

Se podría plantear que la relación entre el tipo de habilidades metacognitivas y el uso estratégico que se hace de ellas en el manejo del procesamiento de la información permitirá explicar la adaptabilidad o dificultad que generan dichas habilidades y estrategias en el control emocional. De hecho, es reconocido el valor adaptativo de estrategias de afrontamiento cognitivas dirigidas a la emoción como, por ejemplo, la reevaluación positiva, y el valor desadaptativo de otras como la desconexión mental o la rumiación (Carver, Séller y Weintraub, 1989).

En esta línea, el presente estudio persigue, en primer lugar, explorar las relaciones entre distintas capacidades metacognitivas y el uso de determinadas estrategias de control cognitivo. En segundo lugar se buscará el efecto que dichas capacidades metacognitivas tienen en el uso de unas u otras estrategias de control cognitivo.

MÉTODO

Muestra

La muestra está compuesta por 37 participantes, con una edad media de 25.7 años (desviación típica de 7.6), siendo un 62.5% mujeres. Los participantes fueron seleccionados aleatoriamente mediante el método “bola de nieve”, no eran remunerados y podían guardar el anonimato.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para evaluar las variables objeto de estudio son los que a continuación se describen. En la traducción al castellano se tuvieron en cuenta las recomendaciones existentes al respecto (ver Muñiz y Hambleton, 1996).

- *Metacognitions Questionnaire –MCQ–* (Cartwright-Hatton y Wells, 1997). El MCQ es un cuestionario que consta de 65 ítems que se organizan de acuerdo a cinco factores o subescalas que miden diversas dimensiones de la metacognición. Los 65 ítems se contestan en una escala que va de 1=“no estoy de acuerdo” a 4=“estoy totalmente de acuerdo”. Los factores o subescalas se denominan de la siguiente forma: 1) *Creencias positivas sobre la preocupación* (e.g. “Las preocupaciones me ayudan a evitar problemas futuros”); 2) *Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros* (e.g. “Cuando empiezo a preocuparme no puedo parar”); 3) *Baja confianza cognitiva* (e.g. “Tengo una memoria pobre”); 4) *Creencias negativas sobre pensamientos, incluyendo temas de Superstición, Castigo y Necesidad de control* (e.g. “No ser capaz de controlar mis pensamientos es una señal de debilidad”); y 5) *Autoconocimiento cognitivo* (e.g. “Puedo fijarme en cómo funcionan mis pensamientos”). Es importante destacar que las cuatro primeras subescalas hacen referencia a contenidos de los procesos cognitivos, por lo que la evaluación del proceso metacognitivo se realiza de forma implícita, y que es el quinto factor o subescala, *Autoconocimiento cognitivo*, el que evalúa el proceso

metacognitivo de manera explícita. La fiabilidad que alcanza el MCQ es suficientemente buena, tanto en los coeficientes alfa de sus escalas, que oscilan entre .72 de la subescala *Autoconocimiento cognitivo* hasta .89 de la subescala *Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros*. Las medidas test-retest también presentan datos fiables, con valores que oscilan de .89 en *Autoconocimiento cognitivo* a .76 en *Supers-tición, Castigo y Necesidad de control* (Cartwright-Hatto y Wells, 1997; Wells y Carter, 2000; Wells y Papageorgiou, 1999). Con muestra de población española, el estudio de García-Montes, Cangas, Pérez-Álvarez y Gutiérrez (en prensa) obtiene con su traducción del cuestionario coeficientes alpha también óptimos, que oscilan entre .73 de la subescala *Autoconocimiento cognitivo* y .92 de la subescala *Creencias positivas sobre la preocupación*.

- *Thought Control Questionnaire –TCQ–* (Wells y Davies, 1994). El TCQ es un cuestionario que permite evaluar el uso que cada individuo hace de estrategias metacognitivas dirigidas a controlar pensamientos que son intrusivos y/o que resultan estresantes. La prueba fue desarrollada a partir ítems obtenidos tras una entrevista semiestructurada que se realizó a muestras clínicas de trastornos de ansiedad e hipocondría y a muestras no clínicas. La serie de análisis factoriales realizados permitió delimitar finalmente cinco factores que mostraban valores de fiabilidad y validez óptimos. Estos factores o subescalas son los siguientes: 1) *Distracción* (e.g. “Hago algo que me entretenga”); 2) *Control social* (e.g. “Pregunto a mis amigos si ellos han tenido pensamientos similares”); 3) *Preocupación* (e.g. “Me centro en pensamientos negativos diferentes”); 4) *Castigo* (e.g. “Me castigo a mí mismo por tener esos pensamientos”); y 5) *Revaloración* (e.g. “Intento reinterpretar el pensamiento”). La índices de fiabilidad del TCQ, más bajos que los del MCQ, presentan coeficientes alpha que varían desde .64 en *Castigo* hasta .79 en *Control social*; el test-retest varía de .67 en *Castigo* hasta .83 en *Control social*.

Procedimiento

Los participantes completaron los cuestionarios comenzando por el TCQ y continuando por el MCQ. En realidad, ambos cuestionarios formaban parte de una batería más amplia que incluía también el Anxious Thoughts Inventory (Wells, 1994), cuyos datos no han sido incluidos en este estudio, y que completaron en

primer lugar, antes del TCQ y del MCQ. La participación fue voluntaria y anónima, aunque se daba opción, mediante código numérico, de acceder a los resultados finales de las pruebas. Se favoreció la escasa interacción entre los participantes mientras completasen los cuestionarios.

ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

Para la consecución del primer objetivo, explorar las relaciones entre distintas capacidades metacognitivas y el uso de determinadas estrategias de control cognitivo, se ha realizado un análisis de correlaciones de Pearson entre todas las subescalas del MCQ y todas las escalas del TCQ. Los resultados de este análisis (Tabla 1) muestran los siguientes resultados. La estrategia de control cognitivo *Distracción* sólo presenta asociaciones significativas de tipo negativo con *Baja confianza cognitiva*. El intento de control cognitivo mediante el *Control Social* se asocia positiva y significativamente a contenidos metacognitivos de *Superstición*, *Castigo* y *Necesidad de control* y a un mayor proceso de *Autoconocimiento metacognitivo*. La focalización en la *Preocupación* como estrategia de control cognitivo se asocia positiva y significativamente con *Creencias positivas sobre las preocupaciones*, *Creencias negativas sobre las preocupaciones incontrolables*, *Superstición*, *Castigo* y *Necesidad de Control* y un alto *Autoconocimiento cognitivo*. El *Castigo*, como control cognitivo, se asocia positiva y significativamente con *Creencias negativas sobre las preocupaciones incontrolables* y *Superstición*, *Castigo* y *Necesidad de Control* y también el *Autoconocimiento cognitivo*. Por último, el uso de estrategias de *Revaloración* presenta asociaciones positivas y significativas con las *Creencias positivas sobre la preocupación* y también con el *Autoconocimiento cognitivo*.

De estos resultados, y de cara a las implicaciones que pueden tener y que se comentarán en el apartado de conclusiones y discusión, destacamos el hecho de que el uso de todas las estrategias de control cognitivo evaluadas por el TCQ, excepto la *Distracción*, se asocian positivamente con el *Autoconocimiento Cognitivo*. También destacamos el hecho de que la *Revaloración* se asocie positiva y significativamente con *Creencias positivas sobre la preocupación*.

Tabla 1

Correlaciones bivariadas entre subescalas del TCQ y subescalas del MCQ

	Mcq1	Mcq2	Mcq3	Mcq4	Mcq5
Distracción	.160	.177	-.565*	.223	.166
Control Social	.388	.389	-.328	.579*	.515*
Preocupación	.670**	.806**	.175	.759**	.792**
Castigo	.359	.708**	-.259	.601*	.616*
Revaloración	.545*	.441	-.111	.453	.628*

Mcq1= *Creencias positivas sobre la preocupación*

Mcq2= *Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros*

Mcq3= *Baja confianza cognitiva*

Mcq4= *Superstición, Castigo y Necesidad de control*

Mcq5= *Autoconocimiento cognitivo*

Para la consecución del segundo objetivo, buscar el efecto que determinadas capacidades metacognitivas tienen en el uso de unas u otras estrategias de control cognitivo, se llevó a cabo una serie de análisis de regresión múltiple mediante el método “stepways” o “pasos sucesivos”, en los que las variables independientes eran las distintas subescalas del MCQ y donde como variable dependiente se utilizó, en cada análisis, una subescala del TCQ. En los resultados se muestra el modelo generado para cada variable dependiente, su ANOVA y los coeficientes para la variable independiente en los que se apoya cada modelo.

Para la estrategia de control cognitivo *Distracción* (tablas 2 y 3), la única variable metacognitiva que puede generar el modelo predictivo es la *Baja confianza cognitiva*, que puede explicar hasta un 31% de las variaciones de la distracción, manteniendo obviamente, la relación inversa que estas variables ya mostraron en el análisis correlacional.

Tabla 2

Modelo de análisis de regresión lineal múltiple (método stepways) y resultado de ANOVA.

Predictores en el modelo: Baja confianza cognitiva: / V.D.: Distracción

(Distracción)	R	R²	R² corregida	Error típico	F	Sig.
1	.565	.319	.267	2.61	6.10	.028

Tabla 3

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple

Predictores en el modelo: Baja confianza cognitiva: / V.D.: Distracción

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Baja confianza cognitiva	-.565	-2.67	.028

Con la estrategia de control cognitivo *Control Social* (tablas 4 y 5), la capacidad metacognitiva que, de nuevo, sirve para generar un modelo predictor vuelve a ser la *Baja confianza metacognitiva*. Hay que señalar que en esta ocasión la relación entre estas variables que ya se mostraba en el análisis correlacional es positiva o directa.

Tabla 4

Modelo de análisis de regresión lineal múltiple (método stepways) y resultado de ANOVA.

Predictores en el modelo: Baja confianza cognitiva: / V.D.: Control Social

(Control Social)	R	R ²	R ² corregida	Error típico	F	Sig.
1	.579	.375	.284	2.74	6.55	.024

Tabla 5

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple

Predictores en el modelo: Baja confianza cognitiva: / V.D.: Control Social

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Baja confianza cognitiva	.579	2.56	.024

En el caso en el que como estrategia de control cognitivo el individuo monitorea la *Preocupación* (tablas 6 y 7), el análisis de regresión lineal múltiple realizado mediante el método de “pasos sucesivos” permite generar dos modelos predictivos. El primero, a partir de la variable metacognitiva *Creencias negativas sobre preocupaciones y sus peligros*, y, el segundo, que permite explicar un porcentaje todavía más alto de las variaciones en *Preocupación*, suma a la variable *Creencias negativas sobre preocupaciones y sus peligros* la de *Autoconocimiento cognitivo*.

Tabla 6

Modelo de análisis de regresión lineal múltiple (método stepways) y resultado de ANOVA.

Predictores en el modelo 1: Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros / V.D.: Preocupación

Predictores en el modelo 2: Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros+Autoconocimiento cognitivo / V.D.: Preocupación

Modelo: Preocupación	R	R²	R² corregida	Error típico	F	Sig.
1 (Mcq2)	.806	.649	.622	2.33	24.06	.000
2 (Mcq2+Mcq5)	.879	.773	.735	1.95	20.37	.000

Mcq2= *Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros;*

Mcq5= *Autoconocimiento cognitivo*

Tabla 7

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple.

Predictores en el modelo 1: Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros / V.D.: Preocupación.

Predictores en el modelo 2: Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros+Autoconocimiento cognitivo / V.D.: Preocupación

VARIABLES INDEPENDIENTES (MODELO 1)	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Mcq2	.806	4.90	.000

VARIABLES INDEPENDIENTES (MODELO 2)	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Mcq2	.503	2.76	.017
Mcq5	.464	2.55	.025

Mcq2= *Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros;*

Mcq5= *Autoconocimiento cognitivo*

En lo referente a la estrategia de control cognitivo *Castigo* (tablas 8 y 9), la variable metacognitiva que alcanza significación predictiva en el modelo es la de *Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros*. Cuando el control cognitivo se basa en la *Revaloración* (tablas 10 y 11), la variable metacognitiva que permite predecir cambios en el uso de la *Revaloración* es la del *Autoconocimiento cognitivo*.

Tabla 8

Modelo de análisis de regresión lineal múltiple (método stepways) y resultado de ANOVA

Predictores en el modelo 1: Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros / V.D.: Castigo

(Castigo)	R	R ²	R ² corregida	Error típico	F	Sig.
1	.708	.501	.463	2.02	13.07	.003

Tabla 9

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple.

Predictores en el modelo 1: Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros / V.D.: Castigo

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Mcq2	.708	3.61	.003

Mcq2= Creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros

Tabla 10

Modelo de análisis de regresión lineal múltiple (método stepways) y resultado de ANOVA

Predictores en el modelo: Autoconocimiento cognitivo / V.D.: Revaloración

(Revaloración)	R	R ²	R ² corregida	Error típico	F	Sig.
1	.628	.394	.348	2.71	8.46	.012

Tabla 11

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple

Predictores en el modelo: Autoconocimiento cognitivo / V.D.: Revaloración

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Autoconocimiento cognitivo	.628	2.90	.012

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las importantes consecuencias que se derivan del uso de unas u otras estrategias de control cognitivo en el control y manejo de la respuesta emocional, ya sea ésta más adaptativa o más patológica, hacen de la identificación de estas estrategias y de las variables a las que se asocian una cuestión relevante en el ámbito de la psicopatología y de la intervención cognitiva. Los efectos perniciosos que podría tener el control cognitivo, y de manera más específica, la supresión de pensamientos específicos fue estudiado inicialmente por Wegner y su equipo (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987; Wegner, Shortt, Blake y Page, 1990), quienes ya apuntaban el efecto contrario que solía tener esta estrategia de control del pensamiento, que acaba generándolo con mayor frecuencia. El modelo conocido como “Self-Regulatory Executive Function” (S-REF) de Wells y Matthews (1996) enmarca y da cabida a este efecto paradójico, en el que la exposición a la preocupación genera mayor grado de preocupación y de pensamiento intrusivo (ver Borkovec, Robinsnson, Pruzinnsky DePree, 1983; Butler, Wells y Dewick, 1995). Es preciso señalar que estos resultados no siempre han sido probados, como recoge Purdon (1999) en una revisión sobre estudios que investigan dicho efecto, aunque parece ser que por variantes y problemas metodológicos.

El modelo S-REF facilita al estudio de las variables implicadas en procesos como el de la supresión cognitiva y apunta que los problemas psicológicos se pueden vincular al uso de determinadas estrategias de control cognitivo. Los estudios que han utilizado el TCQ para evaluar estrategias de control cognitivo en muestras clínicas han corroborado este aspecto y el uso de estrategias como una focalización de la atención en la preocupación y el castigo ante la aparición de determinados pensamientos se ha dado en mayor medida en pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo (Amir, Cashman y Foa, 1997), en pacientes con trastorno por estrés agudo (Warda y Bryant, 1998) o en pacientes con trastorno de estrés postraumático y con síntomas depresivos (Reynolds y Wells, 1999). Modelos explicativos del trastorno de ansiedad generalizada (Wells, 2000) o del trastorno obsesivo compulsivo (Salkovskis, 1996) incluyen explícita o implícitamente estas variables. Por el contrario, estrategias de control cognitivo como la reevaluación positiva o la distracción eran características de las muestras no clínicas (Reynolds y Wells, 1999; Warda y Bryant, 1998). De hecho, estrategias como la reevaluación positiva son base de la intervención cognitiva, y el adecuado manejo de los procesos atencionales ha dado lugar al desarrollo de protocolos de manejo de la atención en psi-

coterapia específicos, como el “Attention Training Technique-ATT-” (Wells, 1990), siendo ya frecuente que las intervenciones psicológicas en trastornos de ansiedad incluyan entre sus objetivos y técnicas el cambio atencional (e.g. Pérez Nieto y Redondo, 2002) y, por supuesto, en la intervención psicológica en dolor crónico (e.g. Redondo, Pérez Nieto e Iruarrizaga, 2003; Vidal Pérez, Pérez Nieto y Redondo, 2005).

Teniendo en cuenta la relevancia del uso de determinadas estrategias de control cognitivo, tanto por parte del individuo como por parte del psicólogo, conocer la variables metacognitivas que se asocian a cada una de ellas será especialmente útil. Así, de los resultados de nuestro estudio habría que destacar que el uso de todas las estrategias de control cognitivo evaluadas por el TCQ, excepto la *Distracción*, se asocia positivamente con el *Autoconocimiento Cognitivo*, lo que nos viene a decir que una alta conciencia o conocimiento cognitivo, al tratarse de un aspecto cognitivo más procesual que de contenido, puede facilitar tanto el uso de estrategias de control más saludables como la revaloración o menos, como la preocupación o el castigo. Así, nuestros resultados apuntan a que ideas sobre una alta autoeficacia cognitiva (por ejemplo, confío en mi memoria) se asociarán más que el *Autoconocimiento cognitivo* al uso de estrategias de control más positivas como la distracción. Si atendemos al resultado de los análisis de regresión lineal, el *Autoconocimiento cognitivo* va a tener un peso predictivo en el uso de la *Revaloración* como estrategia de control cognitivo.

En definitiva, el uso de las estrategias de control cognitivo más saludables y adaptativas, como son la distracción y la reinterpretación, van a estar más sujetas a contenidos metacognitivos como la creencia en una alta autoeficacia cognitiva para el caso de la distracción, y proceso que impliquen un alto conocimiento del propio funcionamiento cognitivo para el caso de la reevaluación. Por el contrario, contenidos metacognitivos sobre la necesidad del control cognitivo se vincularán más al uso de estrategias más psicopatológicas y desadaptativas como son el castigo o la focalización y monitorización de preocupaciones. Los resultados se armonizan con lo que el propio Wells (2000) señala: la modificación del autoconocimiento cognitivo facilitará la reinterpretación de procesos cognitivos desadaptativos, como es la monitorización de los sesgos atencionales y de las creencias de necesidad de control cognitivo, lo que tiene un alto valor terapéutico probado en el trastorno obsesivo compulsivo y en el trastorno de ansiedad generalizada, alcanzando su implicación a otras alteraciones psicológicas como el estrés postraumático, la depresión o las alucinaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amir, N., Cashman, L. y Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Baker, C.A. y Morrison, A.P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T y DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkowski, J., Carr, M., & Pressely, M. (1987). "Spontaneous" strategy use: Perspectives from metacognitive theory. *Intelligence*, 11, 61-75.
- Butler, G., Wells, A., y Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: a pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 45-56.
- Cangas, A.J., García-Montes, J.M., Olivienza, J.J. y Moldes, P. (2005). Evaluación y significado de los procesos cognitivos implicados en las alucinaciones auditivas. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 4,
- Carcione, A; Semerari, A; Dimaggio, G; Nicolo, G. (2005). States of mind and metacognitive dysfunctions are different in the various personality disorders: A reply to Ryle (2005). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12, 367-373.
- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Metacognitions Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Clark, DA; Purdon, C; Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research And Therapy*, 41, 655-669.
- Cohen, RJ; Calamari, JE. (2004). Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: An evaluation of cognitive self-consciousness in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy And Research*, 28, 457-471.
- Emmelkamp, P.M.G. y Aardema, A. (1999). Metacognitive, specific obsessive compulsive beliefs and obsessive compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-146.

- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. London, UK: Lawrence Erlbaum Associates
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eysenck, M.W. y Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Flavell, J. H. (1987). Speculations about the nature and development of metacognition. En F. E. Weinert & R. H. Kluwe (Eds.), *Metacognition, Motivation and Understanding* (pp. 21-29). Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- García-Montes, J.M., Cangas, A., Pérez-Álvarez, M., Hidalgo, A.M. y Gutiérrez, O. (En prensa). The role of metacognitions and thought control techniques in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*.
- García-Montes, J.M., Cangas, A., Pérez-Álvarez, M., Hidalgo, A.M. y Gutiérrez, O. (2005). Influence of metacognitive variables on paranoid ideation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 463-469.
- García-Montes y Pérez-Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.
- Koren, D; Seidman, LJ; Poyurovsky, M; Goldsmith, M; Viksman, P; Zichel, S; Klein, E. (2004). The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Schizophrenia Research*, 70, 195-202.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I. y Van Os J. (2004). The expanding psychosis phenotype. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 411-420.
- Laroi, F y Van der Linden, M. (2005). Metacognitions in proneness towards hallucinations. *Behaviour research and Therapy*, 43, 1425-1441.
- Leahy, R.L. (2002). Improving homework compliance in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal Of Clinical Psychology*, 58, 499-511.
- Mather, A. y Cartwright-Hatton, S. (2004). Cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms in adolescence: A preliminary investigation. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 33, 743-749.

- Matthews, G; Hillyard, EJ; Campbell, SE. (1999). Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 111-125.
- Matthews, G. y Wells, A. (2000). Attention, automaticity and affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69-93.
- Morrison, A.P. y Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder and non-patients-control. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Moses, L.J., & Baird, J.A. (1999). Metacognition. En R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Sciences* (pp. 533-535). Cambridge, MA: MIT Press.
- Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Nelson, T.O., Stuart, R.B., Howard, G. y Crawley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: a preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 73-80.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy And Research*, 27, 261-273.
- Pérez Nieto, M.A. y Redondo Delgado, M.M. (2002). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social y trastorno de angustia con agorafobia. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1, 115-138
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Redondo, M.M., Pérez Nieto, M.A. e Iruarrizaga, I. (2003). Intervención psicológica en artritis reumatoide: caso clínico. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 2, 27-50
- Reynolds, M. y Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire-psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 29, 1089-1099.
- Salkovskis, P. (1996). The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. En P. Salkovskis (Ed.), *The frontiers of cognitive therapy* (pp.48-73). New York: The Guilford Press.

- Scherer, K.R., Schorr, A., & Johnstone, T. (Eds.)(2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. New York: Oxford University Press.
- Sternberg, R. J. (1984). What should intelligence tests test? Implications for a triarchic theory of intelligence for intelligence testing. *Educational Researcher*, 13 (1), 5-15.
- Sternberg, R. J. (1986a). Inside intelligence. *American Scientist*, 74, 137-143.
- Sternberg, R. J. (1986b). *Intelligence applied*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers.
- Toneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive Behaviors*, 24, 167-174.
- Vidal Pérez, M.I.; Pérez-Nieto, M.A. y Redondo, M.M. (2005). Intervención psicológica en fibromialgia: un caso clínico. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 4, 57-74.
- Warda, G. y Bryant, R.A. (1998). Cognitive bias in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1177-1183.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R. III y White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wegner, D.M., Shortt, J.W., Blake, A.W. y Page, M.S. (1990). The suppression of exciting thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 409, 418.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation-induced-anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectivas on Theory, Assessment and Treatment*. Chichester: Wiley
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology-Science And Practice*, 9 , 95-100.

- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy And Research, 29*, 107-121.
- Wells, A. y Carter, K. (2000). Further tests of a cognitive model of GAD: worry and metacognitions in patients with GAD, panic disorder, social phobia and depression. *Behavior Therapy, 32*, 85-102.
- Wells, A. y Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 871-878.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, A. y Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 868-870.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1999). The observer perspective: biased imagery in social phobia. Agoraphobia and blood-injury phobia. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 653-658.
- Wells, A. y Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry, 35*, 307-318.