

# Psicoterapia Psicoanalítica Integrativa Ecléctica

## La psicoterapia: conceptos básicos, tendencias actuales y propuesta de un nuevo modelo psicoanalítico integrativo y ecléctico

(SEGUNDA DE DOS PARTES)

ROBERTO R. ESCANDÓN CARRILLO\*

*"Nunca hemos pretendido haber alcanzado la cima de nuestro saber ni de nuestra capacidad, y ahora, como antes, estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar un progreso."*

Sigmund Freud

### *Eclectic Integrative Psychoanalytic Psychotherapy*

**Abstract.** *Eclectic Integrative Psychoanalytic Psychotherapy (EIPP) is a psychotherapeutic method with a basically psychodynamical focus, but a one which widens its criteria by incorporating main perspectives of different psychotherapeutic waves or theories, clinically proved. Main technical perspectives accepted by EIPP come from the following theories: cognitive, behavioral, biological, non-verbal communication (body language), existential, family therapy, group therapy, hypnosis and everyone which may improve or add theoretical concepts (integrationism) or clinical methods (eclecticism) demonstrated to be effective on patient's improvement. Main goal of EIPP is to recover or improve mental health of people under treatment.*

### VIII. La Psicoterapia Psicoanalítica Integrativa y Ecléctica (PPIE)

#### 1. Definición

La PPIE es un método psicoterapéutico nuevo que hemos desarrollado con los años de experiencia y nutriéndonos de diversas aportaciones de otros marcos teóricos psicoterapéuticos (integracionismo) y las diferentes técnicas y aportaciones clínicas efectivas reportadas por ellos (eclecticismo en psicoterapia).

Su enfoque principal es el psicodinámico (es decir, psicoanalítico no ortodoxo) pero que amplía su criterio a las aportaciones principales comprobadas clínicamente de otras teorías o escuelas de psicoterapia. Las principales aportaciones técnicas (eclecticismo) que acepta la PPIE son derivadas de las teorías (integracionismo) más reconocidas y serias, a saber: cognitiva, conductual, biológica, comunicación no verbal, existencial, familiar, grupal, hipnosis y todas aquellas que aporten conceptos (integracionismo) o métodos clínicos (eclecticismo) comprobables en la mejoría de los pacientes. El cuerpo teórico de nuestro método está, por supuesto, basado en la existencia del inconsciente y los fenómenos derivados de ella (transferencia, tendencia a la repetición, mecanismos de defensa, energía psíquica) estudiados y clínicamente comprobados ya ampliamente por el psicoanálisis.

El terapeuta PPIE es activo y utiliza diversas técnicas cuyo objetivo primordial es que el paciente comprenda y clarifique sus conflictos (*insight*) y pueda cambiar o mejorar sus conductas y estados emocionales alterados (mejoría clínica).

\* Médico psiquiatra. Director del Centro de Estudios en Psiquiatría y Psicoterapia del Estado de México, A.C. Felipe Villanueva Sur 604. Col. Morelos. Toluca, México. C.P. 50120.



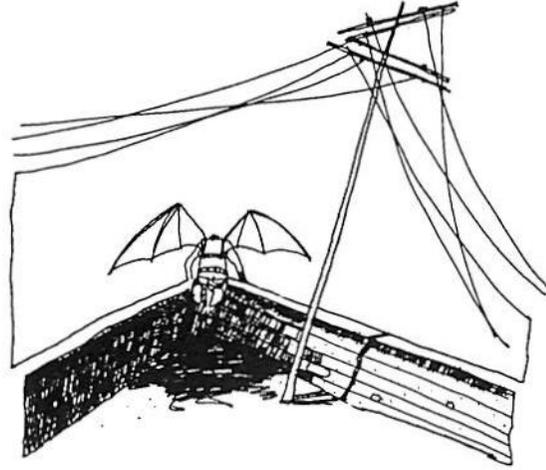
## 2. Modelos o marcos teóricos

**Modelo biopsicosocial.** Se toma en un sentido amplio, la valoración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de cada individuo sujeto a tratamiento, de acuerdo a las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Modelo psicoanalítico** (psicodinámico), se explicó ya anteriormente.

**Modelo integracionista.** Cada campo teórico debe enriquecerse y complementarse con otros campos coexistentes y válidos, dejando atrás las ortodoxias, purismos y posiciones extremistas que han hecho de varias escuelas psicoterapéuticas símiles de "sectas iluminadas".

**Modelo ecléctico.** El eclecticismo en psicoterapia aplica a la utilización de diferentes técnicas con eficacia clínica comprobada en los pacientes, independientemente del marco teórico o escuela del terapeuta ("eclecticismo técnico").



## 3. Niveles de tratamiento PPIE

De acuerdo a los niveles de salud propuestos por la OMS y referidos en el anterior inciso, en la PPIE enfocamos el tratamiento de cada paciente como sigue:

### a) Nivel biológico

- \* Diagnóstico: según clasificaciones internacionales DSM-IV (*American Psychiatric Association*) y CIE-10 (OMS).
- \* Médico: descartar participación de problemas médicos tales como trastornos neurológicos, enfermedades generales, etcétera.
- \* Neurofisiológico: toma de electroencefalograma para valoración funcional del sistema nervioso.
- \* Neurobioquímico: valoración de las funciones cerebrales bioquímicas y de su tratamiento en caso de desequilibrio (manejo psicofarmacológico).

### b) Nivel psicológico

- \* Antecedentes psicodinámicos del paciente.
- \* Estado afectivo.
- \* Situación familiar.
- \* Relación de pareja.
- \* Funcionamiento como padre o madre.
- \* Personalidad.
- \* Salud sexual.
- \* Problemas de psicopatología personal.
- \* Salud mental general.

### c) Nivel social

- \* Relaciones interpersonales y adaptación social.
- \* Rendimiento escolar, profesional o laboral.
- \* Ocupación de tiempo libre.
- \* Participación social o comunitaria.

## 4. Objetivos del tratamiento PPIE

De acuerdo a un enfoque ético, los objetivos generales del tratamiento de la PPIE son los siguientes:

- Mejorar, restablecer o prevenir los problemas de salud mental del individuo.
- Preservar la integridad de la familia como núcleo básico biológico, psicológico y social del individuo, así como su buen funcionamiento.
- Procurar la maduración del individuo de acuerdo a las diferentes fases de su ciclo vital, ayudándole a reconocerlas y a salvar los obstáculos que han detenido su desarrollo armónico en cualesquiera de ellas.
- Evitar, hasta donde sea posible, fenómenos disarmonicos y destructivos biopsicosocialmente, tales como el divorcio, la desintegración familiar, el maltrato infantil físico o emocional, el alcoholismo, la drogadicción, el fracaso escolar, las actitudes y conductas delictivas, etcétera, es decir, todo aquello que atente contra la salud mental del paciente y con quienes se relaciona.
- Restaurar el funcionamiento de la persona a los niveles previos de salud mínimos deseables en el menor tiempo posible (costo-beneficio del tratamiento), sin detrimento de que la continuación del mismo, en caso de que el paciente lo desee, le ayude a reestructurar aspectos maladaptativos o neuróticos de su personalidad en una psicoterapia de más largo plazo, enfocada entonces a lograr un cambio importante personal para así prevenir una recaída al cuadro original por el que llegó al tratamiento (o aminsonar la frecuencia e intensidad, según el diagnóstico de que se trate).

- Fomentar el autoconocimiento personal por medio de la exploración psicoterapéutica de los aspectos y conflictos conscientes o inconscientes del individuo, para así lograr que desarrolle mejor sus potencialidades ya sea en los aspectos afectivos, familiares, de pareja, laborales, económicos, profesionales, sociales.

Lo anterior, desde luego, permitiendo que el mismo paciente, de común acuerdo con el psicoterapeuta, fije los objetivos de su tratamiento pues, dependiendo de ellos, podrá ser de corto (terapia breve con objetivos limitados), mediano o largo plazo (psicoterapia "estándar" de tipo individual, de pareja, familia o grupo).

### 5. Técnicas utilizadas en PPIE

Podríamos dividir las en dos tipos, las técnicas "clásicas" o conocidas y las "nuevas" o aportadas por la experiencia clínica de la PPIE.

#### a) Técnicas clásicas:

*Psicoterapia individual de tipo psicoanalítico.* Basada en hacer consciente lo inconsciente mediante el análisis de los contenidos verbales, no verbales y emocionales del paciente, utilizando para ello herramientas tales como la clarificación, la confrontación, la catarsis y abreacción y la interpretación (Kaplan *et al.*, 1989 y Cuevas, 1991).

*Psicoterapia de grupo.* En nuestro concepto, lo ideal es que sea complementaria de la psicoterapia individual porque muchas veces "uno es el paciente en individual y otro muy diferente es en grupo", es decir, permite explorar no sólo los elementos intrapsíquicos sino también los interpersonales, con las actitudes maladaptativas de la persona observadas "en vivo" en el grupo de terapia. Asimismo, en grupo, la psicoterapia se enriquece con mayor número de factores terapéuticos (Yalom, 1986 y Grotjahn, 1977) que en individual y la transferencia es múltiple, es decir, no sólo con el terapeuta sino extendida a los miembros del grupo. El paciente usualmente se comporta como en su microambiente social, en ocasiones, y en otras como lo hacía en su grupo familiar de origen, reviviendo en los demás miembros a los hermanos, a los padres, o en el terapeuta sus reacciones habituales ante las figuras de autoridad.

*Psicoterapia de familia.* La usamos concurrentemente a los dos anteriores tipos de terapia que consideramos básicos, es decir, en el curso del tratamiento, si existe la disponibilidad y facilidad, se puede citar a la familia del paciente, ya sea para recabar informes o para tratar algunas desarmonías familiares que retroalimenten su problemática. Se utiliza el enfoque sistémico generalmente, evitando la confrontación de la problemática intrapsíquica, la

que dejamos para el tratamiento normal individual y de grupo.

*Psicoterapia de pareja.* Al igual que la de familia, la utilizamos de manera complementaria y concurrente. Si la pareja acude buscando tratamiento, puede iniciarse éste con algunas citas iniciales de valoración y diagnóstico del caso, en las que el terapeuta ubicará las demandas de cada miembro de la pareja, las quejas de cada uno respecto del otro, la valoración mutua que se tengan y, una vez realizado esto, se les indicará su tratamiento individual, de preferencia en psicoterapia combinada individual y grupal. Periódicamente, según sea necesario, se les volverá a citar en pareja para revisar sus avances, para tratar crisis, para llegar a acuerdos, para poner límites en la relación, para profundizar su comunicación o conocimiento o para comentar problemas o situaciones que surjan en el curso del tratamiento.

*Tratamiento psicofarmacológico.* También complementario y dirigido a los casos que así lo requieran, pues es bien conocido desde hace varios años (Kaplan, 1989 y Uriarte, 1988) que los medicamentos facilitan el avance del paciente en la psicoterapia al permitirle retirar o aminorar los síntomas o malestares que le aquejan, de los cuales los más comunes son la depresión, la ansiedad, la angustia, las somatizaciones (síntomas aparentemente físicos u orgánicos), el insomnio, etcétera. Se procura explicar al paciente abundantemente los beneficios del manejo y se le permite, si así lo desea, revisar literatura científica para que aclare ampliamente sus dudas y reticencias, muchas veces generados por la prensa o medios de publicidad amarillistas, mal informados o mal intencionados que tienden a atacar a los medicamentos como si fueran drogas como la marihuana, los alucinógenos, el tabaco o el alcohol, drogas que son destructivas y nocivas para la salud, a diferencia de los medicamentos, que son benéficos, prácticamente sin riesgos y utilizados sólo por el tiempo necesario, como en cualquier otro tipo de tratamiento médico.

*Hipnosis.* En casos que así lo requieran, en cualquiera de sus dos variantes clásicas como son la hipnoconductual (para retirar síntomas o hábitos maladaptativos) y el hipnoanálisis (se produce regresión a etapas previas de la vida para explorar situaciones dolorosas que vivió la persona y que tengan relación con los conflictos actuales, es decir, del aquí y el ahora). Cabe referir que debe ser realizada por profesionales que tengan un entrenamiento específico en ella.

*Técnicas cognitivas.* Basadas en descubrir las ideas irracionales maladaptativas que pueda tener la

persona y le afecten en sus relaciones consigo mismo o con los demás. Por ejemplo, "yo tengo que ser muy exitoso y si no lo soy, no valgo nada como persona", "debo ser aceptado y querido por todo mundo", "las cosas siempre deben salir como yo deseo", "todos los hombres son iguales", "el matrimonio no funciona", "por ser moreno soy inferior a los güeros", etcétera. Utilizamos las herramientas teóricas aportadas principalmente por Aaron Beck y Freeman (1990) y Ellis y Abrahams (1978).

*Técnicas conductuales.* Basadas en la escuela conductista de Skinner, que han comprobado su utilidad en diversos tipos de patología tales como fobias, tabaquismo, alcoholismo, ansiedad, depresión, etcétera. La crítica realizada comúnmente a estas técnicas es que "sólo provocan desplazamiento de síntomas al actuar únicamente a nivel conductual", pero con nuestro enfoque amplio y no dogmático, su efectividad es estupenda. Utilizamos técnicas tales como la desensibilización sistemática, el inundamiento, el entrenamiento asertivo, la exposición graduada, etcétera (Wolpe, 1977).

*Técnicas humanistas.* Entre las principales reconocemos la gran valía de las técnicas de la logoterapia de Frankl (intención paradójica y de reflexión), de tipo existencial en general (el sentido de la vida, el estar con..., etcétera), de la escuela Rogeriana, de la Gestalt, de la influencia positiva de la fe religiosa en la psicoterapia, etc. (Frankl, 1984; Rogers, 1961 y Grupo Epsimo, 1991).

#### b) Nuevas técnicas:

*"Lectoterapia"*. Con los años, hemos corroborado que los pacientes sí se interesan por leer sobre lo que les está ocurriendo y, aún más, que esto refuerza su compromiso y disciplina al tratamiento, tal vez por un mejor nivel de conciencia y conocimiento, tal vez por comprobar de fuentes externas escritas y "oficiales" o "autorizadas" que lo que se le dice en la terapia normal es cierto, tal vez por aumentar la confianza en el terapeuta al corroborar que no le está "inventando" lo que le dice, o por algún otro tipo de factores. En nuestra práctica clínica, permitimos a los pacientes leer su diagnóstico oficial de acuerdo a los sistemas internacionales oficiales, algunos libros seleccionados previamente por su seriedad en el campo, mediante conferencias y artículos científicos o de divulgación, lectura y aplicación de los "psicosíndromes" (patrones clínicos y sindromáticos de comportamiento en nuestro medio mexicano, aportación del doctor Andrés Cuevas Sosa) (Cuevas, 1987), siempre con excelentes resultados (en diez años no hemos hallado un sólo caso en que resultara "contraproducente").

*"Espejeo"*. Lo utilizamos como una técnica interpersonal de gran peso y valía para el paciente; puede ser realizado en las terapias grupales (mejor efecto terapéutico), familiar o de pareja. Para el individuo "espejado" es interesante y muy saludable ver y oír como todo un grupo de terapia le comenta sus percepciones y opiniones respecto de las actitudes, comunicación no verbal y sensaciones que provoca, es decir, el grupo le sirve como un espejo en el cual se puede ver. Lo más terapéutico de esto es que el paciente escucha una validación consensual de sí mismo por otros, coincidiendo, por lo general, la mayoría de los comentarios sobre su persona y logrando con ello una importante introspección de sí mismo y de los problemas de los cuales comúnmente no se había percatado de manera consciente.

También es valioso en las terapias de pareja o de familia, observándose en el mayor número de ocasiones que hasta ese momento el paciente se entera o percata de muchas cosas que su pareja o los demás miembros de la familia percibían, pensaban, opinaban o sentían respecto a él.

*Corrección farmacológica de problemas de personalidad.* Usualmente en psiquiatría, y aún más en psicoterapia, se presta poca importancia a los problemas o rasgos neuróticos que pueden ser ocasionados o exacerbados por problemática de organicidad cerebral leve (Uriarte, 1992; Velasco, 1976; Luria, 1986 y Golden, 1979), es decir, aquellos rasgos relacionados comúnmente con la disfunción cerebral mínima debida, por lo general, a problemas pre, peri o neonatales, en el aporte de oxígeno al cerebro o, menos frecuente; a traumatismos craneoencefálicos o enfermedades sistémicas que tuvieron afectación cerebral mínima o sutil. Entre estos rasgos (más conocidos en la psiquiatría infantil) tenemos los siguientes:

- \* necesidad notable,
- \* poco juicio social,
- \* impulsividad,
- \* distractibilidad excesiva,
- \* agresividad verbal o física,
- \* labilidad emocional importante,
- \* poco orden personal o franca tendencia al desorden (común en problemas de pareja o familia),
- \* verborrea,
- \* rigidez u obsesividad exageradas,
- \* dejan inconclusas o incompletas sus tareas,
- \* tendencia a la depresión o ansiedad sin causas aparentes de importancia,
- \* hiper o hipoactividad marcadas,
- \* explosividad.

Los rasgos anteriores se encuentran con frecuencia en los pacientes y siempre deberá descartarse un componente de posible organicidad, tanto por medios neuropsicológicos (pruebas de Bender, Luria, Rey-Osterrieth) y clínicos (examen mental psiquiátrico) como paraclínicos (electroencefalograma y tomografía computarizada de cráneo). Otras causas orgánicas, afortunadamente menos frecuentes, son: tumores cerebrales, cisticercosis cerebral, neoformaciones vasculares, enfermedades sistémicas como las metabólicas, endocrinas (hiper o hipotiroidismo), reumatológicas, SIDA.

El manejo farmacológico con dosis suaves de medicamentos anticomerciales es sumamente efectivo, lográndose frecuentemente mejorías sintomáticas que de otra manera no hubieran disminuido ni con varios años de la psicoterapia más efectiva.

*Visita intergrupo.* Técnica que diseñamos específicamente para desarrollarse en psicoterapia grupal. Consiste en la visita súbita e inesperada, para pacientes con compromiso terapéutico y sabedores de que ello podría ocurrir en algún momento del tratamiento, de la pareja del paciente al grupo de terapia de éste, con el objeto de comentar al grupo su punto de vista de los problemas de pareja así como permitir que el grupo le conozca e interroge. Es sorprendente la eficacia terapéutica de este procedimiento, pues permite acortar tiempo de terapia al "desenmascarar" frecuentemente al paciente en grupo respecto de algunos conflictos o situaciones que consciente o inconscientemente pudiera estar ocultando a su terapeuta o compañeros de grupo. Un comentario común es "qué diferente es la (el) esposa (o) de fulano (a), no es como nos lo había platicado, ni sus problemas son completamente como refiere, fue interesante conocer de boca de su pareja los errores y la forma en que provoca a su pareja". La técnica también se puede aplicar en caso de familiares cercanos o amigos del paciente que, por supuesto, también estén en tratamiento. Los resultados, después de ocho años aproximadamente de haber comenzado a usar esta técnica, son excelentes en el cien por ciento de los casos (se deben seguir los criterios de utilización ya referidos).

*Premiaciones anuales.* Desde hace varios años, cada fin de año utilizamos los factores terapéuticos de experiencia emocional correctiva, universalidad y, el no descrito como tal, sentido del humor en la psicoterapia de grupo. Con consentimiento de los pacientes, y en los últimos años inclusive ya a petición de ellos (se ha hecho una

tradición), se realiza una "entrega de Oscars a la neurosis". Se verifica una reunión organizada por los mismos pacientes en la cual se les entrega a cada uno de ellos uno o más "premios" que subrayan sus conflictos principales o características de su personalidad que más requieran tratamiento y cambio. Ejemplos de los mismos son "El Narciso de Oro" (al más narcisista del grupo), "La Amazona del Año" (a la mujer más dominante y con más conflicto en cuanto a su rol femenino y a la aceptación de su femineidad), "La Neurosis del Año" (al paciente que más impresionó al resto del grupo por lo severo de sus conflictos, grado de neurosis, conflictos interpersonales, etcétera), "La Recuperación del Año" (al paciente que más logros y cambios obtuvo en terapia en el año), "Valor y Compromiso en Terapia", etcétera. El resultado de esta técnica ha sido extraordinario; hemos observado que la mayoría de los pacientes se motiva ampliamente para "dejar el Oscar" en el mínimo lapso posible. Como la mayoría de los "premios" se otorga por votación democrática del grupo, el factor de experiencia emocional correctiva se refuerza notablemente logrando el paciente asimilar y trabajar con mayor eficacia conflictos de los que tal vez dudaba o no aceptaba tener. Para los pacientes que obtienen los "premios de felicitación", éstos actúan reforzando las conductas, logros y actitudes positivas que el proceso terapéutico ha comenzado a cimentar en ellos y los que les rodean (pareja, familia, trabajo).

*Permitir que el paciente realice anotaciones en terapia.* Contra lo que se estilaba en la escuela psicoanalítica, en la que generalmente se interpreta esto como resistencia, permitimos que el paciente tome notas de lo comentado en la sesión, sea de pareja, grupo, familia o individual. Por experiencia, esto permite trabajar más profundamente con la persona ya que obviamos el mecanismo de represión mediante el que frecuentemente la persona "olvida" a las pocas semanas o días lo que se trabajó en la terapia. Periódicamente, la persona puede revisar sus notas y retrabajar o profundizar los conflictos que se habían detectado.

*Asignación de "tareas".* Esta práctica, descrita originalmente por las terapias familiar y conductual, permite que el paciente, después de la consulta, amplíe, profundice, descondicione o recondicione conflictos, actitudes, rasgos o conductas neuróticas. El terapeuta, intencionalmente, deja al paciente la tarea a realizar en la "post-terapia". Las tareas pueden ser encaminadas a quitar actitudes o conductas maladaptativas, a profundizar algún tema detectado como conflic-

tuante en la sesión normal de terapia, técnicas destinadas a controlar o aminorar algún síntoma.

*El terapeuta como factor curativo:* a través del estudio, las reflexiones y la experiencia clínica, hemos observado que es frecuente que terapeutas con una escuela similar o igual y preparaciones equivalentes varían mucho en lo que Lazarus (1989) llama terapeuta eficaz o efectivo. Por ello, la PPIE se preocupa de manera destacada por la preparación eficaz de los terapeutas, no sólo de manera teórica y obteniendo experiencia clínica considerable, sino también el terapeuta como persona. Creemos que es indispensable un crecimiento personal de los psicoterapeutas mediante, desde luego, un proceso de crecimiento y sanación de los conflictos que tenga y que por ello puedan obstruir su eficacia con el paciente. Por lo tanto, es requisito primordial en nuestro esquema que cada futuro psicoterapeuta lleve concomitantemente a su preparación teórico-clínica, un proceso de psicoterapia personal didáctica, en la que pueda conocerse lo más profundamente posible, corregir sus actitudes, sentimientos o conductas neuróticas, y revisar y acrecentar su escala ética y moral de valores, buscando siempre el ser bienintencionado y al servicio de las fuerzas internas constructivas del individuo, sin menoscabo de situaciones que se presentan en la realidad clínica con los pacientes, tales como sexo, edad, clase social, religión, capacidad económica, etcétera. Es de preocupación fundamental formar terapeutas que puedan atender por igual a las personas indistintamente de los factores antes comentados (Cuevas, 1982).

### Conclusiones

Hemos pretendido presentar una visión general de la psicoterapia, sus conceptos básicos y sus tendencias actuales. Un objetivo que nos hemos propuesto es dar a conocer a la comunidad científica en general que en el área de la salud mental existen medios suficientemente estudiados, con bases científicas y académicas amplias para confrontar los problemas que la población general puede presentar al respecto, que son variados y mucho más frecuentes de lo que a simple vista pudiera pensarse (Escandón, 1994).

Respecto a nuestro método psicoterapéutico, asumimos con humildad que no pretendemos que



sea el mejor ni la "nueva verdad en la psicoterapia", pero sí un enfoque abierto, no dogmático, libre de prejuicios respecto de todo aquello llamado, de una u otra manera, psicoterapia, siempre y cuando pueda demostrar que es útil y capaz de ayudar a las personas en sus problemas de salud mental y que acepta incondicionalmente su futuro enriquecimiento con el descubrimiento o aportaciones de nuevas técnicas de eficacia clínica real.

Es un método que acepta y utiliza aportaciones teóricas y clínicas previas ya consolidadas de diferentes escuelas de psicoterapia y que intenta aportar también lo suyo e incluirlo en la práctica clínica cotidiana con los pacientes, quienes son los que finalmente aprueban o desaprueban cualquier tipo de tratamiento mediante los resultados obtenidos.

Considera, asimismo, que el descubrimiento de nuestra vida inconsciente y su constatación diaria, su influencia primordial en nuestras vidas, en nuestro diario accionar, en nuestras actitudes, pensamientos y anhelos como seres humanos, debe ser la piedra angular sobre la que todo método psicoterapéutico efectivo debe trabajar.

Es, en fin, un método psicoterapéutico psicodinámico, integrativo y técnicamente ecléctico (Lazarus, 1989). ♦

**BIBLIOGRAFÍA**

- American Psychiatry Association. (1987). *DSM-III-R*. Masson. Barcelona, España.
- Basch, M. (1988). *Understanding psychotherapy*. Basic Books. New York, USA.
- Beck, A. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press. New York, USA.
- Brussel, J. y Cantzlaar, G. (1983). *Diccionario de psiquiatría*. CECSA, México.
- Corsini, R. y Swedding, D. (1989). *Current psychotherapies*. F. E. Peacock Publishers, Inc. USA.
- Cucvas, A.  
 \_\_\_\_\_ (1982). *Psicoanálisis y conductismo cognoscitivo*. La Prensa Médica Mexicana. México.  
 \_\_\_\_\_ (1987). *Psicoanálisis de la vida cotidiana*. Editorial Posada, México.  
 \_\_\_\_\_ (1991). *Psicoterapia individual, familiar y de grupo*. Instituto Politécnico Nacional. México.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (1978). *Terapia racional emotiva*. Pax México. México.
- Escandón, R.  
 \_\_\_\_\_ (1994). "¿Qué es la salud mental? Un panorama de la salud mental en México", en *Ciencia Ergo Sum*. Vol. 1, No. 1. UAEM. México.  
 \_\_\_\_\_ (1994). "La psicoterapia actual: Tendencia a la integración", en *Boletín Informativo de la APPEM-SOPROSAME*, Oct-Dic, No. 1. Toluca, México.
- Frankl, V. (1984). *Psicoterapia y humanismo*. FCE. México.
- Freud, E.; Freud, L. y Grubich, I. (1980). *Stigmund Freud*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Golden, Ch. y Anderson, S. (1979). *Learning disabilities and brain dysfunction*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Ill., USA.
- Grotjahn, M. (1977). *The art and technique of analytic group therapy*. Jason Aronson. New York, USA.
- Grupo Epsimo. (1991). *Experiencia de Dios y psicoanálisis*. Pro-mexa. México.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams and Wilkins. Baltimore, Ma., USA.
- Lazarus, A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, Ma., USA.
- Luria, A. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. Fontamara. México.
- Mahoney, M. y Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*. Paidós. Barcelona, España.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin Company. New York, USA.
- Rosenbaum, M. (1985). *Ética y valores en psicoterapia*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Singer, E. (1965). *Key concepts in psychotherapy*. Random House Inc. New York, USA.
- Uriarte, V.  
 \_\_\_\_\_ (1988). *Neuropsicofarmacología*. Trillas. México.  
 \_\_\_\_\_ (1992). *Psicopatología básica moderna*. Sianex. México.
- Vaughan, F. (1991). *Spirituality and psychotherapy*. The Journal of Transpersonal Psychology, Vol. 23, No. 2. USA.
- Velasco, R. (1976). *El niño hiperquinético*. Ed. Trillas. México.
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. Editorial Trillas. México.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. FCE. México.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Practitioner's Resource Series. Sarasota, Fl., USA.
- Zeig, J.  
 \_\_\_\_\_ (1987). *The evolution of psychotherapy*. Brunner Mazel. New York, USA.  
 \_\_\_\_\_ (1992). *The evolution of psychotherapy: The second conference*. Brunner Mazel. New York, USA.