

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Habilidades Metacognitivas, Atención y Conciencia Plena en adultos que realizan terapia

Alumno: Nicolás Manuel Perelló Navarro

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Tutor: Lic. Pablo Rocha

MARZO 2025

Índice

Resumen 3

Introducción 4

Método 11

Diseño 11

Participantes 11

Instrumentos 11

Procedimiento 12

Análisis de Datos 13

Resultados 14

Discusión 21

Conclusión 21

Bibliografía 28

Anexos 33

Anexo I. Cuestionario Sociodemográfico 33

Anexo II. Cuestionario de Habilidades Metacognitivas [CHM] 34

Anexo III. Mindful Attention Awareness Scale [MAAS] 35

Resumen

Objetivo general: analizar las habilidades metacognitivas, la atención y conciencia plena en adultos que realizan terapia. *Metodología:* se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, obteniendo una muestra de N= 103 adultos con edades comprendidas entre 18 y 70 años (*M*=34.81; DT=13.50), que residían en el Área Metropolitana Buenos Aires y tenían un tratamiento psicoterapéutico en curso. Se les administró el Cuestionario de Habilidades Metacognitivas [CHM], Mindful Attention Awareness Scale [MAAS] y un cuestionario sociodemográfico para dar respuesta a los objetivos de la investigación. Los datos fueron procesados con el software IBM-SPSS versión 26. *Resultados:* los participantes obtuvieron puntajes más elevados en la dimensión planificación y supervisión de la variable Habilidades Metacognitivas. El promedio de puntajes obtenido para la variable mindfulness se consideró moderado. En cuanto a las diferencias de grupos, las personas más adultas (37 a 57 años) tenían más habilidad de mindfulness que las personas más jóvenes (18 a 25 años). También se observó que los grupos de menor edad (18 a 25 y 26 a 36 años) tenían mayor habilidad metacognitiva para la autofocalización en los pensamientos. En cambio, el grupo más joven (18 a 25 años) era que el presentaba menor habilidad de planificación. Por último, se hallaron diferencias en función de la duración del tratamiento, de modo tal que, la capacidad de atención plena y las habilidades metacognitivas cambian según el tiempo de terapia. En cuanto al análisis de correlaciones, se encontró una relación positiva del mindfulness con la planificación y supervisión; y negativa con la confianza en la memoria. *Conclusión:* puede afirmarse que la práctica del mindfulness tiene implicaciones en algunas habilidades metacognitivas de los adultos que realizan terapia.

Palabras clave: habilidades metacognitivas – atención plena – adultos – psicoterapia.

Introducción

El presente trabajo se propone investigar las habilidades metacognitivas y su asociación con la atención y conciencia plena en adultos del AMBA que realizan terapia. Al utilizar el término *atención plena*, se hace referencia a un estado inherente de conciencia del individuo que implica focalizar la atención en la propia experiencia presente, tanto del mundo interior como exterior (Kabat-Zinn, 2003). Esta práctica también es conocida como *mindfulness* en la terminología anglosajona o *práctica reflexiva* y consiste en un estado que puede generarse aplicando distintas formas de meditación en las actividades cotidianas (Cárcamo & Moncada, 2010).

De acuerdo con Walsh (1980), las reacciones de esta meditación pueden ser psicológicas, fisiológicas o químicas. En el aspecto psicológico, se ha evidenciado que contribuye a mejorar la sensibilidad perceptiva, aumentar el bienestar psicológico, reducir la ansiedad (Shapiro & Giber, 1978) y aliviar la sintomatología en pacientes con trastornos psiquiátricos. En el aspecto fisiológico, se investigó que, cuando se medita, se producen sincronizaciones en algunas áreas de ambos hemisferios cerebrales, como así también, en cada hemisferio individualmente (Glueck & Stroebel, 1978). Por último, en el aspecto químico, favorece la activación de distintas áreas del cerebro asociadas con la atención y la toma de decisiones (corteza prefrontal dorsolateral; Lazar, 2005), la integración de la atención, la motivación y el control motor (corteza cingulada; Paus, 2001) y el procesamiento de sensaciones corporales transitorias (ínsula; Brefczynski-Lewis et al., 2007).

La literatura indica que muchos tratamientos cognitivo-conductuales se basan en el mindfulness para instalar en las personas la disciplina de la relajación, aceptando las sensaciones, pensamientos o sentimientos que pueden resultar perturbadores y permitiéndose traer la mente al momento presente cada vez que esta se desvíe (Baer,

2003; Hayes et al., 2004; Epstein, 2003). Los tratamientos incluidos en este grupo son la terapia dialéctico conductual de Lineham, el programa de reducción del stress basado en mindfulness de Kabat-Zinn, la terapia cognitiva basada en mindfulness de Segal, Williams y Teasdale y la terapia de aceptación y compromiso de Hayes. También algunas terapias psicodinámicas, como la de Stern (2004) o Fonagy (2000), han tomado el concepto de práctica reflexiva. Estos enfoques se diferencian fundamentalmente de aquellos tradicionales orientados únicamente a lograr el cambio, dado que, lo que se busca es acceder a patrones de pensamiento y sentimiento disfuncionales, automáticos e implícitos (Friedman & Whisman, 2004).

De acuerdo con Germer et al. (2005), la práctica reflexiva puede categorizarse como formal o informal, según si se lleva a cabo en sus niveles más profundos o se aplican las habilidades mientras se realizan actividades de la vida cotidiana. En ambos casos, se necesita de compromiso y trabajo sostenido para poder habituarse a la atención plena e instalarla como un evento de ocurrencia natural.

Cuando el mindfulness es llevado al espacio terapéutico, su conceptualización se amplía para incorporar la tarea de *no-enjuiciar*. De esta manera, se utiliza una definición más específica y positiva del constructo que consiste en "la observación no enjuiciadora del fluido continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan" (Baer, 2003, p.126). En este caso, la aceptación emerge como el resultado del no enjuiciamiento y refleja la voluntad de la persona por hacerse consciente de las cosas tal y como son cuando surgen, aun cuando estas puedan ser agradables o desagradables (Cárcamo & Moncada, 2010).

Durante la práctica de Atención y Conciencia Plena, se pone énfasis en la respiración y el cuerpo. Sin embargo, mantener esta concentración durante un tiempo prolongado es difícil porque la mente tiende a dispersarse fácilmente. Cuando esto

ocurre, es importante que la persona note hacia dónde se ha desviado su atención y la redirija nuevamente a la respiración o al cuerpo, sin juzgarse ni castigarse (Cebolla i Martí, 2009). En este acto, se está entrenando la capacidad para observar los propios pensamientos de manera neutral, tomando conciencia de ellos con calma, sin reaccionar emocionalmente. Por esta razón, se afirma que el ciclo de atención-distracción-atención impacta profundamente en las habilidades metacognitivas, aquellas que permiten ser conscientes de los propios procesos mentales (Cebolla i Martí, 2012).

Ahora bien, ¿de qué trata la metacognición? En líneas generales, metacognición representa el conjunto de habilidades a partir del cual las personas conocen cómo funciona su mente, identifican sus estados mentales y hacen reflexiones sobre ellos. Como tal, es un elemento imprescindible del autoconocimiento y la autorregulación, permitiendo gestionar los desafíos y aprendizajes diarios en forma adecuada, lo que incluye las relaciones interpersonales (Dimaggio & Lysaker, 2010; Semerari et al., 2003).

En ocasiones los términos cognición y metacognición se confunden, por lo que resulta necesario diferenciarlos. Por un lado, la metacognición permite saber cómo llevar a cabo una tarea, para planificarla y supervisarla. Por otro lado, la cognición es lo que permite realizar esa tarea en concreto. La cognición es eficaz cuando existe una buena capacidad metacognitiva (Schraw, 2001), en otras palabras, las habilidades metacognitivas se ponen en marcha antes que la cognición (al planificar, por ejemplo), durante el proceso cognitivo (al supervisar) y una vez que este finaliza (al evaluar).

Algunos investigadores (Semerari et al., 2003; Semerari et al., 2005; Semerari et al., 2007) agregan que las habilidades cognitivas y emocionales que integran la metacognición no sólo sirven para identificar y pensar sobre los propios estados mentales, sino también, sobre los de otras personas. De modo tal que estas habilidades

pueden ser diferentes según si el foco se sitúa en uno mismo, en los demás, o en el mundo en general. Además, las disfunciones de la metacognición, analizadas especialmente en los trastornos de la personalidad, pueden verse reflejadas en una mala calidad vida o un funcionamiento social deficitario, siendo también un importante predictor del fracaso de los tratamientos terapéuticos (Semerari et al., 2005).

Aunque existen varios modelos que investigan el constructo desde distintas perspectivas, uno de los principales desafíos en el campo de la investigación es la evaluación de las habilidades metacognitivas. Frente a este panorama, Giraldo O´Meara et al. (2019) desarrollaron una escala que permite su medición de acuerdo con tres componentes: la planificación y supervisión de procesos mentales, la falta de confianza en la memoria y la autofocalización en los pensamientos. Sus análisis estadísticos revelaron que esta escala puede ser utilizada con población argentina y española, obteniéndose resultados que reflejan una puntuación promedio de 36.07 en planificación y supervisión de procesos mentales, 13.53 para la falta de confianza en la memoria y 13.19 para la autofocalización en los pensamientos.

En los últimos años, se han llevado a cabo distintas investigaciones sobre las habilidades metacognitivas y la atención plena en el campo de la psicoterapia. Por ejemplo, el estudio de Linares et al. (2016) reveló que tanto la atención plena como el descentramiento (entendido como la capacidad de enfocarse en el presente sin juicios) explican la presencia de sintomatología depresiva, mientras que, sólo la atención plena explica la presencia de sintomatología ansiosa. Estos resultados son alentadores para la intervención en atención plena con sintomatología ansiosa y/o depresiva y señalan la importancia de procesos metacognitivos, como el descentramiento, en su desarrollo.

En cuanto a variables sociodemográficas, como la edad, el estudio de Fountain-Zaragoza y Prakash (2017) indica que el entrenamiento en mindfulness puede ayudar a

mitigar las disminuciones en el control atencional conforme los individuos avanzan en edad, contribuyendo a mejorar su atención y bienestar. Al respecto, los resultados de la investigación de Prakash et al. (2012) advertían que, los adultos mayores con mucha experiencia en meditación, en comparación con un grupo de adultos de la misma edad sin experiencia, mostraban un mejor control inhibitorio, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo. Por último, cuando las comparaciones se realizaban con grupos control de adultos jóvenes, se observaba que los adultos mayores se beneficiaban más de la práctica del mindfulness (van Leeuwen et al., 2009).

Una investigación realizada con hombres y mujeres, en cambio, indagó las diferencias en las habilidades metacognitivas de cada grupo y halló algunos resultados significativos. Las conclusiones sugirieron que las mujeres tienden a ser más críticas consigo mismas en sus creencias sobre su habilidad metacognitiva (sesgo negativo), sin embargo, aunque actualizan sus evaluaciones de forma más negativa luego de cometer errores, tienen mayor eficiencia metacognitiva que los hombres. Además, por lo general, en cuanto a memoria semántica, suelen recordar con mayor facilidad información general o conceptos (Hoogervorst et al., 2024).

Por su parte, Yilmaz et al. (2015) investigó la temática con estudiantes universitarios y observó que, no sólo que la presencia de síntomas ansiosos y depresivos impacta en el funcionamiento, sino también, que la aparición de esta sintomatología parece estar asociada con los déficits en las habilidades metacognitivas. Frente a este panorama, los hallazgos de una revisión bibliográfica indican que la práctica de la atención plena tiene un efecto moderado al aplicarse en los tratamientos para el estrés y la depresión, mientras que, cuando se aplica para tratar la ansiedad, el efecto resulta mucho más grande. Se destaca entonces, la importancia de la intervención basada en atención plena como una herramienta terapéutica valiosa que puede contribuir a mejorar

la salud mental de los universitarios y reducir su sintomatología (Alcántara Obando & Peralta Eugenio, 2023).

Asimismo, en otra investigación se utilizó una metodología cualitativa para evaluar la aplicación de la terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT) en una muestra de adultos mayores que presentaban síntomas de depresión. No sólo se respaldó la efectividad y la aceptabilidad de este tratamiento, sino que también se sugirió su investigación futura para comprender mejor qué efectos puede presentar en la conciencia metacognitiva (Williams et al., 2018). Este programa, a diferencia de los tratamientos individuales, se realiza en grupo e incluye ocho sesiones vivenciales con una duración de 2 horas y media y una frecuencia semanal. También incluye la práctica diaria del mindfulness en casa (Fernández, 2016).

Por último, una revisión sistemática basada en PRISMA, arrojó que la integración del mindfulness con las técnicas cognitivo-conductuales es la estrategia más utilizada con un total de dos a siete sesiones y una duración entre 35 minutos y 4 horas. Los resultados indican que las actividades entre sesiones son variadas y que resulta necesario investigar aún más sobre la efectividad del tratamiento en cuanto a la adquisición de estrategias a largo plazo (González et al., 2023).

Por todo lo mencionado, este trabajo se propone como objetivo general analizar las relaciones entre las habilidades metacognitivas, la atención y conciencia plena en adultos del AMBA que realizan terapia. Dicho objetivo se desglosa en tres objetivos específicos: describir las habilidades metacognitivas, la atención y la conciencia plena de la muestra; evaluar si existen diferencias significativas en las habilidades metacognitivas, la atención y la conciencia plena según la edad, la frecuencia y la duración del tratamiento; y asociar las habilidades metacognitivas con la atención y la conciencia plena de los adultos que realizan terapia.

Para finalizar, se pretende contrastar las siguientes hipótesis: (H1) las habilidades metacognitivas disminuyen con la edad de los adultos, (H2) los participantes con mayor frecuencia y duración del tratamiento presentan mayor atención y conciencia plena, (H3) los adultos con mayores habilidades metacognitivas registran mayor atención y conciencia plena.

Método

Diseño

Se realizó una investigación basada en un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con un alcance correlacional y una secuencia de tiempo transversal (Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes

El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico o dirigido, donde la elección de los participantes no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación y los propósitos del investigador (Hernández Sampieri et al., 2014). La muestra estuvo conformada por 103 adultos que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: tener más de 18 años, residir en el Área Metropolitana Buenos Aires, tener un tratamiento psicoterapéutico en curso. Como criterio de exclusión, se decidió no contemplar las respuestas de aquellas personas que presenten algún diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, psicosis u otros trastornos que dificulten la correcta comprensión de la batería de administración.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos compuesto por preguntas relativas a sexo, edad, lugar de residencia, tipo de tratamiento terapéutico (si lo sabe), frecuencia, duración del tratamiento, si tiene diagnóstico clínico, si toma medicación psiquiátrica y cuál, si realizó otros tratamientos terapéuticos anteriormente.

Cuestionario de Habilidades Metacognitivas [CHM] desarrollado por Giraldo-O´ Meara et al. (2019) para evaluar las habilidades metacognitivas y validado con población general no clínica de Argentina. Consta de 27 ítems agrupados en 3 subescalas o factores: planificación y supervisión de procesos mentales (13 ítems), falta

de confianza en la memoria (8 ítems) y autofocalización en los pensamientos (6 ítems). El instrumento utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 opciones, desde 0 “nada de acuerdo/no lo hago nunca”, hasta 4 “Totalmente de acuerdo/lo hago siempre”. La puntuación de las escalas del cuestionario se obtiene mediante la suma directa de las puntuaciones de cada uno de los ítems que las integran. En la validación del instrumento realizada por Giraldo O´ Meara et al. (2019), los ítems fueron sometidos a juicio de cinco expertos y se retuvieron aquellos en los que se alcanzó un grado de acuerdo superior al 90% en la claridad de expresión/redacción y relación con las tres habilidades a evaluar. Los coeficientes de consistencia interna de los 3 factores fueron muy satisfactorios, con valores alfa de Cronbach de 0.86, 0.86, y 0.83, para supervisión y planificación, confianza en la memoria, y autofocalización en los pensamientos, respectivamente (Giraldo O´ Meara et al., 2019).

Mindful Attention Awareness Scale [MAAS] (Brown & Ryan, 2003) en su versión validada para población argentina por Montes et al. (2014). Evalúa la habilidad de una persona para estar alerta y consciente de lo que está experimentando en el momento presente durante su vida diaria. Consta de 15 ítems que se responden utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 “siempre o casi siempre” hasta 5 “nunca o casi nunca”. La puntuación del cuestionario se obtiene calculando la media aritmética del total de ítems, puntuaciones más elevadas indican mayor estado mindfulness en la vida cotidiana, sin que sea necesario recibir un entrenamiento. La consistencia interna de la escala fue muy buena (α =.87) y se realizó análisis factorial confirmatorio con peso de los ítems entre moderados y altos (Montes et al., 2014).

Procedimiento

Luego de asegurar el acceso a la muestra, se convocó a los participantes y se les invitó a colaborar de manera voluntaria con el estudio. Aquellos interesados en

participar recibieron acceso a un formulario de Google, donde se les proporcionó información sobre el propósito general de la investigación, se garantizó el anonimato de su identidad y la confidencialidad de los datos recolectados. También se destacó que la participación era voluntaria y que tenían la libertad de retirarse en cualquier momento si así lo deseaban. Finalmente, debieron aceptar un consentimiento informado para poder acceder a la batería de administración.

El muestreo se llevó a cabo durante el período agosto-septiembre del año 2024 y se administraron los instrumentos en el orden en el cual se presentaron anteriormente.

Análisis de Datos

Los datos fueron sistematizados con el software IBM-SPSS versión 26. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov para conocer la distribución de las variables de estudio, observándose asimetría ($p<.05$) en la variable Mindfulness y en la dimensión autofocalización en los pensamientos. Las dimensiones confianza en la memoria y planificación y supervisión tuvieron una distribución simétrica ($p>.05$). Por esta razón se utilizaron estadísticos no paramétricos (como U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis) para el análisis de diferencias de grupos con variables simétricas, y estadísticos paramétricos (T de Student y F de Anova) con variables asimétricas. Para el análisis de correlaciones se utilizó Rho de Spearman.

Resultados

En la Tabla I se describen las características sociodemográficas de los participantes utilizando frecuencias y porcentajes. Todos los participantes realizaban terapia al momento de la administración y tenían edades comprendidas entre 18 y 53 años (*M*=32.01; *DT*=9.75). En cuanto a los diagnósticos relevados, la mayoría tenia trastornos de ansiedad (*N*=11), trastornos obsesivo compulsivos (*N*=2), trastornos de la personalidad (*N*=2), trastornos por déficit de atención (*N*=1), trastornos de la conducta alimentaria (*N*=1) y trastornos del espectro autista (*N*=1). Finalmente, la categoría ´otras terapias´ incluyó terapia sistemática (N=5), integrativa (N=5), de aceptación y compromiso (N=3), estratégica (N=2), transpersonal (N=1) y humanista existencial (N=1).

Tabla I.

Caracterización de la muestra.

	Categorías	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Sexo	Femenino	86	83.5
	Masculino	17	16.5
Lugar de residencia	CABA	26	25.2
	GBA	77	74.8
Tipo de terapia	No lo sé	27	26.2
	TCC	28	27.2
	Psicoanálisis	31	30.1
	Otras terapias	17	16.5
Frecuencia con la asiste a terapia	1 vez por semana	56	54.4
	1 vez cada 15 días	36	35.0
	1 vez al mes	11	10.7
Tiempo de terapia	Menos de 6 meses	28	27.2
	Entre 6 meses y 1 año	16	15.5
	Entre 1 año y 2 años	22	21.4
	Más de 2 años	37	35.9
Tiene diagnóstico de su terapeuta	Si	20	19.4
	No	83	80.6
Toma medicación psiquiátrica	Si	15	14.6
	No	88	85.4
Realizó terapia anteriormente	Si	78	75.7
	No	25	24.3

Nota: elaboración propia. *N*=103.

En la Tabla II se describen las variables de estudio utilizando medidas de tendencia central y de dispersión. Cabe resaltar que, en el cuestionario de habilidades metacognitivas, la dimensión con el valor promedio más elevado fue planificación y supervisión, seguida de autofocalización en los pensamientos y, por último, confianza en la memoria.

Tabla II.

Descripción de las variables de estudio.

	M	*DT*	*Mín.*	*Máx.*
Mindfulness [MAAS]	49.33	10.95	20	75
Planificación y supervisión [CHM]	37.39	6.92	18	52
Confianza en la memoria [CHM]	13.21	5.53	4	27
Autofocalización en los pensamientos [CHM]	17.29	4.60	4	24

Nota: *M*=media; *DT*=desvío típico; *Mín*.=mínimo; *Máx.*=máximo.

En la Tabla III se presentan las diferencias entre grupos según el sexo de los participantes. Se observó que los hombres puntuaban significativamente más alto que las mujeres en la dimensión confianza en la memoria de la variable Habilidades Metacognitivas.

Tabla III.

Diferencias entre grupos según sexo.

	Femenino M	*Masculino M*	*Diferencia de medias*	*t*	*p*
Confianza en la memoria	12.47	17.00	-4.535	-3.306	.003

Nota: prueba T de Student.

En la Tabla IV se presentan las diferencias entre grupos según si los participantes tienen diagnóstico proporcionado por su terapeuta o no. Se observó una tendencia (p=.053) de las personas sin diagnóstico a puntuar significativamente más alto en la variable mindfulness. La R de Rosenthal indicó un tamaño del efecto pequeño.

Tabla IV.

Diferencias entre grupos según si tiene diagnóstico.

	Si M	*No M*	*z*	*P*	*R de Roshental*
Mindfulness	40.40	54.80	-1.937	.053	-0.191

Nota: prueba U de Mann Whitney.

En la Tabla V se presentan las diferencias entre grupos según si los participantes realizaron o no un proceso terapéutico anterior al actual. Se observó una tendencia (p=.051) de las personas que no realizaron terapia anteriormente a puntuar significativamente más alto en la dimensión confianza en la memoria de la variable Habilidades Metacognitivas.

Tabla V.

Diferencias entre grupos según si realizó terapia anteriormente.

	Si M	*No M*	*Diferencia de medias*	*t*	*p*
Confianza en la memoria	12.63	15.04	-4.535	-2.010	.051

Nota: prueba T de Student.

En la Tabla VI se presentan las diferencias entre grupos según el tipo de terapia que realizan los participantes. Las pruebas post hoc de Games Howell permitieron identificar que las personas que no tienen conocimiento del tipo de terapia que realizan

o se encuentran en una terapia psicoanalítica presentan puntajes más bajos en mindfulness que las personas que realizan otros tipos de terapia.

Tabla VI.

Diferencias entre grupos según tipo de terapia.

	No lo sé (a) M	*TCC (b) M*	*Psicoanálisis (c) M*	*Otros (d) M*	*P*	*Post Hoc Games Howell*
Mindfulness	41.22	53.27	48.61	73.21	.006	(a)<(d) (c)<(d)

Nota: prueba H de Kruskal Wallis.

En la Tabla VII se realizó una prueba F de Anova para explicar las diferencias entre grupos según el tipo de terapia en la habilidad metacognitiva: planificación y supervisión. Las personas que desconocían el tipo de terapia que realizaban puntuaron significativamente más bajo que quienes realizaban otras terapias en la dimensión planificación y supervisión.

Tabla VII.

Diferencias entre grupos según tipo de terapia.

Tipo de terapia	*M*	*DT*	*Post Hoc Games Howell*
No lo sé (a)	34.93	7.62	(a)<(d)
TCC (b)	37.11	6.18	
Psicoanálisis (c)	37.81	7.06	
Otros (d)	41.00	5.29	

		Suma de cuadrados	*Gl*	*Media cuadrática*	*F*	*P*
Planificación y supervisión	Entre grupos	393.097	3	131.032	2.890	.039
	Dentro de grupos	4489.369	99	45.347		

Nota: prueba F de Anova.

En la Tabla VIII se presentan las diferencias entre grupos según el tiempo de terapia de los participantes. Las pruebas post hoc de Games Howell permitieron identificar que las personas con un tiempo entre 6 meses y 1 año de terapia puntuaban más alto que otros grupos en la variable mindfulness: quienes llevaban entre 6 meses y 1 año de terapia y; quienes llevaban entre 1 año y 2 años de terapia. Por último, en la dimensión autofocalización en los pensamientos, el grupo menor a 6 meses obtuvo mayores puntajes que el grupo de 6 meses a 1 año de terapia. Lo mismo sucede con el grupo de 1 a 2 años de terapia, el cual obtiene puntajes más altos que las personas con un tiempo de 6 meses a 1 año de terapia.

Tabla VIII.

Diferencias entre grupos según tiempo de terapia.

	Menor a 6 meses (a) M	*6 meses a 1 año (b) M*	*1 año a 2 años (c) M*	*Mayor a 2 años (d) M*	*p.*	*Post Hoc Games Howell*
Mindfulness	45.27	70.25	42.27	54.99	.018	(a)<(b) (b)>(c)
Autofocalización en los pensamientos	64.13	30.56	53.89	50.97	.004	(a)>(b) (b)<(c)

Nota: prueba H de Kruskal Wallis.

En la Tabla IX se realizó una prueba F de Anova para explicar las diferencias entre grupos según el tiempo de terapia en la habilidad metacognitiva: confianza en la memoria. Se observó que el grupo con un tiempo menor a 6 meses de terapia puntuaba más alto que el grupo con un tiempo mayor a 2 años en la dimensión confianza en la memoria.

Tabla IX.

Diferencias entre grupos según tiempo de terapia.

Tiempo de terapia	*M*	*DT*	*Post Hoc Games Howell*
Menor a 6 meses (a)	14.79	4.64	(a)>(d)
6 meses a 1 año (b)	12.44	5.83	
1 año a 2 años (c)	14.73	5.81	
Mayor a 2 años (d)	11.46	5.47	

		Suma de cuadrados	*gl*	*Media cuadrática*	*F*	*P*
Confianza en la memoria	Entre grupos	243.096	3	81.032	2.783	.045
	Dentro de grupos	2882.205	99	29.113		

Nota: prueba F de Anova.

Para el análisis de las diferencias según la edad de los participantes, se utilizaron los percentiles 33 y 66 como punto de corte para formar 3 grupos: 18 a 25 años (*N*=35), 26 a 36 años (*N*=35) y 37 a 53 años (*N*=33). En la Tabla X, las pruebas post hoc de Games Howell permitieron identificar que las personas más adultas (37 a 53 años), en comparación con las más jóvenes (18 a 25 años), puntúan más alto en la variable Mindfulness. En cambio, en la dimensión autofocalización en los pensamientos, los grupos más jóvenes (18 a 25 años y 26 a 36 años) puntúan más alto que el grupo de mayor edad (37 a 53 años).

Tabla X.

Diferencias entre grupos según edad. – (Nota: prueba H de Kruskal Wallis.)

	18 a 25 años (a) M	*26 a 36 años (b) M*	*37 a 53 años (c) M*	*p.*	*Post Hoc Games Howell*
Mindfulness	40.79	55.01	60.70	.017	(a)<(c)
Autofocalización en los pensamientos	57.70	57.00	40.65	.029	(a)>(c) (b)>(c)

En la Tabla XI se presenta el análisis de correlación entre las variables de estudio. Se observó una relación significativa y positiva de la variable mindfulness con la planificación y supervisión. Por el contrario, la correlación de la variable mindfulness fue negativa con la dimensión confianza en la memoria. La fuerza de correlación fue moderada en la primera relación y leve en la segunda.

Tabla XI.

Matriz de correlaciones.

	Mindfulness	Planificación y supervisión	Confianza en la memoria	Autofocalización en los pensamientos
Mindfulness	-	.408**	-.257**	-.123
Planificación y supervisión		-	-.210*	.249*
Confianza en la memoria			-	.043
Autofocalización en los pensamientos				-

Nota: prueba Rho de Spearman. ** p<.01; * p<.05.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar las relaciones entre las habilidades metacognitivas, la atención y conciencia plena en adultos que realizan terapia. Para el presente TIF se plantearon tres objetivos específicos, los cuales se abordan en la presente discusión.

El primer objetivo específico se propuso describir las habilidades metacognitivas, la atención y la conciencia plena de los adultos que realizan terapia, hallando que la muestra presentaba mayores puntajes en la dimensión planificación y supervisión de la variable Habilidades Metacognitivas. Este dato resulta similar al obtenido en el estudio de Giraldo O´ Meara et al. (2019) con población argentina y española, donde se observó la media más alta en la misma dimensión, seguida de falta de confianza en la memoria y autofocalización en los pensamientos. En lo que respecta a la variable Mindfulness, se halló un promedio de puntajes de 49.33, lo cual se consideró moderado, contemplando que el mínimo posible era 15 y el máximo 75.

El segundo objetivo específico buscó evaluar si existen diferencias significativas en las habilidades metacognitivas, la atención y la conciencia plena según la edad, la frecuencia y la duración del tratamiento. En primer lugar, se hallaron diferencias entre grupos según la edad de los participantes, de modo que, las personas más adultas (37 a 57 años) tenían más habilidad de mindfulness que las personas más jóvenes (18 a 25 años). Al respecto, los antecedentes de investigaciones previas revelan que las personas más adultas, suelen beneficiarse de la práctica de la atención plena en mayor medida debido a factores como más experiencia de vida y una posible disposición hacia la aceptación y el autoconocimiento, aspectos clave en la práctica de mindfulness (Prakash et al., 2012; van Leewen et al., 2009). Esto se vincula directamente con los déficits que se producen en la atención de los individuos con el envejecimiento y los beneficios que

el mindfulness puede proporcionales (Fountain-Zaragoza & Prakash, 2017). También se observó que los grupos de menor edad (18 a 25 y 26 a 36 años) tenían mayor habilidad metacognitiva para la autofocalización en los pensamientos. Por esta razón, la hipótesis 1 del estudio sobre que las habilidades metacognitivas disminuyen con la edad de los adultos, se confirma parcialmente. Según los resultados del estudio de Fountain-Zaragoza y Prakash (2017) se esperaba que las habilidades metacognitivas disminuyan conforme los individuos avanzan en edad, no obstante, sólo se llegó a tal resultado en la habilidad autofocalización en los pensamientos; por lo que se sugiere continuar el estudio para definir o precisar estos resultados.

Cabe resaltar que, se decidió implementar la segmentación de la edad porque permite detectar posibles diferencias en mindfulness y habilidades metacognitivas que podrían perderse si se analizara la edad de forma continua. Esto permitió contrastar los resultados obtenidos con estudios previos y podría ser útil para pensar en estrategias terapéuticas diferenciadas según el grupo etario, permitiendo intervenciones más efectivas.

En cuanto a la frecuencia del tratamiento no se hallaron diferencias estadísticamente significativas según si los participantes asistían a terapia con frecuencia semanal, quincenal o mensual. Sobre esto pueden inferirse tres cosas: (1) que la efectividad de la terapia no dependa tanto de cuán frecuente sea, sino de otros factores como la relación terapéutica o el compromiso de la persona con el proceso; (2) que la frecuencia puede no ser un factor determinante cuando se incluyen tareas entre sesiones, de hecho, las técnicas cognitivo conductuales utilizan las actividades variadas entre sesiones (González et al., 2023); (3) que aun cuando el tiempo entre sesiones es mayor, las personas pueden usar ese tiempo para reflexionar o aplicar lo aprendido durante la sesión. Al respecto, Germer et al. (2005) advertían que la práctica reflexiva

podía llevarse a cabo de manera formal en niveles más profundos (como las sesiones terapéuticas) o mientras se realizan actividades cotidianas.

No obstante, sí se hallaron diferencias en función de la duración del tratamiento, de modo tal que, la capacidad de atención plena y las habilidades metacognitivas cambian según el tiempo de terapia. Por ejemplo, las personas que llevan entre 6 meses y 1 año de terapia tienden a tener mejores niveles de mindfulness (atención plena) en comparación con otros grupos, lo que parece indicar que este periodo de tiempo en terapia es especialmente bueno para desarrollar tal capacidad. De esta manera, se refutó la hipótesis 2, la cual sostenía que los participantes con mayor frecuencia y duración del tratamiento presentarían mayor atención y conciencia plena. Este hallazgo resulta significativo si se tiene en cuenta lo propuesto por González et al. (2023), quienes sostenía que era necesario continuar la investigación sobre la efectividad de los tratamientos basados en mindfulness cuando lo que se busca es adquirir estrategias a largo plazo.

En cuanto a las habilidades relacionadas con confiar en la memoria, los resultados indican que al principio de la terapia las personas perciben su memoria como más confiable. Incluso, aquellos adultos que no habían realizado terapia anteriormente puntuaban más alto en esta dimensión. Cabe resaltar que, al inicio de un proceso terapéutico, las personas pueden tener una percepción más positiva sobre sus habilidades, incluida la confianza en su memoria, porque no se han confrontado demasiado aún con un análisis profundo de sus dificultades, lo que sugiere una ilusión de competencia**,** donde se tiende a sobreestimar capacidades en ausencia de autoevaluaciones críticas (Bandura, 1997). Por último, se observó que el grupo de 6 meses a 1 año en terapia presenta la menor habilidad de autofocalización en los pensamientos, mientras que, tiempo antes (menos de 6 meses en terapia) o tiempo

después de este período (1 año a 2 años en terapia) los puntajes en esta dimensión tienden a elevarse.

En el análisis de las comparaciones entre grupos también se observaron diferencias por sexo, siendo el grupo masculino el que presenta mayor habilidad metacognitiva para confiar en la memoria, lo que resulta congruente con los hallazgos de la investigación de Hoogervorst et al. (2024). Los autores detallaban una tendencia por parte de las mujeres a ser más críticas sobre sus habilidades metacognitivas, lo que podría resultar en un menor grado de confianza en la memoria.

Además, las personas que no tenían diagnóstico de salud mental presentaban una mayor capacidad de atención plena o mindfulness, lo que puede explicarse por los resultados del estudio de Yilmaz et al. (2015), quienes sostenían que la presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos impactaba en el funcionamiento, pero también que la atención plena podía tener efectos de mayor o menor grado según el tipo de diagnóstico que se estaba tratando. Por esta razón, también se asumen diferencias entre tener un diagnóstico de salud mental o no tenerlo.

Otro hallazgo relevante del estudio fue la diferencia en los niveles de mindfulness según el tipo de terapia que los participantes estaban realizando. Los análisis indicaron que quienes no sabían el tipo de terapia que realizaban o quienes estaban en un tratamiento psicoanalítico obtuvieron puntajes más bajos en mindfulness, en comparación con quienes realizaban otros tipos de terapia. Este resultado es coherente con la literatura, ya que ciertos enfoques terapéuticos, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) (Williams et al., 2018) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 2004), incluyen explícitamente la práctica del mindfulness como parte del tratamiento. Se ha demostrado que estas terapias pueden mejorar la regulación emocional y la flexibilidad psicológica (Baer,

2003; Friedman & Whisman, 2004), lo que explicaría por qué los participantes de estas corrientes terapéuticas mostraron mayores niveles de atención plena.

Asimismo, en la dimensión planificación y supervisión, se observó que las personas que no conocían el tipo de terapia que realizaban puntuaban significativamente más bajo que quienes realizaban otro tipo de terapia. Esto podría estar relacionado con el grado de participación activa en el tratamiento. Semerari et al. (2003) sostienen que las habilidades metacognitivas, como la planificación y supervisión de los propios procesos mentales, son clave para el éxito de la terapia y la regulación emocional. Es posible que los pacientes que tienen claridad sobre su modalidad terapéutica participen de manera más activa en su proceso de cambio, lo que se reflejaría en mayores niveles de planificación y supervisión. Además, la psicoeducación sobre el tratamiento puede desempeñar un rol fundamental en el desarrollo de estas habilidades, ya que permite a los pacientes comprender mejor su proceso y aplicar estrategias más efectivas en su vida cotidiana (Germer et al., 2005).

El tercer objetivo específico tuvo como propósito asociar las habilidades metacognitivas con la atención y la conciencia plena de los adultos que realizan terapia, hallándose una relación significativa y positiva del mindfulness con la planificación y supervisión; y negativa con la dimensión confianza en la memoria. De esta manera, la hipótesis 3 se confirmó de forma parcial, ya que sólo los adultos con mayor habilidad metacognitiva de planificación y supervisión registran mayor atención y conciencia plena.

Estos resultados se analizan a la luz de investigaciones como las de Cebolla i Martí (2009, 2012), donde se destaca cómo el ciclo de atención-distracción-atención en la práctica de mindfulness entrena habilidades metacognitivas; el estudio de Linares et al. (2016) donde se examina cómo mindfulness y descentramiento (habilidades

metacognitivas) influyen en la sintomatología ansiosa y depresiva y, por último, el trabajo de Williams et al. (2018) quienes evalúan la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) y sus efectos en la conciencia metacognitiva.

Para finalizar este apartado se presentan una serie de limitaciones del estudio y recomendaciones para futuras líneas de investigación. En cuanto al diseño implementado, se estima que la muestra puede no ser completamente representativa de la población general de adultos que realizan terapia, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Además, el estudio se basó en medidas autoinformadas, lo que puede introducir sesgos, ya que los participantes podrían sobrestimar o subestimar sus habilidades metacognitivas y de mindfulness. En tercer lugar, sería prudente continuar investigando sobre factores adicionales como el tipo de terapia recibida o el contexto socioeconómico de los participantes. Por último, dado que el estudio tiene un diseño transversal, se ve limitada la capacidad de inferir causalidad entre las variables.

Se recomienda en futuros estudios utilizar diseños longitudinales para observar cómo las habilidades metacognitivas y la capacidad de mindfulness evolucionan a lo largo del tiempo y con diferentes tipos de terapia. Incluso, incorporar medidas objetivas como observaciones clínicas o registros de comportamiento, podría reducir los sesgos asociados al autoinforme e incorporar información adicional que contribuya con la temática de estudio.

Conclusión

En conclusión, los resultados de este estudio confirman parcialmente las hipótesis planteadas. Se identificaron diferencias significativas en las habilidades metacognitivas, la atención y la conciencia plena según la edad, con hallazgos que sugieren que las personas mayores tienen mayor capacidad de mindfulness, mientras que los grupos más jóvenes destacan en la autofocalización en los pensamientos.

Asimismo, se confirmó de manera parcial que las habilidades metacognitivas de planificación y supervisión están asociadas positivamente con el mindfulness, aunque otras dimensiones como la confianza en la memoria mostraron resultados contrarios a lo esperado. Finalmente, la hipótesis que relacionaba la frecuencia del tratamiento con una mayor atención y conciencia plena no fue confirmada, mientras que la duración del tratamiento demostró influir significativamente en los niveles de mindfulness, especialmente durante los primeros seis meses a un año de terapia.

Debido a la naturaleza transversal del diseño y las limitaciones asociadas al uso de medidas autoinformadas, algunos resultados permanecen abiertos a nuevas investigaciones. Se sugiere explorar más a fondo cómo evoluciona el mindfulness y las habilidades metacognitivas con la edad. Estas líneas de investigación permitirán esclarecer hallazgos parcialmente confirmados y ampliar la comprensión sobre la relación entre estas variables en el ámbito terapéutico.

Bibliografía

Alcántara-Obando, M. O., & Peralta-Eugenio, G. (2023). Atención Plena y su Efecto en Síndromes Afectivos y Estrés en Alumnos Universitarios: Metaanálisis. *Revista de Psicoterapia, 34*(126), 205-220. https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.36532

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125–143. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, *104*(27), 11483-11488. https://doi.org/10.1073/pnas.0606552104

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822

Cárcamo, M., & Moncada, L. (2010). Un nuevo concepto para la comprensión e intervención en psicología y psicoterapia: mindfulness o atención plena. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, 6*(1), 79-91. www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl

Cebolla i Martí, A. (2012). Mindfulness en terapia cognitiva para la depresión. En M.T., Miró & V. Simón (eds.) *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 141-168). Desclée de Brouwer.

Cebolla i Martí, A. J. (2009). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. Universitat de València.

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10168/cebolla.pdf;jsessionid=E48999C8511AB3339DFACB00C7DA0308?sequence=1

Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*. Routledge.

Epstein, R. M. (2003). Mindful practice in action (I): Technical competence, evidence-based medicine, and relationship-centered care. *Families, Systems, & Health, 21*(1), 1–9. https://doi.org/10.1037/h0089494

Fernández, E. (2016). MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): origen, alcance y eficacia. *Revista de psicoterapia, 27*(103), 71-88. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399244

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the american psychoanalytic association*, *48*(4), 1129-1146. https://doi.org/10.1177/00030651000480040701

Fountain-Zaragoza, S., & Prakash, R. S. (2017). Mindfulness training for healthy aging: Impact on attention, well-being, and inflammation. *Frontiers in aging neuroscience, 9*(11), 1-15. https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00011

Friedman, M. A., & Whisman, M. A. (2004). Implicit cognition and the maintenance and treatment of major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*(2), 168-177. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80028-2

Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2005) *Mindfulness and Psychotherapy.* The Guilford Press.

Giraldo O'Meara, M., Fernández-Álvarez, J., & Belloch-Fuster, A. (2019). Evaluación metacognitiva en psicopatología: el cuestionario de habilidades metacognitivas (CHM). *Revista argentina de clínica psicológica*, *28*(1), 67-78. http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2019.1091

Glueck, B. C. & Stroebel, C. F. (1978). *Meditation in the Treatment of Psychiatric Illness.* Springer.

González, B. J. B., Salvador, J. C., & Pavez, P. (2023). Intervenciones grupales breves basadas en mindfulness: una revisión sistemática. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, 18*(22), 1-10. https://revistalimite.uta.cl/index.php/limite/article/view/403/277

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior therapy*, *35*(1), 35-54. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación.* McGraw Hill Education.

Hoogervorst, K., Banellis, L., Fardo, F., Xue, K., Rahnev, D., & Allen, M. (2024). Gender Differences in Metacognition: Global and Local Contrasts in Bias and Efficiency. *PsyArXiv Preprints*. https://doi.org/10.31234/osf.io/2gwky

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Lazar, S. W. (2005) Mindfulness Research. En Germer, C., Siegel, R., Fulton, P. (eds.). *Mindfulness and Psychotherapy* (pp.220-238). The Guilford Press.

Linares, L., Estévez, A., Soler, J., & Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y Salud, 27*(2), 51-56. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742016000200002

Montes, S. A., Ledesma, R. D., García, N. M., & Poó, F. M. (2014). The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in an Argentine Population. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 47*(1), 43–51. https://doi.org/10.1177/0748175613513806

Paus, T. (2001). Primate anterior cingulate cortex: where motor control, drive and cognition interface. *Nature reviews neuroscience*, *2*(6), 417-424. https://doi.org/10.1038/35077500

Prakash, R., Rastogi, P., Dubey, I., Abhishek, P., Chaudhury, S., & Small, B. J. (2012). Long-term concentrative meditation and cognitive performance among older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 19*(4), 479-494. https://doi.org/10.1080/13825585.2011.630932

Schraw, G. (2001). *"Promoting General Metacognitive Awareness". En H. J. Hartman (Ed.).* Metacognition in Learning and Instruction: Theory, Research and Practice (pp.3-16). Kluwer Academic Publishers.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*(4), 238-261. https://doi.org/10.1002/cpp.362

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 106-119. https://doi.org/10.1080/10503300500536953

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal*

of personality disorders, *19*(6), 690-710. https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.690

Shapiro, D. H., & Giber, D. (1978). Meditation and psychotherapeutic effects: Self-regulation strategy and altered state of consciousness. *Archives of General Psychiatry*, *35*(3), 294-302. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770270044003

Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life.* Norton Press.

van Leeuwen, S., Müller, N. G., & Melloni, L. (2009). Age effects on attentional blink performance in meditation. *Consciousness and cognition, 18*(3), 593-599. https://doi.org/10.1016/j.concog.2009.05.001

Walsh, R. & Vaughn, F. (1980). *Más Allá del Ego. Textos en Psicología Transpersonal.* Editorial Kairós.

Yilmaz, A. E., Genc öz, T. & Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *Journal of General Psychology, 142*(1), 23–33. http://dx.doi.org/10.1080/00221309.2014.964658

Williams, C., Meeten, F., Whiting, S. (2018). 'I had a sort of epiphany!' An exploratory study of group mindfulness-based cognitive therapy for older people with depression. *Aging Ment Health, 22*(2), 208-217. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247415

Anexos

Anexo I. Cuestionario Sociodemográfico

Edad (indicar sólo el número): …….

Sexo:

- Femenino
- Masculino
- X

Lugar de residencia:

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Gran Buenos Aires

¿Hacés terapia actualmente?

- Si
- No

Si tenés conocimiento sobre el tipo de terapia que realizás en la actualidad (psicoanálisis, cognitivo-conductual, entre otras) indicá cuál. De lo contrario, marca “no lo sé”:

- No lo sé
- Otros: ----------

¿Con qué frecuencia asistís a terapia?

- Más de 1 vez por semana
- 1 vez a la semana
- 1 vez cada 15 días
- 1 vez al mes
- Otros: ----------

¿Hace cuánto tiempo realizás terapia?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Entre 1 año y 2 años
- Más de 2 años

¿Tenés un diagnóstico proporcionado por tu terapeuta?

- Si
- No

En caso de respuesta positiva, indicá cuál es tu diagnóstico. De lo contrario, marcá “no corresponde”:

- No corresponde
- Otros: ----------

¿Tomás medicación psiquiátrica?

- Si
- No

¿Había hecho terapia antes del tratamiento actual?

- Si
- No

Anexo II. Cuestionario de Habilidades Metacognitivas [CHM]

	0 Nada de acuerdo- no lo hago nunca	1	2	3	4 Totalmente de acuerdo- lo hago siempre
1. Antes de empezar una tarea o actividad importantes, me marco objetivos específicos					
2. Cuando termino algo, sé cómo me ha ido					
3. Soy bueno organizando información					
4. Cuando tengo que resolver algo o tomar una decisión, pienso en las diferentes posibilidades para escoger la mejor					
5. Cuando realizo una tarea o actividad, tengo claro qué tipo de información me conviene tener en cuenta					
6. Cuando termino una tarea me pregunto hasta qué punto he conseguido los objetivos que tenía cuando la empecé					
7. Normalmente me doy cuenta de las cosas que estoy pensando					
8. Cuando aprendo algo nuevo, me pregunto si lo entiendo bien o no					
9. Cuando estoy realizando una tarea o actividad, organizo el tiempo para poder terminarla					
10. Me doy cuenta de las estrategias que utilizo cuando resuelvo un problema					

11. Antes de ponerme a hacer algo, pienso en lo que necesito					
12. Pienso en varias maneras de resolver un problema antes de afrontarlo					
13. Antes de empezar a hacer algo, me informo de lo que tengo que hacer					
14. Me fío poco de mi memoria para hacer las cosas					
15. Mi memoria puede confundirme a veces					
16. Si pensara que hay algo que no hice, entonces dudaría de mi memoria para acordarme de las cosas que debo hacer					
17. No me fío de mi memoria					
18. Tengo poca confianza en mi memoria para las palabras y los nombres					
19. Se me da bien recordar cosas					
20. Confío poco en mi memoria para los lugares					
21. Tengo mala memoria					
22. Presto mucha atención a cómo funciona mi mente					
23. De vez en cuando me pregunto si estoy cumpliendo las metas que me propongo					
24. Me doy cuenta de cómo trabaja mi mente cuando estoy pensando en un problema					
25. Constantemente estoy examinando mis pensamientos					
26. Pienso demasiado sobre mis pensamientos					
27. Estoy pendiente de mis pensamientos					

Anexo III. Mindful Attention Awareness Scale [MAAS]

	1 Siempre o casi siempre	2	3	4	5 Nunca o casi nunca
1. Sentir o tener emociones (alegría, angustia, etc.) sin ser muy conciente de esos sentimientos en el momento en que me suceden					
2. Romper o dejar caer objetos por descuido o por no prestar atención.					
3. Tener dificultad para focalizarme o prestar atención a lo que está sucediendo en el presente.					

4. Caminar rápido para llegar a un lugar, sin prestar atención a lo que me va pasando en el camino.					
5. No darme cuenta que estoy incómodo o tenso, hasta que estas sensaciones se vuelven muy intensas.					
6. Olvidar el nombre de una persona casi inmediatamente después de que me lo han dicho.					
7. Puedo funcionar en 'piloto automático', sin darme mucha cuenta de lo que estoy haciendo.					
8. Puedo pasar de una cosa a otra prácticamente sin darme cuenta.					
9. Focalizo tanto en mis objetivos que no soy conciente de lo que voy haciendo en el proceso.					
10. Hago trabajos y tareas automáticamente, sin prestar atención a lo que estoy haciendo.					
11. Puedo escuchar a alguien con un oído y estar haciendo otra cosa al mismo tiempo.					
12. Voy hacia un lugar y luego me pregunto para que fui allí.					
13. Me preocupo por el futuro o el pasado, sin estar muy pendiente del presente.					
14. Me doy cuenta de que hago cosas sin prestar atención.					
15. Puedo comer algo sin prestar atención o sin disfrutar de la comida.					