

Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. La óptica de las narrativas¹

Psychotherapies in the community mental health network. The narrative approach

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA^a, BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA^b

(a) *Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España*

(b) *Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España*

Correspondencia: Alberto Fernández Liria (afliria@gmail.com)

Recibido: 09/07/2019; aceptado con modificaciones: 31/10/2019

Resumen: En este artículo, se discuten los requerimientos especiales que presenta la práctica de la psicoterapia en las redes de atención a la salud mental comunitaria. Se propone un modelo de intervención que integra aportaciones procedentes de diferentes escuelas y diferentes campos del conocimiento desde una concepción de la psicoterapia como práctica narrativa. Se exponen los principios básicos de esta propuesta y los componentes de los programas de formación en la misma.

Palabras clave: psicoterapia, salud mental comunitaria.

Abstract: The special requirements that the practice of psychotherapy in community mental health networks involves are discussed. An intervention model that integrates contributions from different schools and different fields of knowledge, based on a conception of psycho-

¹ Este trabajo fue inicialmente desarrollado para el Taller Internacional del Diploma de Postgrado en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria dirigido por Rafael Sepúlveda en Santiago de Chile y una primera versión fue publicada en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* (1).

therapy as a narrative practice, is proposed. The basic principles of this proposal and the components of the training programs related are set forth.

Key words: psychotherapy, community mental health.

INTRODUCCIÓN: POR QUÉ PSICOTERAPIAS EN EL SECTOR PÚBLICO

LAS PSICOTERAPIAS CONSTITUYEN HOY una de las alternativas aceptadas para la atención a las alteraciones de la salud mental y representan, solas o en combinación con otras, la intervención de primera elección para muchos trastornos mentales (2). En base a ello, los sistemas públicos de atención a la salud mental y sus alteraciones deberían ofertarlas junto con otro tipo de alternativas, como las de tratamiento farmacológico.

Sin embargo, es frecuente que estos sistemas públicos de atención a la salud mental oferten más intervenciones farmacológicas que psicoterapéuticas, aun en las condiciones en las que estas últimas representan el tratamiento de primera elección (3). Ello a pesar de que cada vez son más abundantes las pruebas de que estas intervenciones no solo son eficaces, sino que resultan enormemente coste-efectivas (3–5).

En España, la psicoterapia es una de las prestaciones de salud mental teóricamente obligadas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (6), aunque, como se reconoce en la Estrategia en Salud Mental, la oferta real dista de ser satisfactoria (7).

EL SECTOR PÚBLICO Y LA ÓPTICA COMUNITARIA COMO CONTEXTO

La práctica de la psicoterapia en el sector público tiene unos condicionantes diferentes de los de la práctica privada, como son:

- En la práctica pública, la indicación de las intervenciones psicoterapéuticas –como la de cualquier otra– debe considerar, aparte de la demanda del consultante, criterios de salud pública (que pueden conllevar criterios adicionales o contradictorios con esa demanda) y de coste-eficacia. Así, por ejemplo, la falta de motivación, que podría ser una contraindicación en el sector privado, puede convertirse en el público en un primer objetivo de la intervención en un trastorno grave o que tiene consecuencias graves sobre la inserción en la comunidad de quien lo padece. Una intervención que sería posible y que es demandada por un consultante motivado podría, sin embargo, ser desestimada ante la necesidad de priorizar otras más acuciantes o importantes para la salud de la comunidad.

- La psicoterapia debe ser considerada una de las posibles frente a alternativas de tratamiento de las llamadas “biológicas”, como el tratamiento farmacológico.
Por ello, la indicación de una intervención psicoterapéutica en el sector público no solo requiere saber que esta sería eficaz y que es viable. Requiere también saber que es —en base a algún criterio— preferible a otras posibles alternativas que pueden ser también eficaces y viables para el mismo caso.
- También debe ser considerada como parte de una atención integral que reúne componentes de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo.
El profesional responsable del caso en el marco de una atención comunitaria a la salud mental debe plantearse ayudar al paciente² a explorar también sistemáticamente cuáles son las necesidades de rehabilitación, cuidados y apoyo que pueden acompañar a la demanda de tratamiento y buscar el modo de satisfacerlas.
- La utilización combinada de las dos formas de tratamiento (psicoterapéutico y farmacológico) y de los diferentes componentes de la atención (tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo) constituye más la regla que la excepción en los servicios de salud mental. En realidad, todas las intervenciones incluyen en alguna medida los cuatro componentes, aunque en algunos casos sea más notable la presencia de algunos de ellos.
Así, en los llamados “trastornos mentales comunes”, pueden ser predominantes los aspectos de tratamiento; en los llamados “trastornos mentales graves y persistentes”, la rehabilitación y el apoyo; y en los graves y agudos, los cuidados. Pero todos incluyen los cuatro componentes en alguna medida.
- En el sector público no es posible seleccionar pacientes, lo que nos obliga a disponer de intervenciones que puedan ser aceptables por cada usuario, aunque no sean las preferidas por el servicio.
La intervención preferible resulta de una transacción entre lo que el terapeuta o el equipo es capaz de ofertar frente a una demanda concreta y lo que el paciente necesita y desea, o está dispuesto a aceptar para lograr lo que desea.
- Las intervenciones psicoterapéuticas que se conciben como estrategias facilitadoras de la activación de los recursos del consultante y de su entorno para la resolución de sus problemas de salud mental son más fácilmente conciliables con las estrategias comunitarias que las basadas en la metáfora de la enfermedad desde los modelos biomédicos más reduccionistas.

² Utilizamos el controvertido término *paciente* remitiéndonos a su etimología, que alude al hecho de padecer, no, como a veces se ha querido creer, al hecho de jugar el rol pasivo en la relación con el clínico. Paciente es el que está en esa relación porque padece, porque quiere enfrentar su sufrimiento.

Ello tiene una importante consecuencia sobre el lugar que, desde una óptica comunitaria, debería pensarse el terapeuta. Desde esta perspectiva, no sería muy útil considerarlo como un experto en un tipo de trastornos que aplica tecnologías que sabe que pueden resolverlos, como un cirujano aplica las suyas para resolver malformaciones congénitas. El terapeuta no actúa como un experto en lo que le pasa al paciente. El experto en lo que le pasa es el propio paciente. El encuentro terapéutico es, así, un encuentro entre dos expertos: un experto en sí mismo –el “paciente”– y alguien, ignorante en esto pero experto en entablar un tipo de conversación que abre la posibilidad de que al “paciente” se le ocurran nuevas formas de ver el problema y encuentre modos de activar sus recursos personales y comunitarios.

- Es frecuente que el profesional que ha de actuar como terapeuta en un caso haya de desempeñar a la vez otros roles frente al consultante o su familia. Quienes trabajamos en el sector público nos vemos frecuentemente implicados en otras tareas, que van desde la prescripción farmacológica a la decisión de un ingreso involuntario, pasando por la gestión de las bajas por enfermedad o la elaboración de informes para solicitar ayudas sociales. Lograr que el ejercicio de una de estas funciones no nos incapacite para ejercer las otras es una habilidad que debe también ser desarrollada.

Las investigaciones más recientes en psicoterapia apoyan la idea de que tanto las características del paciente como las del terapeuta, la relación entre ambos, el método de tratamiento y el contexto en el que se lleva a cabo contribuyen al éxito o fracaso del tratamiento; de hecho, debería buscarse la óptima combinación entre estos factores para asegurar el éxito de la intervención (8). El valor de un método concreto de tratamiento está estrechamente unido al contexto relacional en el que es llevado a cabo (9).

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA TEORÍA PARA LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA EN EL SECTOR PÚBLICO

Estas particularidades hacen que frecuentemente los principios y directrices válidos para la práctica de la psicoterapia en el sector privado (donde el terapeuta puede elegir qué tipo de intervención va a ofertar y a qué tipo de usuario, y puede actuar sin tener en consideración más criterio que el del contrato privado que lo une al consultante) no sean útiles para guiar el trabajo en el sector público.

Esta inadecuación se traduce con frecuencia en sentimientos de incomodidad en los psicoterapeutas que trabajan en el sector público, que pueden pensar que se están apartando de lo que sería la práctica ideal y que están ofertando una suerte de

sucedáneo o versión para pobres de un instrumento que no están pudiendo aplicar en su mejor versión.

Este hecho nos llevó en 1993 a convocar, en el marco de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, un grupo de consenso integrado por psicoterapeutas que trabajábamos en el sector público de la Comunidad de Madrid para intentar construir una teoría que nos permitiera dar cuenta de nuestra práctica partiendo no de una adaptación de las teorías y directrices elaboradas para la práctica en otros contextos (como el privado, el académico o el de la investigación), sino de la generación de una teoría basada en la reflexión sobre nuestra práctica concreta. El trabajo iniciado por este grupo dio lugar a una serie de textos (10–13) y a una sistemática de formación que hemos desarrollado desde la Universidad de Alcalá (<http://www.masterpsicoterapia.com>) y desde diversos programas de formación de especialistas del Sistema Nacional de Salud desde la década de los noventa (14,15).

La pertinencia del intento encontró a posteriori apoyo en las investigaciones en psicoterapia que ponen de manifiesto la contribución al resultado de las características del paciente, las del terapeuta, la relación entre ambos, el método de tratamiento y el contexto en el que se lleva a cabo, y la necesidad de buscar la mejor combinación posible de estos factores (16).

En este trabajo expondremos sucintamente las bases de esta propuesta.

UNA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN: LA PSICOTERAPIA COMO PRÁCTICA NARRATIVA

La propuesta que sostenemos parte de la idea de que los seres humanos nos conformamos a través de las historias que nos contamos, a nosotros mismos y a las personas con las que nos relacionamos, acerca de nosotros y del mundo en el que se desarrollan nuestras vidas (11,13).

Desde esta perspectiva, los problemas que atendemos en la consulta se fundamentan en narrativas que sostienen un sufrimiento evitable (11,13).

La psicoterapia consiste en un proceso conversacional que permite el cuestionamiento de estas narrativas y su sustitución por otras que no acarrearán este sufrimiento y permiten nuevas formas de relación con uno mismo, los otros y el mundo (11,13).

Se trata de un punto de vista que, como hemos revisado en otros textos (11,13), ha sido adoptado por un número creciente de psicoterapeutas procedentes de las más diversas escuelas y que, además, ha encontrado desde hace dos décadas un creciente soporte en las investigaciones sobre el desarrollo filio y ontogenético (17-19) y en neurobiología, donde ha dado lugar a lo que se ha dado en llamar “neurobiología relacional” (20).

El concepto clave para entender esta concepción es el de *narrativa*. La narrativa es un género literario que tiene como objetivo producir emociones en el destina-

tario mediante el desarrollo de una trama, una sucesión de hechos significativos que evocan un mundo en el que actúan unos personajes –que, en el caso de las narrativas identitarias que trabajamos en psicoterapia, incluyen el yo y los otros– definidos por esta trama. Las narrativas no son solo el relato, sino la relación entre el relato –la sucesión de los hechos– y las emociones, esto es, el cuerpo³, a través del sentido.

Según este modo de ver las cosas, lo que las diferentes escuelas psicoterapéuticas han propuesto a lo largo de la historia han sido *patrones* para construir las historias alternativas que posibilitan el trabajo psicoterapéutico. Así, los psicoterapeutas psicodinámicos nos han enseñado a construir historias que permiten entender los problemas como el modo de defenderse frente a la angustia provocada por conflictos inconscientes; los cognitivos, como un modo de sentir y de comportarse guiado por pensamientos automáticos provocados por la activación de determinados esquemas cognitivos; los sistémicos, como actuaciones acordes con el cumplimiento de reglas familiares...

La idea clave es que lo que la psicoterapia proporciona es una relación interpersonal que permite una experiencia que hace posible este cambio de narrativas. En algunas ocasiones, el cambio se produce predominantemente de arriba abajo (cambios en el modo de contar la historia condicionan cambios en las emociones y el cuerpo, como pretendían las propuestas más clásicas de psicoterapia) y en otras, predominantemente de abajo arriba (cambios en la experiencia corporal condicionan cambios en el modo de narrarse la historia, como se ha pretendido en corrientes psicoterapéuticas como las propuestas por Reich (21,22), la Gestalt (23), las terapias corporales (24–26) o las intervenciones basadas en *mindfulness* (27)).

A lo largo de la historia de la investigación en psicoterapia, ha habido múltiples intentos de demostrar la superioridad de las intervenciones basadas en una de las orientaciones teóricas sobre las basadas en otras. Lo cierto es que a día de hoy no ha sido posible demostrar tal cosa⁴. A este fenómeno se refirieron Rosenzweig (30) y Luborsky (31), tomando en consideración un número creciente de trabajos, como la paradoja del Pájaro Dodo (en referencia al personaje de *Alicia en el País de las Maravillas* que termina una carrera sin metas con la afirmación “Todos han ganado y hay que dar a cada uno su premio” –que tiene que pagar Alicia–). Los estudios más

³ Desde Damasio (28,29), las emociones se consideran como disposiciones corporales seleccionadas por la evolución para facilitar una reacción automática y rápida ante estímulos ante los que tal reacción ha resultado anteriormente adaptativa para el individuo o para la especie.

⁴ Una cosa es que haya más pruebas de la eficacia de las intervenciones basadas en una orientación porque se han hecho más estudios (en esto la terapia cognitivo-conductual lleva la delantera) y otra que se haya demostrado que las intervenciones basadas en una orientación sean más eficaces. Para sustentar lo segundo es necesario que esa diferencia resulte de estudios que comparan entre sí dos tipos de intervención. Hasta el momento, los estudios que han hecho esto no han conseguido demostrar diferencias (9,32,37).

recientes (32), ochenta años y muchos esfuerzos de investigación más tarde, parecen indicar que la situación no ha cambiado.

Ello supone, a nuestro modo de ver, una invitación a tomar como base para la conceptualización y la formación en psicoterapia los hallazgos cada vez más sólidos de la investigación sobre los factores comunes a todas las orientaciones psicoterapéuticas, que nos llevan a prestar atención a cuestiones como la relación entre terapeuta y paciente y el modo en el que resuelven las crisis de la misma, las características personales del terapeuta y su modo de estar presente en esa relación o la activación de los recursos del consultante y su entorno.

Se trata de una polémica viva que se está articulando sobre datos cada vez más abundantes que alimentan modelos más sólidos y propuestas más atractivas (9, 33–37).

Hoy disponemos de investigaciones que nos permiten asignar un porcentaje de los resultados obtenidos mediante la psicoterapia a distintos factores. La Figura 1 nos muestra los que Michael Lambert nos remitió a los autores cuando le solicitamos permiso para reproducir los que había publicado con anterioridad (2).

A veces a nuestros alumnos les parece descorazonador que la mayor contribución a los resultados (el 45% de la varianza) provenga de acontecimientos de la vida del paciente que no tienen que ver con la terapia. Pero parece bastante lógico: ¿qué podemos pensar que puede ocurrir en la terapia que sea más importante que encontrar una relación de pareja u ocasión de sentirse querido o valioso para alguien importante? Este hallazgo nos debería orientar en todo caso a pensar que la apertura a la experiencia de la vida y el dar oportunidad a que ocurran cosas en el entorno deberían ser objetivos de la terapia.

El 35% de la varianza se explica por los factores comunes a todas las formas de psicoterapia. Esto se refiere a la alianza terapéutica y el modo de resolver las rupturas que inevitablemente se producen en la misma, la empatía, la cohesión en la terapia de grupo... Se trata de habilidades que rara vez son objeto de atención específica en los programas de formación en psicoterapia a pesar de que existen pruebas –alguna realizada en base a nuestro trabajo (38)– de que pueden ser entrenadas de forma eficaz.

El 20% tiene que ver con la influencia directa de la persona del terapeuta. Este hecho nos debería hacer pensar hasta qué punto conviene considerar que el trabajo con la persona del terapeuta es un aspecto importante. Tradicionalmente, esto se lograba mediante la terapia personal. Hoy se han desarrollado otras muchas formas de hacerlo. Nuestro grupo ha publicado algún trabajo con resultados de la aplicación de entrenamiento en atención plena (39).

Llama la atención que solo el 5% de la varianza pueda atribuirse a las técnicas. Sin embargo, la mayor parte de la literatura sobre psicoterapia se dedica a las técnicas y al intento de asignar, mediante guías de práctica clínica, técnicas específicas para problemas específicos. Conviene señalar que esta pequeña magnitud no hace que el

entrenamiento en el uso de técnicas específicas sea prescindible. Aun dando por bueno que lo más importante para un paciente concreto sea un acontecimiento de su vida, como haber encontrado pareja, podemos pensar que este no habría ocurrido si no hubiéramos empleado las técnicas que permitieron que se atreviera a salir de la cama.

PRINCIPIOS PARA UNA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA EN LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

El modelo de psicoterapia para la atención comunitaria a la salud mental en el sector público que proponemos se atiene a una serie de características o postulados que enunciamos a continuación:

1. La psicoterapia constituye un instrumento que ha probado ser eficaz para el tratamiento de las alteraciones de la salud mental y puede ser utilizado solo o en combinación con otras alternativas de tratamiento, como las farmacológicas, o de rehabilitación, cuidados, apoyo o control.
2. La psicoterapia puede ser entendida como un proceso de conversación entre una persona que sufre –al que llamaremos “paciente”–, que actúa como un experto en sí mismo, y un profesional de ayuda –al que llamaremos “terapeuta”–, que actúa como experto en un tipo particular de conversación –a la que llamamos “psicoterapia”–, que permite cuestionar las narrativas que sustentan el sufrimiento y facilitar que sean sustituidas por otras que hagan el sufrimiento innecesario o tolerable y que promuevan otras formas de enfrentar las demandas de la vida.
3. Esta conversación permite el desarrollo de una relación –la relación terapéutica– que facilita el acceso a experiencias que permiten modificar el significado de la experiencia presente y el modo que tiene el paciente de interactuar con sus recursos internos y externos.
4. Para hacer esto posible, el terapeuta actúa desde una postura de *no saber*, que permite cuestionar la narrativa inicial del paciente, anclada en la queja, y la emergencia de nuevos significados.
5. Las narrativas alternativas que surgen de la terapia son construidas por el paciente –y no ofertadas por el terapeuta– y basan su eficacia no en el hecho de aproximarse más que la inicial a ninguna verdad, sino en el de que, al ser diferentes, permiten una actuación distinta a las demandas del medio interno y externo.
6. Los sistemas diagnósticos en los que suelen basarse las guías de práctica clínica no son una buena referencia para planificar las intervenciones. Estas se

estructuran mejor partiendo de un proceso de (re)formulación (11,40,41) del problema que trae el consultante y como respuesta no a la pregunta de “¿Cuál es la intervención más adecuada para este problema?”, sino: “¿Cuál es la mejor manera en la que este paciente concreto y yo como terapeuta podemos colaborar para intentar que pueda encontrar una solución a su problema?”. Hay interesantes propuestas de sustitución de los sistemas diagnósticos como guía (42,43).

7. En nuestro contexto, la psicoterapia es una competencia básica al menos de los psiquiatras y psicólogos clínicos que trabajan en la red de atención comunitaria a la salud mental, aunque también el trabajo de otros muchos miembros de los equipos interprofesionales, como médicos y enfermeros de atención primaria, enfermeros especialistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, requiere competencia psicoterapéutica para realizar el trabajo que les es propio.
8. Este tipo de intervención requiere una formación específica que incluye distintos componentes a los que nos referiremos a continuación.

UNA PROPUESTA DE FORMACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS PARA EL TRABAJO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA DESDE EL SECTOR PÚBLICO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Desde principios de los años noventa, los autores nos hemos visto implicados en diferentes iniciativas para la formación de psicoterapeutas para el trabajo en salud mental comunitaria en el sector público de atención a la salud que se han desarrollado en España y en Latinoamérica. La propuesta se ha concretado de un modo paradigmático en las unidades de formación e investigación en psicoterapia de las unidades docentes multiprofesionales (en las que reciben formación residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería Especialista en Salud Mental) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y el Hospital La Paz, y en los títulos propios de Experto, Especialista y Máster en Psicoterapia de la Universidad de Alcalá.

Estos programas y otros en los que hemos participado incluyen, entre otros, los siguientes componentes:

1. Una formación teórica abierta que intenta dar cuenta de:
 - 1.1. Las aportaciones de las distintas escuelas;
 - 1.2 Las propuestas de integración;
 - 1.3 Los conocimientos neurobiológicos o sobre el desarrollo onto y filogenético que permiten explicar lo que conocemos sobre la práctica de la psicoterapia.

2. La práctica clínica supervisada mediante actividades de supervisión individual y grupal. La supervisión es un elemento central no solo en la formación de psicoterapeutas, sino también en el mantenimiento de la capacidad de practicar la psicoterapia a lo largo de la vida profesional del terapeuta (44).
3. El trabajo con la persona del terapeuta, que incluye al menos:
 - 3.1 Grupos de Dificultades en la Adquisición del Rol de Terapeuta (Grupos DART);
 - 3.2 Actividades que fomentan la capacidad reflexiva, como el trabajo con la familia de origen del terapeuta, y, sobre todo, las basadas en el entrenamiento de la atención plena (39).
4. Entrenamiento en habilidades prácticas mediante la utilización de acceso a experiencias diseñadas para ello o la práctica mediante *role playing*, que pretende incorporar formas de respuesta a la memoria implícita de los alumnos. El trabajo se ajusta a una propuesta estructurada (12) que ha sido sometida a validación empírica (38).
5. Seminarios especiales que permiten discutir y experimentar aspectos técnicos o dificultades específicas en la aproximación a algunos problemas (depresión, trauma, cuestiones de género o cultura).

En el momento actual trabajamos en una nueva propuesta que permita combinar actividades *online* con actividades presenciales para poder poner en juego de manera más eficiente estos elementos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La psicoterapia es una prestación que debe formar parte de las ofertadas desde las redes comunitarias de atención a la salud mental y sus alteraciones. La práctica de la psicoterapia en estas redes tiene características que la diferencian de la que tiene lugar en el sector privado o en el ámbito de la investigación. Para guiar esta práctica resultan especialmente útiles las aproximaciones teóricas que conciben la psicoterapia como una actividad conversacional que configura una relación especial entre unas personas (que llamamos terapeutas y pacientes) y que da lugar a una experiencia singular que permite al paciente generar nuevas narrativas que estructuran de un modo diferente el modo que tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás (11). Se trata de aproximaciones con una importante base experimental, que se han desarrollado paralelamente a la que ha sido dominante y han intentado adoptar los modelos utilizados para poner a prueba la eficacia de los tratamientos farmacológicos (37).

Una consecuencia de la adopción de estas formas de entender la psicoterapia es que hay que modificar las estrategias de formación de los psicoterapeutas, dando más importancia al trabajo con la persona del terapeuta, al desarrollo de habilidades conversacionales y de relación, y haciendo más hincapié en la consideración del contexto en el que se producen los problemas y en el que se desarrollan las intervenciones que en el uso de técnicas que se suponen específicas para el tratamiento de trastornos o problemas específicos.

Esta óptica ha de servir también para generar desde nuestra práctica nuevas preguntas y ampliar su base experimental (8).

BIBLIOGRAFÍA

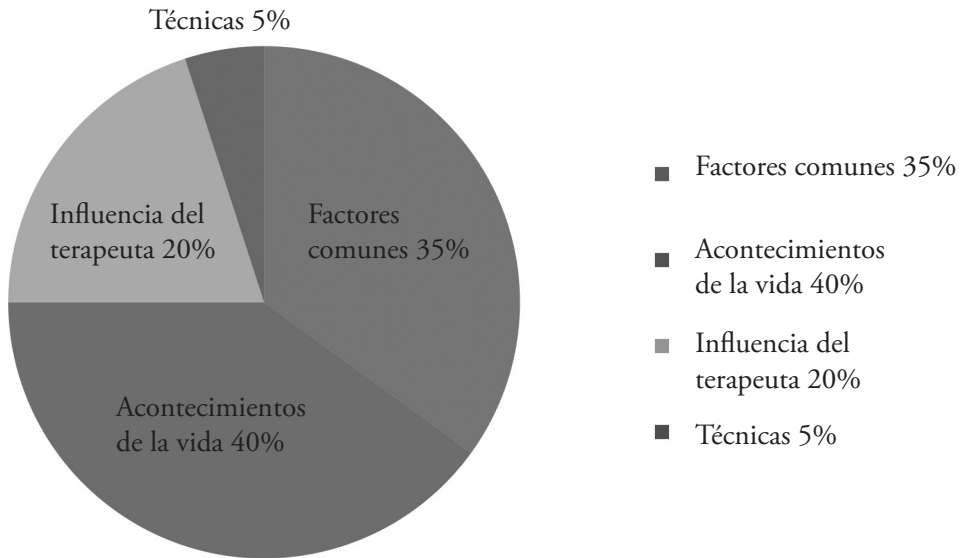
- (1) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. *Gac Psiquiatr Univ.* 2016;12:406–12.
- (2) Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En: Lambert MJ, editor. *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed). New York: Wiley, 2013; p. 169–218.
- (3) Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ.* 2006;332(7548):1030–2.
- (4) Department of Health. IAPT Improving Access to Psychological Therapies. IAPT three-year report: The first million patients. [Internet] 2012;1–44. Disponible en: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Three-year-report.pdf>
- (5) Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011;23(4):318–27.
- (6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf>
- (7) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_naspain_es.pdf
- (8) Norcross JC, Lambert MJ, editors. *Psychotherapy relationships that work*. 3ª edición. New York: Oxford University Press, 2019.
- (9) Norcross JC, Wampold BE. Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy* 2019; 56(3): 391-9.
- (10) Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN, 1997.

- (11) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.
- (12) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas (con ejercicios del profesor). Biblioteca de psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.
- (13) Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Terapia narrativa de la depresión basada en la atención plena. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.
- (14) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La formación en psicoterapia y la óptica de las narrativas. *Monogr Psiquiatr.* 2005;XVII(3):35–41.
- (15) Prego R, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, González Cases J, Gil D. Formación especializada no reglada. En: Desviat M, Moreno A (eds.). *Acciones de salud mental en la comunidad.* Madrid: AEN, 2012.
- (16) Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness.* 2ª ed. New York: Oxford University Press, 2011.
- (17) Stern D. *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva.* Paidós: Buenos Aires, 1985.
- (18) Fonagy P, Gergely G, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York: Other Press, 2004.
- (19) Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications.* New York: Guilford, 1999.
- (20) Siegel DJ. *La mente en desarrollo.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 2007.
- (21) Reich W. *Análisis del carácter.* 3ª edición. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- (22) Reich W. *La función del orgasmo.* Buenos Aires: Paidós, 1991.
- (23) Perls F. *El enfoque guesáltico & Testimonios de terapia.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1976.
- (24) Ogden P, Minton K, Pain C. *El trauma y el cuerpo.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009.
- (25) Rothschild B. *The body remembers; the psychophysiology of trauma and trauma treatment.* New York: Norton, 2000.
- (26) Ogden P, Fisher J. *Psicoterapia sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016.
- (27) Kabat-Zinn J. *Vivir con plenitud las crisis.* Barcelona: Kairós, 2003.
- (28) Damasio AR. *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness.* New York: Harcourt Brace, 1999.
- (29) Damasio AR. *El error de Descartes.* Barcelona: Crítica, 2004.
- (30) Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry.* 1936;6:412–15.
- (31) Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Arch Gen Psychiatry.* 1975;32:995–1007.
- (32) Marcus DK, O’Connell D, Norris AL, Sawaqdeh A. Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(7):519–30.
- (33) Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy (Chic)* 2014;51(4):467–81.

- (34) Laska KM, Wampold BE. Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy*. 2014;51(4):519–24.
- (35) Karson M, Fox J. Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy. *Am J Psychother* 2010;64(3):269–81.
- (36) Constantino MJ, Boswell JF, Bernecker SL, Castonguay LG. Context-responsive integration as a framework for unified psychotherapy and clinical science: Conceptual and empirical considerations. *J Unified Psychother Clin Sci*. 2013;2:1–20.
- (37) Wampold BE, Imel ZE. *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge, 2015.
- (38) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Ortiz Sánchez D, Baldor Tubet I, González Juárez C. Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews for psychiatry and clinical psychology residents. *Psychother Res*. 2010;20(1):113–21.
- (39) Rodríguez Vega B, Melero-Llorente J, Bayón Pérez C, Cebolla S, Mira J, Valverde C, et al. Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychother Res*. 2014; 24(2):202-13.
- (40) Johnstone L, Dallos R. *La formulación en la psicología y la psicoterapia; dando sentido a los problemas de la gente*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2017.
- (41) Johnstone L, Whomsley S, Cole S, Oliver N. *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester: The British Psychological Society, 2011. Disponible en: <http://www.canterbury.ac.uk/social-and-applied-sciences/salomons-centre-for-applied-psychology/docs/resources/DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf>
- (42) Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Longden E, et al. *The Power Threat Meaning Framework: main document*. Leicester: The British Psychological Society, 2018.
- (43) Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. *El Marco de Poder, Amenaza y Significado*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2018. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- (44) Moreno Pérez A. *Teoría y práctica de la supervisión. Análisis del discurso de supervisores y psicoterapeutas*. Alcalá de Henares, Madrid: Universidad de Alcalá, 2016.

FIGURA I

Factores responsables de la eficacia de la psicoterapia



Fuente: M. Lambert, comunicación personal.