

## SALUD MENTAL

# PSICOTERAPIAS EN LA RED COMUNITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL<sup>1</sup>

(Rev GPU 2016; 12; 4: 406-412)

Alberto Fernández Liria<sup>2</sup>, Beatriz Rodríguez Vega<sup>3</sup>

**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.**

## INTRODUCCIÓN

### Por qué psicoterapias en el sector público

Las psicoterapias constituyen hoy una de las alternativas aceptadas en base de las abundantes pruebas disponibles (Lambert, 2013) para la atención a las alteraciones de la salud mental y representa, sola o en combinación con otras, la intervención de primera elección. Con base en 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 (Layard, 2006). Ello a pesar de que cada vez son más abundantes las pruebas de que estas intervenciones no solo son eficaces, sino que resultan enormemente costo-efectivas (Clark, 2011; Department of Health, 2012; Layard, 2006).

<sup>1</sup> Entre el 5 y el 9 de septiembre de 2016 se llevó a cabo en Santiago de Chile el XIV TALLER INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA, organizado por la Escuela de Salud Pública y MEDICHI, Programa de Educación a Distancia, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En este Taller Internacional, parte de la XIV Versión del Diploma de Posgrado en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Semipresencial, de dicha Facultad, participó como Profesor Internacional el Dr. Alberto Fernández Liria, uno de los líderes de la Reforma Psiquiátrica española, ex presidente de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental) y consultor internacional de la OMS. A solicitud del Comité Académico de este Diploma, el Profesor Fernández, en colaboración con la Dra. Beatriz Rodríguez Vega, ha actualizado el texto de su Conferencia de igual título, para ser publicada en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*.

<sup>2</sup> Psiquiatra Hospital Universitario Príncipe de Asturias Alcalá de Henares, Madrid, España. afliria@gmail.com

<sup>3</sup> Psiquiatra Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

En España la psicoterapia es una de las prestaciones de salud mental teóricamente obligadas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), aunque, como se reconoce en la Estrategia en Salud Mental, la oferta real dista de ser satisfactoria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

### 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 proporcionar criterios adicionales o contradictorios con esa demanda) y de costo-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 de quien lo padece en la comunidad.

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 prioritarias 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 –desde 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, apoyo y control.

El profesional responsable del caso en el marco de una atención comunitaria a la salud mental debe plantearse ayudar al paciente a explorar también sistemáticamente cuáles son las necesidades de rehabilitación, cuidados, apoyo o control 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, apoyo y control) constituyen más la regla que la excepción en los servicios de salud mental. En realidad todas las intervenciones incluyen en alguna medida los cinco 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 y el control. Pero todos incluyen los cinco componentes en alguna medida.

- En el sector público no es posible seleccionar pacientes y ello 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 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.

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 llevan 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 (Norcross, 2011). El valor de un método concreto de tratamiento está estrechamente unido al contexto relacional en el que es llevado a cabo (Norcross, 2011).

### 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 frecuentemente 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.

Ello 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 (Fernández Liria, Hernández Monsalve y Rodríguez Vega, 1997; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001, 2002; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012) 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 (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2005; Prego, Rodríguez Vega, Fernández Liria, González Cases y Gil, 2012).

La pertinencia del intento encontró *a posteriori* apoyo en las investigaciones en psicoterapia que aprueban 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 (Norcross, 2011). El valor de un método concreto de tratamiento está estrechamente unido al contexto relacional en el que es llevado a cabo (Lambert, 2013; Norcross, 2011).

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 lo 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.

Desde esta perspectiva los problemas que atendemos en la consulta se fundamentan en narrativas que sostienen un sufrimiento evitable.

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

Se trata de un punto de vista que, como hemos revisado en otros textos (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012), 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 (Cassidy y Shaver, 1999; Fonagy, Gergely y Target, 2004; Stern, 1985) y en neurobiología,

donde ha habido lugar a lo que se ha dado en llamar neurobiología relacional (Siegel, 1999).

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 destinatario 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 cuerpo, 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. El cambio se produce en ocasiones predominantemente de arriba hacia 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 ocasiones predominantemente de abajo hacia 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 (Reich, 1925, 1949), la Gestalt (Perls, 1973), las terapias corporales (Ogden y Fisher, 2015; Ogden, Minton y Pain, 2006; Rothschild, 2000) o las intervenciones basadas en mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)).

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 al día de hoy no ha sido posible demostrar tal cosa. A este fenómeno se refirieron, tomando en consideración un número creciente de trabajos Rosenzweig (Rosenzweig, 1936) y Luborsky (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975) 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). Las investigaciones más recientes (Marcus, O’Connell, Norris y Sawaqdeh, 2014) parecen indicar que la situación no ha cambiado en ochenta años y muchos esfuerzos de investigación más tarde.

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 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 (Constantino, Boswell, Bernecker y Castonguay, 2013; Karson y Fox, 2010; Laska, Gurman y Wampold, 2013; Laska y Wampold, 2014)

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 (Lambert, 2013).

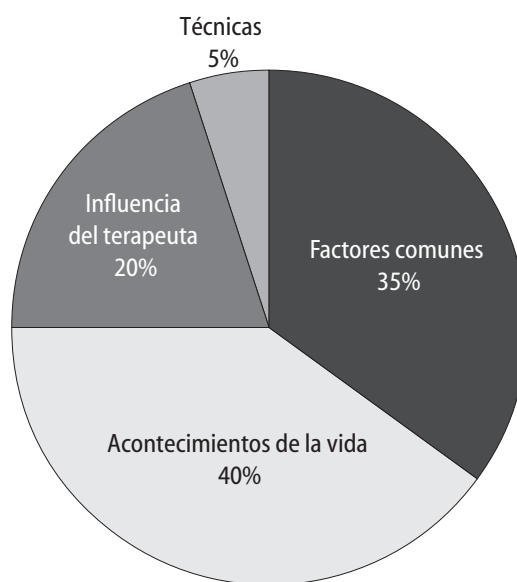


Figura 1. Factores responsables de la eficacia de la psicoterapia (M Lambert comunicación personal)

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 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 sobre la base de nuestro trabajo (Fernández Liria *et al.*, 2010)– de que pueden ser entrenadas de forma eficaz.

El 20% tiene que ver con la influencia directa de la persona del terapeuta. Ello 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 (Rodríguez Vega *et al.*, 2013)

Llama la atención que solo el 5% de la varianza puede 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 esto no hubiera 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 para ello 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 –la que llamamos psicoterapia– que permite cuestionar las narrativas que sustentan el sufrimiento y facilitar el 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, desde la que es posible participar en la conversación que permite cuestionar la narrativa inicial, anclada en la queja, del paciente 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 (Division of Clinical Psychology, 2011; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001; Johnstone y Dallos, 2013) 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 mejor para intentar que pueda encontrar una solución a su problema?”
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 el trabajo de

- otros muchos miembros de los equipos interprofesionales, como médicos y enfermeros de atención primaria, enfermeros especialistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales requieren 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 más adelante.

### 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 1990, 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 (Moreno Pérez, 2016).
3. El trabajo con la persona del terapeuta que incluye al menos
  - 3.1. Grupos de Dificultades en la Adquisición del Rol de Terapeuta.
  - 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 (Rodríguez Vega *et al.*, 2013).
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 (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002) que ha sido sometida a validación empírica (Fernández Liria *et al.*, 2010).
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 on-line con actividades presenciales para poder poner en juego de manera más eficiente estos elementos.

### REFERENCIAS

1. Cassidy J, Shaver PR (1999). Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. New York: Guilford
2. Clark DM (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 23(4), 318-27. doi: 10.3109/09540261.2011.606803
3. Constantino MJ, Boswell JF, Bernecker SL, Castonguay LG (2013). Context-responsive integration as a framework for unified psychotherapy and clinical science: Conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1-20
4. Damasio AR (1994). *Descartes' Error: emotions, reason and the human brain* (Trad cast: El error de Descartes. Barcelona: Crítica, 2004). New York: Grosset/Putnam
5. Damasio AR (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace
6. Department of Health. (2012). IAPT three-year report: The first million patients, (November), 1-44. Retrieved from [www.dh.gsi.gov.uk](http://www.dh.gsi.gov.uk)
7. Division of Clinical Psychology. (2011). *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: The British Psychological Society. Retrieved from <http://www.canterbury.ac.uk/social-and-applied-sciences/salomons-centre-for-applied-psychology/docs/resources/DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf>
8. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (1997). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN

9. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2005). La formación en psicoterapia y la óptica de las narrativas. *Monografías de Psiquiatría*, XVII(3), 35-41
10. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2001). La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer
11. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2002). Habilidades de entrevista para psicoterapeutas (Con ejercicios del profesor). Biblioteca de psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer
12. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Ortiz Sánchez D, Baldor Tubet I, González Juárez C (2010). Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews for psychiatry and clinical psychology residents. *Psychotherapy Research*, 20(1), 113-121. doi: 916174177 [pii] 10.1080/10503300903131907 ET - 2009/10/27
13. Fonagy P, Gergely G, Target M (2004). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press. Retrieved from [http://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=EDHi3N-ebykC&oi=fnd&pg=PR5&sig=rwUPopwk-uYgxce4\\_DHXk9c3vBQ&dq=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&prev=http://scholar.google.com/scholar?q=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&hl=es&lr=](http://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=EDHi3N-ebykC&oi=fnd&pg=PR5&sig=rwUPopwk-uYgxce4_DHXk9c3vBQ&dq=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&prev=http://scholar.google.com/scholar?q=Affect+regulation,+mentalization,+and+the+development+of+the+self&hl=es&lr=)
14. Johnstone L, Dallos R (2013). Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making sense of people's problems. (L. Johnstone & R. Dallos, Eds.) (2nd ed.). London: Routledge
15. Kabat-Zinn J (1990). Full catastrophe living (Trad cast: vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós, 2003). New York: Bantam Dell
16. Karson M, Fox J (2010). Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), 269-81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21043333>
17. Lambert MJ (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed) (pp. 169-218). New York: Wiley
18. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE (2013). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 467-481. doi: 10.1037/a0034332
19. Laska KM, Wampold BE (2014). Ten Things to Remember About Common Factor Theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524
20. Layard R (2006). The case for psychological treatment centres. *BMJ*, 332(7548), 1030-1032
21. Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975). Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1007
22. Marcus DK, O'Connell D, Norris AL, Sawaqdeh A (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530. doi: 10.1016/j.cpr.2014.08.001
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). 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. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf>
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Retrieved from [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/ms\\_naspain\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_naspain_es.pdf)
25. Moreno Pérez A (2016). Teoría y Práctica de la supervisión. Análisis del discurso de supervisores y psicoterapeutas. Universidad de Alcalá
26. Norcross JC (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001
27. Ogden P, Fisher J (2015). Sensoriomotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment (Trad cast: Psicoterapia Sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego, Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016). New York: Norton
28. Ogden P, Minton K, Pain C (2006). Trauma and the body (Trad cast: El trauma y el cuerpo. Bilbao: Desclée de Bouwer). New York: Norton
29. Perls F (1973). The gestalt approach & eye witness to therapy (trad cast: El enfoque gestáltico y testimonios de terapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1976). Palo Alto (California): Science & Behavior Books
30. Prego R, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, González Cases J, Gil D (2012). Formación especializada no reglada. In M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: AEN
31. Reich W (1925). Die Funktion des Orgasmus: Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens (Trad Cast: La función del orgasmo, Buenos Aires: Paidós, 1991)
32. Reich W (1949). Der triebhafte Charakter : Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich (Trad Cast: Análisis del carácter, 3ª edición. Buenos Aires: Paidós, 1972)
33. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A (2012). *Terapia narrativa de la depresión basada en la atención plena*. Bilbao: Desclée de Brouwer
34. Rodríguez Vega B, Melero-Llorente J, Bayon Pérez C, Cebolla S, Mira J, Valverde C, Fernández-Liria A (2013). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research*, 00(00), 1-12. doi: 10.1080/10503307.2013.838651
35. Rosenzweig S (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
36. Rothschild B (2000). *The body remembers; the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton
37. Siegel DJ (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée, 2007). New York: Guilford
38. Stern D (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology* (Trad cast: El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós: Buenos Aires, 1985). New York: Basic Books