

ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO PARA DEPRESIÓN



© Steffen Moritz

**Manual Breve de la Versión Original (EMC-D) y su
Adaptación para Adultos Mayores (EMC-Silver)**

Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt & Steffen Moritz

Los módulos del EMC - D y EMC- Silver pueden ser obtenidos en varios idiomas en:
www.uke.de/depression y www.uke.de/mct-silver

Se encuentra disponible el entrenamiento online en Alemán (www.uke.de/e-dmkt)
e Inglés (www.uke.de/e-dmct) a cambio de una colaboración voluntaria.

Version: 01.03.23

Agradecimientos

Ante todo, nos gustaría agradecer a nuestros pacientes por su apoyo e inspiración al ayudarnos a desarrollar D-MCT y MCT-Silver. Sus comentarios fueron esenciales para mejorar y perfeccionar estas capacitaciones, de modo que sean útiles para quienes más las necesitan.

También nos gustaría dar las gracias a nuestros colegas de la Unidad de Neuropsicología Clínica y de la Clínica de Psiquiatría y Psicoterapia del Centro Médico Universitario de Hamburgo-Eppendorf, así como a todos los demás colegas nacionales e internacionales que prestaron su apoyo para la realización de los programas de formación, y su constante revisión y mejora. Debido al número de personas implicadas, nos abstendremos de nombrarlas en este momento. Esperamos que ello no menoscabe nuestra gratitud por su apoyo, sus comentarios y su ayuda.

Donaciones

En vista de la difícil situación financiera de muchos hospitales psiquiátricos, es nuestro objetivo proporcionar las diapositivas internacionales para el entrenamiento metacognitivo para la depresión (es decir, D-MCT, diapositivas alemanas para D-MCT publicadas por BELTZ) y todas las diapositivas para la depresión en la edad avanzada (es decir, MCT-Silver) de forma gratuita. Su donación es esencial para nuestro trabajo y ayudará a mejorar las vidas de muchas personas que sufren de depresión. Le estaríamos muy agradecidos si apoyara a D-MCT y MCT-Silver mediante una donación a nuestro programa.

Amablemente pedimos a los profesionales especialmente y a las instituciones una pequeña contribución antes de utilizar los materiales proporcionados en nuestro sitio web (profesionales: 30€//\$30; instituciones: 100€//\$100) en vista de la cantidad de trabajo y costos asociados al desarrollo de nuestro programa. Las contribuciones pueden hacerse en línea (ver sitio web; <https://clinical-neuropsychology.de/donate/>; por favor especifique Neuropsicología Clínica en "Dono para").

Todas las donaciones se utilizarán para financiar un mayor desarrollo del D-MCT y MCT-Silver (tareas futuras: traducción de módulos a otros idiomas, creación de nuevos gráficos, contratación de estudiantes para realizar grupos de D-MCT y MCT-Silver en clínicas). Si lo solicita, le enviaremos un recibo por su donación (envíe un correo electrónico a Steffen Moritz [moritz@uke.de] e incluya su dirección de correo). Las donaciones pueden hacerse a la siguiente cuenta:

Pagar a:	UKE AG Neuropsychologie
Banco:	Hamburger Sparkasse HASPA
Referencia/Motivo del pago:	1027/001 - MCT Depression (esto es crucial para garantizar que su donación nos llegue)
IBAN:	DE54200505501234363636
BIC/Swift:	HASPDEHHXXX



Entrenamiento Metacognitivo para la Depresión (D-MCT)¹: Un Breve Manual para su Versión Original y su Adaptación para Adultos Mayores (MCT-Silver)

Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt, & Steffen Moritz

	Page
Una nota a nuestros colegas	5
1 Introduciendo el D-MCT y MCT-Silver	6
por Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider, & Steffen Moritz	
1.1 Introducción	6
1.2 Enfoque del Entrenamiento Metacognitivo (MCT)	6
1.3 Indicaciones para D-MCT y MCT-Silver	7
1.4 Información sobre la aplicación práctica del D-MCT y MCT-Silver	11
1.4.1 Información general	11
1.4.2 Motivos que guían la implementación del entrenamiento	12
1.4.3 Elementos estructurales recurrentes del D-MCT y MCT-Silver	13
1.5 Descripción General del Manual	16
2 Entrenamiento Metacognitivo para la Depresión (D-MCT)	18
por Lena Jelinek, Marit Hauschildt & Steffen Moritz	
2.1 Módulo 1: Filtro mental & Sobregeneralización	18
2.1.1 Fundamentos teóricos	18
2.1.2 Contenido	18
2.2 Módulo 2: Distorsiones de la memoria & Falsos recuerdos	20
2.2.1 Fundamentos teóricos	20
2.2.2 Contenido	20
2.2.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio	21
2.3 Módulo 3: Los "Debería", descalificación de lo positivo, & pensamiento blanco y negro	23
2.3.1 Fundamentos teóricos	23
2.3.2 Contenido	23
2.4 Módulo 4: Autoestima & Perfeccionismo	25
2.4.1 Fundamentos teóricos	25
2.4.2 Contenido	25
2.4.3 Ejemplo y ejercicio	25

¹ El presente manual representa la versión traducida, revisada y ampliada del siguiente capítulo del libro escrito en alemán sobre Entrenamiento Metacognitivo para la Depresión (D-MCT): Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2016). *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)*. In Stavemann, H. *Entwicklungen in der Integrativen KVT*. Weinheim: Beltz, 175-200.

2.5	Módulo 5: Maximización o minimización & Estilo atribucional depresivo	27
2.5.1	Fundamentos teóricos	27
2.5.2	Contenido	27
2.5.3	Ejemplo de diapositiva y ejercicio	28
2.6	Módulo 6: Estrategias y comportamientos disfuncionales	29
2.6.1	Fundamentos teóricos	29
2.6.2	Contenido	29
2.7	Módulo 7: Saltando a conclusiones, lectura de mentes, & adivinación (catastrofizando)	30
2.7.1	Fundamentos teóricos	30
2.7.2	Contenido	30
2.7.3	Ejemplo de diapositiva y ejercicio	31
2.8	Módulo 8: Percepción de sentimientos & razonamiento emocional	32
2.8.1	Fundamentos teóricos	32
2.8.2	Contenido	32
2.8.3	Ejemplo de diapositiva y ejercicio	33
3	Entrenamiento Metacognitivo para la Depresión en Adultos Mayores (MCT-Silver)	34
	por Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bücken, Lena Jelinek	
3.1	Módulo 2: Memoria en adultos mayores con depresión	34
3.2	Módulo 3: Los "Debería" y aceptación	35
3.2.1	Fundamentos teóricos	35
3.2.2	Contenido	36
3.2.3	Ejemplo de diapositiva y ejercicio	36
3.3	Módulo 4: Valores	38
3.3.1	Fundamentos teóricos	38
3.3.2	Contenido	38
3.3.3	Ejemplo de diapositiva y ejercicio	39
3.4	Módulo 8: Autoestima	40
3.4.1	Fundamentos teóricos	40
3.4.2	Contenido	40
3.4.3	Ejemplo de diapositiva y ejercicio	43
4	Estado del arte	44
	por Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt & Steffen Moritz	
4.1	D-MCT	44
4.2	MCT-Silver	45
5	Referencias	46

Una nota a nuestros colegas

Estimados Colegas,

¡Gracias por su interés en D-MCT y MCT-Silver! Este manual ha sido escrito para profesionales (por ejemplo, psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.) que llevan a cabo D-MCT y/o MCT-Silver en entornos grupales o individuales con individuos con depresión - "jóvenes" y "mayores". Puede descargar gratuitamente todos los materiales internacionales para D-MCT (en 10 idiomas) y MCT-Silver (actualmente disponibles sólo en alemán) desde nuestro sitio web: www.clinical-neuropsychology.de. Las diapositivas en alemán para D-MCT, así como un extenso manual en alemán son publicados por Beltz (Jelinek, Hauschildt, & Moritz, 2015). Los materiales descargables de nuestro sitio web incluyen diapositivas de Power Point y las hojas de trabajo para los ocho módulos de cada entrenamiento, folletos con información general y reglas de grupo. En este manual se proporciona información concreta sobre la implementación de los entrenamientos, incluyendo breves descripciones de los fundamentos teóricos de todos los módulos, una breve descripción del contenido del módulo, así como consejos útiles. Llevamos realizando D-MCT desde 2009 y MCT-Silver desde 2016. A lo largo de estos años, hemos acumulado mucha experiencia e información dirigiendo grupos en entornos ambulatorios y hospitalarios y hemos realizado varios ensayos aleatorizados y controlados hasta la fecha sobre D-MCT. Tras un exitoso estudio piloto, actualmente se está llevando a cabo el primer ensayo clínico sobre MCT-Silver y los resultados iniciales se publicarán pronto.

En el capítulo 1, ofrecemos una definición de metacognición, así como información general sobre la implementación de D-MCT y MCT-Silver. En el capítulo 2, Jelinek, Hauschildt y Moritz ofrecen una breve descripción de los ocho módulos de D-MCT y, en el capítulo 3, Schneider, Moritz, Bücken y Jelinek describen los módulos que son específicos de MCT-Silver. En el capítulo 4, presentamos el panorama de las pruebas empíricas de los entrenamientos hasta la fecha.

A pesar de nuestra experiencia y esfuerzos en el desarrollo de estos materiales, tenemos claro que D-MCT y MCT-Silver sólo son valiosos en la medida en que los apliquen ustedes, nuestros colegas. Por lo tanto, estaríamos agradecidos si nos hicieran llegar sus comentarios sobre los materiales, y sinceramente apreciaríamos tanto los comentarios críticos y constructivos como los positivos. No dude en ponerse directamente en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta. Nos encantaría conocer su experiencia con el uso de estos materiales. Sientase libre en ponerse en contacto con nosotros a través de las siguientes direcciones de correo electrónico:

Lena Jelinek (ljelinek@uke.de)

Brooke C. Schneider (b.viertel@uke.de)

Marit Hauschildt (mhauschildt@uke.de)

Steffen Moritz (moritz@uke.de)

Le deseamos mucho éxito en la implementación del entrenamiento!

1. Introduciendo el D-MCT y MCT-Silver

por Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider, & Steffen Moritz

1.1 Introducción

En los últimos años, el término "metacognición" ha atraído cada vez más atención en lo que respecta tanto a la investigación básica como al desarrollo de métodos psicoterapéuticos (Moritz, Lysaker, Hofmann, & Hautzinger, 2018; Moritz & Lysaker, 2018). Flavell aplicó el concepto de "metamemoria" a otros dominios y utilizó "metacognición" para describir el conocimiento sobre la regulación de los propios procesos cognitivos (Flavell, 1976). Comúnmente, el término se define como "pensar sobre el pensamiento" (griego: meta = "más allá de" y latín: cogitare = "pensamiento", véase también Moritz, 2008, 2013). La metacognición es un constructo complejo que abarca múltiples dominios y niveles de procesamiento de la información, que Flavell distingue en cuatro componentes: (1) conocimiento metacognitivo, (2) experiencia metacognitiva, (3) objetivos metacognitivos y (4) acciones metacognitivas. Además del trabajo de Flavell, existen varias definiciones y aplicaciones heterogéneas de este término (Semerari et al., 2012).

Nuestra comprensión de la metacognición se basa en Flavell y en investigadores posteriores como Adher Koriat, que consideran la certeza del juicio y el papel de la duda como aspectos metacognitivos esenciales (Koriat & Goldsmith, 1998). Así pues, una definición amplia de metacognición incluye aspectos básicos de la percepción y el procesamiento de la información, así como funciones cognitivas superiores, y se refiere tanto al contenido como a los procesos de la cognición. Uno de los objetivos de nuestro método es aumentar la conciencia de los pacientes sobre los sesgos cognitivos que distorsionan el procesamiento de la información, por ejemplo, la tendencia de los pacientes deprimidos a subestimar su funcionamiento neurocognitivo. Asimismo, otras distorsiones en la metacognición parecen ser una característica estable de la depresión (Faissner, Kriston, Moritz, & Jelinek, 2018; Ladegaard, Lysaker, Larsen, & Videbech, 2014; Ladegaard, Videbech, Lysaker, & Larsen, 2016), lo que destaca el valor de centrarse en el abordaje de las metacogniciones en el tratamiento de la depresión.

1.2 Enfoque del Entrenamiento Metacognitivo (MCT)

La conceptualización de nuestro enfoque metacognitivo comenzó en 2003 con el "entrenamiento metacognitivo para la psicosis" (MCT; ; Moritz, Krieger, Bohn, & Veckenstedt, 2017; Moritz et al., 2013) que ha demostrado ser eficaz en metaanálisis recientes (Eichner & Berna, 2016; Liu, Tang, Hung, Tsai, & Lin, 2018). Desde entonces, el MCT se ha evaluado repetidamente y se han desarrollado versiones para otros trastornos psiquiátricos (Moritz, 2013), por ejemplo, para la depresión (D-MCT, véase el capítulo 2, así como Jelinek, Hauschildt, & Moritz, 2015 para el manual completo en alemán), el trastorno límite de la personalidad (Schilling, Moritz, Kriston, Krieger, & Nagel, 2018), el trastorno obsesivo compulsivo (Jelinek, Zielke, et al., 2018) y los trastornos bipolares (Haffner et al., 2018). Más recientemente, se desarrolló una adaptación de D-MCT, llamada MCT-Silver, para adultos mayores con depresión (véase el capítulo 3; Schneider et al., 2018). Basándonos en nuestra comprensión de la metacognición descrita anteriormente, el objetivo general de todas las variantes de entrenamiento metacognitivo desarrolladas por nuestro grupo es hacer que los pacientes sean conscientes de los sesgos cognitivos específicos del trastorno, apoyados empíricamente, para modificarlos posteriormente. Esto incluye sesgos en la percepción y el procesamiento de la información, y creencias disfuncionales específicas, así

como suposiciones sobre los pensamientos y mejores estrategias para afrontar dichos pensamientos. En cuanto a los componentes de la metacognición de Flavell, nuestro objetivo es mejorar el conocimiento metacognitivo de los pacientes, sobre todo creando experiencias metacognitivas con la ayuda de ejercicios lúdicos y entretenidos (Moritz & Lysaker, 2018). Adoptando un enfoque integrador, el entrenamiento metacognitivo incorpora elementos compatibles con otros enfoques terapéuticos (Moritz et al., 2018), a la vez que conserva la estructura y el contenido únicos del MCT.

En la depresión, pueden darse dos tipos de sesgos cognitivos, que son similares entre sí y no siempre fáciles de distinguir. Uno de ellos, que se aborda principalmente en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) clásica, son los errores cognitivos "típicos", como la sobregeneralización. Se trata de sesgos cognitivos en el procesamiento de información individualmente relevante. El otro tipo de sesgo se produce en el procesamiento general de la información con respecto al *estilo cognitivo*. La investigación neuropsicológica ha mostrado otros sesgos cognitivos en la depresión, como por ejemplo, el recuerdo selectivo de información negativa durante la depresión (memoria congruente con el estado de ánimo), así como la identificación sesgada de emociones (para revisiones, véase Dalili, Penton-Voak, Harmer, & Munafò, 2015; Gaddy & Ingram, 2014). Ambos tipos de sesgos cognitivos favorecen el procesamiento de la información depresiva y, por tanto, son centrales en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Ciertas creencias metacognitivas, como "los pensamientos negativos son peligrosos", y estrategias de afrontamiento, como la rumiación y la supresión del pensamiento, se consideran cada vez más importantes en la patogénesis de la depresión (para datos empíricos y similitudes con la Terapia Metacognitiva [Wells, 2011] véase más adelante). En consecuencia, el "pensar sobre el pensamiento" en D-MCT y MCT-Silver implica tanto el *contenido* de los pensamientos como los *procesos* de percepción y pensamiento en sí. Dado que también hay un interés en abordar el contenido del pensamiento, D-MCT y MCT-Silver están generalmente más cerca de los enfoques clásicos de la TCC para tratar la depresión que de la Terapia Metacognitiva de Wells (Moritz & Lysaker, 2018). En conjunto, a través de una meta-perspectiva, D-MCT y MCT-Silver tienen como objetivo mejorar la toma de conciencia de los sesgos cognitivos y de la subjetividad del pensamiento para crear distancia de los pensamientos (negativos) y aumentar la flexibilidad cognitiva.

1.3 Indicaciones para D-MCT y MCT-Silver

En base a nuestras consideraciones teóricas para desarrollar el D-MCT, nuestra larga experiencia implementándolo en diversos entornos de tratamiento (clínica psiquiátrica ambulatoria, programa de rehabilitación psiquiátrica, clínica psiquiátrica hospitalaria) y los hallazgos de investigaciones clínicas (Jelinek et al., 2016; Jelinek, Hauschildt, Otte, & Moritz, 2009; Jelinek, Faissner, Moritz, & Kriston, 2018; Jelinek, Moritz, & Hauschildt, 2017), nos gustaría ofrecer algunas sugerencias para su uso y señalar las limitaciones del programa. Desde nuestra perspectiva, D-MCT y MCT-Silver se ajustan a las guías basadas en la evidencia para el tratamiento de la depresión, como las formuladas por las guías NICE y la Sociedad Alemana de Psiquiatría, Psicoterapia y Neurología (DGPPN).

D-MCT y MCT-Silver presentan una serie de características únicas, tanto en contenido como en estructura, que son decisivas para la aplicación específica y la indicación de los entrenamientos. Ambos son de bajo umbral (es decir, son flexibles para que el contenido pueda ajustarse a las características específicas del grupo), incluyen elementos lúdicos, tienen una estructura clara y han sido diseñados como un concepto de grupo abierto y modular. El entrenamiento también

puede combinarse fácilmente con otros elementos de terapia (TCC/de tercera ola) y dichos elementos también se han incorporado específicamente en dos módulos de MCT-Silver.

Indicaciones específicas para el uso de D-MCT y MCT-Silver:

Diagnósticos

Tanto D-MCT como MCT-Silver se desarrollaron principalmente para pacientes con un diagnóstico primario de depresión unipolar (depresión mayor, trastorno depresivo persistente). También está indicado su uso en pacientes con trastornos depresivos comórbidos (por ejemplo, en los que el diagnóstico primario es un trastorno de ansiedad). Dado que no hemos aplicado las intervenciones en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar, o en aquellos con deterioro cognitivo, como la demencia, estos trastornos no se incluyen en la lista de indicaciones (para MCT para el trastorno bipolar, véase Sondergeld et al., 2016). Según nuestra experiencia clínica, los pacientes con deterioro cognitivo leve y déficits cognitivos de otros orígenes (por ejemplo, lesión cerebral leve) también se benefician del tratamiento; sin embargo, no se han realizado estudios para examinar empíricamente la eficacia en estos pacientes.






Momento en el curso del tratamiento

Debido a la gran flexibilidad que ofrece la aplicación del entrenamiento, hay muchas opciones en cuanto al momento en que puede utilizarse a lo largo del tratamiento. En nuestra opinión, D-MCT y MCT-Silver son especialmente útiles para los pacientes con un primer episodio depresivo, los que tienen poca o ninguna experiencia psicoterapéutica previa o los que no han hecho terapia durante algún tiempo. Debido a sus elementos lúdicos y divertidos, las intervenciones también son apropiadas para pacientes con poca motivación psicoterapéutica al inicio. El alivio de los síntomas mediante la participación en D-MCT y MCT-Silver puede servir entonces para aumentar la motivación para continuar el tratamiento. Las intervenciones también son adecuadas para su uso en entornos de pacientes hospitalizados agudos debido a su estructura y diseño claros. En particular, el uso de ejercicios divertidos y únicos, que al mismo tiempo comunican información sobre la depresión, permite a los pacientes experimentar pequeños progresos (véanse los ejemplos de ejercicios más abajo). Otras áreas clave de posible aplicación son la atención de seguimiento y la prevención de recaídas.

Modalidades de tratamiento

El entrenamiento puede aplicarse en entornos ambulatorios, de hospital de día o de internación. En concreto, la estructura de grupo abierto también puede servir para optimizar los tiempos de tratamiento de los pacientes en un entorno ambulatorio (por ejemplo, para reducir los tiempos de espera). En entornos psiquiátricos de hospital de día, D-MCT y MCT-Silver representan entrenamientos grupales específicos para la depresión que complementan y profundizan el programa de tratamiento psiquiátrico, específicamente reforzando las competencias metacognitivas y reduciendo los sesgos cognitivos. MCT-Silver es particularmente adecuado para ser utilizado en los diversos entornos en los que se trata a los adultos mayores (por ejemplo, atención primaria, residencias de ancianos, centros de cuidados a largo plazo), dado su enfoque modular y estructurado, a la vez flexible, así como por su contenido que puede ser presentado por enfermeras psiquiátricas o personal que no sea psiquiatra o psicólogo. No obstante, es importante señalar que (todavía) no hemos realizado estudios sobre MCT-Silver específicamente en entornos no psiquiátricos.

No obstante, el D-MCT y el MCT-Silver presentan las siguientes limitaciones:

-  Para los pacientes que experimentan episodios depresivos de moderados a graves, D-MCT o MCT-Silver no deberían ser la única estrategia de intervención y no deberían utilizarse en lugar de intervenciones (individualizadas) basadas en la evidencia. La modalidad grupal y el contenido pueden suponer una exigencia excesiva para los pacientes con episodios depresivos agudos y graves (en particular para aquellos con síntomas psicóticos).
-  Los pacientes ambulatorios con tendencias suicidas agudas no deben participar en los grupos. Sugerimos llevar a cabo una breve exploración con los posibles participantes en relación con los pensamientos suicidas. Aunque los pensamientos suicidas especialmente pasivos no son raros entre los sujetos con depresión, los que tienen planes activos de cometer suicidio y especialmente los que no pueden comprometerse a no llevarlos a cabo deben ser derivados a un tratamiento más intensivo.
-  Debido al papel central de la información escrita, es esencial un conocimiento suficiente del idioma (escrito y hablado) en el que se imparte el entrenamiento para poder participar con éxito (actualmente sólo se dispone de otros idiomas para D-MCT).
-  Dado que la información se presenta en diapositivas, los pacientes con dificultades importantes de visión pueden tener dificultades para participar en el grupo. Los que tienen problemas de audición pueden tener dificultades para oír lo que dicen los instructores u otros participantes. Los instructores pueden considerar si es posible complementar el contenido del programa para estos pacientes (por ejemplo, ofreciendo una versión impresa de las diapositivas a los pacientes con problemas de visión o permitiendo que los pacientes con dificultades auditivas se sienten cerca de los instructores).
-  MCT-Silver: Aunque no es una contraindicación per se, los pacientes que están atravesando un duelo agudo (por ejemplo, inmediatamente después de la pérdida de un cónyuge) pueden sentir que el contenido del grupo es demasiado generalizado o pueden no estar psicológicamente preparados para considerar algunas de las técnicas discutidas. Según nuestra experiencia, estas personas tienden a percibir la información del módulo 3 de MCT-Silver (es decir, la aceptación) de forma bastante crítica. Por lo tanto, sugerimos que los entrenadores hablen con estos pacientes o sus terapeutas antes de que empiecen con el grupo y consideren cuidadosamente si su participación es conveniente. Sin embargo, las pérdidas son una parte normal de la vida, a la que las personas responden de forma única. Por lo tanto, los entrenadores no deberían excluir de forma automática o general a las personas que han experimentado una pérdida recientemente.

1.4 Información sobre la aplicación práctica del D-MCT y MCT-Silver

1.4.1 Información general

1.4.1.1 Frecuencia, duración y número de participantes

D-MCT y MCT-Silver se administran normalmente en ocho módulos de 60 minutos cada uno (Jelinek et al., 2015). En algunos entornos ambulatorios, las sesiones se han alargado a 90 minutos para dejar tiempo suficiente al principio y al final de la sesión (por ejemplo, para que los pacientes se conozcan entre sí). Alternativamente, para los adultos mayores con limitaciones cognitivas o fatiga, puede ser más apropiada una sesión de 30 minutos en la que los módulos se presenten a lo largo de dos sesiones. Dependiendo de la indicación y del entorno de tratamiento, se deben administrar de uno a dos módulos por semana. Si se ofrecen dos módulos por semana, las sesiones deben programarse con suficiente tiempo entre ellas para garantizar que los participantes tengan oportunidad de practicar y hacer un seguimiento de los contenidos aprendidos. Un grupo de tres a diez pacientes ha demostrado ser óptimo.

1.4.1.2 Formato (estructura de grupo abierto)

El contenido y la estructura de las diapositivas están diseñados para un formato de grupo abierto (es decir, pueden incorporarse nuevos participantes en cualquier sesión). Así, los módulos son independientes entre sí y la información importante se repite en cada módulo (por ejemplo, la explicación del término metacognición). Sin embargo, dependiendo del contexto exacto del tratamiento, los instructores pueden decidir utilizar el material para un grupo cerrado o para sesiones individuales.

1.4.1.3 Material y equipamiento técnico

Todos los materiales necesarios se proporcionan como archivos PDF. Los entrenadores presentan las diapositivas y entregan copias impresas de las hojas de trabajo a los pacientes al final de cada sesión (o en forma de cuadernillo que incluye todas las hojas de trabajo trabajadas antes de que asista al grupo). Los entrenadores también necesitarán una computadora o laptop y un proyector para presentar las diapositivas a los pacientes, que se sentarán en semicírculo alrededor de la pared/pantalla en la que se proyectarán las diapositivas.

1.4.1.4 Terapeutas/entrenadores

Si se dispone de recursos suficientes, se recomienda que dos instructores (por ejemplo, psicoterapeutas) lleven a cabo el entrenamiento. Debido a su clara estructura, los terapeutas en formación o el personal de enfermería con conocimientos sobre la depresión también pueden dirigir los grupos D-MCT o MCT-Silver. Es preferible que el entrenador o los entrenadores tengan algún conocimiento de las técnicas de comunicación terapéutica y experiencia en la moderación de grupos terapéuticos.

1.4.2 Motivos que guían la implementación de los entrenamientos

Refuerzo Positivo

Un ambiente abierto, amistoso y apreciativo es un elemento esencial del entrenamiento. Los entrenadores deben promover esta atmósfera, y actuar y comunicarse de acuerdo con esta actitud fundamental. El humor es otro elemento clave que el terapeuta puede utilizar en situaciones apropiadas. Un enfoque entretenido, interactivo y lúdico del entrenamiento ofrece a los pacientes la oportunidad de vivir experiencias positivas y fomenta la diversión. Aproveche todas las oportunidades para proporcionar comentarios positivos a cada paciente y al grupo.

Colaboración

Elegimos cuidadosamente el término "entrenadores" para subrayar la naturaleza colaborativa del MCT. Si bien los entrenadores deben presentar la información a los miembros del grupo, éstos son, en última instancia, "sus propios especialistas" y sacan partido de una gran cantidad de conocimientos basados en sus experiencias vitales. Los adultos mayores, en particular, suelen apreciar el reconocimiento de sus conocimientos y experiencias, por lo que los entrenadores deben hacer referencia a esto activamente a lo largo de las sesiones, teniendo en cuenta que las estrategias del MCT representan sólo una (de las muchas formas) de mejorar los síntomas depresivos.

Individualizado

A pesar de la clara estructura del entrenamiento a través de su formato basado en medios, las diapositivas no deben presentarse en ningún caso de forma apresurada. Tanto el ritmo como el grado de profundidad deben adaptarse siempre a las capacidades de los participantes (deprimidos y, por tanto, a menudo más lentos) y a sus inquietudes individuales. Si es necesario, pueden omitirse algunos ejercicios o ejemplos. El programa se centra en la comunicación de información y en la realización de ejercicios prácticos, pero siempre debe haber tiempo suficiente para que los pacientes compartan sus opiniones personales y ejemplos.

Comprobar la comprensión

Dado que las personas con depresión, en general, pueden procesar la información de forma más lenta, pueden tener dificultades de atención y los adultos mayores, en particular, pueden experimentar otras deficiencias sensoriales, los entrenadores deben asegurarse de que todos los miembros del grupo escuchan y comprenden la información presentada. Esto puede significar dedicar más tiempo a explicar un ejercicio concreto y comprobar si se ha entendido. Si los entrenadores no están seguros, deben preguntar explícitamente a los miembros del grupo antes de continuar.

Motivar

El objetivo de D-MCT y MCT-Silver no es proporcionar a los participantes toda la información existente sobre la depresión o la metacognición, sino crear nuevas experiencias. Ponerse a prueba y cometer errores son algunas de las mejores formas de aprender. Por eso, dudar y cuestionar suele conducir a la reflexión. En muchos módulos, una actitud positiva ante los errores es esencial para el proceso de aprendizaje. Los "errores" se provocan deliberadamente para demostrar procesos generales de cognición y procesamiento de la información. Para ello, es necesario que los entrenadores eviten un comportamiento directivo y docente. Más bien, los entrenadores deben funcionar como "modelos imperfectos".

Límites

Si bien la individualización de los contenidos sigue siendo un elemento central de la implementación de la formación, limitar los aportes excesivos y detallados de los participantes es también una tarea esencial de los entrenadores. Esto es especialmente importante en el caso de quejas o comentarios que son más bien generales o no específicos del contenido del grupo. Este tipo de contribuciones no están orientadas a un objetivo y tienden a ser igualmente fastidiosas para todos los participantes e incluso pueden confundir a algunos otros miembros del grupo. Por lo tanto, hay que validarlas, pero limitarlas claramente reorientando la atención hacia los contenidos pertinentes.

1.4.3 Elementos estructurales recurrentes del D-MCT y MCT-Silver

1.4.3.1 D-MCT

Apertura de la sesión e introducción

La hoja informativa para los participantes se proporciona como información preparatoria e incluye las reglas del grupo. Puede descargarse de nuestro sitio web (<https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-english/>; file name: "information material and group rules"; Jelinek et al., 2015). Si el entrenamiento se emplea en un formato de grupo abierto (es decir, los nuevos pacientes pueden unirse en cualquier sesión), sugerimos realizar una breve introducción general a la D-MCT después de dar la bienvenida a los participantes. Para introducir a los participantes en el contenido, debe explicarse el término "metacognición". Lo ideal sería que lo hiciera un participante con más experiencia y que los entrenadores lo desarrollaran si fuera necesario. El siguiente recuadro ofrece un ejemplo.

Ejemplo de diálogo (entrenador)

"Meta" es la palabra griega que significa "más allá/después". "Cognición" es un término general para procesos mentales como la atención, la memoria o la planificación, y puede traducirse como "pensamiento". En conjunto, puede simplificarse como "pensar sobre el pensamiento". En el entrenamiento metacognitivo, por tanto, observaremos los procesos de pensamiento desde una metaperspectiva o una posición satélite y los debatiremos. Nos centraremos en los patrones de pensamiento que son relevantes para el desarrollo y el mantenimiento de la depresión.

Diapositiva "posición satélite"

Cada módulo del D-MCT comienza con una diapositiva que ilustra la posición del satélite. Se explica que los pacientes pueden mirar hacia abajo, hacia el "frente de mal tiempo de la depresión". Se trata de una metáfora que se aprende rápidamente y se recuerda con facilidad para la metaperspectiva que adoptamos a lo largo del entrenamiento. Se refiere a mirar los propios pensamientos "desde arriba" o "desde la distancia" para identificar los vínculos entre los patrones cognitivos y el desarrollo y mantenimiento de la depresión. El objetivo del D-MCT es observar críticamente los propios procesos mentales, identificar posibilidades y practicar estrategias para modificar positivamente estos procesos y utilizarlos eficazmente para superar la depresión.

Recapitulando el contenido anterior

Antes de empezar a presentar el módulo, debe haber tiempo para repasar brevemente el contenido tratado en el módulo anterior, y para que los participantes intercambien ejemplos de los sesgos cognitivos tratados y compartan experiencias sobre la aplicación de las estrategias aprendidas en las hojas de trabajo.

Diapositiva "Pensamiento y razonamiento en la depresión"

Para introducir los temas de los módulos 1, 3 y 5 (tema: "pensamiento y razonamiento"), se ofrece la definición de "sesgo cognitivo" y se proporcionan (o repiten) los fundamentos para cambiar los sesgos cognitivos. Nos gustaría enfatizar que los estudios han demostrado que muchos pacientes tienen déficits en el procesamiento de la información, pero este no es el caso de todos los pacientes ni de todos los sesgos cognitivos discutidos. También sugerimos que los terapeutas se refieran intencionalmente a los pensamientos como "sesgados o distorsionados" o "útiles/realistas" y "menos útiles/poco realistas" en lugar de "correctos" o "incorrectos".

Contenido específico de los módulos

El contenido específico del módulo sigue a la introducción. Los elementos recurrentes y alternantes del módulo incluyen 1) explicaciones de los conceptos del D-MCT, 2) clarificación del contenido mediante la presentación de ejemplos de la vida real, y 3) ejercicios lúdicos y motivantes para practicar las estrategias aprendidas. Aunque la relevancia de todo el contenido para el desarrollo y mantenimiento de la depresión está respaldada empíricamente, es posible que el contenido específico no sea igual de importante para cada participante (para los datos empíricos, consulte los módulos respectivos). Por lo tanto, se sugiere que los terapeutas pregunten sobre la relevancia personal del tema del módulo para cada participante al principio ("¿Está familiarizado con esto?"). Cuando se tratan temas que son menos relevantes para algunos participantes, éstos pueden servir como modelos a seguir funcionales para el grupo por el desarrollo y la aplicación de valoraciones útiles y estrategias funcionales. De este modo, los propios miembros del grupo sirven de ejemplo de la variedad de formas posibles de pensar y valorar las situaciones. Estos debates también brindan la oportunidad de compartir distintas perspectivas.

Objetivos de aprendizaje

Cada módulo termina con una diapositiva de resumen de los objetivos de aprendizaje de la sesión de ese día. En este punto, puede ser un alivio para algunos participantes insistir en que *identificar* los propios sesgos cognitivos es un primer paso fundamental hacia el cambio. Un cambio de pensamiento sólo puede producirse gradualmente. Por eso se habla del D-MCT como un *entrenamiento*. Se debe reforzar positivamente a los pacientes por el simple hecho de identificar un sesgo cognitivo o una estrategia de afrontamiento disfuncional. Las posibles nuevas creencias disfuncionales, como "ahora yo también soy malo pensando... mi depresión es culpa mía", deben contrarrestarse ofreciendo una perspectiva dialéctica. Esto podría incluir señalar y validar que, por un lado, los sesgos cognitivos y las estrategias de afrontamiento se originan y desarrollan de una determinada manera y por determinadas razones (no surgen de la nada, sino a través de experiencias de aprendizaje y modelos de conducta), mientras que, por otro lado, los pacientes tienen la opción de decidir si quieren cambiar el statu quo y probar nuevas estrategias y conductas. Otros objetivos de la D-MCT son aumentar la conciencia y la capacidad de los pacientes para "desactivar pensamientos" y ganar (o recuperar) flexibilidad cognitiva.

Ronda final

La sesión debe terminar con una breve ronda final para consolidar la información presentada y aprendida, y aumentar la motivación y el compromiso para practicar el material enseñado. Lo ideal es que los entrenadores dirijan una o dos preguntas específicas a cada participante, como "¿Qué ha sido lo más importante para usted hoy?" o "¿Cuál de las estrategias presentadas quisiera practicar esta semana?".

Resumen escrito y seguimiento

Los participantes reciben un resumen escrito del contenido abordado (ya sea al final de cada sesión o en forma de folleto tras la inscripción del grupo). El seguimiento/la tarea incluye ejercicios escritos para consolidar el material aprendido y apoyar su aplicación en la vida cotidiana.

1.4.3.2 MCT-Silver

Los siguientes elementos estructurales de D-MCT y MCT-Silver son idénticos: Apertura de la sesión e introducción; recapitulación del contenido anterior; contenido específico de los módulos; objetivos de aprendizaje; ronda final y resumen escrito y seguimiento. Por lo tanto, los lectores deben remitirse a los puntos anteriores, ya que estos elementos también son esenciales para MCT-Silver.

MCT-Silver difiere del D-MCT en lo siguiente:

Metáfora del "laberinto"

En el MCT-Silver se utiliza una metáfora de laberinto para introducir el concepto de metacognición ("pensar sobre el propio pensamiento"). Se explica que cuando uno se encuentra en medio de un laberinto, es difícil saber qué camino debe seguir para encontrar la salida y existe el riesgo de perderse. Con una "vista panorámica", es mucho más fácil ver dónde está la salida y la probabilidad de éxito (es decir, de encontrar la salida) es mucho mayor. Del mismo modo,

durante una depresión, es difícil distanciarse de los patrones de pensamiento negativos y rumiativos. Idéntico al D-MCT, el objetivo del MCT-Silver es observar críticamente los propios procesos mentales, identificar posibilidades, y practicar estrategias para modificar positivamente estos procesos y utilizarlos eficazmente para superar la depresión.

Diapositiva "¿Por qué Entrenamiento Metacognitivo?"

Al principio de la sesión, se aborda la reticencia de algunos participantes a comprometerse con MCT-Silver reconociendo brevemente que los síntomas depresivos, de los cuales muchos participantes han estado padeciendo durante bastante tiempo, no desaparecerán instantáneamente con la mera participación en una o dos sesiones de MCT-Silver. Más bien, la información y los ejercicios con base empírica presentados en MCT-Silver sirven como un paso inicial hacia el cambio de estos patrones de pensamiento y comportamiento aprendidos a lo largo de la vida, que contribuyen a la depresión. Se anima a los participantes a mantener la mente abierta, incluso cuando algunos ejercicios puedan parecer "demasiado simples" o "extraños". Se enfatiza que, en definitiva, los participantes son sus propios especialistas y pueden decidir qué es lo mejor para ellos, pero el grupo ofrece la oportunidad de probar cosas nuevas o refrescar habilidades ya aprendidas.

Ejemplos de fases de la vida específicos

A lo largo de los módulos de MCT-Silver se han incorporado ejemplos e información relevante para (la mayoría de) los adultos mayores. Es importante reconocer que el envejecimiento en sí mismo no es un trastorno psicológico. Más bien, debido a la cantidad de desafíos y cambios a los que se enfrentan los adultos mayores, y a la (a veces) disminución de las fuentes de refuerzo positivo como resultado de estos cambios, los síntomas depresivos pueden desarrollarse por primera vez en la edad avanzada. Sin embargo, los adultos mayores son muy heterogéneos. Mientras que algunos pueden estar en buena forma física hasta bien entrados los 80 (y más allá), otros experimentarán limitaciones físicas y sensoriales. Además, mientras que algunos cosecharán los frutos de haber establecido y cuidado relaciones duraderas (por ejemplo, con hijos), otros se sentirán cada vez más aislados y solos (o puede que no tengan hijos propios). Por lo tanto, es importante que los entrenadores no generalicen, sino que hagan hincapié en que la información o los ejemplos pueden ser relevantes para algunos participantes, pero no para todos.

1.5 Descripción General del Manual

En el capítulo 2, se presenta brevemente cada módulo del D-MCT, incluyendo un breve trasfondo teórico sobre la base empírica para su incorporación en el entrenamiento, ejemplos de pensamientos típicos asociados con el sesgo o comportamiento metacognitivo, un resumen del contenido del módulo incluyendo consejos generales para administrar el entrenamiento y (para la mayoría de los módulos) ejemplos de diapositivas y ejercicios.

En el capítulo 3 se presentan brevemente los módulos exclusivos del MCT-Silver. Además de los sesgos cognitivos y metacognitivos "típicos" abordados en D-MCT, se han conceptualizado dos módulos nuevos para MCT-Silver (módulo 3: Aceptación; módulo 4: Valores). Un módulo se ha adaptado ampliamente para MCT-Silver e incluye algunos contenidos nuevos (módulo 8: Autoestima). El contenido de los módulos 3, 4 y 8 se basa en gran medida en intervenciones de la "tercera ola", muchas de las cuales ya están bien reconocidas para el tratamiento de la depresión.

Tabla 1.1. Módulos y temas de D-MCT y MCT-Silver

Módulo	Título	Temas Principales	
		D-MCT	MCT-Silver
1.	Pensamiento y Razonamiento 1	Filtro Mental, Sobregeneralización	
2.	Memoria	Distorsiones de la Memoria; Estrategias de memoria	
3.	Pensamiento y Razonamiento 2	Los "Debería", Descalificación de lo positivo, Pensamiento blanco y negro	
		Afrontando el feedback positivo / negativo	Voluntad para aceptar cambios en la vida
4	D-MCT: Autoestima MCT-Silver: Valores	Autoestima	Definiendo y (re)descubriendo valores
5.	Pensamiento y Razonamiento 3	Maximización o minimización, Estilo atribucional depresivo	
6.	Comportamientos y Estrategias	Estrategias conductuales disfuncionales: retraimiento social, rumiación, supresión de pensamientos	
7.	Pensamiento y Razonamiento 4	Saltando a conclusiones, Lectura de mentes, Adivinación (Catastrofizando)	
8.	D-MCT: Emociones MCT-Silver: Autoestima	Emociones	Autoestima en la tercera edad

2. Entrenamiento Metacognitivo para la Depresión (D-MCT)

por Lena Jelinek, Marit Hauschildt & Steffen Moritz

2.1 Módulo 1: Filtro mental & Sobregeneralización

2.1.1 Fundamentos teóricos

Los estudios han demostrado que las personas con depresión procesan preferentemente la información con contenido negativo (Gotlib, Kasch, et al., 2004; Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004; Nunn, Mathews, & Trower, 1997) y son peores a la hora de desviar su atención de esta información (Gotlib & Joormann, 2010). Los modelos cognitivos se refieren a esta tendencia a filtrar detalles negativos individuales y a atender exclusivamente a ellos como un "filtro mental" (Hautzinger, 2013). También se ha demostrado que la tendencia a generalizar los fracasos se asocia a menudo con el desarrollo de síntomas depresivos (Carver & Ganellen, 1983; Carver, 1998), pero menos con ansiedad (Ganellen, 1988) y que las personas con depresión muestran una tendencia a generalizar los recuerdos autobiográficos, que son característicamente inespecíficos (Liu, Li, Xiao, Yang, & Jiang, 2013; Sumner, Griffith, & Mineka, 2010; Van Vreeswijk & De Wilde, 2004). Esta generalización exagerada también es evidente en el uso del lenguaje por parte de muchas personas con depresión. Los fracasos se describen a menudo utilizando palabras como "siempre" o "nunca". Esto promueve una percepción global del mundo con connotaciones negativas y un fatalismo asociado ("fallar una vez significa que siempre fallaré").

En la mayoría de los módulos, hay preguntas explícitas en las diapositivas que invitan a los participantes a compartir ejemplos individuales ("¿Está familiarizado con esto?"). Los ejemplos posteriores son una buena forma de comprobar si los participantes han entendido lo que se ha debatido, y así poder ajustar el contenido al grupo. A continuación se ofrecen ejemplos de comentarios de participantes para ilustrar los contenidos del módulo y los posibles diálogos del grupo.

Ejemplos

Filtro mental

"Siempre recuerdo las verduras demasiado cocidas en el hospital, pero ahora que lo pienso más detenidamente, el postre también solía estar bastante bueno."

Sobregeneralización

"Después de manejar sin haber tenido accidentes durante diez años, la semana pasada me pusieron una multa por exceso de velocidad. Ahora no dejo de pensar: 'Ni siquiera sé manejar, no soy un hombre de verdad'."

2.1.2 Contenido

En el módulo 1, los sesgos cognitivos mencionados anteriormente ("filtro mental" y "sobregeneralización") se analizan desde una perspectiva metacognitiva. En primer lugar, ambos sesgos son definidos con la ayuda de los participantes y son ilustrados con ejemplos tanto generales como individuales. Se identifica la disfuncionalidad de estas formas de pensar y sus consecuencias negativas para la autoestima, el estado de ánimo y el comportamiento, y se recaban valoraciones que resulten más útiles. En general, este enfoque es equivalente a los registros de pensamiento utilizados en la terapia cognitiva; sin embargo, la D-MCT prescinde de la larga discusión, así como del diálogo socrático con pacientes individuales. Ante todo, los

pacientes deben ser capaces de darse cuenta rápidamente de los pensamientos sesgados en su vida cotidiana. Deben aprender a identificarlos como pensamientos "unilaterales" y "poco útiles", y etiquetarlos en consecuencia en un metanivel como "sesgos cognitivos".

Este concepto se aplica también a todos los demás módulos. En la segunda parte de la sesión, se presentan a los pacientes estrategias concretas para modificar esos pensamientos sesgados. En primer lugar, los pacientes pueden sugerir sus propias estrategias útiles y, a continuación, los entrenadores pueden aclarar (o añadir) estas estrategias y presentar otras estrategias útiles no mencionadas por los pacientes. Se presentan las siguientes estrategias: afirmaciones concretas basadas en el "aquí y ahora", cambio de perspectiva, exageración deliberada. Cada estrategia se practica con ejemplos.

Resumen

El Módulo 1 se centra en identificar y modificar

(1) la percepción selectiva y la exageración de los aspectos negativos de una situación ("filtro mental").




(2) la "sobregeneralización" de experiencias negativas (únicas) a nivel metacognitivo.

2.2 Módulo 2: Distorsiones de la memoria & Falsos recuerdos

2.2.1 Fundamentos teóricos

Los trastornos depresivos suelen ir acompañados de déficits moderados de atención y de memoria (Beblo, Sinnamon, & Baune, 2011; Gotlib & Joormann, 2010; McDermott & Ebmeier, 2009). En la depresión, estos déficits suelen ser temporales y remiten cuando mejoran los síntomas. Dichos déficits relacionados con la depresión son mucho menos pronunciados que en la demencia y a menudo se intensifican de forma secundaria por la rumiación, la baja motivación y los pensamientos autodespreciativos. Los estudios han demostrado que, además de estas deficiencias neuropsicológicas más generales, los pacientes con depresión muestran una memoria sesgada. Esto se traduce en una tendencia a recordar acontecimientos negativos (congruentes con el estado de ánimo). (Blaney, 1986; Gotlib & Joormann, 2010; Matt, Vazquez, & Campbell, 1992). Estos sesgos también afectan a los llamados "falsos recuerdos". No son patológicos en sí, sino que se refieren a recuerdos de información no presentada, sucesos que no ocurrieron o sucesos que no ocurrieron exactamente de la forma en que se recuerdan. Sorprendentemente, las personas con depresión recuerdan más información no presentada negativa (en comparación con la positiva o neutra) que las personas sanas (Howe & Malone, 2011; Joormann, Teachman, & Gotlib, 2009; Moritz, Voigt, Arzola, & Otte, 2008).

Ejemplos

-  "Antes podía terminar una novela larga en un fin de semana. Ahora apenas puedo terminar un artículo de una revista femenina." (ejemplo de problemas de concentración en la vida cotidiana).
-  "Siento que ya no recuerdo nada; ya no puedo confiar en mi memoria. Esto es un signo de demencia." (ejemplo de creencia disfuncional).
-  "A menudo tengo que buscar mis anteojos para leer. Los pongo en cualquier lado de mi departamento y muchas veces no están donde creía que estaban, ¡aunque estaba seguro de que sabía dónde los había puesto!" (ejemplo de falsa memoria en la vida cotidiana).

2.2.2 Contenido

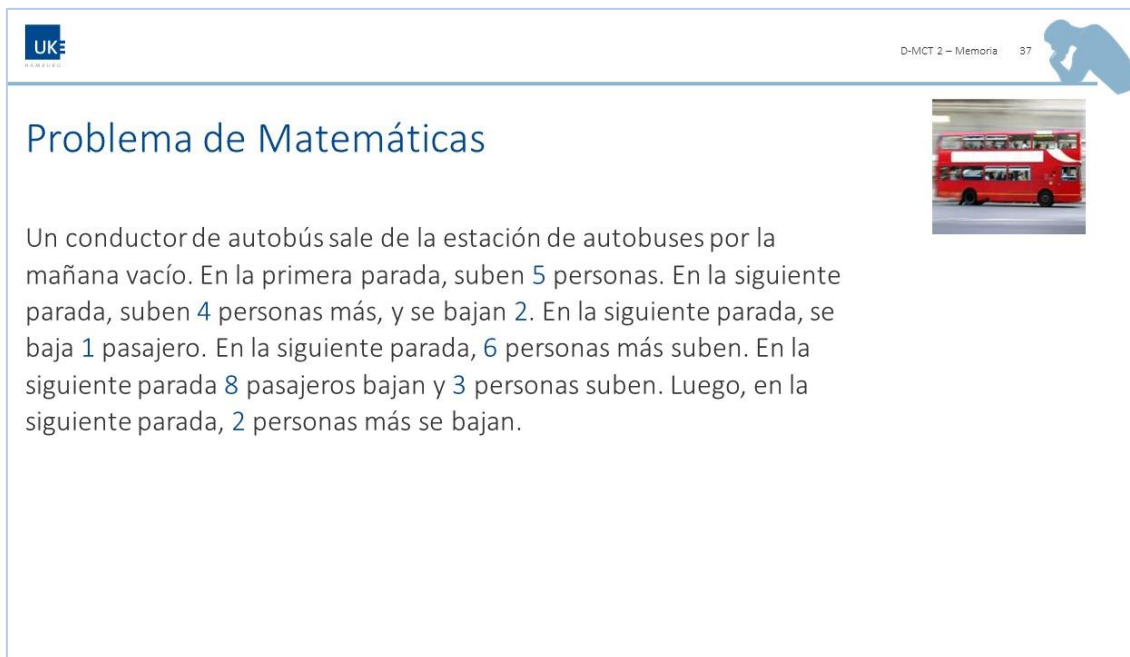
En el módulo 2, se pregunta al grupo sobre los problemas de memoria y concentración. Se utiliza un ejercicio sobre la selectividad de la atención (véase las diapositivas y el ejemplo a continuación) para ilustrar la ocurrencia de estos problemas. Además, estos problemas se señalan como síntomas temporales. Esto debería aliviar las preocupaciones infundadas de los pacientes (por ejemplo, preocuparse por sufrir definitivamente un trastorno degenerativo de la memoria). Otros ejercicios animan a los pacientes a reflexionar sobre creencias muy comunes sobre la memoria, como la suposición de que funciona como una cámara. Por el contrario, nuestra memoria funciona de forma constructiva y es propensa a cometer errores. En este contexto, se explica a los pacientes el concepto de "falsos recuerdos", que luego se ejemplifica con ejercicios.

El foco está en los recuerdos congruentes con el estado de ánimo (negativos), incluidos los falsos recuerdos. Puede ocurrir que dichos recuerdos negativos selectivos o falsos recuerdos se

consideren una "evidencia" adicional que respalda el procesamiento depresivo. Por último, se presentan estrategias específicas para contrarrestar la memoria selectiva (p. ej., diario de la alegría), los déficits generales de memoria (p. ej., organización, cuadernos, ayudas para la memoria) y la sobregeneralización (p. ej., preguntar a otros cómo fueron realmente los acontecimientos del pasado o buscar activamente contrapruebas).

2.2.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio

Para ilustrar los problemas de concentración y memoria en la depresión, se invita a los pacientes a un "ejercicio de matemática", presentado en una de las diapositivas, y leído en voz alta por los entrenadores (véase la figura 2.1).



The slide is titled "Problema de Matemáticas" and includes a UK flag logo in the top left corner. In the top right corner, it says "D-MCT 2 - Memoria 37" next to a silhouette of a person thinking. The main text of the slide describes a bus problem: "Un conductor de autobús sale de la estación de autobuses por la mañana vacío. En la primera parada, suben 5 personas. En la siguiente parada, suben 4 personas más, y se bajan 2. En la siguiente parada, se baja 1 pasajero. En la siguiente parada, 6 personas más suben. En la siguiente parada 8 pasajeros bajan y 3 personas suben. Luego, en la siguiente parada, 2 personas más se bajan." To the right of the text is a small image of a red double-decker bus.

Figura 2.1. Ejemplo de diapositiva del módulo 2.

Contrariamente a lo que esperan los participantes, en la siguiente diapositiva se pide el número de paradas, no el número de pasajeros que quedan en el colectivo. Como nuestra atención es selectiva y la mayoría de los participantes centra su atención en el número de pasajeros del colectivo, la mayoría no puede recordar el número de paradas. Reflexionar sobre este ejercicio puede demostrar de forma lúdica la relación entre concentración (o atención) y memoria y ofrecer una explicación a los problemas de memoria en la depresión. Para ilustrarlo, utilizamos adicionalmente la metáfora de un "foco". Se utiliza para demostrar que la atención humana sólo puede dirigirse a unos pocos objetos a la vez, como un reflector de luz, y que la mayoría de las demás cosas permanecen "en la oscuridad". En relación con la tarea matemática, esto significa que nuestra atención puede centrarse selectivamente en el número de pasajeros o solo en las paradas. A continuación, se aclara cómo se relaciona este ejercicio con los síntomas de la depresión. Como los procesos internos, como la rumiación o la preocupación, suelen ocupar toda nuestra atención, el foco se dirige hacia dentro y menos hacia los acontecimientos externos. En consecuencia, "falta" esta atención para nuestro entorno, que más tarde sólo se recuerda pobremente.



Resumen

El módulo 2 se centra en

(1) normalizar y explicar las razones de los problemas (subjetivos) de memoria y concentración asociados a la depresión y proporcionar estrategias útiles para compensar estos problemas (percibidos).

(2) mejorar la conciencia de los sesgos de la memoria (recuerdos congruentes con el estado de ánimo, mayor probabilidad de "falsos recuerdos" negativos, generalización excesiva de recuerdos positivos).

2.3 Módulo 3: Los "Debería", descalificación de lo positivo, & pensamiento blanco y negro

2.3.1 Fundamentos teóricos

Los estudios han demostrado que un estilo de pensamiento perfeccionista contribuye a la aparición de síntomas depresivos (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Graham et al., 2010). Este perfeccionismo se manifiesta en forma de reglas y normas rígidas, que a menudo se expresan verbalmente como "uno debe...", "uno debería..." o "uno no puede...". Este tipo de afirmaciones se denominan "debería". El perfeccionismo negativo y disfuncional está asociado al pensamiento dicotómico (Egan, Piek, Dyck, & Rees, 2007) y se ha demostrado en pacientes con síntomas depresivos (Litinsky & Haslam, 1998; Teasdale et al., 2001). En los modelos cognitivos, este sesgo se denomina pensamiento de todo o nada (Hautzinger, 2013) y describe la tendencia a pensar en términos de blanco o negro. Los pacientes que utilizan esta estrategia suelen pensar que una expectativa se cumple al 100% o no se cumple en absoluto, que una cara es hermosa o fea, que una cena es deliciosa o asquerosa. Además, los estudios han demostrado que los individuos con depresión tienen dificultades para aceptar los comentarios positivos (Bogdan & Pizzagalli, 2006; Eshel & Roiser, 2010) y tienden a tener una mayor aceptación de los comentarios negativos (Cane & Gotlib, 1985). Esto concuerda con la observación clínica de que los pacientes suelen tener dificultades para aceptar los elogios y juzgan el feedback positivo como menos relevante que el negativo. En los modelos cognitivos, esto se conoce como *negación de lo positivo*.

Ejemplos

Afirmaciones del tipo "debería": "Debo alimentar a mis hijos sólo con comida casera (de lo contrario soy un mal padre)."

Pensamiento todo o nada: "Si no salgo de la cama a las 7 de la mañana, todo el día está arruinado y hasta es mejor que me quede en la cama."

Descalificar lo positivo: "Después de una conversación con un cliente, mi colega elogió mis habilidades de comunicación. Le respondí: 'Bueno, después de tres años en el trabajo, ¡cualquiera podría hacerlo igual de bien!'"

2.3.2 Contenido

En el módulo 3 se analizan dos sesgos depresivos típicos con ejemplos relevantes: las afirmaciones "debería" y la "negación de lo positivo". Se comienza con las afirmaciones "debería" y se examinan sus costos y beneficios. A continuación, también se introduce el "pensamiento todo o nada". El objetivo es animar a los pacientes a cuestionar la funcionalidad de sus exigencias exageradas y su "pensamiento todo o nada". Esto puede ayudarles a establecer normas realistas y modificar en consecuencia sus expectativas durante los episodios depresivos. A continuación, se analiza el sesgo cognitivo "descalificación de lo positivo" con la ayuda de dos ejemplos ("Te están criticando" y "Te están elogiando"). La atención se centra aquí en los dos patrones de pensamiento típicamente depresivos "aceptar el feedback negativo" y "rechazar el feedback positivo". A continuación, se plantean valoraciones más útiles para ejemplos de la vida real de



estos sesgos. Para consolidar esto, se desarrollan estrategias para aceptar los elogios (por ejemplo, no devaluar los elogios, ver los elogios como un regalo).

Resumen

El módulo 3 se centra en:

- (1) identificar y modificar normas inflexibles o estándares exagerados (enunciados del tipo "debería").
- (2) identificar situaciones de pensamiento todo o nada y elaborar estándares de valoración adecuados.

Además, a nivel metacognitivo, evaluamos si las experiencias positivas o el feedback positivo son desvalorizados o rechazados ("descalificando lo positivo") por el participante, lo que se refleja en las dificultades de los pacientes para aceptar elogios.



2.4 Módulo 4: Autoestima & Perfeccionismo

2.4.1 Fundamentos teóricos

La autoestima desempeña un papel esencial en la aparición y el mantenimiento de la depresión (Sowislo & Orth, 2013). Más concretamente, la *baja* autoestima podría promover el desarrollo de síntomas depresivos (Orth, Robins, Meier, & Conger, 2016; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009). El papel de la disminución de la autoestima en la depresión se ha demostrado utilizando cuestionarios de autoinforme, como la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE, Rosenberg, 1965); sin embargo, los resultados de las medidas implícitas, como la prueba de asociación implícita (IAT) son mixtos (Wegener et al., 2015).

Ejemplo

"La gente como yo que no trabaja no vale nada. No consigo nada y no apporto nada a la sociedad."

2.4.2 Contenido

El módulo 4 se centra en la autoestima. Junto con los entrenadores, los miembros del grupo desarrollan una definición del término e identifican las características visibles y no visibles de una alta autoestima. Luego, se presentan diferentes fuentes de autoestima según la metáfora de la estantería de Potreck-Rose (Potreck-Rose, 2006; Potreck-Rose y Jacob, 2003). Según esta metáfora, la autoestima procede de distintas fuentes o partes. La autoestima se deteriora si uno se centra continuamente sólo en sus debilidades y carencias e ignora los puntos fuertes y otras fuentes positivas de autoestima. Se presentan estos y otros patrones de pensamiento que contrarrestan la estabilidad de la autoestima (p. ej., perfeccionismo, comparaciones injustas) y se desarrollan estrategias útiles para fortalecer la autoestima (p. ej., reconocer conscientemente las fortalezas examinando diferentes fuentes de autoestima; reducir las comparaciones injustas y unilaterales; llevar un diario de la alegría; participar regularmente en actividades positivas).

2.4.3 Ejemplo y ejercicio

Hacer comparaciones injustas con otras personas puede contribuir a un sentimiento de baja autoestima (por ejemplo, un "novato" que se compara con el CEO que tiene mucha más experiencia laboral). Para ilustrar estos sesgos, presentamos los nombres de varias personas famosas (por ejemplo, Robbie Williams, David Beckham, Angelina Jolie) junto con la pregunta: "¿Qué tienen en común estas personas?". Por lo general, se les identifica rápidamente como "estrellas". Sin embargo, suele ser menos conocido que todos ellos sufrieron o sufren problemas psiquiátricos (posteriormente se describen los antecedentes). Al debatir sobre el ejercicio, debería quedar claro que sacar la conclusión de que una estrella tiene una biografía "perfecta" suele implicar comparaciones injustas o unilaterales. Si nos comparamos con las estrellas, por ejemplo en lo que respecta al dinero, el éxito o la fama, a la mayoría de las personas les va peor que a ellas. Sin embargo, "nadie es perfecto" y es probable que si hiciéramos comparaciones con otros ámbitos de sus vidas, a las estrellas no les iría tan bien.



Resumen

El módulo 4 se centra en mejorar la autoestima mediante

(1) la reducción y modificación de los sesgos cognitivos que contribuyen a la baja autoestima (por ejemplo, centrarse en las propias debilidades, el estilo de pensamiento perfeccionista, hacer comparaciones injustas con los demás).

(2) el aumento de las estrategias para reforzar la autoestima (por ejemplo, hacer hincapié en los puntos fuertes considerando las diferentes fuentes de autoestima, llevar un diario de la alegría, participar en actividades positivas).

2.5 Módulo 5: Maximización o minimización & Estilo atribucional depresivo

2.5.1 Fundamentos teóricos

Las personas con depresión tienen expectativas pesimistas de su propio desempeño y, en comparación con las personas sin depresión, juzgan su rendimiento real de forma más negativa (Cane & Gotlib, 1985; Garber & Hollon, 1980). En el marco clásico de las distorsiones cognitivas de Beck, esto se conoce como *magnificar* la extensión y severidad de los propios errores y problemas, y *minimizar* las propias capacidades (Hautzinger, 2013). Existe evidencia de que, en comparación con las personas sin depresión, las personas con depresión tienden a atribuirse los fracasos a sí mismas y los éxitos a circunstancias externas o a otras personas (Ball, McGuffin, & Farmer, 2008; Mezulis, Abramson, Hyde, & Hankin, 2004; Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986). Este *estilo de atribución depresiva* es un elemento clave de la teoría revisada de Seligman de la indefensión aprendida para explicar la depresión (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Peterson & Seligman, 1984).

Ejemplos

Maximización o minimización

- 👉 "Cuando quise pagar en el almacén me di cuenta que no me alcanzaba el efectivo. Debería haberlo sabido, fue un descuido no fijarme antes de salir. No sé hacer nada bien."
- 👉 "Tener tu departamento bien decorado no es nada del otro mundo; cualquiera puede hacerlo. Sólo hay que poner algunas cosas y listo."

Estilo atribucional

Acontecimiento positivo: Un amigo dice: "¡Metiste muy bien el auto marcha atrás en el lugar para estacionar!"

- 👉 "No, es que el espacio para estacionar era muy grande. Además, tuve un buen profesor de manejo."

Evento negativo: En una recaudación de fondos de repostería se recauda menos dinero del esperado.

- 👉 "Debería haberme esforzado más. Podría haber hecho una torta diferente, haber sonreído más y haber sido más simpática mientras las vendía. Debería habérselo comentado a más amigos."

2.5.2 Contenido

En el módulo 5, los sesgos cognitivos mencionados anteriormente ("maximización y minimización" y "estilo atribucional") se analizan desde una perspectiva metacognitiva. Para introducir el sesgo de "maximización" y de "minimización", se comienza con un breve ejercicio. Se pide a los pacientes que nombren dos cosas que hayan hecho bien o mal ese día (si el grupo se reúne por la mañana, los entrenadores también pueden preguntar a los pacientes sobre cosas del día anterior). También se les pide que juzguen si les resultó más fácil nombrar un "fracaso" que un "éxito", y en cuál piensan más. Éste y los siguientes ejemplos de las diapositivas suelen ilustrar bien que, cuando se está deprimido, se suele prestar más atención a los propios fracasos, mientras que se subestiman o ignoran los éxitos o las capacidades.

En la segunda parte del módulo, se analizan las características del estilo atribucional en la depresión. Se utiliza un ejemplo para evaluar las consecuencias negativas de dicho estilo atribucional para el estado de ánimo y el comportamiento. Al final, se presenta una atribución equilibrada, que incluye varios posibles factores internos y externos relevantes que también desempeñaron un papel en la situación (para el ejercicio, véase la Figura 2.2).

2.5.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio

UKE

D-MCT 5 – Pensamiento y Razonamiento 3 69

Un amigo no te desea feliz cumpleaños

¿Por qué podría el amigo no desearte feliz cumpleaños?

¿A qué se lo atribuyes?

¿Situación o coincidencia?

¿Otra persona?

¿Tú mismo?




Figura 2.2. Ejemplo de diapositiva del módulo 5.

En el último bloque de ejercicios de este módulo, se desarrollan ideas para un estilo atribucional más equilibrado con la ayuda de los ejemplos proporcionados (véase la Figura 2.2). Nunca hay "una" respuesta correcta para el ejemplo. Más bien, el objetivo es discutir diferentes soluciones e identificar posibles causas que impliquen las categorías "yo mismo", "otros" y "circunstancias". Recuerde que estas tres categorías son hipotéticas y pueden solaparse. Para los grupos con depresión, sugerimos empezar a buscar las causas de un acontecimiento negativo (por ejemplo, "un amigo no te felicita por tu cumpleaños") en las categorías "otros" o "situación", y empezar por "uno mismo" al buscar las causas de un acontecimiento positivo (por ejemplo, "recibir un regalo").

Resumen

El Módulo 5 se centra en identificar y modificar los sesgos en





- (1) la valoración de las propias capacidades y defectos (exagerar el grado y las consecuencias de los propios errores y problemas; menospreciar las propias capacidades).
- (2) el estilo atribucional (atribución interna de fallos y causas monocausales) desde una perspectiva metacognitiva.

2.6 Módulo 6: Estrategias y comportamientos disfuncionales

2.6.1 Fundamentos teóricos

Los comportamientos disfuncionales desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos. Entre ellos, el "retraimiento social" es particularmente importante (Boivin, Hymel, & Bukowski, 1995; Lara, Leader, & Klein, 1997; Seidel et al., 2010). En la última década, los estudios sobre el papel de las estrategias cognitivas poco útiles han demostrado que tanto la *rumiación* (Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009) como la *supresión del pensamiento* (van der Does, 2005) son relevantes para la patogénesis de la depresión. Las metacogniciones positivas y negativas sobre la rumiación y la supresión del pensamiento también forman parte de la terapia metacognitiva de Wells (Matthews & Wells, 2000; Wells, 2011). Asimismo, en el módulo 6 se abordan las *metacogniciones disfuncionales* sobre el retraimiento social.

Ejemplos

-  "Sólo debería reunirme con otras personas cuando estoy de buen humor."
-  "Rumiarme ayuda a resolver mis problemas."
-  "No puedo controlar mis pensamientos."
-  "No debo tener pensamientos negativos."

2.6.2 Contenido

En este módulo, la rumiación, la supresión de pensamientos negativos y el retraimiento social se presentan como estrategias comprensibles, pero en última instancia disfuncionales. Los pacientes tienen la oportunidad de compartir sus propias experiencias. Además de las estrategias en sí mismas, se discuten las meta-suposiciones disfuncionales sobre estas estrategias con el fin de modificarlas (por ejemplo, "¿La rumiación le ayuda a resolver problemas?"). Se identifica a la supresión del pensamiento como una estrategia común pero disfuncional contra la rumiación, y se proporciona un ejercicio para ilustrarlo ("No pienses en un elefante"). El objetivo de este ejercicio es demostrar a los pacientes que esta estrategia no es útil para manejar la rumiación. Luego, se ofrece un ejercicio de respiración consciente como estrategia funcional. La segunda parte del módulo aborda el retraimiento social. Aquí se presenta el círculo vicioso de la inactividad en la depresión y se identifican los pasos para aumentar la actividad.

Resumen

El módulo 6 se centra en


- (1) reducir las estrategias de afrontamiento disfuncionales (rumiación, supresión de pensamientos negativos, retraimiento social) y los meta-supuestos.
- (2) aumentar las estrategias funcionales y los meta-supuestos.

2.7 Módulo 7: Saltando a conclusiones, lectura de mentes, & adivinación (catastrofizando)

2.7.1 Fundamentos teóricos

Las personas con depresión tienen una visión más pesimista del futuro que las que no la padecen y anticipan más sucesos negativos en el futuro (Alloy & Ahrens, 1987; Miranda, Fontes, & Marroquín, 2008; Strunk & Adler, 2009). Por ejemplo, en un estudio se observó que los participantes altamente deprimidos preveían más sucesos negativos e indeseables de los que realmente ocurrían (Strunk, Lopez, & DeRubeis, 2006). Esto se corresponde con el sesgo cognitivo de *catastrofización* (Hautzinger, 2013), que junto con el intento de *leer los presuntos pensamientos negativos de los demás* (Hautzinger, 2013), se resume como *saltar a conclusiones* en los modelos cognitivos. Este concepto se refiere a la tendencia a interpretar negativamente los acontecimientos sin pruebas explícitas que respalden este razonamiento (unilateralmente negativo).

Ejemplo


 "Siempre espero lo peor. Esto se aplica a lo que los demás piensan de mí, pero en particular a lo que podría pasar en el futuro. Me ayuda a no sentirme decepcionado ni conmigo mismo ni con los demás."

2.7.2 Contenido


El módulo 7 se centra en dos aspectos del razonamiento precipitado en la depresión: la "lectura de la mente" (normalmente los pensamientos negativos de los demás) y la "catastrofización". Ambos sesgos cognitivos se definen conjuntamente antes de ilustrar cada uno de ellos con ejemplos generales. Por ejemplo, se discuten las posibles interpretaciones de la siguiente situación: "Hay unas personas riéndose juntas; alguien del grupo se gira y lo mira". Primero se discuten las interpretaciones disfuncionales y luego las funcionales, antes de presentar las consecuencias de estas diferentes interpretaciones. Tras esta introducción al tema, se presenta un ejercicio para examinar hasta qué punto somos capaces de leer los pensamientos de los demás, si es que lo somos (véanse los ejemplos de diapositivas y ejercicios). En la segunda mitad del módulo se aborda la "catastrofización". Se presenta un ejemplo de pensamiento catastrófico y formas alternativas de pensar.


El módulo termina con un ejercicio general sobre saltar a conclusiones. Mediante una serie de imágenes, se ponen de manifiesto las posibles consecuencias negativas de sacar conclusiones precipitadas. Se muestran tres imágenes, una tras otra, pero en orden inverso. Se pide a los participantes que evalúen las cuatro posibles explicaciones que se ofrecen sobre la secuencia de los acontecimientos. La opción correcta parece inicialmente poco probable en comparación con las demás. En conjunto, el módulo debería ilustrar que a menudo no es útil basarse en la primera evaluación, ya que puede estar sesgada y conducir a una interpretación unilateral e incorrecta.

2.7.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio



D-MCT 7 – Pensamiento y Razonamiento 4 35





- a. La Pedicura
- b. La Chica Desesperada
- c. El Pie No Puede Ser Salvado
- d. Gangrena




Figura 2.3. En el ejercicio ilustrado arriba, se pide a los pacientes que adivinen el título correcto del cuadro (A es correcto; La pedicura; Edgar Degas, 1873).

Las personas con depresión a menudo intentan leer la mente de los demás. En un ejercicio se explora con los pacientes si esto es posible. Se pide a los pacientes que "lean la mente del artista" y elijan el título correcto del cuadro de una lista de opciones (véase la figura 2.3). Escogimos deliberadamente cuadros y títulos que llevan a sacar conclusiones precipitadas (y a elegir el título equivocado). Si el ejercicio se realiza con un grupo, se pide a los participantes que se decidan por un solo título. Después, se discuten los argumentos a favor y en contra de las distintas opciones posibles. Tras revelar el nombre correcto, se destacan los elementos del cuadro que ofrecen pistas sobre cuál es el título correcto o que descartan una opción errónea. Como en todos los ejercicios MCT, es importante asegurarse de que los pacientes no perciban el hecho de elegir un título equivocado como un fracaso y que el ambiente en el grupo siga siendo positivo. El objetivo aquí es demostrar lo difícil que es interpretar los pensamientos de los demás (en este caso, los artistas), independientemente de si uno está deprimido o no.

Resumen


El módulo 7 se centra en identificar y modificar el sesgo cognitivo "saltar a conclusiones" (en concreto, leer los pensamientos negativos de los demás y catastrofizar) desde una perspectiva metacognitiva.

2.8 Módulo 8: Percepción de sentimientos & razonamiento emocional

2.8.1 Fundamentos teóricos

Los estudios han demostrado que, en comparación con los individuos que no están deprimidos, las personas con depresión muestran diferencias en la identificación de expresiones faciales emocionales. Las caras con emociones negativas expresadas, como ira o tristeza, parecen procesarse preferentemente (Gotlib, Kasch, et al., 2004; Leyman, De Raedt, Vaeyens, & Philippaerts, 2011), mientras que las expresiones faciales positivas se procesan superficialmente (Joormann & Gotlib, 2006; Yoon, Joormann, & Gotlib, 2009). Las expresiones faciales neutras se malinterpretan con mayor frecuencia (Douglas & Porter, 2010; Naranjo et al., 2011). La valoración negativa de expresiones emocionales ambiguas se correlaciona con un peor pronóstico en cuanto a la tasa de recaída y remisión de la depresión (Hale, Jansen, Bouhuys, & van den Hoofdakker, 1998).

Ejemplo

 "Creo que sé leer muy bien las expresiones faciales de mi mujer. La conozco desde hace tantos años que sé exactamente cuándo le disgusta algo". Una pregunta planteada por otros participantes: "Sí, pero ¿sabes si simplemente no le gusta mucho o directamente lo odia? Eso puede marcar la diferencia y provocar fácilmente una discusión."

2.8.2 Contenido

El módulo 8 se centra en la identificación de expresiones emocionales concretas. Se comienza presentando la imagen de una persona con los brazos cruzados y se pide a los pacientes que la interpreten. Hay que pedir a los pacientes que compartan diferentes interpretaciones de esta postura corporal e identifiquen qué información ayudaría a deducir la interpretación correcta. En el paso siguiente, se nombran las emociones "primarias" y se pide a los participantes que nombren qué emociones muestran diferentes expresiones faciales. Los ejercicios demuestran que las expresiones faciales (emocionales) se malinterpretan con facilidad. También se hace hincapié en que los estados de ánimo actuales influyen en las interpretaciones de las expresiones de los demás. Con otro ejercicio se ilustra que cuando uno está, por ejemplo, de mal humor, puede tender a interpretar las señales de otras personas como negativas o de rechazo. Para evitar juicios apresurados o erróneos que pueden tener consecuencias importantes, es esencial incluir toda la información posible a la hora de realizar interpretaciones (por ejemplo, factores situacionales, conocimientos preexistentes sobre la persona) y no basarse sólo en detalles aislados (como los brazos cruzados). Para abordar las metacogniciones disfuncionales sobre los sentimientos (por ejemplo, "no es aceptable tener emociones negativas"), al final del módulo se presenta información sobre el sentido evolutivo de las emociones.

2.8.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio

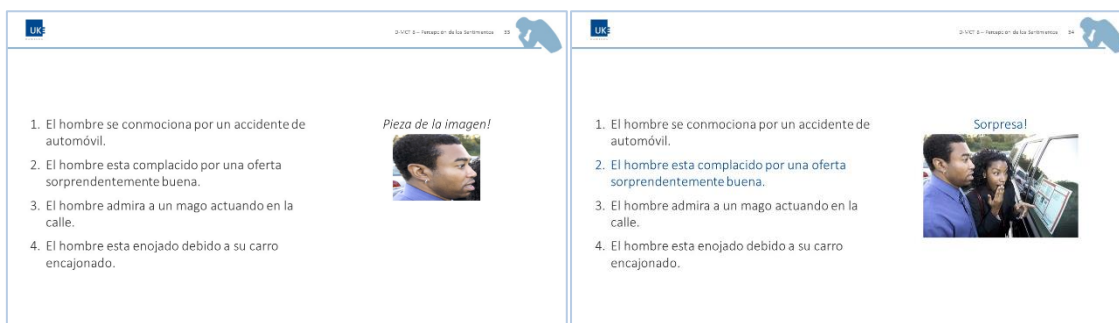


Figura 2.4a. Ejemplo de diapositiva módulo 8 (Pieza de imagen)

Figura 2.4b. Ejemplo de diapositiva módulo 8 (Contexto y emoción)

En este ejercicio, se muestra a los participantes una parte de una foto en la que aparece la cara de una persona expresando una determinada emoción (véase la Figura 2.4a). Debajo de la foto se ofrecen cuatro posibles interpretaciones (contexto y sentimiento expresado). Se pide a los participantes que discutan cuál de las cuatro opciones consideran más probable y que elijan una. Una vez finalizado el debate, se presenta la "solución" en la siguiente diapositiva (véase la Figura 2.4b). A veces puede ser útil recalcar explícitamente que para este ejercicio se han seleccionado imágenes ambiguas, que no son fáciles de interpretar. El objetivo es mostrar cómo las expresiones faciales pueden malinterpretarse fácilmente. Para emitir un juicio definitivo e inequívoco, es útil recabar más información.

Resumen

El módulo 8 se centra en la identificación de las expresiones emocionales y en la modificación de los meta-supuestos disfuncionales sobre las emociones.

3. Entrenamiento Metacognitivo para la Depresión en Adultos Mayores (MCT-Silver)

por Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bücken, Lena Jelinek

El contenido de los módulos 1, 2, 5, 6 y 7 del MCT-Silver es casi idéntico al de los módulos del D-MCT (comparar en la Tabla 1); sin embargo, se han modificado algunos ejemplos y ejercicios para aumentar su relevancia para los adultos mayores y se ha adaptado el formato. Por lo tanto, el contenido de estos módulos (con excepción de un comentario sobre la memoria para el Módulo 2) no se analiza en este capítulo y los entrenadores deben consultar los capítulos respectivos del D-MCT para obtener información sobre los antecedentes teóricos y los resúmenes de contenido de estos módulos, así como ejemplos de diapositivas y un resumen de los objetivos del módulo. La adaptación de ejercicios y ejemplos específicos para la edad debería ser fácilmente evidente y no creemos que sea necesario discutir más a fondo estos ejemplos. Sin embargo, se recomienda encarecidamente que los entrenadores que tengan experiencia con D-MCT dediquen algún tiempo a revisar los nuevos ejemplos y, en particular, el enfoque de los ejemplos antes de presentar los módulos de MCT-Silver por primera vez. A continuación, se presenta el contenido que difiere significativamente entre D-MCT y MCT-Silver; concretamente, los módulos 3, 4 y 8.

3.1 Módulo 2: Memoria en adultos mayores con depresión

Aunque el contenido del módulo 2 del MCT-Silver es muy similar al del D-MCT, dado que muchos adultos mayores manifiestan problemas de memoria, nos gustaría destacar algunos datos relacionados con los cambios cognitivos específicamente en adultos mayores con depresión. El deterioro cognitivo subjetivo se asocia de manera consistente y positiva con la presencia de síntomas afectivos entre los adultos mayores (Hill et al., 2016). Muchos adultos mayores no deprimidos expresan preocupaciones significativas sobre el riesgo de desarrollar demencia u otras causas de cambios cognitivos irreversibles; sin embargo, sigue sin estar claro hasta qué punto las quejas subjetivas sobre la memoria pueden estar asociadas con deterioros cognitivos reales o predecir cambios cognitivos (Braillean, Steptoe, Batty, Zaninotto, & Llewellyn, 2019; Montejo Carrasco et al., 2017; Reid & MacLulich, 2006). Mientras que dominios como la memoria, el funcionamiento ejecutivo y la velocidad de procesamiento experimentan descensos más significativos, el conocimiento general y el vocabulario permanecen intactos o incluso mejoran hasta bien entrados los últimos años de vida (Salthouse, 2010).


Aunque no se especifica directamente en las diapositivas de MCT-Silver, los cambios cognitivos se producen de forma única para cada persona y también de forma diferente para las personas con trastornos neurocognitivos (por ejemplo, deterioro cognitivo leve, demencia) en comparación con las personas sanas. Si los pacientes tienen preguntas específicas sobre la demencia, los entrenadores pueden remitirlos a recursos específicos sobre la demencia (por ejemplo, los sitios web de la American Alzheimer's Association, la Alzheimer's Society o Dementia UK), ya que esta información no se incluye como parte de las diapositivas del MCT. En ausencia de una evaluación neuropsicológica completa, no se debe asegurar a los participantes que las dificultades cognitivas sean completamente atribuibles a la depresión, sino que se les debe recomendar que hablen con su médico de atención primaria, neurólogo, psiquiatra u otro médico sobre sus preocupaciones cognitivas.

3.2 Módulo 3: Los "Debería" y aceptación

3.2.1 Fundamentos teóricos

Los estudios han demostrado la relación entre una baja tolerancia al malestar y los síntomas depresivos, así como una asociación inversa entre la tolerancia al malestar y la evitación experiencial (Feldner et al., 2006; Zettle et al., 2005). Además, han identificado la relación entre una baja tolerancia al malestar y los síntomas depresivos, así como una asociación inversa entre la tolerancia al malestar y la evitación experiencial (Feldner et al., 2006; Zettle et al., 2005). La evitación experiencial se refiere a los intentos de evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y otras experiencias internas (típicamente negativas). Se ha demostrado que los adultos mayores utilizan estrategias de regulación emocional como la supresión con más frecuencia que los adultos jóvenes, que es una forma de evitación experiencial. Aunque la evitación proporciona un alivio a corto plazo de los estímulos negativos, este estilo de afrontamiento aumenta la probabilidad de que vuelvan esos pensamientos, sentimientos y sensaciones negativas (refuerzo negativo). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) propone que los síntomas psicológicos suelen estar causados o exacerbados por estrategias (disfuncionales) para evitar el malestar asociado a situaciones difíciles o pensamientos y recuerdos dolorosos (por ejemplo, la evitación experiencial; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Por lo tanto, quedarse "atrapado" en la evitación de las emociones negativas a menudo sirve para exacerbar en lugar de reducir el malestar, mientras que permitir que los sentimientos y emociones dolorosos estén presentes (por ejemplo, a través de la "aceptación") puede conducir en última instancia a la reducción del sufrimiento. La aceptación se ha conceptualizado como abrirse a experimentar la realidad del momento presente (Fruzzetti, A. E., & Erikson, 2010; Harris, 2009). Los enfoques terapéuticos de tercera ola, como ACT, se integran cada vez más con las terapias cognitivo-conductuales tradicionales (Fruzzetti, A. E., & Erikson, 2010) y los estudios demuestran la eficacia y la aceptación de los enfoques de tercera ola entre los adultos mayores (Kishita, Takeji, & Stewart, 2017; Wetherell et al., 2016). La aceptación puede desempeñar un papel particularmente importante en el envejecimiento exitoso, ya que los adultos mayores enfrentan varios cambios sobre los que tienen poco o ningún control (por ejemplo, enfermedad médica, pérdida de seres queridos, limitaciones funcionales; Wetherell et al., 2011). Un afrontamiento centrado en los problemas para tales eventos en un contexto de recursos y tiempo limitados puede ser desadaptativo (Isaacowitz & Seligman, 2002). El uso de la aceptación como estrategia de afrontamiento se asoció positivamente con una mayor calidad de vida en estudios transversales de adultos mayores que viven en comunidades de jubilados (Butler & Ciarrochi, 2007), así como con mejores resultados de salud entre las personas con diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007).

Ejemplo

 "Estos días, debido a mis problemas médicos, ni siquiera tengo energía para hacer mi cama. Me da tanta rabia que me rindo e intento no pensar en ello." (Ejemplo de evitación experiencial a través de la supresión del pensamiento; afrontamiento poco útil (evitación) al no pedir ayuda a los demás).

3.2.2 Contenido

Al igual que en el D-MCT, la primera mitad del módulo 3 aborda las "afirmaciones de debería" y el "pensamiento blanco y negro". La última diapositiva ("¡Sea flexible!") es un buen punto de partida para el segundo tema, "Afrontando los sentimientos negativos". Se proporciona una definición de envejecimiento satisfactorio y ejemplos de sufrimiento psicológico (por ejemplo, rumiación y preocupación). En particular, los aspectos de la propia vida que son inmutables o se perciben como tales pueden resultar difíciles de afrontar. La metáfora de una "bifurcación en el camino" sirve para ilustrar que los participantes tienen la posibilidad de hacer una elección con respecto al sufrimiento. En este punto, cabe destacar que, aunque los pensamientos negativos y las preocupaciones pueden seguir presentes, lo esencial para tomar el segundo camino (el menos doloroso psicológicamente en definitiva) es "dejar ir" la lucha contra esos pensamientos y sentimientos negativos y comprometerse a vivir en el "aquí y ahora". Se introduce entonces el término "aceptación". Dado que aceptar puede malinterpretarse fácilmente como aceptar ciegamente todas las situaciones sin cuestionarlas, sugerimos utilizar en la medida de lo posible los términos "disposición" o "apertura", que enfatizan mejor el objetivo último de la aceptación. Luego, la metáfora de la pierna rota ilustra la inutilidad de quedarse "atrapado" en sentimientos negativos y se invita a los participantes a examinar si hay áreas de su vida en las que podrían practicar más la "voluntad" o la "apertura" (véase la Figura 3.1). Al final del módulo, basándose en la teoría de la optimización selectiva y la compensación (Baltes, 1997), se pide a los participantes que identifiquen formas en que la aceptación puede llevarles a encontrar mejores soluciones a los problemas de su vida; por ejemplo, para un paciente mayor con dificultad para hacer trabajos en madera debido a la artritis, la aceptación puede significar trabajar durante periodos más cortos, centrarse en un solo proyecto, acudir de nuevo al médico para optimizar los cuidados de la artritis o recurrir a la ayuda de familiares, amigos u otras personas (por ejemplo, para piezas pequeñas y detalladas de carpintería).

3.2.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio

Voluntad en la vida cotidiana

¿Qué le parece?

- ¿En qué áreas de su vida le gustaría abrirse más y practicar la voluntad?
- ¿Si pudiera crear más voluntad en estas áreas, cómo cambiaría su vida?




Figura 3.1. Ejercicio del módulo 3. Los participantes examinan las áreas de su vida en las que pueden practicar una mayor apertura (es decir, aceptación) a los sentimientos negativos de su vida.

Resumen

El Módulo 3 se centra en



- (1) identificar y modificar normas y expectativas rígidas (por ejemplo, afirmaciones del tipo "debería", pensamiento todo o nada).
- (2) introducir el concepto de "aceptación" psicológica, voluntad y apertura, y proporcionar psicoeducación al respecto.
- (3) proporcionar ejemplos de aceptación (activa) de aspectos irreversibles de la vida en la vejez y animar a los participantes a reflexionar sobre cómo pueden practicar la aceptación en sus propias vidas.

3.3 Módulo 4: Valores

3.3.1 Fundamentos teóricos

La vida basada en valores se asocia con un mayor bienestar y tolerancia al malestar, así como con una mejor capacidad para hacer frente a factores estresantes específicos de la vida, como las enfermedades crónicas y el duelo (Ciarrochi, Fisher, & Lane, 2011; Davis, Deane, & Lyons, 2015; Smith et al., 2018). Según la definición del marco ACT descrito anteriormente, los valores son "declaraciones sobre lo que queremos estar haciendo con nuestra vida [...] principios rectores que pueden guiarnos y motivarnos a medida que avanzamos por la vida" (véase Harris, 2009, p.189). Es importante destacar que los valores se diferencian de los objetivos en que, mientras que los objetivos se centran en el futuro y son alcanzables (por ejemplo, correr una maratón o no comer carne), los valores se centran en el "aquí y ahora" y proporcionan más bien una guía general para la forma en que uno desea vivir (por ejemplo, llevar un estilo de vida saludable; Harris, 2009). La investigación ha demostrado que desvincularse de objetivos *inalcanzables* se asocia con una reducción del malestar psicológico, incluidos los síntomas depresivos, mientras que volver a centrarse en objetivos *alcanzables* puede promover el bienestar y el afecto positivo (Wrosch, Scheier, & Miller, 2013). También hay pruebas longitudinales de que la renuncia a objetivos inalcanzables entre los adultos mayores con discapacidades funcionales conduce a niveles más bajos de depresión (Dunne, Wrosch, & Miller, 2011).

Ejemplos

-  "Desde que falleció mi marido, simplemente me quedo sentada en casa. Antes lo hacíamos todo juntos, ahora no sé qué hacer conmigo misma."
-  "Ahora que tengo mi andador, no quiero que los demás me vean así y me resulta muy molesto. Hace meses que no voy a ninguna de mis actividades."

3.3.2 Contenido

En el módulo 4, se presenta por primera vez el concepto de valores utilizando una metáfora sobre la navegación. Se explica que, durante la depresión, los pacientes suelen perder de vista sus valores (por ejemplo, debido a la escasa motivación o a la indecisión propias de la depresión). Se define entonces el concepto de valores enumerando lo que son (por ejemplo, elegidos libremente) o no son (por ejemplo, reglas). Luego se presentan ejemplos concretos de valores en comparación con objetivos y se pide a los participantes que reflexionen sobre sus propios valores y objetivos. Dado que algunas personas mayores con depresión se ven afectadas por creencias poco útiles, como que "no se pueden enseñar trucos nuevos a un perro viejo", primero se presentan juegos de ingenio para inspirar a los participantes a pensar en viejos problemas de formas nuevas. Después, se plantea a los participantes una serie de preguntas y un ejercicio que puede ayudarles a clarificar sus valores en distintos ámbitos de su vida (véase la figura 3.2). Se recomienda a los entrenadores que dejen tiempo a los participantes para que reflexionen detenidamente sobre sus valores y los compartan con el grupo. Es de gran ayuda indicar a los participantes que pueden seguir reflexionando sobre sus valores fuera de la sesión. Si los participantes tienen dificultades para identificar sus valores, el ejercicio "¿Quién soy yo?" les ayuda a salir de los roles tradicionales para considerar todas las posibles áreas de sus vidas y todos los distintos roles que tienen (o han tenido). El ejercicio posterior "Identificar valores: ¿qué es importante para mí?" sirve para ilustrar que es normal (y bueno) que no todos los valores tengan

la máxima prioridad. En las últimas diapositivas, se explica cómo los participantes pueden empezar a practicar una vida basada en valores dando un pequeño (y quizá para otros imperceptible) paso inicial en la dirección de sus objetivos. Este cambio puede ser de comportamiento (por ejemplo, llamar a un amigo), pero al principio puede ocurrir sólo internamente (por ejemplo, empezar a pensar y planificar cómo alcanzar un objetivo). Para reducir la tendencia que tienen algunos individuos con depresión a fijarse expectativas demasiado altas, se puede recalcar que el objetivo del presente módulo es simplemente ser más conscientes de sus valores. Este es el primer paso crítico (y suficiente), ya que, como se ha comentado en el módulo 3, tener expectativas demasiado altas puede llevar a la frustración y, en última instancia, ser contraproducente.

3.3.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio

Determinando sus valores

¡Ahora es su turno! Con ayuda de los ejemplos, considere sus valores en las siguientes áreas:

Crear un hogar cómodo y acogedor

Aprender sobre nuevas culturas y países

Estar informado sobre los eventos de actualidad

Llevar una vida religiosa

Mantener mis amistades activamente

Llevar un estilo de vida saludable

Familia

Salud

Amistades

Religión

Pasatiempos

Política

Figura 3.2. Ejercicio del módulo 4 que proporciona a los participantes ejemplos de valores de diferentes ámbitos de la vida y les anima a identificar sus propios valores.

Resumen

El módulo 4 se centra en

- (1) psicoeducación sobre los valores en comparación con los objetivos e identificación de valores y objetivos.
- (2) fomentar la comprensión de los propios valores de los participantes y reflexionar hasta qué punto los participantes viven una vida guiada por los valores (en contraste con el hecho de que los valores se vean eclipsados por los síntomas depresivos).
- (3) presentar estrategias que ayuden a los participantes a vivir una vida orientada y guiada por valores.



3.4 Módulo 8: Autoestima

3.4.1 Fundamentos teóricos

Alrededor de la mitad de las personas con depresión afirman tener con frecuencia imágenes intrusivas y angustiantes de recuerdos o acontecimientos imaginarios (Moritz et al., 2014; Patel et al., 2007). Se ha documentado una serie de alteraciones de las imágenes mentales en personas con depresión, como un exceso de imágenes mentales negativas intrusivas, un empobrecimiento de las imágenes positivas y una memoria demasiado generalizada (Holmes, Blackwell, Burnett Heyes, Renner, & Raes, 2016). Tales déficits tienen efectos negativos en el estado de ánimo, así como en la autoestima, específicamente respecto a las imágenes negativas que los individuos deprimidos tienen de sí mismos (Dainer-Best, Shumake, & Beevers, 2018). Apartándose de la terapia cognitivo-conductual tradicional, las estrategias de imágenes mentales positivas pueden ser superiores a las estrategias verbales solas (Holmes, Mathews, Dalgleish, & Mackintosh, 2006). Las técnicas de imaginería pueden ayudar a los pacientes a obtener un mayor control sobre sus imágenes mentales negativas, lo que conduce a un aumento de la autoeficacia y a una reducción de los sentimientos de indefensión y desesperanza. Los ensayos controlados aleatorizados sobre intervenciones de imaginería han demostrado efectos positivos sobre los síntomas depresivos (Brewin et al., 2009; Dainer-Best et al., 2018; Moritz et al., 2018) y se ha evidenciado la aceptación de las técnicas de imaginería entre los adultos mayores (Murphy et al., 2015).

Los estudios longitudinales sugieren que la autoestima tiende a disminuir a partir de los 50 y 60 años de edad y que la baja autoestima constituye un factor de riesgo para la depresión a lo largo de la vida (Orth et al., 2009; Orth, Robins, & Widaman, 2012; Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010). Los adultos mayores pueden tener una visión negativa sobre el envejecimiento, que se asocia con la depresión y la desesperanza (Laidlaw, 2010; Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018; Laidlaw & Kishita, 2015). Por ejemplo, los adultos mayores pueden asumir que les quedan pocos "años buenos" o que la depresión es una parte normal del envejecimiento. Por lo tanto, los acontecimientos de la vida pueden ser percibidos a través de un "filtro negativo" de tal manera que las experiencias negativas congruentes con las propias expectativas de envejecimiento se atienden selectivamente. Trabajar con los pacientes para corregir los supuestos negativos sobre el envejecimiento y ofrecer una visión más equilibrada del envejecimiento puede reducir los síntomas depresivos (Haslam et al., 2012; Laidlaw & Kishita, 2015).

Ejemplos

-  "Envejecer no tiene nada de positivo. Todo va a seguir yendo de mal en peor."
-  "Ahora me siento tan inútil. No dejo de pensar en lo vieja e incapaz que me veo con mi andador."

3.4.2 Contenido

El módulo 8 es una adaptación del módulo 4 del D-MCT y también aborda la autoestima, pero profundiza en ella para hablar de posibles actitudes negativas y estereotipos sobre el envejecimiento y ayudar a los participantes a considerar concepciones alternativas (es decir, más positivas) del envejecimiento. El módulo 8 comienza con diapositivas del D-MCT en las que primero se define la autoestima y luego se analizan los aspectos visibles o exteriores de la autoestima. La conexión entre la postura y el estado de ánimo se demuestra mediante un

ejercicio en el que se pide a los miembros del grupo que prueben diferentes posturas "negativas" y "de confianza en uno mismo". (Nota: no es necesario que los participantes se levanten para realizar este ejercicio, también puede hacerse sentados en una silla. Si el espacio lo permite, los participantes también pueden practicar caminando por la sala con un andador o en silla de ruedas). Aunque no se espera que la autoestima aumente "milagrosamente" gracias a este ejercicio, debe presentarse como un primer y sencillo paso para mejorarla.

En el apartado siguiente, "Autoestima y envejecimiento", se presentan citas de distintos personajes famosos sobre cómo ven el proceso de envejecimiento, con el fin de abrir el debate sobre cómo lo ven los propios participantes (véase la figura 3.3). Luego se señala que muchas personas en las sociedades occidentales tienen actitudes más bien negativas hacia el envejecimiento y que, debido a las presiones culturales para mantenerse "joven" y (por tanto) "atractivo", los aspectos positivos del envejecimiento a menudo se olvidan o se minimizan. Aquí el objetivo no es minimizar los aspectos negativos del envejecimiento, que constituyen la realidad de algunos miembros del grupo. Estos aspectos también deben reconocerse si los miembros del grupo los mencionan, pero hay que hacer hincapié en que el envejecimiento no es exclusivamente negativo. Especialmente para los entrenadores más jóvenes, a menudo resulta útil recurrir a la sabiduría y la experiencia de los miembros del grupo en esta sección del módulo. En la sección final del módulo 8, los participantes podrán practicar un ejercicio de imaginación en el que abordarán las posibles imágenes mentales negativas que tienen de sí mismos. Mientras que algunos participantes comprenderán inmediatamente este ejercicio y se implicarán en él, otros pueden mostrarse más indecisos o no ser capaces de identificar fácilmente una imagen. Se los puede alentar a que prueben el ejercicio igualmente para aprender la técnica. Es importante señalar que este ejercicio por sí solo requiere entre 10 y 15 minutos o más, dependiendo del tiempo que se necesite para debatirlo al final. Por lo tanto, los entrenadores no deben empezar con el ejercicio si no queda tiempo suficiente en la sesión para completarlo en su totalidad.

A continuación se sugiere un guión que los entrenadores pueden utilizar para realizar el ejercicio:

"En el siguiente ejercicio, se le pedirá que identifique una imagen negativa que pueda tener de sí mismo y que la transforme. Por ejemplo, algunos individuos con depresión han manifestado que se ven a sí mismos como un pollito indefenso y débil, que necesita ser protegido, o como un caracol lento y baboso, que sólo quiere refugiarse en su caparazón, o como una estatua, que tiene un exterior duro para protegerse y distanciarse de los demás. Estos son sólo ejemplos."

"Por favor, cierre los ojos y dedique unos instantes a reconocer las imágenes mentales negativas que pueda tener de sí mismo. Quizá se identifique con alguna de las imágenes ya mencionadas o quizá la imagen negativa que tenga de sí mismo sea completamente diferente. No es necesario que elija un objeto inanimado o no humano. Quizá usted tenga la imagen de una versión muy negativa de su yo actual, quizá se imagine a sí mismo desgastado, desaliñado o muy poco atractivo. Trate de visualizar la imagen negativa o el símbolo de sí mismo con el mayor detalle posible, utilizando todos sus sentidos. Piense no sólo en su aspecto, sino también en cómo huele, ... se siente (externa o internamente),... si nota algún sabor particular,... o sonidos." *Nota para los entrenadores:* Esto suele ser difícil para los pacientes que nunca han pensado en imágenes negativas. Conceda a los participantes al menos unos minutos para completar esta parte del ejercicio, así como los puntos siguientes.

"Manteniendo los ojos cerrados, en el siguiente paso, trate de encontrar una imagen positiva con la que le gustaría identificarse. Podría ser una hermosa rosa roja, que huele maravillosamente,



un Superman invencible que no tiene miedo de nada o quizás un caballo orgulloso, que trota por la vida. De nuevo, la imagen positiva podría ser de usted mismo, incluso una imagen muy positiva en la que parece más atractivo, fuerte o en mejor forma de lo que realmente está. De nuevo, dedique algún tiempo a definir esta imagen con el mayor detalle posible. Piense no sólo en cómo podría ser su aspecto, sino también en cómo podría oler,....sentirse (externa o internamente),...si hay algún sabor particular que note,...o sonidos."

"Ahora ya puede abrir los ojos. En el último paso, intente pensar en cómo podría hacer una transformación de la imagen negativa a la imagen positiva. Algo parecido a una fea pintura, que se puede retocar para convertirla en algo bello. Aquí, el objetivo no es simplemente sustituir una imagen por otra, sino hacer realmente una transformación. Piense en todos los pasos que podría atravesar la imagen negativa en la transformación. Por ejemplo, el pollito feo e indefenso puede transformarse poco a poco en un águila orgullosa, con la que nadie puede enfrentarse. O la estatua puede romper su duro exterior para convertirse en un Superman." *Nota para los entrenadores:* ste paso no suele ser tan claro para los participantes, por lo que puede ser necesario explicarlo más detalladamente con más ejemplos.

"Ahora vuelva a cerrar los ojos e intente transformar su propia imagen negativa personal en su propia imagen positiva - recuerde y piense en los cinco sentidos. ¿Cómo puede transformar el objeto para que sea en todos los aspectos más positivo? Recuerde, el objetivo no es simplemente suprimir la imagen negativa, sino transformarla y cambiarla."



"Una vez que haya completado la transformación en su mente, fíjese en su cuerpo. Siéntese recto si puede, gire los hombros hacia atrás y saque el pecho. Puede que se sienta como un Fénix resurgiendo de sus cenizas."

"Además, puede elaborar una frase o afirmación positiva que refuerce y encaje con esta imagen. Por ejemplo, 'Tengo permitido ser fuerte y estar orgulloso'. Piense en una afirmación que encaje mejor con su imagen."

En general, aliente a los miembros del grupo a personalizar las imágenes tanto como sea posible: no deberían utilizar automáticamente los ejemplos proporcionados en las diapositivas, pero, por supuesto, pueden hacerlo si les convienen o si no pueden elaborar una imagen propia. Para estimular un procesamiento más detallado, se pide a los participantes que cierren los ojos mientras visualizan las imágenes. A muchos participantes este ejercicio les resulta difícil. Es normal y se recomienda que los entrenadores sugieran a los participantes que se tomen un tiempo para practicar este ejercicio hasta la siguiente sesión: el ejercicio realizado acá no es más que una introducción al concepto de imágenes mentales.

3.4.3 Ejemplo de diapositiva y ejercicio

Hay muchas opiniones diferentes sobre envejecer...

Ingmar Bergmann (Director)		“La vejez es como escalar una montaña. Cuanto más alto llegas, más cansado y sin aliento te vuelves, pero tus vistas se vuelven más amplias”.
Joan Collins (Actriz)		"La edad es solo un número. Es totalmente irrelevante a menos que, de casualidad, seas una botella de vino”.

("Ingmar Bergman, 1966" de Joost Evers; "Joan Collins beim Monte-Carlo Television Festival (2012)" de Frantogian)

Figura 3.3. Ejercicio del módulo 8 en el que se presentan citas de personas famosas de edad avanzada, como Ingmar Bergmann y Joan Collins. A continuación, se pide a los participantes que compartan sus propias creencias y opiniones positivas y negativas sobre el envejecimiento.

Resumen

El módulo 8 se centra en

- (1) la definición de la autoestima y sus componentes, incluidos aspectos corporales, como la postura, y las imágenes mentales.
- (2) la presentación de estrategias para detectar y modificar las imágenes mentales negativas relacionadas con la baja autoestima. Identificación de representaciones mentales positivas de uno mismo.
- (3) identificación y modificación de las ideas y creencias negativas sobre el envejecimiento e identificación de los aspectos positivos del envejecimiento.

4. Estado del arte

por Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt & Steffen Moritz

4.1 D-MCT

La viabilidad, aceptación y eficacia de la D-MCT se examinó por primera vez en un estudio piloto abierto con 104 pacientes con depresión (Jelinek, Otte, Arlt, & Hauschildt, 2013). En este estudio, se administró el D-MCT una vez a la semana en una clínica psiquiátrica ambulatoria. Se permitió un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico paralelo. Los pacientes rellenaron, antes y después de completar el entrenamiento de ocho semanas, varios cuestionarios para cuantificar los síntomas depresivos y las distorsiones depresivas. Los síntomas depresivos mejoraron significativamente a lo largo del entrenamiento con un tamaño del efecto medio (d de Cohen entre 0,56 y 0,73). También se observaron mejoras en las medidas de sesgos cognitivos, autoestima y rumiación (tamaños del efecto entre $d = 0,26$ y $0,64$). A partir de estos datos, se siguió desarrollando el entrenamiento, se redactó un manual en alemán (Jelinek et al., 2015) y se evaluó el D-MCT en un ensayo controlado aleatorizado. En este estudio de seguimiento, 84 personas con depresión fueron asignadas aleatoriamente a D-MCT o a un grupo de control activo (control: entrenamiento de salud que consistía en caminar y psicoeducación sobre temas relacionados con la salud), y evaluadas inmediatamente antes del inicio del programa, tras su finalización, a los 6 meses (Jelinek et al., 2016) así como 3,5 años después (Jelinek, Faissner, et al., 2018). Todos los pacientes estaban participando en un programa intensivo de rehabilitación psiquiátrica ambulatoria. Encontramos que inmediatamente después de completar el D-MCT y 6 meses después, el grupo D-MCT mejoró significativamente más que el grupo control (con un tamaño del efecto medio a grande, $\eta_p^2 = .049 - .114$). Además, a los seis meses de seguimiento, más pacientes del grupo D-MCT estaban en remisión (38.7% vs. 13.8%, la diferencia pre-post fue significativa a nivel de tendencia). La D-MCT también fue superior en cuanto a la reducción de los sesgos cognitivos y la mejora de la calidad de vida. Para la evaluación de seguimiento a 3,5 años, no se halló superioridad de la D-MCT en los análisis primarios, pero en los análisis secundarios post hoc se halló un mayor cambio en la media de la puntuación de la HDRS desde el inicio hasta el seguimiento a 3,5 años en el grupo de la D-MCT con un tamaño del efecto medio ($d = 0.47$; $p = .015$). En estos análisis también se halló superioridad con respecto a la escala de gravedad de la depresión autoevaluada (BDI), las creencias cognitivas disfuncionales y las creencias metacognitivas positivas y negativas, así como la calidad de vida física y psicológica.

Para evaluar si la D-MCT también mejora los sesgos cognitivos a los que se apunta en el entrenamiento y para evaluar los mecanismos de cambio, utilizamos el Cuestionario de Metacognición 30 (MCQ-30, Wells & Cartwright-Hatton, 2004), sus subescalas (Jelinek et al., 2013; Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017), así como un paradigma visual de falsa memoria (Moritz, Schneider, Peth, Arlt, & Jelinek, 2018). En estos estudios, la metacognición mejoró a lo largo del tratamiento (véase también más arriba) y se encontraron las primeras pruebas de que, en particular, una disminución en la subescala Necesidad de Control (NFC) del MCQ mediaba el resultado sobre la depresión en el D-MCT (Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017). En cuanto a los falsos recuerdos, los pacientes del grupo D-MCT produjeron menos falsos recuerdos de alta confianza después del tratamiento que los pacientes del tratamiento de control, lo que subraya que el entrenamiento metacognitivo cumple su objetivo de atenuar el impacto de los falsos juicios.

Además de los datos de eficacia, valoramos mucho la perspectiva de los pacientes, esto es, cómo evalúan y aceptan el entrenamiento. También utilizamos el feedback de los pacientes para mejorar y revisar el entrenamiento. La apreciación subjetiva del entrenamiento se evaluó en el primer estudio piloto, así como en el RCT antes descrito. Ambos estudios mostraron altas tasas de aceptación, con mejores calificaciones para el D-MCT que para la condición de control en el RCT (Jelinek et al., 2017).

4.2 MCT-Silver

La viabilidad, aceptación y eficacia de la D-MCT en adultos mayores se examinó en un estudio piloto con 116 pacientes con síntomas depresivos (Schneider et al., 2018) Otro objetivo del estudio era identificar si era necesario modificar los materiales del D-MCT para adultos mayores; por lo tanto, en este estudio piloto solo se presentó el contenido del D-MCT (el MCT-Silver aún no se había desarrollado). En este estudio, el D-MCT se ofreció como una intervención complementaria a adultos mayores (55 años o más) que completaban un programa de tratamiento intensivo hospitalario o ambulatorio. No hubo criterios formales de inclusión o exclusión para el estudio, aparte de la edad; sin embargo, se pidió a los psiquiatras de planta que no derivaran pacientes con deterioro cognitivo significativo, psicosis o intenciones suicidas activas. Los pacientes podían ingresar o dejar de participar en el grupo en cualquier momento y, a menudo, eran dados de alta del programa de tratamiento antes de completar los ocho módulos. Tanto antes como después de comenzar el grupo, los pacientes completaron la versión alemana de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; la *Allgemeine Depressionskala*) para cuantificar los síntomas depresivos, así como la versión corta de la Escala de Actitudes Disfuncionales-18B (DAS-18B) para medir las creencias depresivas cognitivas.

Los síntomas depresivos mejoraron significativamente en el transcurso del entrenamiento con un tamaño del efecto de medio a grande (d de Cohen entre 0,50 y 1,06) y el 49,1% de los participantes que completaron el entrenamiento ya no alcanzaban el umbral de depresión en la CES-D. También se observaron mejoras en la puntuación total de la DAS-18B (d de Cohen = 0,33). También se observaron mejoras en la puntuación total de la DAS-18B (d de Cohen = 0,33). La aceptación de la intervención fue buena en general. La mayoría de los participantes indicaron que la intervención les parecía útil (84,0%), agradable (64,3%) y una parte importante de su tratamiento (75,0%). Pocos participantes informaron resultados negativos (es decir, efectos secundarios; 5,5%). No obstante, las calificaciones subjetivas del D-MCT entre los adultos mayores fueron relativamente más bajas que las proporcionadas en estudios previos con adultos más jóvenes (Jelinek, Moritz, et al., 2017) y aproximadamente el 12% informó que su pensamiento se volvió "más caótico y confuso" durante el período de tratamiento. Estas puntuaciones de aceptación más bajas en combinación con el feedback informal de los pacientes, así como las observaciones de los clínicos de que algunos ejemplos en D-MCT no eran apropiados para los adultos mayores, proporcionaron el impulso para el desarrollo de MCT-Silver (véase más arriba la descripción de los módulos). En el momento de redactar este manual, nuestro grupo de investigación está llevando a cabo un ensayo controlado aleatorizado inicial en el que se compara la eficacia de MCT-Silver con un grupo de control activo.

5. Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Alloy, L. B., & Ahrens, A. H. (1987). Depression and pessimism for the future: Biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(2), 366–378. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.2.366>
- Ball, H. A., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (2008). Attributional style and depression. *The British Journal of Psychiatry, 192*(4), 275–278. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038711>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist, 52*(4), 366–380.
- Beblo, T., Sinnamon, G., & Baune, B. T. (2011). Specifying the neuropsychology of affective disorders: Clinical, demographic and neurobiological factors. *Neuropsychology Review, 21*(4), 337–359. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9171-0>
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin, 99*(2), 229–246. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.99.2.229>
- Bogdan, R., & Pizzagalli, D. A. (2006). Acute stress reduces reward responsiveness: Implications for depression. *Biological Psychiatry, 60*(10), 1147–1154. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.037>
- Boivin, M., Hymel, S., & Bukowski, W. M. (1995). The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood. *Development and Psychopathology, 7*(4), 765–785. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006830>
- Brailean, A., Steptoe, A., Batty, G. D., Zaninotto, P., & Llewellyn, D. J. (2019). Are subjective memory complaints indicative of objective cognitive decline or depressive symptoms? Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Psychiatric Research, 110*, 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.12.005>
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., ... Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy, 47*(7), 569–576. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.03.008>
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research, 16*, 607–615. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9149-1>
- Callahan, B. L., Simard, M., Mouiha, A., Rousseau, F., Laforce, R., & Hudon, C. (2016). Impact of depressive symptoms on memory for emotional words in mild cognitive impairment and late-life depression. *Journal of Alzheimer's Disease, 52*(2), 451–462. <https://doi.org/10.3233/JAD-150585>
- Cane, D. B., & Gotlib, I. H. (1985). Depression and the effects of positive and negative feedback on expectations, evaluations, and performance. *Cognitive Therapy and Research, 9*(2), 145–160. <https://doi.org/10.1007/BF01204846>
- Carver, C. S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality, 66*(4), 607–619. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00026>
- Carver, Charles S., & Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology, 92*(3), 330–337. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.3.330>
- Charles, S. T., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology, 132*(2), 310–324. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.2.310>
- Ciarrochi, J., Fisher, D., & Lane, L. (2011). The link between value motives, value success, and well-being among people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology, 20*(11), 1184–1192. <https://doi.org/10.1002/pon.1832>

- Dainer-Best, J., Shumake, J. D., & Beevers, C. G. (2018). Positive imagery training increases positive self-referent cognition in depression. *Behaviour Research and Therapy*, *111*, 72–83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.09.010>
- Dalili, M. N., Penton-Voak, I. S., Harmer, C. J., & Munafò, M. R. (2015). Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. *Psychological Medicine*, *45*(06), 1135–1144. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002591>
- Davis, E. L., Deane, F. P., & Lyons, G. C. B. (2015). Acceptance and valued living as critical appraisal and coping strengths for caregivers dealing with terminal illness and bereavement. *Palliative and Supportive Care*, *13*(2), 359–368. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000431>
- Douglas, K. M., & Porter, R. J. (2010). Recognition of disgusted facial expressions in severe depression. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(2), 156–157. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078113>
- Dunne, E., Wrosch, C., & Miller, G. E. (2011). Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology*, *30*, 763–770. <https://doi.org/10.1037/a0024019>
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1813–1822. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.002>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(4), 952–962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225>
- Eshel, N., & Roiser, J. P. (2010). Reward and punishment processing in depression. *Biological Psychiatry*, *68*(2), 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.01.027>
- Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and Anxiety*, *35*(12), 1239–1246. <https://doi.org/10.1002/da.22834>
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Secrist, Z., & Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *37*(2), 146–158. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.03.002>
- Fernandes, M., Ross, M., Wiegand, M., & Schryer, E. (2008). Are the memories of older adults positively biased? *Psychology and Aging*, *23*(2), 297–306. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.2.297>
- Flavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In L. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231–236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fruzzetti, A. E., & Erikson, K. R. (2010). (2010). Mindfulness and acceptance interventions in cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies (3rd ed.)* (pp. 347–374). New York, NY, United States: Guilford Press.
- Gaddy, M. A., & Ingram, R. E. (2014). A meta-analytic review of mood-congruent implicit memory in depressed mood. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 402–416. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.001>
- Ganellen, R. J. (1988). Specificity of attributions and overgeneralization in depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(1), 83–86. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.1.83>
- Garber, J., & Hollon, S. D. (1980). Universal versus personal helplessness in depression: Belief in uncontrollability or incompetence? *Journal of Abnormal Psychology*, *89*(1), 56–66. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.89.1.56>

- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 285–312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joormann, J., Arnow, B. A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(3), 386–398. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.3.386>
- Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(1), 127–135. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.127>
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D. S., Fossum, K. M., & Allen, S. L. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, *57*(4), 423–438. <https://doi.org/10.1037/a0020667>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(2), 336–343. <https://doi.org/10.1002/9781118394380.ch44>
- Haffner, P., Quinlivan, E., Fiebig, J., Sondergeld, L. M., Strasser, E. S., Adli, M., ... Stamm, T. J. (2018). Improving functional outcome in bipolar disorder: A pilot study on metacognitive training. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *25*, 50–58. <https://doi.org/10.1002/cpp.2124>
- Hale, W. W., Jansen, J. H., Bouhuys, A. L., & van den Hoofdakker, R. H. (1998). The judgment of facial expressions by depressed patients, their partners and controls. *Journal of Affective Disorders*, *47*(1–3), 63–70. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(97\)00112-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00112-2)
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple*. Oakland, CA, USA: New Harbinger.
- Haslam, C., Morton, T. A., Haslam, A. S., Varnes, L., Graham, R., & Gamaz, L. (2012). "When the age is in, the wit is out": Age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychology and Aging*, *27*(3), 778–784. <https://doi.org/10.1037/a0027754>
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (7. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152–1168.
- Hill, N. L., Mogle, J., Wion, R., Munoz, E., DePasquale, N., Yevchak, A. M., & Parisi, J. M. (2016). Subjective cognitive impairment and affective symptoms: A systematic review. *Gerontologist*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw091>
- Holmes, E. A., Mathews, A., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*, *37*(3), 237–247. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.02.002>
- Holmes, E., Blackwell, S. E., Burnett Heyes, S., Renner, F., & Raes, F. (2016). Mental imagery in depression: Phenomenology, potential mechanisms, and treatment implications. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 249–280. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-092925>
- Howe, M. L., & Malone, C. (2011). Mood-congruent true and false memory: Effects of depression. *Memory*, *19*(2), 192–201. <https://doi.org/10.1080/09658211.2010.544073>
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. P. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging & Human Development*, *54*(3), 233–253. <https://doi.org/10.2190/J6E5-NP5K-2UC4-2F8B>
- Jelinek, L., Faissner, M., Moritz, S., & Kriston, L. (2018). Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12213>

- Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2015). Metakognitives Training bei Depression (D-MKT). [Metacognitive Training for Depression (D-MCT)]. Weinheim: Beltz.
- Jelinek, L., Hauschildt, M., Otte, C., & Moritz, S. (2009). Metakognitives Training bei Depression: Evaluation eines neuartigen Gruppenansatzes. *DGPPN Kongress 2009*. Berlin.
- Jelinek, L., Hauschildt, M., Wittekind, C. E., Schneider, B. C., Kriston, L., & Moritz, S. (2016). Efficacy of metacognitive training for depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*(4), 231–234. <https://doi.org/10.1159/000443699>
- Jelinek, L., Moritz, S., & Hauschildt, M. (2017). Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *Journal of Affective Disorders, 221*, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.003>
- Jelinek, L., Otte, C., Arlt, S., & Hauschildt, M. (2013). Denkverzerrungen erkennen und korrigieren: Eine Machbarkeitsstudie zum Metakognitiven Training bei Depression (D-MKT). *Zeitschrift Fur Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie, 61*(4), 247–254. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000167>
- Jelinek, L., Van Quaquebeke, N., & Moritz, S. (2017). Cognitive and metacognitive mechanisms of change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports, 7*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>
- Jelinek, L., Zielke, L., Hottenrott, B., Miegel, F., Cludius, B., Sure, A., & Demiralay, C. (2018). Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for OCD. *Zeitschrift Für Neuropsychologie, 29*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000211>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 705–714. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.4.705>
- Joormann, J., Teachman, B., & Gotlib, I. H. (2009). Sadder and less accurate? False memory for negative material in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(2), 412–417. <https://doi.org/10.1037/a0015621>
- Kishita, N., Takei, Y., & Stewart, I. (2017). A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 32*(12), 1352–1361. <https://doi.org/10.1002/gps.4621>
- Koriat, A., & Goldsmith, M. (1998). The role of metacognitive processes in the regulation of memory performance. I. In G. Mazzoni & T. O. Nelson (Eds.), *Metacognition and cognitive neuropsychology: Monitoring and control processes* (pp. 97–118). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ladegaard, N., Lysaker, P. H., Larsen, E. R., & Videbech, P. (2014). A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression. *Psychiatry Research, 220*(3), 883–889. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.005>
- Ladegaard, N., Videbech, P., Lysaker, P. H., & Larsen, E. R. (2016). The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit are only partially normalized after full remission of first episode major depression. *British Journal of Clinical Psychology, 55*(3), 269–286. <https://doi.org/10.1111/bjc.12097>
- Laidlaw, K. (2010). Are attitudes to ageing and wisdom enhancement legitimate targets for CBT for late life depression and anxiety? *Nordic Psychology, 62*(2), 27–42. <https://doi.org/10.1027/1901-2276/a000009>
- Laidlaw, K., & Kishita, N. (2015). Age-appropriate augmented cognitive behavior therapy to enhance outcome for late-life depression and anxiety disorders. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, 28*, 57–66.
- Laidlaw, K., Kishita, N., Shenkin, S. D., & Power, M. J. (2018). Development of a short form of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ). *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(1), 113–121. <https://doi.org/10.1002/gps.4687>
- Lara, M. E., Leader, J., & Klein, D. N. (1997). The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology, 106*(3), 478–482. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.106.3.478>

- Leyman, L., De Raedt, R., Vaeyens, R., & Philippaerts, R. M. (2011). Attention for emotional facial expressions in dysphoria: An eye-movement registration study. *Cognition & Emotion*, 25(1), 111–120. <https://doi.org/10.1080/02699931003593827>
- Litinsky, A. M., & Haslam, N. (1998). Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. *Journal of Personality Assessment*, (3), 368–378. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_6
- Liu, X., Li, L., Xiao, J., Yang, J., & Jiang, X. (2013). Abnormalities of autobiographical memory of patients with depressive disorders: A meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 353–373. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02077.x>
- Liu, Y., Tang, C., Hung, T., Tsai, P., & Lin, M. (2018). The efficacy of Metacognitive Training for Delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews On Evidence Based Nursing*, 15, 130–139. <https://doi.org/10.1111/wvn.12282>
- Mah, L., Anderson, N. D., Verhoeff, N. P. L. G., & Pollock, B. G. (2017). Negative emotional verbal memory biases in mild cognitive impairment and late-onset depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(10), 1160–1170. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.005>
- Matt, G. E., Vazquez, C., & Campbell, W. K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12(2), 227–255. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90116-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90116-P)
- Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24(1), 69–93. <https://doi.org/10.1177/0145445500241004>
- McDermott, L. M., & Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.022>
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., & Hankin, B. L. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, 130(5), 711–747. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.711>
- Miranda, R., Fontes, M., & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1151–1159. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.009>
- Montejo Carrasco, P., Montenegro-Peña, M., López-Higes, R., Estrada, E., Prada Crespo, D., Montejo Rubio, C., & García Azorín, D. (2017). Subjective memory complaints in healthy older adults: Fewer complaints associated with depression and perceived health, more complaints also associated with lower memory performance. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.12.007>
- Moritz, S. (2008). Metakognition — Psychologie. In T. Kircher & S. Gauggel (Eds.), *Neuropsychologie der Schizophrenie* (pp. 367–374). Berlin Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-71147-6_29
- Moritz, S. (2013). Metakognitive Therapien. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 61(4), 213–215. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000163>
- Moritz, S., Ahlf-Schumacher, J., Hottenrott, B., Peter, U., Franck, S., Schnell, T., ... Jelinek, L. (2018). We cannot change the past, but we can change its meaning. A randomized controlled trial on the effects of self-help imagery rescripting on depression. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.007>
- Moritz, S., Hörmann, C. C., Schröder, J., Berger, T., Jacob, G. A., Meyer, B., ... Klein, J. P. (2014). Beyond words: Sensory properties of depressive thoughts. *Cognition and Emotion*, 28(6), 1047–1056. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.868342>
- Moritz, S., Krieger, E., Bohn, F., & Veckenstedt, R. (2017). *Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose* (2nd ed.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

- Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition – What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.001>
- Moritz, S., Lysaker, P. H., Hofmann, S. G., & Hautzinger, M. (2018). Going meta on metacognitive interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18(10), 739–741. <https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1520636>
- Moritz, S., Schneider, B. C., Peth, J., Arlt, S., & Jelinek, L. (2018). Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.010>
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., Woodward, T. S., & Metacognition Study Group. (2013). *Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT) 5.0* (5.). Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Moritz, S., Voigt, K., Arzola, G. M., & Otte, C. (2008). When the half full glass is appraised as half empty and memorized as completely empty: Mood-congruent true and false recognition in depression is modulated by salience. *Memory*, 16(8), 810–820. <https://doi.org/10.1080/09658210802282708>
- Murphy, S. E., Clare O'Donoghue, M., Drazich, E. H. S., Blackwell, S. E., Christina Nobre, A., & Holmes, E. A. (2015). Imagining a brighter future: The effect of positive imagery training on mood, prospective mental imagery and emotional bias in older adults. *Psychiatry Research*, 230(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.059>
- Naranjo, C., Kornreich, C., Campanella, S., Noël, X., Vandriette, Y., Gillain, B., ... Constant, E. (2011). Major depression is associated with impaired processing of emotion in music as well as in facial and vocal stimuli. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.039>
- Nunn, J. D., Mathews, A., & Trower, P. (1997). Selective processing of concern-related information in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(4), 489–503. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01256.x>
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L., & Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), 133–149. <https://doi.org/10.1037/pspp0000038>
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472–478. <https://doi.org/10.1037/a0015922>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 645–658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2573–2580. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.06.004>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347–374. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.91.3.347>
- Potreck-Rose, F. (2006). *Von der Freude den Selbstwert zu stärken*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Potreck-Rose, Friederike, & Jacob, G. (2003). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. *Leben lernen* (3rd.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: Age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging*, 29(1), 1–15. <https://doi.org/10.1037/a0035194>

- Reid, L. M., & MacLulich, A. M. J. (2006). Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5–6), 471–485. <https://doi.org/10.1159/000096295>
- Ricarte, J. J., Latorre, J. M., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M. J., & Serrano, J. P. (2011). Overgeneral autobiographical memory effect in older depressed adults. *Aging and Mental Health*, 15(8), 1028–1037. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.573468>
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S., & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 607–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.001>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 16(5), 754–760. <https://doi.org/10.1017/S1355617710000706>
- Schilling, L., Moritz, S., Kriston, L., Krieger, M., & Nagel, M. (2018). Efficacy of metacognitive training for patients with borderline personality disorder: Preliminary results. *Psychiatry Research*, 262, 459–464. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.024>
- Schneider, B. C., Bücker, L., Riker, S., Karamatskos, E., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). A pilot study of metacognitive training (D-MCT) for older adults with depression. *Zeitschrift Für Neuropsychologie*, 29, 7–19.
- Seidel, E. M., Habel, U., Finkelmeyer, A., Schneider, F., Gur, R. C., & Derntl, B. (2010). Implicit and explicit behavioral tendencies in male and female depression. *Psychiatry Research*, 177(1–2), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.001>
- Selva, J. P. S., Postigo, J. M. L., Segura, L. R., Bravo, B. N., Córcoles, M. J. A., López, M. N., ... Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24(2), 224–229.
- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V. et al. (2012). The development of the Metacognition Assessment interview: instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 890–845.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272–277. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.272>
- Smith, B. M., Villatte, J. L., Ong, C. W., Butcher, G. M., Twohig, M. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2018). The influence of a personal values intervention on cold pressor-induced distress tolerance. *Behavior Modification*, 1–23. <https://doi.org/10.1177/0145445518782402>
- Sondergeld, L.-M. L.-M., Quinlivan, E., Haffner, P., Fiebig, J., Jelinek, L., Moritz, S., ... Stamm, T. (2016). Metakognitives Training für Menschen mit Bipolaren Störungen. In M. Schäfer, A. Reif, & G. Juckel (Eds.), *Therapie-Tools Bipolare Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Strunk, D. R., & Adler, A. D. (2009). Cognitive biases in three prediction tasks: A test of the cognitive model of depression. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/S0005-7967\(08\)00212-X](https://doi.org/S0005-7967(08)00212-X) [pii]r10.1016/j.brat.2008.10.008
- Strunk, D. R., Lopez, H., & DeRubeis, R. J. (2006). Depressive symptoms are associated with unrealistic negative predictions of future life events. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 861–882. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.001>
- Sumner, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 614–625. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.013>

- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 974–991. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.974>
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 347–357. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.347>
- van der Does, W. (2005). Thought suppression and cognitive vulnerability to depression. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1348/014466504x19442>
- Van Vreeswijk, M. F., & De Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 42*(6), 731–743. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00194-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00194-3)
- Wegener, I., Geiser, F., Alfter, S., Mierke, J., Imbierowicz, K., Kleiman, A., ... Conrad, R. (2015). Changes of explicitly and implicitly measured self-esteem in the treatment of major depression: Evidence for implicit self-esteem compensation. *Comprehensive Psychiatry, 58*, 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.001>
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy, 42*(1), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Alonso-Fernandez, M., Bower, E. S., Steiner, A. R. W., & Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 31*(3), 302–308. <https://doi.org/10.1002/gps.4330>
- Wrosch, C., Scheier, M. F., & Miller, G. E. (2013). Goal adjustment capacities, subjective well-being, and physical health. *Social and Personality Psychology Compass, 7*, 847–860. <https://doi.org/10.1111/spc3.12074>
- Yoon, K. L., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2009). Judging the intensity of facial expressions of emotion: Depression-related biases in the processing of positive affect. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(1), 223–228. <https://doi.org/10.1037/a0014658>
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Song, H., & Sudarjanto, R. P. (2005). Differential strategies in coping with pain. *Pain, 55*, 511–524.