Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2019. Vol. 40(1), pp. 1-14
https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877
http://www.papelesdelpsicologo.es
http://www.psychologistpapers.com

Artículo en prensa

LA PSICOTERAPIA COMO CIENCIA HUMANA, MÁS QUE TECNOLÓGICA

PSYCHOTHERAPY AS A HUMAN SCIENCE, MORE THAN TECHNOLOGICAL ONE

Marino Pérez-Álvarez
Universidad de Oviedo

El panorama actual de la psicoterapia es tan próspero como desconcertante. Diferentes terapias muestran una eficacia comparable. La práctica basada-en-la-evidencia ha dado paso a una resaca de otros movimientos. La investigación de procesos lleva camino de un archipiélago de "nichos de investigadores". A fin de clarificar este panorama, se ha acudido a la filosofía de la ciencia. La filosofía de la ciencia ha permitido identificar diferentes epistemologías, reabrir la distinción entre ciencia natural positiva y ciencias humanas y resituar la psicoterapia del lado de estas últimas. Como ciencia humana, la psicoterapia sería ante todo una actividad relacional holista contextual centrada en la persona y basada en valores, más que una actividad científico-técnica centrada en "mecanismos averiados. El modelo contextual de Wampold y un enfoque fenomenológico-existencial son hitos de esta "nueva vida" de la psicoterapia, más humana que tecnológica-impersonal.
Palabras clave: *Modelo contextual, Enfoque fenomenológico-existencial, Practica-basada-en-la-evidencia, Evidencia-basada-en-la-practica, Hipótesis-del-mundo (Pepper).*

The current landscape of psychotherapy is as prosperous as it is disconcerting. Different therapies show comparable efficacy. Evidence-based practice has given way to a backwash of different movements. Psychotherapy process research leads to an archipelago of "niches of researchers". In order to clarify this panorama, we have turned to the philosophy of science. The philosophy of science has made it possible to identify different epistemologies, reopen the distinction between positive natural science and human sciences and resituate psychotherapy on the human science side. As a human science, psychotherapy is, above all, a contextual holistic relational activity, person-centered and values-based, rather than a scientific-technical activity centered on "faulty mechanisms". Wampold's contextual model and a phenomenological-existential approach are milestones of this "new life" of psychotherapy, which is more human than technological-impersonal.
Key words: *Contextual model, Phenomenological-existential approach, Evidence-based practice, Practice-based evidence, World hypothesis (Pepper).*

LA PSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO DE TRES PROBLEMAS CANDENTES

El título alude al gran debate actual acerca de la caracterización de la psicoterapia de acuerdo con un énfasis tecnológico en un marco de ciencia natural o un énfasis relacional en un marco de ciencia humana. Este debate se está planteando tanto en psicología (Deacon, 2013; Healy, 2017; Slife y Christensen, 2013; Wampold e Imel, 2015), como en psiquiatría (Bracken, 2014; Bracken et al, 2012; Stanghellini y Mancini, 2017; Vispe y Valdecasas, 2018). Siendo en realidad un debate perenne, salta al primer plano en el contexto de ciertos problemas candentes. Se refiere en particular al persistente pájaro Dodo, a la resaca de la práctica-basada-en-la-evidencia y a la proliferación de procesos y dimensiones transdiagnósticas. Tras el repaso de estos problemas, se replantea el debate en términos de filosofía de la ciencia, en orden a refundar la psicoterapia como sugiere el título.

El pájaro Dodo, vivo y coleando

El pájaro Dodo, referente a la similar eficacia de diferentes psicoterapias, sigue vivo y coleando. Si como ave es una especie extinguida, como emblema según el cual "Todo el mundo ha ganado y todos deben tener premios", sigue vivo (Figura 1). Aun cuando ya no estamos hablando de cientos de psicoterapias (González-Blanch y Corral-Fernández, 2017), el pájaro Dodo sigue campando a sus anchas. Diferentes psicoterapias, además de la terapia cognitivo-conductual, han mostrado su eficacia como la psicodinámica (Leichsenring, Leweke, Klein y Steinert, 2015; Steinert, Munder, Rabung, Hoyer y Leichsenring, 2017), la humanista (Elliott, Greenberg, Watson y Timulak, 2013; Mullings, 2017), la existencial (Hale y Stephenson, 2017; Vos, Craig y Cooper, 2015) y la sistémica (Pinquart, Oslejsek y Teubert, 2016; Pol et al, 2017).

Recibido: 25 junio 2018 - Aceptado: 13 agosto 2018
Correspondencia: Marino Pérez Álvarez. *Facultad de Psicología. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. España.*
E-mail: marino@uniovi.es

Texto de la conferencia, con el mismo título, ofrecida en Las III Jornadas Nacionales de Psicoterapia organizadas por el consejo General de la Psicología el 22 de junio de 2018

Siendo la terapia cognitivo-conductual la más representada en los estudios de eficacia, importa señalar que no es superior a otras ni siquiera en depresión (Cuijpers, Cristea, Karyotak, Reijnders y Huibers, 2016; Driessen et al, 2017; Wampold et al, 2017), como para reclamar el "estándar de oro" de la psicoterapia (David, Cristea y Hofmann, 2018), como tampoco ninguna otra (Leichsenring et al, 2018). Esto no quiere decir que no haya unas terapias más eficaces o eficientes que otras en determinados problemas. La cuestión que se quiere enfatizar es que ninguno de los enfoques citados se puede descartar por falta de eficacia en muchos problemas. Por ejemplo, para la depresión hay al menos seis terapias de mostrada eficacia: cognitivo-conductual, activación conductual, interpersonal, solución-de-problemas, apoyo-no-directivo y psicodinámica de corta duración (Cuijpers, 2017).

El problema ya no sería tanto la eficacia como la eficiencia y el coste-beneficio. A este respecto, resulta tan prometedor como desconcertante ver que terapias aparentemente simples y a la vez diferentes entre sí no son sin embargo menos eficaces que la terapia cognitivo-conductual. Se refiere a la activación conductual (Finning et al, 2017; Richard et al, 2016) y un asesoramiento genérico ("generic counseling", Pybis, Saxon, Hill y Barkham, 2017). No se trata de cuestionar la terapia cognitivo-conductual (cuyo mérito es indiscutible), sino de abrir la cuestión acerca de la naturaleza de este fenómeno: cómo es que existen diferentes psicoterapias, algunas más sencillas que otras, que son similares en eficacia. La práctica basada en la evidencia no parece que haya resuelto el problema.

FIGURA 1
LEWIS CARROLL (1865): AVENTURAS DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS (CAPÍTULO 3)

Resaca de la práctica-basada-en-la-evidencia

El movimiento de la práctica-basada-en-la-evidencia (PBE) ha dejado tras de sí una *resaca* después de venir a decir lo que funciona y no funciona en psicoterapia. Ahora, además de una cuestionada PBE, hay práctica-basada-en-las relaciones, evidencia-basada-en-la-práctica, terapeutas-basados-en-la-evidencia y nuevas "guerras de la terapia". Como se recordará, la PBE deriva de la medicina basada en la evidencia a partir de 1992 de donde llegaría a la psiquiatría. Su extensión a psiquiatría se plasmó en guías psiquiátricas. Las guías psiquiátricas con su sesgo pro-medicación dejaban las terapias psicológicas prácticamente fuera del mapa. En este contexto se hicieron necesarias guías de tratamientos psicológicos eficaces (Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003).

Se ha mostrado que para la mayoría de los numerosos trastornos hay terapias psicológicas eficaces e incluso ventajosas respecto de la medicación, sin los efectos secundarios de ésta y con mejorías perdurables más allá del tratamiento (Pérez-Álvarez et al, 2003). Aun cuando las guías psicológicas eran transteóricas, lo cierto es que la terapia cognitivo-conductual era la más representada. Terapia cognitivo-conductual y PBE llegarían a ser términos prácticamente sinónimos. Si bien la disponibilidad de guías de tratamientos psicológicos eficaces era un camino a recorrer, como se decía en el último capítulo del tercer volumen ("Camino recorrido y tarea futura de los tratamientos psicológicos"; Pérez-Álvarez et al, 2003), no era el camino a seguir, abocado a continuas carreras-de-caballos. La tarea futura, se decía entonces, sería la desmedicalización de los problemas y los tratamientos psicológicos, según los concibe la PBE.

Un paso en este sentido se podría ver en el "desmontaje" de los trastornos como supuestas entidades naturales mostrando su "invención" y en la reivindicación de un modelo contextual de psicoterapia frente al modelo médico dominante en las guías (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez, 2018a; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007). Con el tiempo, la propia medicina basada en el evidencia entraría en crisis (Greenhalgh, Howick y Maskrey, 2014), así como su extensión a la psiquiatría (Bracken et al, 2012; Gupta, 2014).

Irónicamente, la PBE trajo una resaca saludable en la forma de varios movimientos reactivos. Así, surgió la práctica basada en las relaciones. Una serie de cualidades de la relación terapéutica como la alianza de trabajo, la empatía, la aceptación y el feedback del paciente entre otras pasaron al primer plano como el alma y el corazón de la psicoterapia (Duncan, Miller, Wampold y Hubble, 2010). La psicoterapia humanista no sólo vuelve al mapa del que parecía quedar fuera con la PBE, sino que protagoniza el "gran debate" de la psicoterapia entre las técnicas y las relaciones (Wampold e Imel, 2015). La propia medicina basada en el evidencia reclama como salida de sus crisis "el contexto de una relación clínico-paciente humanista y profesional." (Greenhalgh et al, 2014, p. 5).

Por su parte, la evidencia basada en la práctica estudia los efectos de los tratamientos psicológicos como se aplican en la

práctica clínica rutinaria, sin escoger los pacientes, contando con los clínicos existentes y sin constreñir la aplicación a un protocolo, como la PBE (Barkham, Hardey y Mellor-Clark, 2010). Mientras que la PBE apuesta por la validez interna, sin asegurar su aplicabilidad real, la evidencia basada en la práctica apuesta por la validez ecológica representativa de los contextos reales. Dada la complejidad de aspectos implicados en cada caso clínico, una investigación orientada a la práctica, en vez de orientada a un protocolo, parece más aplicable. Sin renegar de los ensayos aleatorizados controlados, santo y seña de la PBE, se rehabilitan los estudios de caso como fuente de conocimiento derivado de la práctica clínica (McLead y Elliott, 2011; Stiles, 2010). Los estudios aleatorizados controlados siguen siendo importantes, incluyendo el triple ciego cuando sea posible como en el neurofeedback para el TDAH (Pérez-Álvarez, 2018a) y por ejemplo quizá también en el EMDR.

Tras el énfasis en las técnicas surge el movimiento centrado en la pericia del terapeuta, para el caso, terapeutas basados en la evidencia (Galán Rodríguez, 2018; Miller, Hubble, Chow y Seidel, 2013). Se refiere a la excelencia clínica alcanzada por los psicoterapeutas, resultante de su experiencia cualquiera que sea el modelo de psicoterapia. Lo cierto es que la variabilidad dentro de la misma terapia es mayor que entre terapias diferentes (Wampold e Imel, 2015, p. 259). Aun cuando se centra en el clínico, el modelo de la psicoterapia no deja de ser relevante. Como dice Antonio Galán Rodríguez: "Para ser un "superloquero" ["supershrink"] no habría que ajustarse a protocolos de tratamiento específicos, ni desarrollar las habilidades diagnósticas, sino añadir al modelo terapéutico elegido una serie de prácticas concretas que generarían un "ciclo de excelencia" (Galán Rodríguez, 2018, p. 15). Se refiere aquí a la *práctica deliberada* (Ericsson y Pool, 2017). El Cuadro 1 sitúa la práctica deliberada dentro del "ciclo de excelencia".

La práctica deliberada es una práctica intencional continuamente monitorizada por uno mismo en orden a un sucesivo perfeccionamiento (Galán Rodríguez, 2018; Gimeno-Peón, Barrio-Nespereira y Prado-Abril, 2018; Prado-Abril, Sánchez-Reales e Inchausti, 2017; Rousmaniere, Goodyear, Miller y Wampold, 2017). La práctica deliberada no es mera práctica profesional con "mucha experiencia". La experiencia no hace a uno necesariamente experto, incluyendo médicos (Ericsson y Pool, 2017, p. 148). La condición de experto, pericia o excelencia supone continua práctica deliberada más allá de las preconcepciones y acomodaciones rutinarias. Puede en efecto que mucha experiencia sea perjudicial, como aquella de Charcot viendo en la práctica clínica lo que él mismo inducía con sus procedimiento, como los infalibles diagnosticadores de TDAH hoy en día y no solo estos (Pérez-Álvarez, 2018a; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007).

Sin menoscabo de su obvio interés, el ciclo de la excelencia tiene visos de una arrogancia similar a la de la PBE, sin que al final suponga probablemente la salida a la balcanización de la psicoterapia como creen sus proponentes (Miller et al, 2013, p. 91). Difícilmente se puede concebir que un método de aprendizaje genérico, externo, abstracto sea la "solución final" de la pluralidad de la psicoterapia, cuya pluralidad es inherente a la naturaleza de las cosas, no el resultado de profesionales hasta ahora incompetentes. No obstante, los clínicos, como sus pacientes, siempre pueden mejorar.

Después de todo, la PBE acabó con la "edad de la inocencia" (Pérez-Álvarez et al, 2003, cap. 1 del vol. 1), moviendo a las distintas psicoterapias a mostrar su eficacia, en vez de darla por hecho. Ahora están de nuevo en el mapa, sin que falten incluso "guerras de la terapia" según el titular del periódico británico *The Guardian* referido a la "revancha de Freud" respecto de la terapia cognitivo-conductual (Burkeman, 2016). El Cuadro 2 trata de resumir la resaca tras la fiesta de la evidencia.

Proliferación de procesos y dimensiones transdiagnósticas

El estudio de procesos tanto más que el de resultados es el tema de nuestro tiempo en psicoterapia (Hayes y Hofmann, 2018; Holmes et al, 2018; Kazantzis, 2018; Leichsenring, Steinert y Crits-Christoph, 2018; Liddle, 2016). Siendo que las psicoterapias funcionan aun cuando no se sabe a ciencia cierta cómo, surge el estudio de los procesos y mecanismos, supuesto que sea cosa de mecanismos. Otro tema del día emparentado con el anterior es el estudio de dimensiones transdiagnósticas: procesos comunes subyacentes a distintas topografías diagnósticas.

CUADRO 1
COMPONENTES DEL CICLO DE EXCELENCIA

✔ Determinación de la linea-base de la propioa efectividad (cómo lo haces)	
✔ Feedback del progreso del cliente (GPS del curso de la terapia)	Existen breves escalas, de pocos items, sobre el progreso dell cliente y la calidad de la relación
✔ Práctica deliberada	Empieza por dejar tiempo para la reflexión sobre el feedback recibido. La implicación, el enganchamiento, la empatía, la flexibilidad y la reparación de rupturas en la relación son algunas cualidades que pavimentan el camino de la excelencia

CUADRO 2
FIESTA Y RESACA DE LA PBE

Fiesta de la evidencia:
- Medicina basada en la evidencia
-- Psiquiatría basada en la evidencia: guías psiquiátricas
------ Guías de tratamientos psicológicos eficaces
(Tratamientos que funcionan)

Resaca de la evidencia:
- Práctica basada en la relaciones
-- Evidencia basada en la práctica
------ Terapuetas basados en la evidencia (excelencia clínica)
---------- "Guerras de psicoterapia"

Artículo en prensa

El movimiento transdiagnóstico surge como alternativa al crecimiento desmesurado de categorías diagnósticas. Nominalmente, el término aparece en 2003 en el contexto de la terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). El 2012 fue un buen año para el transdiagnóstico en España a juzgar por el monográfico dedicado por la *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (vol. 17, nº 3) y el libro *Las raíces de la psicopatología moderna* donde se describen al menos trece condiciones patógenas comunes a una diversidad de diagnósticos (Pérez-Álvarez, 2012). El reciente nº 100 de 2018 de la *Revista de Psicoterapia* dedicado al transdiagnóstico, sugiere su persistente actualidad.

Con todo, el año decisivo del transdiagnóstico quizá fue el 2013 con el lanzamiento de los Criterios de los Dominios de Investigación (RDoC: Research Domain Criteria). Los RDoC son la alternativa transdiagnóstica del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU al DSM-5 tras su rechazo por carencia de validez para la investigación psiquiátrica. No obstante, el DSM-5 saldría adelante, podríamos decir, clínicamente muerto, por más que se siga usando (quizá un caso de "prevaricación"). Como es sabido, el desiderátum del proyecto RDoC es llegar a identificar "circuitos neuronales averiados" que se suponen en la base de los trastornos, dentro de una psiquiatría reconcebida como neurociencia clínica. Hasta ahora su mayor aportación ha sido poner en crisis los sistemas diagnósticos (DSM; CIE) y abrir la veda transdiagnóstica. Las alternativas transdiagnósticas crecen ahora como las setas: cantidad de ellas en forma de paraguas cubriendo una variedad de diagnósticos donde nunca faltan la ansiedad y la depresión.

La mayoría de los enfoques psicoterapéuticos juega en casa, menos la terapia cognitivo-conductual *apostada* a los sistemas diagnósticos. Sin embargo, todos se aprestan a exhibir su versión transdiagnóstica. Quizá por jugar en el bando diagnóstico, la terapia cognitivo-conductual es ahora la más prolífica en reproducir versiones transdiagnósticas, bien es cierto que, como los conejos, todas muy parecidas: pensamiento catastrófico, pensamiento repetitivo, pensamiento automático, preocupación, rumia, etc., eso sí, cada una con sus autores de referencia. Incluso enfoques transdiagnósticos de toda la vida como el conductual-contextual, el psicodinámico y el sistémico se presentan bajo la marca transdiagnóstica (Dindo, Van Liew y Arch, 2017; Leichsenring y Salzer, 2014; Liddle, 2016), como también el cognitivo-conductual (González-Blanch et al, 2018).

Dos problemas cabe observar en la *deriva* transdiagnóstica, dentro de la refrescante alternativa que representa. De un lado, está la proliferación de alternativas al extremo de llegar a ser tantas o más que las categorías diagnósticas que se supone venía a superar. De otro lado, está la continua referencia a las mismas categorías diagnósticas. Para cada uno de los problemas, se abre a su vez una doble salida.

La proliferación de alternativas plantea la razonable búsqueda de una posible dimensión general. Esta búsqueda lleva a dos soluciones diferentes resultantes de los enfoques y métodos utilizados:

a) Un factor "p" de psicopatología general a imagen y semejanza del factor "g" de inteligencia general, resultante de métodos estadísticos (análisis factorial, confirmatorios) (Caspi et al, 2014). El problema del factor "p" es que puede ser más que nada un artefacto estadístico ("necesidad matemática") que se presta a la reificación causal (van Bork, Epskamp, Rhemtulla, Borsboom y van der Maas, 2017).
b) Una condición patógena implicada por las distintas alternativas transdiagnósticas consistente en una suerte de bucle de hiper-reflexividad, resultante de una destilación conceptual (metasíntesis) (Pérez-Álvarez, 2008; 2012; 2018b). La ventaja de un enfoque como este es que conlleva una concepción de trastorno, en este caso, como bucle (situación, circuito, entrampamiento vital) en el que se ven envueltas las personas dadas las circunstancias. El bucle de hiper-reflexividad tiene un sentido meta-transdiagnóstico, no una alternativa transdiagnóstica más.

Por su lado, la continua referencia a las categorías diagnósticas al uso, lleva también a una doble cuestión:

c) Si la referencia a categorías clínicas es inevitable de momento, entre tanto se implante el lenguaje transdiagnóstico. Este no parece ser el caso.
d) Si la referencia a categorías es en realidad imprescindible, lo que seguramente es el caso. Siendo así, las categorías no tendrían por qué ser en base a síntomas (5 de 10 tipo DSM). Una categorización con base en prototipos (gestáltica, estructural) sería más adecuada en psiquiatría y psicología (Parnas, 2015; Stanghellini y Mancini, 2017). El gran reto aquí es tratar de compatibilizar la bienvenida perspectiva transdiagnóstica con la imprescindible categorización psicopatológica. Un enfoque fenomenológico puede ser el más apropiado, a la vez dimensional y estructural (González Pando et al, 2018; Pérez-Álvarez, 2017; 2018b; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2018; Stanghellini y Mancini, 2017).

El estudio de los procesos aboca igualmente a una proliferación de ellos sin parar. Cabe imaginar un archipiélago de nichos científicos, poblados de investigadores con "picos" especializados en extraer hipótesis acerca de los procesos que estudian y de los que viven, como los pinzones de las islas Galápagos con sus picos especializados en función del alimento disponible. Permítase la "irreverencia" de la Figura 2 como instrumento crítico (Galán Rodríguez, 2018) comparando la proliferación de procesos con los picos de los pinzones.

Es previsible también que abunden las teorías tipo "cepillo de dientes" según la imagen de Walter Mischel de manera que cada cual tendrá la suya y no querrá usar la de los demás (Mischel, 2009). Por lo pronto, habrá procesos neurofisiológicos (vía RDoC), cognitivo-conductuales (Hayes y Hofmann, 2018), psicodinámicos (Leichsenring et al, 2018), sistémicos (Liddle, 2016), etc. Por otro lado, se han identificado ochenta y tres teorías de cambio psicológico (Michie, West, Campbell, Brown y Gainforth, 2014).

Si se repara en los dos planteamientos recientes probablemente más influyentes como son el documento de la *Lancet Psychiatry Commission* sobre la investigación en tratamientos psicológicos (Holmes et al, 2018) y el texto basado en los estándares para la formación doctoral en terapia cognitivo-conductual (*Process-based CBT*; Hayes y Hofmann, 2018), no se puede por menos de ver su *parcialidad*. En la misma línea estaría un importante trabajo de destacados autores españoles en *Clínica y Salud* (Tortella-Feliu et al, 2016) así como el número especial de *Cognitive Therapy & Research* (Kazantzis, 2018). La distinción de Barlow entre psicoterapia y tratamientos psicológicos reservando esta última denominación para los tratamientos empíricamente apoyados (Barlow 2004), no nos resuelve el problema porque es insostenible a tenor de lo dicho, amén de tendenciosa.

En primer lugar, estos planteamientos son parciales por centrarse en una parcela de la psicoterapia realmente existente, típicamente cognitivo-conductual, sin contemplar el mapa donde figuran otras terapias no menos eficaces. Son parciales también por el enfoque científico natural (mecanicista) que adoptan dogmática y acríticamente, sin contemplar en este caso la existencia y legitimidad no menos científica de un enfoque de ciencia humana, acaso más adecuado a la naturaleza de la psicoterapia (Bracken, 2014; Healy, 2017; Maj, 2014; Rennie, 1994; Stanghellini y Mancini, 2017).

Resumiendo

Se han revisado tres problemas de la psicoterapia sin duda desafiantes y un tanto enigmáticos. Se ha visto que persisten diferentes psicoterapias con una eficacia similar, algo que sería chocante en medicina (excepto en psiquiatría). Sin negar que haya terapias más eficaces que otras para determinados problemas, la cuestión enfatizada es que ninguna de las grandes tradiciones se puede descartar por ineficaz o pseudocientífica. Se ha visto también que la PBE, lejos de dirimir entre psicoterapias que funcionan y no funcionan, las ha reafirmado. Se ha visto finalmente que la búsqueda de procesos y dimensiones transdiagnósticas, por más que lógica, aboca a una proliferación que no hace sino reproducir a otro nivel el desconcertante problema de la pluralidad.

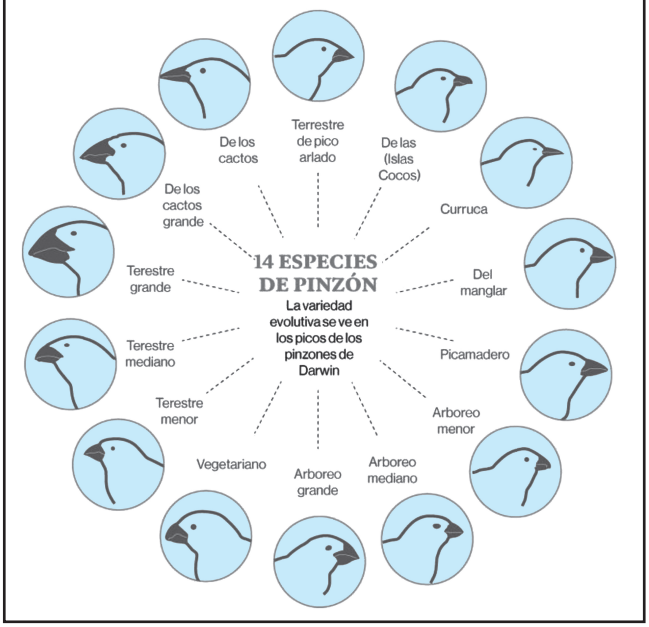
Dos grandes alternativas se abren aquí. Una, la fácil, consistiría en no leer más que lo que encaja con el enfoque de uno. En la propia caverna no hay problema. Los demás enfoques no existen, están desapareciendo o son estúpidos. La otra consiste en tratar de entender la variedad de cavernas que pueblan el campo sin suponer que los demás son *cavernícolas*, si acaso no más que uno. Para este entendimiento sería necesario ponerse por encima del propio enfoque, en un plano transteórico, metacientífico, no meramente científico, en términos de filosofía de la ciencia. ¡Quién lo iba a decir que la filosofía tuviera que ver en esto! Tiene que ver, de un lado, porque el problema, como se ve, no se resuelve en términos científico-empíricos y, de otro, porque la propia pluralidad de concepciones revela una cuestión filosófica de base.

FILOSOFÍA DE LA CIENCIA APLICADA A LA PSICOTERAPIA: DE POPPER A PEPPER

La necesidad de la filosofía de la ciencia se reconoce hoy día en la psicología clínica (Hugues, 2018; Klepac et al, 2012; Lilienfeld, 2016). Por ejemplo, la revista *Clinical Psychological Science* se propone una línea editorial que enfatiza la filosofía de la ciencia, la historia de la psicología y la meta-ciencia como remedio al "poco tiempo dedicado a la autorreflexión y el auto-escrutinio" (Lilienfeld, 2016, p. 4). Los citados estándares para la formación cognitivo-conductual justifican su inclusión en la formación clínica sobre la base de que "todas las actividades científicas se enraízan en asunciones filosóficas acerca del tipo de observaciones que constituyen los datos relevantes, los modelos causales y las consideraciones teóricas adecuadas. Variaciones en estas asunciones conducen a diferentes prácticas científicas." Dentro de esto, la formación se centra únicamente en las "'cosmovisiones' descritas como conductismo metodológico (mecanicismo) y contextualismo/constructivismo (un tipo de pragmatismo)" (Klepac et al, 2012, p. 691).

El citado texto *Process-based CBT* (Hayes y Hofmann, 2018) incluye un flamante capítulo sobre teoría de la ciencia aplicada en clínica (Hugues, 2018) cuyo título sirve a esta sección. Sin embargo, a pesar de tener como marco las diferentes cosmovisiones de Stephen Pepper en su obra *Hipótesis del mundo* (Pepper, 1942/1970), la aplicación de Sean Hugues (2018) sigue siendo parcial. Por lo que aquí respecta, también se va a aplicar el enfoque de Pepper. Para empezar, el enfoque de Pepper tiene más alcance que el típico enfoque positivista de la ciencia representado por Karl Popper. Popper se ha convertido

FIGURA 2
LOS PICOS DE LOS PINZONES COMO "IRREVERENCIA"
COMPARATIVA DE LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS



en el modo de pensar por defecto (sin pensar) en la concepción científica de la psicología. El enfoque de Popper en realidad no describe cómo se hace la ciencia pero, curiosamente, los investigadores empezando por los psicólogos suelen exponer lo que hacen en términos popperianos (hipótesis, confirmación, etc.).

Cuatro grandes sistemas filosóficos

Las hipótesis del mundo, sistemas filosóficos o cosmovisiones de Pepper cubren prácticamente todas las teorías de la ciencia que están funcionado explícita o implícitamente en psicología, lo que permitirá su ubicación en un mapa. Pepper identifica seis hipótesis del mundo: animismo, misticismo, formismo, mecanicismo, organicismo y contextualismo, descritas sobre la base de una metáfora-raíz o concepto-fuerza. Dejando de lado las dos primeras, nos quedamos con las otras cuatro. Cada teoría o hipótesis ofrece una concepción de lo qué es el mundo (ontología) y de cómo se obtiene su evidencia (epistemología).

El *formismo* tiene su metáfora-raíz en la *similitud* entre las cosas, reveladora de la clase o categoría de la que forman parte. La complejidad y variedad del mundo responde en realidad a *formas* generales subyacentes. Su operación básica es la clasificación. Las clasificaciones diagnósticas, algoritmos y protocolos, con su base estadística, son ejemplos de formismo en psicología. El formismo tiene ganado prestigio científico por su doble afinidad con el realismo y el idealismo. Por un lado, supone una progresiva aproximación a la realidad-ahí con muestras cada vez más grandes, varianzas explicadas y análisis confirmatorios. Por otro, supone también el descubrimiento de formas latentes a partir de los datos amorfos a expensas de su análisis y procesamiento. El problema del formismo es que las propias clasificaciones establecen la realidad que creen describir y a menudo terminan por cosificar.

El *mecanicismo* tiene su metáfora-raíz en la *máquina* como modelo del mundo. Artilugios de uso cotidiano siempre han "seducido a la razón" para entender a su imagen y semejanza el funcionamiento del mundo y del ser humano, desde el reloj, el alambique y el sistema hidráulico de los jardines que tanto fascinara a Descartes, hasta el ordenador. La ciencia moderna tienen su base en la concepción mecánica del mundo. El mecanicismo asume que los fenómenos del mundo se entienden al analizarlos en sus partes, cada una con sus funciones en relación con las otras, de acuerdo a secuencias de antecedentes-consecuentes o causas-efectos. El ordenador tiene hoy seducida, fascinada y abducida a la psicología como modelo del funcionamiento de la mente y el cerebro. La psicología cognitiva o cognitivo-conductual así como la neurociencia cognitiva son *pasto* del procesamiento. El problema del mecanicismo es que ha terminado por confundir una metáfora con la realidad. Así, reduce fenómenos humanos a procesos mecánicos (procesamiento, computación). Su divisa viene a ser: "pienso, luego me comporto y emociono", donde pensar se ha trasmutado en cogniciones-*antecedentes* de conductas y emociones *consecuentes* (el típico enfoque cognitivo-conductual).

El *organicismo* tiene su metáfora en el *organismo* viviente como estructura de partes dentro de un todo. La relación parte-todo incluye también las relaciones del organismo con el entorno poblado de otros organismos. El organicismo entiende que los fenómenos del mundo constituyen partes de un todo más amplio como la sociedad y los procesos históricos. La concepción mecánica a la que se prestan los organismos en la perspectiva mecanicista dominante está siendo reconceptualizada en los términos del organicismo de acuerdo con la filosofía procesual de la biología (Nicholson, 2018). Dentro de la psicología clínica destacan diversas tradiciones incluyendo la psicodinámica relacional (intersubjetiva), la humanista-experiencial y la fenomenológica-existencial entre otras. El problema del organicismo (holismo) es su marginación de la psicología académica, a pesar de representar probablemente la más genuina tradición de la psicología.

El *contextualismo* tiene su metáfora-raíz en el *acto-en-contexto*. Los actos constituyen eventos insertos en tramas según transcurre la vida. Como sistema filosófico, el contextualismo tiene afinidad con el pragmatismo, así como con la citada filosofía procesual actual. Dentro de la psicología, su afinidad más destacada es con el conductismo radical (no confundir con metodológico), pero no la única. De hecho, hay una variedad de contextualismos además del contextualismo funcional (heredero del conductismo radical en la base de las terapias contextuales de "tercera generación"), como el contextualismo narrativo (Sarbin), sociohistórico (Ratner, Vygotsky), hermenéutico, constructivista, etc. (Hayes, Hayes, Reese y Sarbin, 1993). Dentro del psicoanálisis está el contextualismo fenomenológico (radicalmente intersubjetivo) derivado de una reelaboración de Freud a partir de Heidegger. Por su parte, el enfoque sistémico sería también un ejemplo de contextualismo. No en vano el nombre "terapia contextual" fue acuñado para una terapia familiar (Boszormenye-Nagy, Goldenthal), antes de las famosas terapias contextuales de tercera generación. El problema del contextualismo está en la eventual dilución del sujeto dentro de una trama, marco relacional o sistema de relaciones, así como en la negación de posibles categorías unificadoras de la experiencia, con su énfasis en el cambio, la novedad y el fluir. El Cuadro 3 resume las hipótesis del mundo según Pepper aplicadas a la psicología.

Al final, dos filosofías: ciencia natural versus ciencia humana

Los sistemas filosóficos son más o menos fluidos y avenidos unos con otros. Así, el formismo y el mecanicismo guardan una afinidad entre sí, como también por su lado el organicismo y el contextualismo. Cada uno de estos pares se corresponde respectivamente con la distinción clásica entre ciencia natural positivista y ciencia humana holista-contextual. En general, la corriente principal de la psicología se ha arrogado su identificación como ciencia natural a cuenta del método científico positivista. No en vano, las "dos disciplinas de la psicología científica": correlacional y experimental (Cronbach, 1957), se corresponden con formismo y mecanicismo, si bien la correspondencia psicología experimental y mecanicismo es menos

precisa que la de psicología correlacional y formismo. La psicología que se inscribiría dentro del organicismo (holismo) y el contextualismo (narrativa, hermenéutica, constructivista, etc.) quedaría relegada como no-científica, aun cuando responden como ciencia humana (social, cultural). Parece ser que la ciencia humana no tiene el prestigio de ciencia que otorga el marchamo de ciencia natural.

Sin embargo, la arrogancia de la psicología como ciencia natural es a costa de perder precisamente el carácter holista y contextual de los fenómenos psicológicos, descontextualizados y convertidos en impersonales vía estadística (formismo) o vía mecanismos subpersonales por debajo del nivel de la persona (mecanicismo). Esta bifurcación de la psicología como científica y no-científica ha dado lugar a las "dos culturas de la psicología": la cultura científica y la cultura humanista (Kimble, 1984). Sin ser gratuita, la distinción adolece de un prejuicio cientificista que suelen tener los psicólogos, consistente en tomar la ciencia natural como la ciencia que corresponde a la psicología, sin reparar en su pertinencia. La psicología no deja de ser ciencia como ciencia humana, acaso más humilde pero más verdadera.

Esta distinción entre ciencia natural (formismo, mecanicismo) y ciencia humana (organicismo, contextualismo) está en la base del gran debate en psiquiatría y psicoterapia del que se partía en este artículo. Más concretamente, se refiere al debate entre el modelo médico y el modelo contextual (Wampold e Imel, 2015). El modelo médico en relación con el contextual se podría caracterizar por estar centrado más en las técnicas que en las relaciones y por su confianza en el método hipotético-deductivo, cuantitativo (estadístico), con desdén por el método abductivo-inductivo, cualitativo (temático, narrativo, basado en casos). El modelo médico adopta una teoría de la verdad como correspondencia teoría-realidad, distinto del criterio de verdad como coherencia y relevancia del enfoque holista-contextual. La replicación y la predicción son sus credenciales de cientificidad, más que la descripción y la explicación del enfoque holista-contextual. El Cuadro 4 resume este perfil.

RECOBRANDO EL TIEMPO PERDIDO: POR EL CAMINO DE LA CIENCIA HUMANA (HOLISTA CONTEXTUAL)

¿Qué hacer ante las dos cosmovisiones de la psicoterapia? No se trata de una alternativa entre ciencia y no-ciencia, sino de dos concepciones de ciencia. Precisamente por ello, no es fácil su integración. Una integración igualitaria, democrática, corre el riesgo de aquella comisión para el diseño de un caballo que le salió un camello. Para abrirse paso en este dilema se hace preciso tomar posición sobre dos cuestiones decisivas: la naturaleza de los trastornos psicológicos y la posibilidad misma de la ciencia natural en psicología y psiquiatría.

Los trastornos psicológicos como situaciones y dramas sociales

Por lo que vimos, hay dos caminos. Como el protagonista de *En busca del tiempo perdido*, dependiendo si sigue el camino de Swann o Guermantes, pasan cosas distintas.

Por el lado científico-natural positivista, los trastornos se conciben como "averías" de algún malfuncionamiento interno (mental, cerebral). En esta perspectiva el tratamiento se concibe como intervención técnica de reparación de mecanismos disfuncionales. De acuerdo con lo visto acerca del pájaro Dodo, la resaca de PBE y la proliferación de procesos, éste no sería el camino, como no sea para más de lo mismo, un archipiélago de nichos científicos.

CUADRO 4
LA GRAN DIVISIÓN Y DEBATE EN PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA

Formismo - Mecanicismo	**Organicismo – Contextualismo**
Ciencia natural (positivismo)	**Ciencia humana (holista, contextual)**
Modelo médico de psicoterapia	Modelo contextual de psicoterapia
Centrado en técnicas	Centrado en relaciones
Modelo científico-practico (tecnológico)	Modelo dialógico (hermenéutico)
Práctica-basada-en-la-evidencia	Práctica-basada-en-las-relaciones
Método hipotético-deductivo, cuantitativo (estadístico, metaanálisis)	Método abductivo e inductivo, cualitativo (temático, narrativo)
Teoría de la verdad como correspondencia teoría-realidad	Teoría de la verdad como coherencia y relevancia práctica
La replicación y la predicción como criterio de cientificidad	Descripción, explicación, identificación de fenómenos

CUADRO 3
HIPÓTESIS DEL MUNDO FUNCIONANDO EN PSICOLOGÍA

Hipótesis del mundo:	Metáfora raíz:	Representación en psicología clínica:
Formismo	Similitud; clase	Clasificación diagnóstica; algoritmos; protocolos; métodos estadísticos; metaanálisis
↕		
Mecanicismo	Máquina; procesos; mecanismos	Psicología cognitivo-conductual (procesamiento; mecanismos); neurociencia cognitiva; psicoanálisis pulsional (hidráulica instintivo-pulsional; "mecanismos de defensa")
Organicismo (holismo)	Organismo; partes de un todo	Enfoque psicodinámico relacional (intersubjetivo), humanista-experiencial, fenomenológico-existencial; clasificación prototípica; psicopatología estructural
↕		
Contextualismo	Acto-en-contexto	Conductismo radical; Contextualismo funcional, narrativo, sociohistórico, hermenéutico, constructivista; Contextualismo fenomenológico (psicodinámico), Enfoque sistémico ("terapia contextual")

Por el lado científico-humano holista-contextual, los trastornos se conciben como problemas de la vida que se *enredan* dando lugar a una *situación* difícil de salir sin ayuda. El enredamiento se entiende como un bucle de retroalimentación negativo consistente en procesos circulares de ciclos socio-funcionales (Fuchs, 2018, p. 256). Estaríamos hablando del citado bucle de hiperreflexividad. Por su parte, la noción de situación ofrece una alternativa a la noción de "avería" y enfermedad. El trastorno no estaría dentro de uno, ni tampoco fuera, sino que sería uno el que estaría *dentro* de una situación dadas las circunstancias y el estilo de personalidad. Un ejemplo de la alternativa que representa la noción de situación sería el modelo contextual de la depresión de la activación conductual (Barraca-Mairal y Pérez-Álvarez, 2015; Pérez-Álvarez, 2014; véanse también Fuchs, 2013; Jacobs, 2013).

En esta perspectiva, la noción de tratamiento, más allá de su acepción médica, merece la acepción como "modo de trabajar ciertas materias para su transformación" incluyendo hablar de un asunto con miras a comprender su esencia y ver la manera de encontrar soluciones o nuevas perspectivas. La psicoterapia se concibe entonces como un "espacio transicional" (Zittoun, 2011), un "tipo especial de diálogo" (Stanhellini y Mancini, 2017), un encuentro y acogida (Valverde e Inchauspe, 2017), en vez de una intervención técnica de reparación de mecanismos averiados.

Así pues, por el lado científico-humano se ven las cosas de otra manera. En vez de andar buscando averías internas a reparar, se encuentran *problemas de la vida* consistentes en *dramas sociales*. Problemas de la vida, incluyendo conflictos, crisis, pérdidas, traumas, decepciones, frustraciones, agobios, dificultades, miedos, soledad, situaciones-límite, falta de sentido, dramas, etc., están en la base de los problemas que encuentran los clínicos, por los que en realidad los consultantes buscan y necesitan ayuda. Con tal de que se piense sin el disfraz clínico al uso, problemas de ese tipo son los que se encuentran (García-Haro, García-Pascual y González González, 2018a; 2018b; Valverde e Inchauspe, 2017; Villegas, 2018).

La noción de drama social sitúa los problemas psicológicos en el contexto del mundo de la vida siempre en relación con los demás. La definición antropológica de drama social incluye cuatro procesos (Turner, 1975): ruptura (disrupción en las relaciones sociales), crisis (situación liminal sin estar como antes ni todavía reintegrado), reparación (mediaciones informales, rituales) y reintegración (vuelta a la normalidad, posible reajuste de normas), que bien se podrían poner en correspondencia con el proceso clínico. (Véase Cuadro 5). Los problemas clínicos vistos como "dramas sociales" recobran su sentido subjetivo e intersubjetivo, más allá de su reducción cientificista a mecanismos, así como su lado ético (Valverde e Inchauspe, 2017).

La impostura de la psicología y la psiquiatría como ciencias naturales

La razón de fondo por la que la psicología, así como la psiquiatría, y ya no se diga la psicoterapia, no son ni pueden ser propiamente ciencias naturales, es que los fenómenos con los que tratan no son entidades naturales, fijas, ahí-dadas, indiferentes a nuestras concepciones de ellas, sino entidades interactivas (Hacking, 1995; Kincaid y Sullivan, 2014). Las entidades interactivas, típicamente los seres humanos, lejos de ser indiferentes, son susceptibles de ser influenciadas por las interpretaciones, clasificaciones y conocimientos. Esto no quiere decir que todo puede ser de cualquier manera. Pero de la manera que son, tiene una ontología histórica que agradece el estudio de su genealogía e "invención" (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007; Sugarman, 2009). La autoconcepción de la psicología y la psiquiatría como pretendidas ciencias naturales, por mor de su prestigio, no deja de ser una impostura, además innecesaria. Porque para ciencia pertinente, la ciencia humana (Burston y Frie, 2006; Pérez-Álvarez, 2018c; 2018d; Rennie, 1994; Slife y Christensen, 2013).

La existencia de diferentes terapias psicológicas eficaces se debe a este carácter interactivo, algo impensable por ejemplo en una entidad natural como la diabetes. El carácter interactivo de los fenómenos psicológicos es precisamente la base de la psicoterapia.

Pero, ¿qué es la psicoterapia?

La psicoterapia es una *relación única* en la vida de la gente, distinta incluso de las relaciones parentales, de pareja o de amistad en intimidad, confianza y sinceridad. La relación terapéutica brinda un *contexto protegido* sin los condicionantes que suelen tener las demás relaciones. Brinda también una *acogida* y *acompañamiento*. La psicoterapia supone una *audiencia no-punitiva* según entendía Skinner su funcionamiento,

CUADRO 5
LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS COMO DRAMAS SOCIALES

Drama social:	Definición:	Correspondencia clínica:
Ruptura	Brecha en las relaciones sociales	Algo va mal que preocupa a uno y desajusta el normal funcionamiento. Contemplación de buscar ayuda
Crisis	Situación insostenible, pública y notoria. Situación liminal	"No puedo más"; crisis; "ataque de ansiedad"; "brote psicótico". Búsqueda de ayuda profesional. Baja médica. Situación liminal (no bien, a la espera)
Reparación	Mediaciones informales. Rituales	Tratamiento psicológico. Proceso de cambio. "Espacio transicional", diálogo, acogida
Reintegración	Vuelta a la normalidad. Reajuste de normas	Recuperación. Terminación de la terapia. Seguimiento. Alta. Reintegración

de manera que poco a poco se van poniendo de relieve aspectos impensables e impensados. La psicoterapia produce a menudo una *mejoría* desde el principio e incluso antes de empezar, siquiera por el alivio y la esperanza que ofrece a la desmoralización común a todo problema.

La psicoterapia brinda un nuevo *nicho personal* en la vida de uno (Willi, 1999), un *espacio vivido* en el que aspectos de la vida se reactivan en el aquí-y-ahora de la relación terapéutica (Fuchs, 2007), *momentos-presentes* que abren nuevos sentidos (Stern, 2004/2014), una *acogida* en la que se reconoce y acepta al otro como persona única (Valverde e Inchuaspe, 2017), *escucha/presencia* (Moix y Carmona, 2018).

El principal instrumento de la psicoterapia es el propio *psicoterapeuta* a través de la "alianza de trabajo". Más específicamente, el instrumento por antonomasia de la psicoterapia es la *entrevista*. La entrevista implica funciones exploratorias y terapéuticas, a menudo sin solución de continuidad. La típica distinción entre evaluación y tratamiento, primero el diagnóstico y después el tratamiento "adecuado", responde más al modelo biomédico que a la naturaleza de las cosas. Cualquier clínico que no esté abducido por el modelo médico, habrá tenido la experiencia de cómo los pacientes mejoran *antes* de la terapia en plena evaluación y de cómo en plena terapia aparecen nuevos aspectos del problema. La escucha permisiva y el diálogo abierto propician la *conexión* del presente con el pasado y el futuro concitando nostalgias, miedos, alegrías, tristeza, esperanzas, *insights*, nuevas perspectivas, apertura de horizones.

Más formalmente, una definición de psicoterapia, de acuerdo con Wampold e Imel, sería la siguiente:

> la psicoterapia es ante todo un tratamiento interpersonal que a) se basa en principios psicológicos; b) implica un terapeuta formado y un cliente que busca ayuda para un trastorno, problema o queja; c) entendido que el terapeuta puede remediarlo; y d) se adapta a un cliente particular y a su trastorno, problema o queja. (Wampold e Imel, 2015, p. 37).

No es poco proponer una definición suficientemente general con la que se podrían identificar diferentes terapeutas y, a la vez, específica como para no considerar psicoterapia cualquier cosa, pero no es todo. La psicoterapia por el camino de la ciencia humana, empezando por el modelo contextual, va más lejos. Por lo pronto, el modelo contextual ofrece una alternativa al modelo médico tecnológico, de manera que los términos de la definición cobran otra vida. Pero el modelo contextual no sería la última palabra. Todavía nos tendríamos que referir a un modelo fenomenológico-existencial. Permítase siquiera apuntar por dónde irían estos modelos, en el espacio que queda. En realidad, se trata de modelos bien conocidos. El problema es que raramente están transitados por los mismos a quienes podrían interesar, según mundos separados se encuentran también en el mismo camino.

Modelo contextual de funcionamiento de la psicoterapia

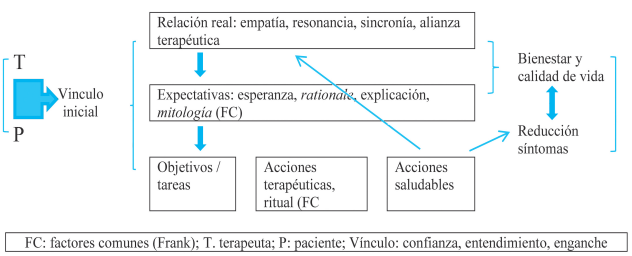
El modelo contextual no es una terapia más como son la terapia contextual familiar o las terapias contextuales de tercera generación, sino un modelo meta-teórico de funcionamiento de la psicoterapia (Wampold, 2017; Wampold e Imel, 2015). El modelo contextual tiene su base en la relación y los factores comunes. El modelo contextual explica el funcionamiento de la psicoterapia con arreglo a tres pasos desplegados en el tiempo: relación, expectativas y acciones terapéuticas, a partir de un vínculo inicial. Un vínculo inicial de confianza, entendimiento y "enganchamiento" es fundamental. No por azar la mayoría de los abandonos ocurren después de la primera entrevista, aunque no siempre para mal (Simon, Imel, Ludman y Steinfeld, 2012).

La *relación real* se refiere a una relación personal, abierta y honesta. Empatía, resonancia, sintonía y sincronía son aspectos destacados por diferentes psicoterapias. La relación incluye la alianza de trabajo consistente en el acuerdo sobre los objetivos, las tareas y la propia relación. La alianza está relacionada con el resultado independientemente de la orientación terapéutica y no como mero efecto de una mejoría previa, sino como ingrediente activo de la mejoría (Wampold e Imel, 2015, p. 184). Se entiende que la relación influye sobre todo en el bienestar general y de ahí en el alivio de los síntomas.

Las *expectativas* no se refieren únicamente a la esperanza derivada del comienzo de una terapia (re-moralización, placebo). Se refieren más que nada a la *rationale* o explicación de cómo la terapia entiende el problema y va a proceder. Lo importante en la creación de expectativas no es tanto la validez científica de la explicación, como su credibilidad, verosimilitud y aceptación. No importa tanto que sea una explicación *verdadera* (tantas diferentes difícilmente lo pueden ser todas), como una verdadera *explicación*, razonada y creíble como la ofrecen diferentes terapias de acuerdo a su marco de referencia. La *rationale* se corresponde con la *mitología* dentro de los factores comunes (Frank y Frank, 1991).

Las *acciones terapéuticas* se refieren a los "ingredientes específicos" de cada terapia, que el modelo contextual entiende de distinta manera que el modelo médico. En vez de suponer un déficit a remediar, el modelo contextual supone que las distintas acciones terapéuticas llevan a hacer algo que puede ser saludable. Las acciones terapéuticas se corresponden con el *ritual* de los factores comunes (Frank y Frank, 1991). Los clientes de

FIGURA 3
MODELO CONTEXTUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PSICOTERAPIA



psicoterapia pueden mejorar por razones distintas a las postuladas por el clínico. De acuerdo con el citado bucle de hiperreflexividad como condición patógena, diferentes acciones terapéuticas pueden contribuir de una u otra manera al desenredamiento y salida de la situación en la que consistirían los trastornos. El autodistanciamiento y la autotrascendencia o la aceptación y el compromiso para reorientar la vida más allá de los "síntomas" serían ejemplos de este tipo de diferentes terapias como la terapia existencial y la terapia de aceptación y compromiso (Pérez-Álvarez, 2014). La Figura 3 tomada con pequeñas variaciones de Wampold e Imel (2015, p. 54) resume el modelo contextual.

El modelo contextual supera al final la dicotomía relaciones/técnicas. Si por un lado las técnicas (acciones terapéuticas) no funcionan sino en el contexto de las relaciones (expectativas, *rationale*), por otro las propias relaciones implican técnica, práctica, habilidad, entrenamiento y mejora continuada. La relación terapéutica no deriva de una dotación natural ni consiste en mera empatía o algo así. El terapeuta no nace sino que se hace en la práctica, pero tampoco por mera acumulación de experiencia como dijimos. Los terapeutas eficaces se caracterizan por la capacidad para la formación de la alianza de trabajo y habilidades interpersonales facilitadoras como fluidez verbal, calidez, empatía, persuasión, flexibilidad, etc. (Wampold, 2017). El feedbackdel curso de la terapia, la evidencia basada en la práctica, así como los terapeutas basados en la excelencia, son estrategias sustentadas por el modelo contextual, aunque no exclusivas suyas.

El modelo contextual sostiene que una variedad de psicoterapias son eficaces llevadas por terapeutas expertos. El enfoque teórico sería lo de menos, pero no está demás. Sin teoría, *rationale* o mitología no hay acciones terapéuticas que valgan. No se trata simplemente de elegir, porque a menudo el enfoque ya te eligió a ti como psicodinámico, sistémico, conductual, etc., por casualidades de la vida y acaso afinidades personales. Pero, sabiendo ahora que tú enfoque no es el único efectivo, ¿cómo puedes creer en él para aplicarlo con el convencimiento debido? ¿Lleva esto al cinismo?, se preguntan Wampold e Imel (2015, p. 275). Como responden, bastaría que el terapeuta creyera que el tratamiento ofrecido va a ser efectivo para este cliente. Pero no acaban aquí los dilemas. Por lo pronto, los terapeutas debieran informar a los clientes de la existencia de diferentes terapias eficaces.

Dentro de ser la mayor alternativa al modelo médico, el modelo contextual no sería la última palabra. El modelo contextual permanece en la órbita del modelo médico. Aun cuando es su contraparte, el modelo contextual no deja de formar parte de un tándem dialéctico con el modelo médico respecto del que se define. Aunque es mejor, no es todo lo que hay.

Modelo fenomenológico-existencial

Se propone un reenfoque fenomenológico-existencial sobre el que repensar el mundo clínico de la psicología y la psiquiatría. Afortunadamente, este enfoque cuenta con un renovado y creciente desarrollo dentro de una larga tradición (Stanghellini et al, 2018). El enfoque fenomenológico-existencial se centra en el entendimiento del mundo-vivido de las personas, cuáles son las alteraciones que están teniendo, qué es estar deprimido, tener ansiedad, esquizofrenia, etc. (Stanghellini y Mancini, 2017). Este entendimiento implica dos momentos: la exploración de los cambios experimentados en una serie de dimensiones (corporalidad, sentido-de-sí-mismo, tiempo-vivido, etc.) y la captación de posibles estructuras básicas como núcleo de las experiencias y acciones alteradas. Así, el enfoque fenomenológico-existencial es a la vez dimensional (transdiagnóstico) y psicopatológico de acuerdo con una clasificación prototípica (estructural, gestáltica) (Parnas, 2015; Perez-Álvarez, 2018b; Stanghellini y Mancini, 2017).

El método básico del enfoque fenomenológico-existencial es la entrevista semiestructurada y las viñetas su presentación de "datos" preferida (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2018). La evaluación ambulatoria en tiempo real, situada, personalizada y contada en primera persona que posibilitan las nuevas tecnologías en desarrollo (Fonseca-Pedrero, 2018) pueden tener un flamante interés en esta perspectiva contextual fenomenológica existencial.

El enfoque fenomenológico-existencial no es una terapia más, sino el marco para una *actitud* desprejuiciada centrada en lo que les pasa a las personas (Fuchs, 2007). El mayor prejuicio de los clínicos suele ser el modelo médico que profesan con las categorías diagnósticas en mente y cantidad de constructos interpuestos entre el propio clínico y la persona-ahí. La actitud no es una mera voluntad de comprender, sino que implica una *aptitud* para entender basada en el análisis fenomenológico-existencial. Esta aptitud implica aspectos filosóficos. No hay escape de la filosofía, dice Jaspers, la diferencia es si es buena o mala. De acuerdo con lo visto, la peor filosofía sería la cartesiana—dualista, mecanicista—, persistente en el modelo médico al uso, por más que involuntaria. Los clínicos no eligen esa filosofía: es ella la que nos elige según es el modo de pensar por defecto. La filosofía fenomenológico-existencial sería la más adecuada para la clínica psicológica y psiquiátrica, más allá incluso de modelo contextual con su escepticismo, casi-cinismo, sin criterio para decidir entre concepciones de los fenómenos clínicos. Puede que muchos problemas más "comunes" se resuelvan con diferentes *rationales* al uso, pero trastornos graves agradecerían quizá una actitud y aptitud fenomenológica-existencial.

Más allá del *impasse* del modelo contextual, en lo más *profundo* del ser humano, es decir, ahí-mismo, dable en la relación terapéutica, están las personas con sus particulares alteraciones del mundo vivido. El enfoque fenomenológico-existencial, sin dejar de ser contextual, ofrece una concepción ecológica de la psicoterapia como "nicho personal" (Willi, 1999) y "espacio vivido" en orden a explorar y entender el mundo de las personas y reabrir su horizonte de posibilidades (Fuchs, 2007). Esta concepción implica una ontología relacional existencial (Burston y Frie, 2006; Hersch, 2015; Slife y Christensen, 2013).

Artículo en prensa

La psicoterapia como institución social

Siquiera como ejercicio saludable de pensar en términos globales nuestra práctica local, importa finalmente plantear qué tipo de institución social es la psicoterapia. Sobre un largo pasado, la psicoterapia tiene una corta historia ligada a la sociedad actual a partir de finales del siglo XIX. Aun siendo las prácticas de cuidado inherentes a la vulnerabilidad humana, la psicoterapia ofrece un tipo particular de cuidado bien necesario en el mundo contemporáneo. No es de suponer que los crecientes trastornos psicológicos deriven de variantes genéticas y averías mentales que de pronto ha empezado a ocurrir en la sociedad actual. En correspondencia con la concepción de los problemas psicológicos como situaciones y dramas sociales, se propone la psicoterapia como una institución social consistente en un tipo de "rito de paso". La estructura y proceso del rito de paso: disrupción, situación liminal (transición), reintegración, se corresponde con el proceso de la psicoterapia (Cuadro 6).

El concepto de rito de paso ofrece un marco dentro del que entender situaciones de la vida que se "enredan" cuya salida requiere un *espacio* de acogida, acompañamiento, diálogo, distinto de los espacios cotidianos (Janusz y Walkiewicz, 2018; Laird, 1998). Este espacio se desempeña en un lugar clínico, a menudo a título de enfermedad. Pero los clínicos (psicólogos y psiquiatras) reconocerán que no tratan con enfermedades como las demás. No es para decir que los trastornos no sean enfermedades, sino acaso más que enfermedades, alteraciones del modo de estar-en-el-mundo a veces demasiado enredadas. No es que la psicoterapia no sea una actividad clínica, sino más que clínica científico-técnica, centrada en mecanismos, sería científico-humana, relacional, centrada en la persona y basada en valores. "Por una vez, el diablo no parece estar en los detalles —ni en mecanismos averiados ni en técnicas específicas—, sino en el conjunto de factores y actores que constituyen una terapia psicológica. Sin supuestos "mecanismos" y "técnicas" no hay terapia, como sin piedras no hay puente. Pero, como en el puente, lo que importa en terapia es el arco. El arco sostiene las piezas y permite el paso de una situación a otra." (Pérez-Álvarez, 2013).

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

CUADRO 6
LA PSICOTERAPIA COMO INSTITUCIÓN SOCIAL: UN PARTICULAR RITO DE PASO

Esquema clásico del *rite de pasage* (van Gennep)	Separación, ruptura	Situación liminal, transición	Agregación (reintegración)
Psicoterapia	"Drama social", crisis, "no puedo más", "necesito ayuda"	Relación terapéutica; acogida; acciones terapéuticas Mitología y ritual (Frank)	Recuperación, "alta", de nuevo a la vida.

REFERENCIAS

Barkham, M., Hardy, G. E. y Mellor-Clark, J., eds., (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. Chichester: Wiley.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*, 869-878. doi: 10.1037/0003-066X.59.9.869

Barraca-Mairal, J. y Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.

Bracken, P. (2014). Towards a hermeneutic shift in psychiatry. *World Psychiatry, 13*, 241–243. doi.org/10.1002/wps.20148

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., . . . Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry, 201*, 430-434. doi:10.1192/bjp.bp.112.109447

Burkeman, O. (2016). Therapy wars: the revenge of Freud. *The Guardian*, 7 de enero.

Burston, D. y Frie, R. (2006). *Psychotherapy as a human science*. Pittsburgh, PA, US: Duquesne University Press.

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., … Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2, 119–137. doi.org/10.1177/2167702613497473

Cronbach, L. J. (1957). The two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist, 12*, 671-684. doi.org/10.1037/h0043943

Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne. 58*. 7-19. 10.1037/cap0000096.

Cuijpers, P., Cristea, I. A, Karyotak, E., Reijnders, M. y Huibers, M. H. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry, 15*, 245–58. Doi:10.1002/wps.20346

David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 4. doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psycholy Review, 33*, 846–861. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.007

Dindo, L., Van Liew, J. R. y Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics, 14*, 546–553. doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3

Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Twisk, J. W. R., Cuijpers, P. y Dekker, J. J. M. (2017). Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 85, 653-663. doi.org/10.1037/ccp0000207

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. y Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) Washington, DC: APA Press.

Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C. y Timulak, L. F. E. (2013). Research on humanistic experiential psychotherapies. En M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 495–538). New York: Wiley.

Ericsson, A. y Pool, R. (2017). *Número uno: Secretos para ser el mejor en lo que nos propongamos*. Barcelona: Conecta.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy, 41*, 509–528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Finning, K., Richards, D. A., Moore, L., Ekers, D., McMillan, D., Farrand, P. A., … Wray, F. (2017). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A qualitative process evaluation. *BMJ Open, 7*(4), e014161. doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0

Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo, 39*, 1-12. doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2852

Frank J.D. y Frank J. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Fuchs, T. (2007). Psychotherapy of the lived space: A phenomenological and ecological concept. *American Journal of Psychotherapy, 61*, 423–439.

Fuchs, T. (2013). Existential vulnerability: Toward a psychopathology of limit situations. *Psychopathology, 46*, 301-308. doi: 10.1159/000351838

Fuchs, T. (2018). *Ecology of the brain. The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press.

Galán Rodríguez, A. (2018). A vueltas con la comparación de psicoterapias: En busca de la supervivencia del profesional. *Papeles del Psicólogo, 39*, 13-21. doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2856

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018a). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 29*, 39-67.

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018b). Cuando se deja de hacer pie. Notas sobre la cultura moderna, crisis vital y psicopatología. *Revista de Psicoterapia, 29*, 147-167.

Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872

González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L.C. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo, 38*, 94-106. doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828

González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., MuñozNavarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., … Grupo de Investigación PsicAP. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: El manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad Estrés, 24*, 1-11. doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.005

González Pando, D, Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beldrán García, P. y Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: Origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiviatría, 38*, 145-166. doi: 10.4321/S0211-57352018000100008

González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.

Greenhalgh, T., Howick, J. y Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *The British Medical Journal, 348*, g3725. doi.org/10.1136/bmj.g3725

Gupta, M. (2014). *Is evidence-based psychiatry ethical?* Oxford: Oxford University Press.

Hacking, I. (1995). The Looping Effect of Human Kinds. En D. Sperber, D. Premack y A.J. Premack (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–383). Oxford: Clarendon Press.

Hale, B. J. y Stephenson, L. (2017). An exploration into effectiveness of existential–phenomenological therapy as a U.K. NHS Psychological Treatment Intervention. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-18. doi.org/10.1177/0022167817719178

Hayes, S. C. y Hofmann, S. G. (Eds.), (2018). *Process-based CBT*. Oakland, CA: Context Press.

Hayes, S. C., Hayes, L.J., Reese, H.W. y Sarbin, T.R. (Eds.). (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press.

Healy, P. (2017). Rethinking the scientist-practitioner model: On the necessary complementarity of the natural and human science dimensions. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 19*, 231-251. doi.org/10.1080/13642537.2017.1348376

Hersch, E. L. (2015). What an existential ontology can offer psychotherapists. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology 22*, 107-119. doi:10.1353/ppp.2015.0022

Holmes, E. A., Ghaderi, A., Harmer, C. J., Ramchandani, P. G., Cuijpers, P., Morrison, A. P., … Graske, M. G. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *Lancet Psychiatry 5*, 237–286. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30513-8

Hugues, S. J. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology. En S. C. Hayes y S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp.23-44). Context Press.

Jacobs, K. (2013). The depressive situation. *Frontiers in Psychology, 4*, 429. doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00429

Janusz, B. y Walkiewicz, M. (2018). The rites of passage framework as a matrix of transgression processes in the life course. *Journal of Adult Development,* doi.org/10.1007/s10804-018-9285-1

Kazantzis, N. (2018). Introduction to the special issue on processes of cognitive behavioral therapy: Does "necessary, but not sufficient" still capture it? *Cognitive Therapy & Research, 42*, 115–120. doi.org/10.1007/s10608-018-9891-z

Kimble, G. A. (1984). Psychology's two cultures. *American Psychologist, 39*, 833-839. doi.org/10.1037/0003-066X.39.8.833

Kincaid, H. y Sullivan, J. A. (Eds.). (2014). *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*. Cambridge: The MIT Press.

Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K., Belar, C., Berry, S., … Strauman, T. J. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States of America: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy, 43*, 687–697. doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.002

Laird, J. (1988). Women and rituals in family therapy. En E. ImberBlack, J. Roberts y R. A. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy* (pp. 331-362). New York: Norton

Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S. y Steinert, C. (2018). "Gold standards," plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 159. doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00159

Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. y Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy - an update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 129–48. doi: 10.1159/000376584

Leichsenring, F., Steinert, C. y Crits-Christoph, P. (2018). On mechanisms of change in psychodynamic therapy. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 64*,16–22. doi: 10.13109/zptm.2018.64.1.16

Leichsenring, F. y Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy, 51*, 224–245. doi.org/10.1037/a0033815.

Liddle, H.A. (2016). Multidimensional family therapy: Evidence base for transdiagnostic treatment outcomes, change mechanisms, and implementation in community settings. *Family Process, 55*, 558–576. doi.org/10.1111/famp.12243

Lilienfeld, S. O. (2016). Clinical psychological science: Then and now. *Clinical Psychological Science, 5*, 3-13. DOI: 10.1177/216770261667336

Maj, M. (2014). Technical and non-technical aspects of psychiatric care: The need for a balanced view. *World Psychiatry, 13*, 209–210. doi.org/10.1002/wps.20168

McLeod, J. y Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 11*, 1-10. Doi: 10.1080/14733145.2011.548954.

Michie, S., West, R., Campbell, R, Brown, J. y Gainforth, H. L. (2014). *ABC of behaviour change theories*. London: Silverback Publishing.

Miller, S.D., Hubble, M.A., Chow, D.L. y Seidel, J.A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*, 88-97. DOI: 10.1037/a0031097

Mischel, W. (2009). The toothbrush problem. *Association for Psychological Science Observer, 21*, 11.

Moix, J. y Carmona, V. (2018). Los siete secretos mçagicos de la efectividad terapéutica. *Papeles del Psicólogo, 39*, 22-30. doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2854

Mullings, B. (2017). *A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential psychotherapies*. Melbourne: PACFA.

Nicholson, D.J. (2018). Reconceptualizing the organism: From complex machine to flowing stream. En D. J. Nicholson y J. Dupré (Eds.), *Everything flows. Towards a processual philosophy of biology* (pp. 139-166). Oxford: Oxford University Press.

Parnas, J. (2015). Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry, 14*, 284–287. doi.org/10.1002/wps.20239

Pepper, S. C. (1942/1970). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.

Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: A clinical and historical perspective. *Psicothema, 20*, 181–187.

Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide,

Pérez Álvarez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: El diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea, 4*, 5-28.

Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.

Pérez-Álvarez M. (2017). El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 4*, 35-52

Pérez-Álvarez, M. (2018a). *Más Aristóteles y menos Concerta®. Las cuatros causas del TDAH*. Barcelona: NED.

Pérez Álvarez, M. 2018b). *Giro transdiagnóstico y vuelta de la psicopatología: propuesta de una integración existencial-contextual*. Madrid: FOCAD de la División de Psicología Clínica y de la Salud.

Pérez-Álvarez, M. (2018c). Psychology as a science of subject and comportment, beyond the mind and behavior. *Integrative Psychological & Behavioral Science, 52*, 25–51. doi.org/10.1007/s12124-017-9408-4

Pérez-Álvarez, M. (2018d). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*. doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2875

Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vol.). Madrid: Pirámide.

Artículo en prensa

Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2007). The Charcot effect: The invention of mental illnesses. *Journal of Constructivist Psychology, 20*, 309–336. doi: 10.1080/10720530701503843

Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2018). Evaluación fenomenológica más allá de los síntomas. En E. Fonseca (Ed.), *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp.331-363). Madrid: Pirámide.

Pinquart, M. Oslejsek, B. y Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis, *Psychotherapy Research, 26*, 241-257, DOI: 10.1080/10503307.2014.935830

Pol, T. M., Hoeve, M. , Noom, M. J., Stams, G. J., Doreleijers, T. A., Domburgh, L. y Vermeiren, R. R. (2017), Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*, 532-545. doi:10.1111/jcpp.12685

Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: Pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y Estrés, 23*, 110-117. DOI: 10.1016/j.anyes.2017.06.001

Pybis, J., Saxon, D., Hill, A. y Barkham, M. (2017). The comparative effectiveness and efficiency of cognitive behaviour therapy and generic counselling in the treatment of depression: Evidence from the 2(nd) UK National Audit of psychological therapies. *BMC Psychiatry, 17*, 215. doi: 10.1186/s12888-017-1370-7

Rennie, D. L. (1994) Human science and counselling psychology: Closing the gap between research and practice. *Counselling Psychology Quarterly, 7*, 235-250, DOI: 10.1080/09515079408254149

Richards DA, Ekers D, McMillan D, et al. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet, 388*, 871–80. doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0

Rousmaniere, T. G., Goodyear, R., Miller, S. D. y Wampold, B. (2017). *The cycle of excellence: Training, supervision, and deliberate practice*. London: Wiley.

Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J. y Steinfeld, B. J. (2012). Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatric Services, 63*, 705–707. doi.org/10.1176/appi.ps.201100309

Slife, B. D. y Christensen, T. R. (2013). Hermeneutic realism: Toward a truly meaningful psychology. *Review of General Psychology, 17*, 230-236. doi.org/10.1037/a0032940

Stanghellini, G., Raballo, A., Broome,M., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., Rosfort, R. (Eds). (2018). *Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.

Stanghellini, G, y Mancini, M. (2017). *The therapeutic interview in mental health. A values-based and person-centered approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. y Leichsenring, F (2017) Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry 174*, 943–953. doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057

Stern, D. N. (2004). *El momento presente en psicoterapia y en la vida cotidiana*. Santiago de Chile: Cuatrovientos.

Stiles, W. B. (2010). Theory-building case studies as practice-based evidence. En M. Barkham, G. Hardy y J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (pp. 91-108). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Sugarman, J. (2009). Historical ontology and psychological description. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 29*, 5-15. doi.org/10.1037/a0015301

Tortella-Feliu, M., Baños, R.M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., … Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud, 27*, 37-43 doi:10.1016/j.clysa.2016.02.001

Turner, V. (1975). *Dramas, fields, and metaphors: Symbolic action in human society*. Ithaca, NY: Cornell University.

Valverde, M. A. e Inchauspe, J. (2017). El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37*, 529-552. doi: 10.4321/S0211-57352017000200012

van Bork, R., Epskamp, S., Rhemtulla, M., Borsboom, D. y van der Maas, H. L. G. (2017). What is the p-factor of psychopathology? Some risks of general factor modeling. *Theory & Psychology, 27*, 759 – 773. doi.org/10.1177/0959354317737185

Villegas, M. (2018). La teoría del desarrollo moral en el marco del análisis existencial *Revista de Psicoterapia, 29*, 1-38.

Vispe, A. y Valdecasas, J. G. (2018). *Postpsiquiatría*. Madrid: Grupo 5.

Vos, J., Craig, M. y Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 115-128. doi.org/10.1037/a0037167

Wampold, B. C. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. En T. G. Rousmaniere, R.K. Goodyear, S.D. Miller y B.E. Wamplold (Eds,), *The cycle of excellence: Training, supervision, and deliberate practice* (pp. 49-65). London: Wiley.

Wampold, B. E., Fluckiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E, Frost, N. D, Pace BT, … Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: a critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research, 27*, 14–32. doi: 10.1080/10503307.2016.1249433

Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge .

Willi. J. (1999). *Ecological psychotherapy. Developing by shaping the personal niche*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.

Zittoun, T. (2011). Meaning and change in psychotherapy. *Integrative Physiological and Behavioral Science, 45*, 325-334. doi: 10.1007/s12124-011-9166-7