



ORIGINAL

Innovating in Mental Health: Metacognitive Psychotherapy

Innovando en Salud Mental: Psicoterapia Metacognitiva

Lucía Ramírez P¹ 

¹Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Citar como: Ramírez P L. Innovating in Mental Health: Metacognitive Psychotherapy. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria. 2024; 3:74. <https://doi.org/10.56294/ri202474>

Enviado: 18-08-2023

Revisado: 20-10-2023

Aceptado: 05-01-2024

Publicado: 06-01-2024

Editor: Prof. Dr. Carlos Oscar Lepez 

ABSTRACT

This paper is a comprehensive review of the historical and conceptual development of psychotherapy, highlighting its evolution from a predominantly biological approach to a more integrative one that includes psychological and therapeutic methods. Psychotherapy, derived from the Greek roots “psyche” (mind) and “therapeia” (treatment), focuses on the treatment of mental and emotional problems through various psychological techniques. Originating from different psychological theories, psychotherapy has evolved into a diversified field with multiple approaches, including biological, behavioral, cognitive, and humanistic-existentialist. The history of mental health treatments is addressed, from ancient practices based on magic and bodily moods to the development of more modern techniques such as animal magnetism, hypnosis, and behavioral therapy. The contemporary approach to psychotherapy recognizes the importance of cognitions and metacognitions in mental health. Third-generation therapies, such as Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, emphasize the importance of context and adaptability in the treatment of mental disorders.

Keywords: Psychotherapy; Psychoanalysis; Mental Disorders; Acceptance and Commitment Therapy; Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

RESUMEN

El presente trabajo es una revisión exhaustiva del desarrollo histórico y conceptual de la psicoterapia, destacando su evolución desde un enfoque predominantemente biológico hacia uno más integrador que incluye métodos psicológicos y terapéuticos. La psicoterapia, derivada de las raíces griegas “psyche” (mente) y “therapeia” (tratamiento), se centra en el tratamiento de problemas mentales y emocionales a través de diversas técnicas psicológicas. Originada en distintas teorías psicológicas, la psicoterapia ha evolucionado en un campo diversificado con múltiples enfoques, incluyendo el biológico, el conductual, el cognitivo y el humanista-existencialista. Se aborda la historia de los tratamientos de salud mental, desde las prácticas antiguas basadas en la magia y los humores corporales hasta el desarrollo de técnicas más modernas como el magnetismo animal, la hipnosis y la terapia de conducta. El enfoque contemporáneo de la psicoterapia reconoce la importancia de las cogniciones y las metacogniciones en la salud mental. Las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, enfatizan la importancia del contexto y la adaptabilidad en el tratamiento de los trastornos mentales.

Palabras clave: Psicoterapia; Psicoanálisis; Trastornos Mentales; Terapia de Aceptación y Compromiso; Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.

INTRODUCCIÓN

En salud mental, los tratamientos han tenido un desarrollo histórico paralelo, combinándose o separándose,

de acuerdo con diversos criterios en los que como fin se contempla la búsqueda de la mejoría como beneficio para el paciente. El abordaje biológico, sustentado en el uso de sustancias que poseen propiedades para incidir en la mente y controle el comportamiento, en la actualidad denominadas psicofármacos y el no biológico, compuesto por la psicoterapia, en la que su procedimiento estándar de oro es el diálogo y por medio del cual se aplican todas las técnicas que la constituyen.⁽¹⁾

Psicoterapia es una palabra compuesta de la partícula griega “psyche” (psico), entendida como “alma” o “mente”, relacionada con la Psicología y de la partícula griega “therapeia” (terapia), que refiere al tratamiento o la curación.⁽²⁾

Por lo que la psicoterapia, hace alusión al tratamiento con énfasis en la psicología de un individuo, teniendo como base los síntomas de malestar físico y mental, en pro de obtener transformaciones y reformas adecuadas en la conducta, el estado de salud tanto del cuerpo como de la psiquis, al igual que la individualidad e identidad psicológica de su personalidad y las adecuadas relaciones familiares, sentimentales y sociales.⁽³⁾

La psicoterapia, surgió de diversos marcos teóricos de la Psicología, por lo que, se ha generado una amplia gama de perspectivas terapéuticas, de acuerdo a dichas corrientes de pensamiento. Así que hablar de psicoterapia, es agrupar de forma global, a los tratamientos que hasta el momento en conjunto constituyen la intervención psicológica de todas las escuelas psicológicas que abordan enfermedades mentales, psicosomáticas, problemas de conducta, emocionales y sociales, mediante técnicas psicológicas.⁽⁴⁾

ANTECEDENTES

La ignorancia, el desequilibrio y los humores

Desde la Antigüedad, tanto la psicología, como la medicina, se entrecruzan para incidir en el tratamiento de los problemas mentales; en general en esta época de la vida del hombre, la magia era la cosmovisión de estos problemas, así como, la de su curación, que implicaban alguna forma de intervención o tratamiento.

Ya hacia el año 500 a.C., Siddhartha Gautama funda el budismo, que, con sus prácticas, incidían en el origen del sufrimiento mental, siendo considerada la ignorancia como su origen, siendo sus síntomas el apego y el anhelo. Mientras que para Hipócrates (400 a.C.), estimaba que la depresión, tenía causas biológicas y que, para estos trastornos, la terapéutica era ajustar los humores desequilibrados. Para el año 300 a.C. en China, se enfatizaba la relación entre los órganos y las emociones, por lo que el tratamiento era el equilibrio de Yin y Yang.⁽⁵⁾

Magnetismo animal e hipnosis

Durante la Edad Media, la atención de lo psicológico se centraría en las causas espirituales (demonios, posesiones), que eran intervenciones a cargo de sacerdotes y las causas biológicas, eran abordadas por los médicos. Es hasta el siglo XVII, con la aparición del magnetismo animal o mesmerismo, propuesto por el médico Franz Mesmer, quien pensaría que existía una fuerza natural invisible que podía curar a través de la imposición de manos. Sus prácticas, no tuvieron ningún basamento científico, pero en contraposición, con mucho éxito en la sociedad de su época, no obstante, acabaría siendo calificado de charlatán.⁽⁶⁾

Sin embargo, Mesmer contribuiría indirectamente a la aparición de la hipnosis. Esta es nombrada así por James Braid, (1795-1860) entendiéndose como el conjunto de instrucciones y sugerencias de cambio en las sensaciones, percepciones, sentimientos, pensamientos y/o acciones, que aplica el hipnotizador al hipnotizado.⁽⁷⁾

En la década de 1880, el médico neurólogo Jean Martin Charcot, intentó demostrar, a través de la aplicación de la hipnosis, que la histeria tenía una causa psíquica y no orgánica; su objetivo no era terapéutico, sino que la hipnosis fue el instrumento para estudiar la histeria.⁽⁸⁾

Sigmund Freud como parte de su formación, conoce a Jean Martin Charcot en París y por consiguiente se va familiarizando con la hipnosis, en la que, en un primer momento, vislumbraría su valor terapéutico.

En un segundo momento, concluirá que, en la hipnosis, la cura se produce por la sugestión; sin embargo, con el tiempo, y su aplicación en la clínica, va encontrando problemas en su efectividad, como el que no todos los sujetos son hipnotizables o que el enfermo no quería ser hipnotizado, en otros, la aparición de recaídas por lo que, en un tercer momento, la hipnosis dejará de ser para Freud, un recurso de ayuda para tratar los problemas histéricos de los pacientes.⁽⁹⁾

Abreacción, método catártico y asociación libre

Freud, empieza a insertar en la aplicación de la hipnosis, un nuevo elemento, que se conocerá como abreacción, la cual se entiende como la escarga emocional, por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, lo que evita que éste se convierta en patógeno o siga siéndolo. La abreacción puede ser provocada en el curso de la psicoterapia, especialmente bajo hipnosis, dando lugar a una catarsis; pero también puede producirse de forma espontánea, separada del trauma inicial por un intervalo más o menos prolongado.⁽¹⁰⁾

Por lo que, el psicoanalista llevaba al paciente a manifestar la situación a partir de la cual se generó la perturbación que presentaba; preguntando sobre la primera ocasión en que se presentaron los síntomas, los afectos experimentados, junto con la sugestión hipnótica directa. Es llamativo que el diálogo va cobrando importancia como parte del tratamiento.

En los casos de imposibilidad de que el paciente fuera hipnotizado, Freud se vio en la necesidad de encontrar un recurso alternativo, por lo que el método catártico, como después se conoció, fue sustituyendo poco a poco a la hipnosis.⁽⁹⁾

El desarrollo y uso del método catártico se le reconoce a Joseph Breuer y Sigmund Freud entre 1880 y 1895, periodo en que se va construyendo poco a poco la terapéutica psicoanalítica. La aparición de esta técnica se encuentra en los inicios del psicoanálisis, la cual consiste en “una «purga» (catarsis), una descarga adecuada de los afectos patógenos. La cura permite al sujeto evocar e incluso revivir los acontecimientos traumáticos a los que se hallan ligados dichos afectos y lograr la abreacción de éstos”.⁽¹⁰⁾

Tanto la hipnosis como el método catártico requerían del uso de la sugestión, que como se mencionó líneas arriba, podría encontrar obstáculos en su aplicación y estos mismos ayudarían a Freud para descubrir en su práctica clínica, la asociación libre, que se constituiría como la regla de la cura psicoanalítica, pues podía tener mejor posibilidad que con ella, aflorara el inconsciente.

La asociación libre, se entiende como el “método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), o de forma espontánea.”⁽¹⁰⁾

A ella se sumaría la interpretación de los sueños y el análisis de los actos fallidos, como las técnicas distintivas de la clínica psicoanalítica, en las que ambas requieren del método de la asociación libre.

PSICOTERAPIA MODERNA

En sentido estricto, la psicoterapia aparece en el último cuarto del siglo XIX. En 1887, F Cobbe publica un trabajo utilizando el adjetivo psicoterapéutico, en el cual la fe, jugaba un papel crucial en el proceso curativo.⁽¹¹⁾

La primera mitad del siglo XX, el psicoanálisis, continuará su desarrollo y propagación, configurándose como el abordaje psicoterapéutico hegemónico;⁽¹²⁾ así que mientras Europa aportará con el psicoanálisis, el impulso a la psicoterapia; en América, propiamente Estados Unidos, contribuirá con nuevos modelos psicoterapéuticos como el conductismo, entre otros.^{13,14}

Hay dos hechos que marcan la línea conductora de las orientaciones americanas y europeas; las primeras, pretendían desarrollar una psicología profesional orientada a la resolución de problemas prácticos de sus clientes, mientras las segundas, representadas por el psicoanálisis, desarrollado a partir de la medicina, tendrá una importancia capital en el auge de la psicología clínica, campo de acción de los psicólogos y no de los médicos.⁽¹¹⁾

Hacia 1943, Carl Rogers crea la terapia centrada en la persona como una alternativa nueva de psicoterapia, por ello, puede ser considerado como una figura central de la psicoterapia moderna. Esto solo será el comienzo al nacimiento de nuevas alternativas de cara al psicoanálisis; se desarrollarán nuevos métodos de tratamiento, que se irán agrupando en modelos: conductual, sistémico, cognitivo y humanista-existencial.⁽¹²⁾

El siglo XX, comenzó con la hegemonía del psicoanálisis y terminó con la existencia de más de 400 dispositivos de psicoterapia y dentro del mismo psicoanálisis, se han reconocido cerca de 200 variantes.⁽¹²⁾

Con lo dicho anteriormente y las que se han agregado hasta el momento, vemos aparecer la terapia metacognitiva (TMC). Hoy por hoy, las psicoterapias son un campo heterogéneo y diversificado.

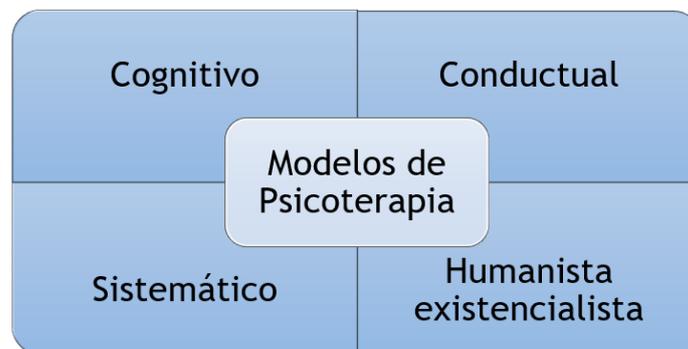


Figura 1. Modelos en Psicoterapia

Modelo conductual

Como enfoque terapéutico se consolida entre la década de 1960 a 1980, a partir de los estudios de la psicología experimental, destacando B.F. Skinner, quien resalta la conducta observable; Joseph Wolpe que

destaca la cognici3n y Albert Bandura, quien subraya el aprendizaje social. Cabe aclarar que solo menciono a los te3ricos m3s representativos, pero hay otros tambi3n de destacado reconocimiento.

La intervenci3n puede iniciar con la realizaci3n del an3lisis funcional de la conducta a partir del cual, se generan procedimientos de reaprendizaje para modificar, disminuir o eliminar una conducta inadaptada.

En cuanto a los terapeutas son conocedores s3lidos del aprendizaje, que los aplican a la cl3nica y a su vez, investigadores de sus resultados.

T3cnicas de reacondicionamiento	T3cnicas operantes		
	T3cnicas para establecer conductas	T3cnicas para incrementar conductas	T3cnicas para disminuir conductas
T3cnicas de relajaci3n	M3todo de aproximaciones sucesivas	Refuerzo positivo	Castigo
Desensibilizaci3n sistem3tica	Encadenamiento	Control del est3mulo	Coste de respuesta
Entrenamiento asertivo		Contrato de contingencias	Tiempo fuera de reforzamiento
T3cnicas de implosi3n		Econom3a de fichas	Reforzamiento de conductas incompatibles
Pr3ctica masiva			Condicionamiento encubierto
Terapia aversiva			

Figura 2. Algunas t3cnicas psicoterap3uticas del modelo conductual

Se encuentra plenamente consolidado este modelo en la actualidad, mostrando tendencia a la interdisciplinaria con el 3rea de la salud, visto en su aplicaci3n junto al biofeedback o biorretroalimentaci3n.

Modelo cognitivo

Todas las terapias cognitivas, se unifican en la importancia que se confiere a las cogniciones; el t3rmino cognici3n, incluye ideas, constructos personales, im3genes, creencias, expectativas, atribuciones; formando patrones complejos de significado en que participan emociones, pensamientos y conductas formando la manera de ser de los individuos.⁽¹¹⁾

Es necesario clarificar que las terapias cognitivas no emergen de la psicolog3a cognitiva; sino de diversos autores que reconocen el papel de los procesos mentales; pero que se orientan en la personalidad, con un enfoque cl3nico y un proceso psicoterap3utico claro y met3dico.⁽¹⁵⁾

Dentro de los te3ricos representativos se encuentra a Albert Ellis, creador de la terapia racional emotiva, con la detecci3n de pensamientos irracionales del paciente y Aaron Beck, quien se da cuenta que las personas tienen pensamientos negativos acerca de s3 mismos, del mundo y del futuro. Ambos consideran que estos pensamientos pueden cambiarse o modificarse.⁽¹¹⁾

Esta perspectiva se centra en los procesos de pensamiento y en c3mo 3stos pueden afectar la forma en que las personas construyen su experiencia del mundo, conduci3ndolos a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales.⁽¹²⁾

En este modelo se encuentra la terapia racional emotiva de Albert Ellis, la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, la terapia cognitiva de Aaron Beck, el entrenamiento en inoculaci3n de estr3s de Donald Meichenbaum y el entrenamiento de soluci3n de problemas De Zurilla y Goldfried.⁽¹⁶⁾

Bandura tendr3 nuevamente impacto en este modelo, que no solo aporta en el modelo conductual, sino

considera que el cambio conductual, implica mecanismos de tipo cognitivo-simbólico, por lo que es el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual.⁽¹¹⁾

No solo serán estos exponentes los que formen el modelo cognitivo, sino que se sumarán otros más, los cuales irán consolidando las diversas aportaciones cognitivo-conductuales, también ampliamente consolidado en la actualidad.

El procedimiento de la psicoterapia cognitiva será diametralmente opuesto al procedimiento psicoanalítico; serán procedimientos directivos, estructurados, con escucha activa, dando explicaciones y estrategias específicas de solución al paciente. Otra característica distintiva en este modelo es la utilización de otros procedimientos construidos en otros enfoques, por lo que la tecnología psicoterapéutica irá aumentando en recursos técnicos, como son los conductuales.

Asignación gradual de tareas	Debate racional
Técnica de distracción	Análisis de costes y beneficios
Relajación	Reatribución
Programación de actividades	Trabajo con imágenes
Valoración del dominio y agrado	Búsqueda de soluciones alternativas
Autoobservación	Identificación de esquemas
Autoaserciones	Técnica del rol fijo
Entrenamiento en habilidades específicas	Biblioterapia
Identificación de pensamientos disfuncionales	Ensayo conductual
Registro de pensamientos disfuncionales	Ensayo cognitivo
Identificación de errores cognitivos	Explicaciones
Comprobación de hipótesis	

Figura 3. Algunas técnicas psicoterapéuticas del modelo cognitivo conductual

Modelo humanista-existencialista

Los enfoques agrupados bajo el título humanístico-existencial, nace como una alternativa al psicoanálisis y al conductismo, por lo que también se le conocerá como la tercera fuerza de la Psicología; ya que consideran que las dos primeras fuerzas, relegan los atributos humanos y con ello no ayudan para que las personas, alcancen su máximo potencial.⁽¹⁷⁾

Este modelo emerge de enfoques provenientes de la tradición fenomenológica-existencial europea (La Gestalt de Fritz Perls, el análisis transaccional de E. Berne, el análisis existencial de L. Binswagner y la logoterapia de V. Frankl) y humanistas como la psicoterapia centrada en la persona de C. Rogers y experienciales como el psicodrama de J. Moreno, la terapia corporal de W. Reich, el enfoque bioenergético de A. Lowen, sumando la teoría humanista de A. Maslow proveniente de la psicología humanista americana ya que esta, no desarrolló un cuerpo teórico para psicoterapia. Esto hace que el modelo se constituya por un grupo de orientaciones que sustentan de forma común, la autorrealización y el desarrollo del potencial humano.^(11,18,19)

En este modelo será característica esencial del terapeuta, la empatía, autenticidad y aceptación positiva incondicional. Por la diversidad de enfoques que la componen, no se puede hablar de un solo método humanístico existencial, lo mismo ocurre con las técnicas, ya que solo se pueden agrupar en categorías generales de acuerdo a Rosal y Gimeno.⁽¹¹⁾

El uso del espacio y los elementos materiales	El uso del tiempo: centramiento en el aquí y ahora
Soliloquio	Ejercicios de grito
Hacer de espejo	Utilización de la fantasía
Psicodrama	Empleo de la dramatización y la expresión corporal
Ejercicios de respiración	Arco bioenergético
Ejercicios de grounding (centramiento en sensaciones corporales)	

Figura 4. Algunas técnicas psicoterapéuticas del modelo humanista-existencial

Modelo sistémico

Como en los modelos anteriores, este modelo no escapa de agrupar varios enfoques, que confluyen en centrarse terapéuticamente en la modificación de patrones de interacción interpersonal; estos modelos se unifican alrededor del concepto de sistema y su formación inicia con la terapia familiar.⁽¹¹⁾

Un punto llamativo de estos modelos es trasladar la acción terapéutica fuera del ámbito de lo intrapsíquico o lo individual, donde tradicionalmente se la situaba, para llevarla al ámbito de los patrones de interacción interpersonal.⁽²⁰⁾

Aquí destacan la escuela de Palo Alto o escuela interaccional donde Paul Watzlawick y Gregory Batson son figuras sobresalientes; la escuela estructural y estratégica, representada por Salvador Minuchin y Jay Haley; la escuela sistémica de Milán, surgida de los trabajos de Mara Selvini-Palazzoli; el enfoque ecosistémico de Steve Shazer, entre otros. En este modelo, los síntomas expresan lo disfuncional de un sistema (individual, familiar, de pareja y más amplios), que, con tantas aportaciones, la psicoterapéutica sistémica también es rica en recursos como sus predecesores.

El concepto de sistema proviene de la Teoría General de los Sistemas, entendiéndolo como un complejo de elementos en interacción. Desde el punto de vista de este modelo y siguiendo a Talcott Parsons y Robert Bales, se puede comprender como uno o más elementos ligados entre sí de modo que al cambio en el estado de un elemento seguirá un cambio en el estado de otros elementos del sistema.^(3,14)

Reformulación	Uso de la resistencia
Intervención paradójica	Prescripción de tareas
Ilusión de alternativas	Uso de analogías
Preguntas circulares	Clarificación
Recapitulación	Escultura familiar
Narración de cuentos metafóricos	Prescripciones
Genograma	Confusión
Búsqueda de excepciones	Regla de la certidumbre

Figura 5. Algunas técnicas psicoterapéuticas del modelo sistémico

PSICOTERAPIA Y NO PSICOTERAPIA

Se han presentado los modelos en psicoterapia, en los que se pueden integrar diversidad, de escuelas, enfoques y técnicas que cada modelo gira en torno a una concepción teórica acerca de psicopatología, a partir de la cual nacen sus técnicas psicoterapéuticas, siendo su foco son personas que sufren, manifestando problemas de salud mental.

Dentro de los modelos, los procesos de tratamiento se pueden clasificar por el número de personas que se atienden en una misma sesión (individual, de pareja, familiar grupal), por el tiempo de duración, en crisis, breve, larga; no obstante, estos aspectos, no son criterios suficientes para fundamentar que una intervención cumpla el elemento esencial de lo que es una psicoterapia.

La psicoterapia no es una práctica exclusiva de la psicología, razón por la cual es necesario diferenciarla de la intervención terapéutica realizada por otros profesionales y, a su vez, de las demás actividades de la psicología clínica como la asesoría y la consultoría. Esto es posible si hay una claridad sobre el objeto, el cual, para la psicología clínica, se define en función de la concepción psicopatológica de la escuela teórica a la que se adscribe el psicoterapeuta.⁽²¹⁾

Todas las llamadas propiamente psicoterapias, cumplen pautas universales, como son, que se llevan a cabo por un proceso psicoterapéutico que tienen lugar durante todo el tratamiento, el establecimiento de una productiva y verdadera relación terapéutica en que lo fundamental es abordar la esfera afectiva y relacional del paciente, se usen técnicas psicoterapéuticas según lo requiera el caso y apunte al establecimiento de una paulatina mejora de la persona, cobijadas en una concepción teórica psicopatológica.

Debemos tener presente que hay otros abordajes psicológicos que trabajan con aspectos como la autorrealización y crecimiento personal, o intervenciones con personas insatisfechas, infelices o que buscan consuelo o esperanza, para Lana y Juan (s.f.) no serían psicoterapias, en lo cual concordamos.

Olas o generaciones

La concepción de olas o generaciones se aplica al progreso iniciado con la terapia de conducta, pues si bien, ha aportado mejoría a las personas, no lo ha sido en todas las problemáticas. Lo mismo ocurrió con el modelo cognitivo conductual, sin embargo, con este, es posible tratar toda la patología mental, tanto en forma individual como grupal,⁽²²⁾ así como también es el modelo más contrastado empíricamente.

Se distinguen tres generaciones de terapias conductuales. La primera generación, caracterizada por el conocimiento del condicionamiento clásico, operante y el neoconductismo; esa es la terapia conductual, indiscutiblemente la primera ola o generación de las psicoterapias conductuales que abarca, va desde el nacimiento de la Terapia de Conducta hasta la primera mitad de la década de los 70.^(23,24)

La segunda generación, aproximadamente a partir de 1975, corresponde con la segunda ola de la Terapia de Conducta en que el desarrollo y evolución del conductismo hace que se presente el campo fraccionado y el modelo cognitivo como dominante, abriéndose a los aspectos cognitivos y sociales, con mayor flexibilidad y apoyándose en la metáfora del ordenador para explicar los mecanismos psicológicos internos.⁽²²⁾

Las terapias de tercera generación (TTG), nace a partir de una propuesta conceptual diferente; no están orientadas a la evitación o reducción de síntomas, sino a que la persona actúe con responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleve ese proceder.⁽²²⁾

Son llamadas terapias contextuales, con base científica de los dos modelos anteriores, en que se le da importancia al contexto para determinar y explicar la conducta, y la influencia de las nuevas derivaciones de los modelos cognitivos, influidos por las teorías del aprendizaje constructivista, en el que, los nuevos modos de intervención se fundamentan en la eficacia y efectividad, con el uso de lenguaje natural, análisis funcional y una relación entre el terapeuta y paciente. Siendo estás de acuerdo a Mañas:⁽²⁵⁾

- Terapia analítico funcional de Kohlenberg y Tsai (2008) (FAP, por sus siglas en inglés).
- Terapia de aceptación y compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999) (ACT, por sus siglas en inglés).
- Terapia de conducta dialéctica de Linehan (1993) (DBT, por sus siglas en inglés).
- Terapia integral de pareja de Christensen y Jacobson (1990) (IBCT, por sus siglas en inglés).
- Terapia cognitiva basada en mindfulness de Seagal, Williams y Teasdale (2002) (MBCT, por sus siglas en inglés).

Estas se caracterizan por utilizar técnicas de modificación de conducta desde la cognición; en las que hay una interacción entre estructuras cognitivas, procesos cognitivos, conductas y consecuencias ambientales, de tal forma que la solución a la conducta o síntomas problemáticos de cada persona se debe a ciertas disfunciones cognitivas.⁽²⁶⁾

Para las TTG, el comportamiento humano, tanto el normal como el anormal, se explican por la interacción comunicacional, la funcionalidad y el contexto sociocultural; es decir, el trastorno no se encuentra en la persona, sino en una situación problemática, trabajando los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos.

La persona mejorará, si mejora el contexto y la vinculación con este, sumando un cambio en el individuo

que sea de car3cter permanente, mejorando el ajuste psicosocial de la persona, modificando sus cogniciones.

Desde un punto de vista amplio y flexible, podr3a decirse que son de corte humanista-existencial, pero sustentando un cambio en las cogniciones y conductas a partir del contexto en que se encuentra la persona.

La innovaci3n en salud mental en la era de la globalizaci3n

Si bien durante la pandemia, se observ3 un aumento de los casos de depresi3n y ansiedad, los que ejercemos la psicoterapia desde mucho tiempo atr3s, hemos sido testigos de cambios en los tipos de problem3ticas en la consulta diaria a trav3s del tiempo; cursando con diversidad de problemas en la salud, educativo, social, econ3mico y pol3tico.

Podemos ver, como algunos te3ricos de los modelos psicoterap3uticos tuvieron una visi3n magistral de como los factores sociales influyen potentemente en la vida ps3quica de las personas; por ejemplo, Freud en sus escritos sobre el malestar en la cultura, Herbert Marcuse en su libro, *Eros y civilizaci3n* o Erich Fromm en su libro *Psicoan3lisis de la sociedad contempor3nea*; sin embargo, ahora los factores sociales, son globales.⁽²⁷⁾ En cuanto a los modelos cognitivo-conductuales suscriben una visi3n biopsicosocial de la patolog3a mental.⁽²⁸⁾

En la actualidad no podemos soslayar un factor primordial que pudiera considerarse de importancia central en esta transformaci3n del 3ltimo cuarto de siglo pasado y el primer pr3cticamente cuarto de siglo transcurrido del XXI: la globalizaci3n. Algunos podr3an cuestionar la vinculaci3n que existe entre globalizaci3n y salud mental, sin embargo, la respuesta m3s sencilla ser3a que lo que hacen los humanos, produce efectos en los humanos.

Las manifestaciones cl3nicas, que desde la psicopatolog3a configuran los trastornos, tienen v3nculos estrechos con los factores sociales que, clara o confusamente, nos abruma de manera cotidiana; la publicidad, los cambios en la estructura familiar, la tiran3a del consumismo, entre otros, nos ha conducido para necesitar cambios en el mercado de la salud mental; destacando el aumento del consumo de psicof3rmacos frente a todo tipo de problemas, con el uso r3gido de los sistemas de diagn3stico, se conllevan el demerito de la expertis profesional y la visualizaci3n de nuevas patolog3as.⁽²⁷⁾

Esto ha generado nuevas formas de demanda y atenci3n producto de dichas transformaciones, expresando un crecimiento de los trastornos y una mayor complejidad de los mismos, lo que se acompa3a de la necesidad de generar respuestas de salud inmediatas, eficaces, asequibles y accesibles.⁽²²⁾

Las aportaciones cient3ficas de los modelos psicoterap3uticos, se desarrollaron en la segunda etapa de la globalizaci3n (1945-1973), era otro contexto econ3mico, pol3tico, social y cultural en que nos encontr3bamos; las TTG, ya nacen insertadas en el 3ltimo cuarto del siglo XX, en que se consolida la tercera fase de la globalizaci3n; marcados por los dr3sticos cambios pol3ticos y los generados en la revoluci3n de las comunicaciones y la informaci3n, d3ndole un duro latigazo y caracter3sticas especiales a esta fase.⁽²⁹⁾

El Movimiento para la Salud Mental Global (organizaci3n no gubernamental), ratifica la idea de que no puede haber salud sin salud mental, por lo que es necesario que se trabaje en las pol3ticas sociales, econ3micas y de salud de todos los pa3ses, que rebasa, por mucho, lo que se requiere hacer en el d3a a d3a del ejercicio profesional.⁽²⁷⁾

El tema de la salud mental o puesto de una manera cruda, el aumento de las enfermedades mentales se encontr3 en la agenda del foro de Davos reciente; debido al aumento de la depresi3n y por consiguiente el incremento del suicidio, as3 como los cambios por los patrones laborales actuales, afectando la estabilidad personal; ya sea por desempleo o reducci3n de salarios, incrementando la angustia de las personas.⁽³⁰⁾

La globalizaci3n es capaz de mejorar el bienestar del conjunto de los pa3ses a trav3s de mejoras de productividad, disminuci3n de precios y aumentando la variedad de productos de los que podemos disfrutar, pero pagando un precio alto en salud mental y calidad de vida, parad3jicamente influido por el aumento de la esperanza de vida,⁽³⁰⁾ es decir ganaremos edad, transit3ndolos con mayor posibilidad de manifestar problemas mentales cr3nicos, perdiendo f3cilmente la estabilidad emocional y esperando no cursarla con problemas de salud f3sica cr3nicos, que har3a m3s sufrible la vida.

Inevitablemente esta macro realidad, se filtra en la vida de las personas y se observa en la consulta cotidiana, en donde es necesario recurrir al avance de los conocimientos cient3ficos de la disciplina para mejorar la atenci3n a los pacientes. Es por ello que "un factor sustancial de la innovaci3n como acto, es el conocimiento, la voluntad, la convicci3n y la actitud de aquel o aquellos que le dar3n vida a lo que ser3 cambiado, modificado, es decir innovado",⁽¹⁵⁾ es tener en la pr3ctica cl3nica profesional, un estado open minded, es decir, ver m3s all3 de lo que se ha cre3do, se sabe o se aplica hasta el momento y mantener mente abierta en toda circunstancia, para hacer algo diferente que incida en la mejora, en este caso la salud mental/emocional.

Un factor primordial desencadenante de innovaci3n es el avance de los conocimientos; no se puede mejorar con lo ya conocido, sino que se perfecciona con nuevos hallazgos que detonan nuevas formas de pensar acerca de los nuevos problemas y repensar los viejos problemas de la humanidad para enfrentarlos de diferente manera en circunstancias nuevas.

La innovaci3n como acto, est3 impactando el sector salud, impulsado por un nuevo gradiente de necesidad

en el conocimiento y la investigación, que se manifiesten en mejoras efectivas.⁽³¹⁾

Se requiere accionar hacia dos polos opuestos, partiendo de la ciencia (conocimiento e investigación), hacia abajo en lo micro, en el entorno de la consulta diaria para beneficiar a las personas y de la misma ciencia hacia arriba, impactar lo meso y lo macro, en el entorno de instituciones y políticas.

En lo micro, que es donde se desenvuelve la psicoterapia; es necesario indagar si diversos conocimientos disciplinarios, puedan mejorar las prácticas psicoterapéuticas para que, si es una mejora probada, se puede llegar a innovaciones teóricas-prácticas, destapando la posibilidad del nacimiento de un proceso innovador y nuevos conocimientos; vernos como micro emprendedores, en términos empresariales. Pero esto siempre se ha hecho, así ha avanzado el conocimiento anteriormente, pero ahora en la era de la globalización, de la sociedad del conocimiento y el desarrollo tecnológico, pensamos que tendría un nombre diferente, innovadores o micro emprendedores científicos; nombrar diferente a lo de siempre.

En la era global, la salud mental debe ser considerada como aspecto de la salud global, individual/social y por tanto un área de responsabilidad de personas, comunidades y gobiernos.

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC), que se reúnen en el modelo cognitivo son las formas de psicoterapia más estudiadas empíricamente. Actualmente cuenta con sólida evidencia sobre su eficacia, efectividad y eficiencia en una gran cantidad de trastornos mentales y problemas de atención clínica.⁽³²⁾ Estas pueden considerarse las más esperanzadoras, en el marco de las necesidades emergentes de las circunstancias en que vivimos en el mundo actual y representar el camino de innovación en salud mental.

La metacognición: entre la educación y la psicoterapia

En la década de los años 70, John Hurley Flavell, introdujo el término de metacognición a partir de sus estudios sobre el desarrollo de los procesos de memoria;⁽³³⁾ el término aparece por primera vez en el capítulo *Metacognitive aspects of problem solving* del libro *The nature of intelligence*, publicado en 1976.⁽³⁴⁾

Este pensar sobre el pensar, corresponde al conocimiento que un individuo tiene sobre sus propios procesos y productos cognitivos y sobre los aspectos que influyen en dicho proceso: ambiente, tarea y habilidades para resolver esa tarea.⁽³⁴⁾

El estudio de la metacognición nace en el campo de la psicología cognitiva, no de la psicología clínica. Sin embargo, tengamos presente que, de todos los modelos psicoterapéuticos, el modelo cognitivo-conductual, no surge de la psicología cognitiva, sino de la psicología clínica; aunque su centro sea lo cognitivo, en esto se presenta una interesante intersección de disciplinas.

Mucho de lo desarrollado en investigación sobre metacognición, por los estudios de Flavell y su grupo, está en el campo de la educación y no de la psicoterapia, pero se está aplicando en esta, otro cruce de vías interesante.

En el caso de metacognición en psicoterapia, tendríamos que clarificar a partir de los modelos psicoterapéuticos expuestos anteriormente, que el cuerpo teórico del psicoanálisis y todas las escuelas que han derivado de él, no podrían dar soporte a una explicación de la metacognición; es la misma situación para el modelo humanista-existencialista y todas las escuelas que la conforman, así como el modelo sistémico.

Veamos un ejemplo de lo cognitivo y lo metacognitivo en educación:

“... el hecho de analizar (antes de abordarlo) de forma consciente el enunciado de un problema multiplicativo para saber si para buscar la incógnita he de multiplicar o dividir, es una muestra clara de actividad metacognitiva, mientras que el procedimiento empleado para buscar la incógnita (selección de los términos, aplicación de la operación de división o multiplicación) constituye una actividad cognitiva (p. 12)”.⁽³³⁾

Ahora veamos un ejemplo, de lo cognitivo y metacognitivo en psicoterapia:

Lo cognitivo sería, una idea, pensamiento o creencia como: “Si pienso en lo peor que está por venir, me ayuda para prepararme y enfrentarlo y no me sorprenderá, así sabré que hacer”; lo metacognitivo sería: “qué barbaridad, estoy muy mal, siempre se aparecen mis problemas en la mente, seguramente me estoy volviendo loco” (pensamiento metacognitivo negativo).

El modelo cognitivo-conductual, posee la estructura teórica a partir de sus premisas que sustentan la generación de cogniciones y sus consiguientes metacogniciones; sería el pensar del pensar de Flavell en 1976, el conocimiento del propio conocimiento de Brown en 1978, la cognición de la cognición de Flavell en 1979⁽³⁴⁾ o la conciencia que una persona tiene acerca de sus procesos y estados cognitivos de Chadwick en 1985,⁽³⁵⁾ entre otros.

Es necesario no olvidar que las técnicas conductuales, son parte de los recursos de cambio del que echa mano, la parte cognitiva del modelo; ya que la manera en que nos comportamos y sentimos, es por la manera en que pensamos y ahora agregaríamos la parte metacognitiva, por la manera en que pensamos sobre lo que pensamos.

Terapia metacognitiva (TMC)

Todo modelo de tratamiento en este caso, psicoterapéutico, no es un conjunto de técnicas aisladas, sino que

se agrupan alrededor de una conceptualización de los trastornos psicológicos.⁽³²⁾

En el modelo cognitivo, existe una psicopatología de orientación cognitiva cuya premisa central es afirmar que los procesos cognitivos tienen un rol relevante en el inicio y el mantenimiento de tales trastornos, así como en la vulnerabilidad de los individuos. Sobre esta base, las intervenciones cognitivo-conductuales se proponen alterar los factores implicados en los diferentes trastornos (por medio de un tratamiento a cargo de la TCC).⁽³²⁾

El paradigma cognitivo conductual hizo una gran contribución teórico-técnica demostrando que las intrusiones experimentadas por las personas afectadas por trastorno obsesivo-compulsivo no son distintas de las que experimentan todos los seres humanos;⁽²⁸⁾ de forma similar ocurre en otros trastornos estudiados desde la TCC y TMC.

El interés por la metacognición y las creencias metacognitivas en el campo de la psicopatología creció para intentar comprender qué tipo de creencias sostienen los pacientes sobre sus propios pensamientos y formas de interpretar la realidad.

Desde el modelo cognitivo conductual, nuestras creencias acerca del funcionamiento mental, o sea, nuestra metacognición, son muy importantes para nuestra salud mental.⁽²⁸⁾

La TMC fue desarrollada por Adrian Wells, quien fue formado por Aaron Beck aproximadamente desde 1999, ya cuenta al menos 20 años de investigación sistematizando sus hallazgos. Concuere da con la premisa fundamental de las terapias cognitivo-conductuales (TCC), la importancia de los factores cognitivos en los trastornos mentales, por lo que la TMC es una forma de terapia cognitiva.^(1,28,36)

Su aportación teórica es colocar mayor énfasis en un estilo de pensamiento y en tipos de creencias que no son enfatizados en los otros modelos cognitivos. En el plano técnico, contribuye con innovaciones, como una forma particular de atención plena (mindfulness) y la técnica de entrenamiento atencional,⁽³²⁾ además de que se siguen utilizando las técnicas de la TCC.

Conserva el uso de estrategias de la TCC	Cuestionamiento socrático
Experimentos cognitivos	Mindfulness o Conciencia Plena Desapegada
El niño rebelde	Analogía el tren
Empujando nubes	

Figura 6. Algunas técnicas psicoterapéuticas de la terapia metacognitiva

Carro-De-Francisco et al.⁽³⁷⁾ refiere que las metacogniciones son el origen del control saludable o patológico de la mente, dichas metacogniciones serían habituales en varios trastornos con un patrón característico, lo cierto es que Wells et al.⁽³⁸⁾ la desarrolla a partir del trastorno por ansiedad generalizada (TAG), aunque se ha probado en depresión, trastorno obsesivo compulsivo,⁽³²⁾ trastorno de personalidad borderline,⁽³⁹⁾ adicciones,⁽⁴⁰⁾ patrones corporales relacionales,⁽⁴¹⁾ entre otras muchas investigaciones realizadas.

La metacognición es tanto la partitura como el director que está por detrás del pensar. Monitorea, controla y evalúa los productos y el proceso de percatación. De este modo, la metacognición moldea aquello a lo que prestamos atención y los factores que entran en la conciencia, así como las evaluaciones de los contenidos cognitivos e influye en el tipo de estrategias que usamos para regular los pensamientos y las emociones.⁽³²⁾

Por lo que también en la comprensión de la metacognición en la psicoterapia, se puede observar los componentes teóricos de la psicología cognitiva asignan a la metacognición, cuando se trata de explicar los fenómenos de aprendizaje en el ámbito educativo; es decir, el monitoreo, el control o supervisor y la evaluación que se encuentra en el plano de la conciencia.

El modelo teórico explicativo de la TMC se denomina Modelo de autorregulación de la función ejecutiva (S-REF por sus siglas en inglés), y al patrón de respuesta frente a las experiencias internas que termina intensificando las emociones negativas, se lo denomina Síndrome Cognitivo Atencional (CAS por sus siglas en inglés), e incluye la preocupación, la rumiación, fijación atencional en las amenazas y conductas de afrontamiento disfuncionales.^(42,43)

Cuando se habla de la S-REF, nos estamos refiriendo al basamento en que se sustenta la terapia metacognitiva; este explica que no son las creencias autorreferenciales, como por ejemplo “soy un inútil” o “no valgo para nada”, las que causan el cuadro psicopatológico sino las estrategias autorreguladoras comportamentales y cognitivas inadecuadas que el individuo pone en marcha y que terminan cronificando dichos contenidos

cognitivos e incrementando el malestar emocional asociado.⁽³²⁾

Según Wells et al.⁽³⁸⁾ la perturbación emocional que acompañan a las creencias autorreferenciales, atrapa a las personas debido a sus metacogniciones, activan un patrón de respuesta hacia sus experiencias internas que mantiene las ideas negativas; este patrón lo nombra CAS.

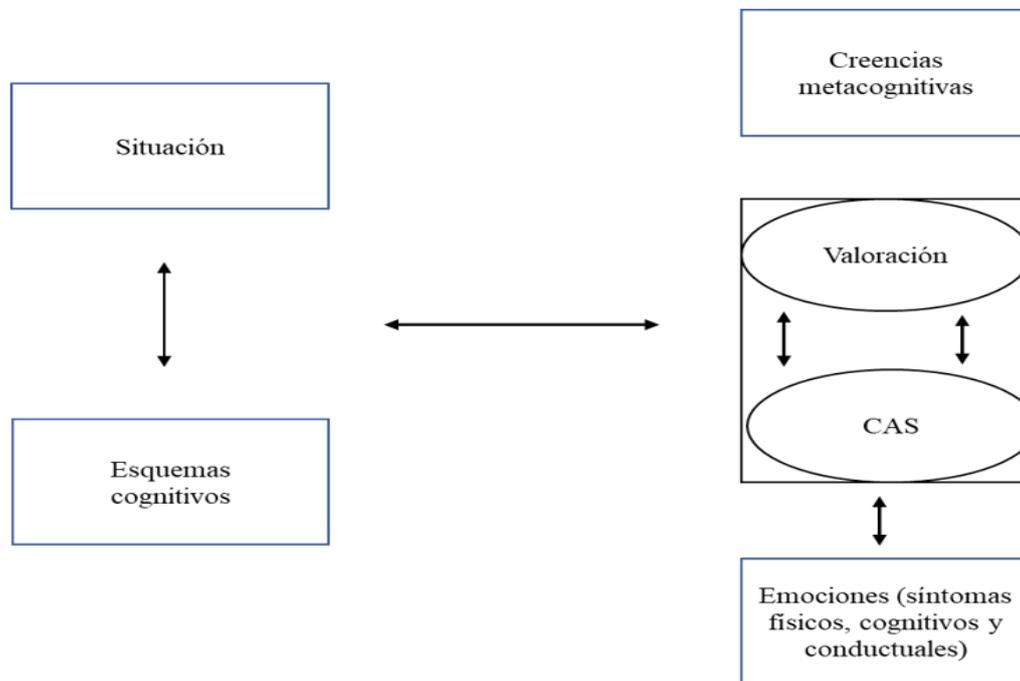


Figura 7. Modelo metacognitivo general. Adaptado de Wells et al.⁽³⁸⁾

La TMC es de duración limitada que suele tener lugar entre 8 y 12 sesiones;⁽⁴⁴⁾ destacando el crecimiento en la evidencia clínica, experimental y neuropsicológica, que está consiguiendo.⁽³⁸⁾

CONCLUSIONES

Es innegable reconocer y agradecer la aportación Freudiana, para generar una comprensión de la psicopatología, de los problemas internos-emocionales de las personas, dando las primeras pautas para la formación de tratamientos alternativos para el bienestar por medio de la palabra y no del medicamento.

En el siglo pasado transitamos por una pujante aceleración en el desarrollo de modelos psicoterapéuticos en el que cada uno, visualizaba el mismo fin común: mitigar el sufrimiento emocional del ser humano. siempre con la búsqueda de beneficiar su calidad de vida mental/emocional, desde diversas conceptualizaciones teórico-técnicas.

Con el uso de los psicofármacos para el tratamiento de los trastornos mentales/emocionales, se corre el riesgo como en el pasado, de generar personas con dependencia fisiológica y/o psicológica, sin que necesariamente represente el tratamiento de primera elección y eficacia de largo plazo; a veces, en su mayoría, esperar que, de forma pasiva, que el medicamento resuelva, lo que nos abruma resolver, como poder vivir la vida. En ciertas psicopatologías, el uso combinado de ambos puede significar un dúo potente para el logro de una aceleración en la mejoría, con el mismo riesgo de la dependencia física/psicológica. Reconociendo que hay cuadros que requieren del medicamento y la psicoterapia no sería el tratamiento de primera elección, es el caso de la esquizofrenia.

Ninguno de los conocimientos teórico-técnicos de modelos psicoterapéuticos fueron inútiles; todos aportaron, hasta donde mejor pudieron satisfacer la metáfora del pájaro Dodo.

Pero en esta carrera competitiva de las psicoterapias, se fue mejorando el estudio de la eficacia, efectividad y eficiencia de cada tratamiento psicoterapéutico; hoy por hoy el modelo cognitivo conductual que agrupa a las terapias cognitivo-conductuales, incluyendo la terapia metacognitiva, es la que se posiciona con mayor evidencia.

La TMC, está siendo vigilada empíricamente desde su inicio, por lo que se puede considerar que brindara una promisoriosa evidencia, enriqueciendo la práctica actualizada de las TCC a la que inversamente fortalece al modelo cognitivo conductual, en un contexto científico y sociocultural diferente, esperemos llegar a la madurez teórica y técnica en este siglo, atravesando venturosamente la globalización.

El concepto de innovación es un poderoso hipnotizador, pues tendemos a creer que solo innovar gira en

torno al uso de la tecnología. Si bien se puede usar el recurso tecnológico aplicado a la psicoterapia como es la teleterapia, si no innovamos las técnicas psicológicas que propicien el cambio de las personas, las pantallas o las aplicaciones de los teléfonos celulares, no tiene la capacidad de transformar el interior del hombre por sí solas; al menos, no por el momento.

La innovación, está primero en la combinación de la expertis y el conocimiento en la mente del hombre, saltando hacia afuera y verse materializado en un artefacto o intangible como lo son las técnicas psicoterapéuticas.

Debemos estar mejor preparados para ser psicoterapeutas de la era de la globalización, lograr que las personas posean mejores habilidades adaptativas y mantenerse a flote con la mejor salud mental que puedan desarrollar, frente a la envestida de los aspectos negativos de la vida en la era de la globalización.

Desde mi punto de vista, la práctica de la psicoterapia cognitivo conductual en que me he formado y el ejercicio de la profesión docente en el nivel superior, me hacen concebir que la psicoterapia es un proceso de enseñanza aprendizaje, en donde se ejerce una pedagogía para vivir, aplicado a la vida interior de las personas. Y en ambas, he podido caminar descubriendo la metacognición con los mismos componentes teóricos, pero con diferentes abordajes técnicos.

Como psicoterapeuta, considero que no hay nada mejor que las personas puedan hacerse cargo de sus vidas con sus problemas y soluciones a los retos emocionales que les toque experimentar en sus contextos; la gente sana, puede construir comunidades y sociedades tendientes a la salud mental, pero eso no es lo que se observa en esta globalización, muy por el contrario, aumentan la alteración de la salud mental, el deterioro de las relaciones interpersonales, la insatisfacción con la vida; es urgente intervenir con tratamiento que puedan instaurarse en sesiones lo más cortas posibles, según sea el caso.

Recurrir a cualquier psicoterapia es mejor que no tratarse; pero el usuario no conoce cuales son las psicoterapias, más o menos probadas; pero los que, si debemos de saber, somos los profesionistas de la salud mental, estamos obligados a estar actualizados, para brindar mejores esquemas de ayuda, con los avances innovadores de nuestro campo de acción: la salud mental, eso redundará en ser profesionistas profesionales.

La TMC, es estrictamente una psicoterapia, tiene cuerpo teórico, desarrollo de técnicas propias y las compartidas con las TCC, tiende a ser corta y probada empíricamente. Por último, aunque apunta a que no pueda ser ubicada como TTG, porque no es eje central darle importancia al contexto; si pudiéramos decir a su favor, que el contexto está involucrado en las cogniciones y las metacogniciones, tendríamos que esperar mayor desarrollo para ser estrictos en su clasificación, aunque es innegable que es un recurso psicoterapéutico innovador para los nuevos tiempos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rauline G, Hingray C, Carle-Toulemonde G, Hubsch C, El Hage W, Conejero I, et al. Validated care programs for patients with functional neurological disorders. *L'Encephale* 2023;49:S33-41. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.06.005>.
2. Keefer L, Ballou SK, Drossman DA, Ringstrom G, Elsenbruch S, Ljótsson B. A Rome Working Team Report on Brain-Gut Behavior Therapies for Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology* 2022;162:300-15. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.09.015>.
3. Lanini I, Amass T, Calabrisotto CS, Fabbri S, Falsini S, Adembri C, et al. The influence of psychological interventions on surgical outcomes: a systematic review. *J Anesth Analg Crit Care* 2022;2:31. <https://doi.org/10.1186/s44158-022-00057-4>.
4. Myga KA, Kuehn E, Azanon E. Autosuggestion: a cognitive process that empowers your brain? *Exp Brain Res* 2022;240:381-94. <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06265-8>.
5. Valenzuela M. Cronología de la psicoterapia 2020. <https://psicologosenlinea.net/923-cronologia-de-la-psicoterapia.html> (accedido 21 de noviembre de 2023).
6. Calero M. Franz Anton Mesmer y el magnetismo animal (I). *El Globo Gambetta* 2012. <https://elglobodegambetta.wordpress.com/2012/12/18/franz-anton-mesmer-y-el-magnetismo-animal-i/> (accedido 21 de noviembre de 2023).
7. Lynn S, Kirsch I. Teorías de hipnosis. *Papeles Psicólogo* 2005:9-15.
8. Tortosa F. La hipnosis. Una controversia interminable. *An Psicol* 1999;15:3-25.
9. Derfler L. La hipnosis freudiana: un recorrido histórico s. f.

10. Laplanche J. Diccionario de psicoanálisis. 1 ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 1996.
11. Feixas M, Lagos P, Fernández I, Sabaté S. Modelos y tendencias en la investigación sobre efectividad, impacto y transferencia de la formación docente en educación superior. *Educar* 2015;51:81-107.
12. Benito E. Las psicoterapias. *Rev Psiencia* 2008;1:1-9.
13. McCann BS. Prevalence of Different Approaches to Clinical Hypnosis: Bridging Research and Practice. *Int J Clin Exp Hypn* 2023;71:139-52. <https://doi.org/10.1080/00207144.2023.2194934>.
14. Gordon M, Sinopoulou V, Tabbers M, Rexwinkel R, de Bruijn C, Dovey T, et al. Psychosocial Interventions for the Treatment of Functional Abdominal Pain Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2022;176:560-8. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.0313>.
15. García RA, Rodríguez OLN, Cardoso ÁLG, Morales-Peralta E. Los conexos derivados del diagnóstico psicopedagógico y la era genómica en el escenario de la superación profesional. *Salud Cienc Tecnol* 2023;3:350-350. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023350>.
16. Becoña Iglesias E, Oblitas Guadalupe L. Terapia Cognitivo-Conductual: Antecedentes Técnicas. *Rev Lib* 1997;3:49-70.
17. Tobías Imbernón C, García-Valdecasas Campelo J. Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2009;29:437-53.
18. Wolf TG, Schläppi S, Benz CI, Campus G. Efficacy of Hypnosis on Dental Anxiety and Phobia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci* 2022;12:521. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050521>.
19. Danon N, Al-Gobari M, Burnand B, Rodondi P-Y. Are mind-body therapies effective for relieving cancer-related pain in adults? A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 2022;31:345-71. <https://doi.org/10.1002/pon.5821>.
20. Wang R, Huang X, Wang Y, Akbari M. Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Front Public Health* 2022;10:854673. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854673>.
21. Gómez Vargas M. Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Rev Psicol Univ Antioq* 2010;2:19-32.
22. Torales J, Brítez Cantero J. Fundamentos de Psicoterapia. *Med Clínica Soc* 2017;1:157-83.
23. Ghai B, Jafra A, Bhatia N, Chanana N, Bansal D, Mehta V. Opioid sparing strategies for perioperative pain management other than regional anaesthesia: A narrative review. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2022;38:3-10. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_362_19.
24. Hadoush H, Alawneh A, Kassab M, Al-Wardat M, Al-Jarrah M. Effectiveness of non-pharmacological rehabilitation interventions in pain management in patients with multiple sclerosis: Systematic review and meta-analysis. *NeuroRehabilitation* 2022;50:347-65. <https://doi.org/10.3233/NRE-210328>.
25. Mañas Mañas I. Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gac Psicol* 2007;40:26-34.
26. Paggiaro AO, Paggiaro PBS, Fernandes RAQ, Freitas NO, Carvalho VF, Gemperli R. Posttraumatic stress disorder in burn patient: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS* 2022;75:1586-95. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.02.052>.
27. de la Fuente J. Impactos de la globalización en la salud mental. *Gac Médica México* 2012;148:586-90.
28. Keegan E. La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. *Vertex Rev Argent Psiquiatr* 2012;20:52-6.
29. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Globalización y desarrollo. *Comun Prensa* 2002.

<https://www.cepal.org/es/comunicados/globalizacion-desarrollo> (accedido 21 de noviembre de 2023).

30. Aranda A. Salud mental: el otro coste de la globalización. *Forbes Esp* 2020. <http://forbes.es/healthcare/67676/salud-mental-el-otro-coste-de-la-globalizacion/> (accedido 21 de noviembre de 2023).

31. Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador JR. La innovación en los servicios sanitarios; consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. *Rev Adm Sanit Siglo XXI* 2003;1:307-32.

32. Garay C, Keegan E. Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Rev Argent Clínica Psicológica* 2016;25:125-34.

33. Martí E. Metacognición: entre la fascinación y el desencanto. *Infancia Aprendiz* 1995:9-32.

34. Valenzuela M. ¿Qué hay de nuevo en la metacognición? Revisión del concepto, sus componentes y términos afines. *Educ E Pesqui* 2019;45:e187571. <https://doi.org/10.1590/s1678-4634201945187571>.

35. González F. Acerca de la metacognición. *Paradigma* 1996;14:109-35.

36. Zisopoulou T, Varvogli L. Stress Management Methods in Children and Adolescents: Past, Present, and Future. *Horm Res Paediatr* 2023;96:97-107. <https://doi.org/10.1159/000526946>.

37. Carro-de-Francisco C, Sanz-Blasco R. Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clínica Salud* 2015;26:159-66. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.003>.

38. Wells A, Capobianco L, Matthews G, Nordahl HM. Editorial: Metacognitive Therapy: Science and Practice of a Paradigm. *Front Psychol* 2020;11:576210. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.576210>.

39. Semerari A, Torras L. La disfunción metacognitiva en el trastorno de personalidad borderline. *Rev Psicoter* 2001;12:21-37.

40. Mayor Silva LI. Estrategias metacognitivas en la intervención del tabaquismo. Tesis para obtener el título profesional de Doctor. Universidad Complutense de Madrid, 2010.

41. Centonze A, Inchausti F, Macbeth A, Popolo R, Dimaggio G. El cambio de los patrones corporales relacionales en la terapia metacognitiva interpersonal. *Papeles Psicólogo* 2020;41. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2936>.

42. Han J, Shi M, Bi L-N, Wang L-L, Cai Y-X. Efficacy of mind-body therapies for sleep disturbance in patients with early-stage cancer: A systematic review and network meta-analysis. *Psychooncology* 2023;32:1315-38. <https://doi.org/10.1002/pon.6187>.

43. Hargett J, Criswell A, Palokas M. Nonpharmacological interventions for acute pain management in patients with opioid abuse or opioid tolerance: a scoping review. *JBIEvid Synth* 2022;20:2697-720. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00169>.

44. Groves SJ, Porter RJ, Jordan J, Knight R, Carter JD, McIntosh VVW, et al. Cambios en la función neuropsicológica después del tratamiento con terapia metacognitiva o terapia cognitiva conductual para la depresión. *Depress Anxiety* 2015;32:437-44. <https://doi.org/10.1002/da.22341>.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERES

No existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Lucía Ramírez P.

Investigación: Lucía Ramírez P.

Metodología: Lucía Ramírez P.

Administración del proyecto: Lucía Ramírez P.

Redacción-borrador original: Lucía Ramírez P.

Redacción-revisión y edición: Lucía Ramírez P.