

Psicoterapia Psicoanalítica Integrativa Ecléctica

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

(PRIMERA 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 psychotherapeutical 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.

Introducción

A través de la historia podemos encontrar que la psicoterapia ha sido practicada desde las antiguas civilizaciones por los médicos, sacerdotes, curanderos, brujos, chamanes, etcétera (Singer, 1965), siempre con el objetivo de ayudar a las personas a corregir los síntomas derivados de los problemas mentales o emocionales que les aquejan, buscando generalmente un beneficio, ya sea para mejorar sus relaciones con el exterior (medio ambiente que les rodea, pare-

ja, hijos, familia, otros individuos) o bien para el aclaramiento o mejoría de sus conflictos internos (intrapsíquicos).

Es apenas en el siglo pasado que la psicoterapia, con métodos y estudios específicos, comenzó a establecerse como tal, constituyéndose como un área especial de tratamiento, con las aportaciones fundamentales de Sigmund Freud quien, con la creación del psicoanálisis, dio paso al desarrollo ulterior de las diferentes y variadas escuelas teóricas de psicoterapia (Freud, *et al.*, 1980).

En este campo, con el viejo adagio psiquiátrico "se puede estar con Freud o contra Freud, pero nunca sin Freud" se subraya la enorme importancia de las aportaciones geniales de este hombre de ciencia, tales como el descubrimiento del inconsciente, de la compulsión repetitiva (es decir, la tendencia a repetir en el aquí y en el ahora conflictos y conductas del pasado), de la transferencia (sentimientos y actitudes del paciente hacia el psicoterapeuta), de las bases del desarrollo psíquico infantil, de los mecanismos de defensa (formas en que confrontamos los problemas emocionales), de la organización de la personalidad, de la interpretación de los sueños, etcétera.

* 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.



Es así que, en el presente siglo, muchos estudiosos de la conducta humana han ido haciendo sus aportaciones sobre el origen y el tratamiento de los problemas de la mente humana, contándose entre ellos a personalidades como Adler, Rank, Klein, Fromm, Jung, Rogers, Bettelheim, Lazarus, Wolpe, Ellis, Wolberg, Kernberg, Kohut, Rossi, Frankl, Erickson, Minuchin, Watzlawick, Bion, Yalom, Foulkes, Satir, etcétera (Zeig, 1987).

En los últimos años se ha tomado mayor conciencia de las consecuencias de los problemas de salud mental en diferentes poblaciones. De aquí que el desarrollo de la psicoterapia ha evolucionado a pasos vertiginosos, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, con una orientación más pragmática a diferencia de Europa que, si bien dio origen a la psicoterapia, se estancó posteriormente debido, tal vez, a su tipo de pensamiento, más teórico y analítico, y a que la cultura europea es más tendiente a la privacidad y a la conservación de sus tradiciones (*Ibid*).

Después de Freud, los clínicos encontraron que el psicoanálisis ortodoxo tenía serias limitantes (tiempo, costo excesivo, resultados a largo plazo, etcétera) y así se fueron generando nuevas teorías que buscaban resultados más prácticos, rápidos y eficaces para tratar a la mayoría de los pacientes que solicitaban ayuda, encontrándose también que determinados enfoques eran más aplicables a determinados tipos de pacientes, dependiendo de los cuadros clínicos diversos, posibilidades económicas y lugares donde se daban los tratamientos (instituciones públicas o privadas). Así, la competencia entre los diferentes enfoques mostró que cada uno, por separado, era más aplicable a ciertos casos, dependiendo de los diferentes diagnósticos o patologías. Los clínicos con apertura, psiquiatras o psicólogos, comenzaron a salir de las estrictas normas de sus entrenamientos básicos (conductuales, psicoanalíticos, cognitivos, biológicos) y entonces “la formulación de un enfoque válido y útil tendiente a la integración de técnicas de diferentes escuelas psicoterapéuticas es ahora una posibilidad real. La unión del arte de la psicoterapia—el descubrimiento de nuevas técnicas y su aplicabilidad— con las bases científicas que explican cómo y por qué una técnica puede actuar, nos ayuda también a inferir más generalidades sobre la naturaleza humana” (Basch, 1988).

Así pues, como bien lo define anteriormente Basch, la psicoterapia es arte y ciencia, cuyo objetivo final es la aplicabilidad observable clínicamente en la persona (paciente) que acude en busca de ayuda para cualquier tipo de problema.

I. El concepto

En general, la psicoterapia incluye todos los procedimientos que utilizan métodos psicológicos para influir en la conducta en una dirección terapéutica. En un sentido más amplio, consistiría en el uso de la palabra u otros métodos para aliviar los problemas psicológicos o emocionales, o como la define el diccionario: “tratamiento de los desórdenes mentales por medios psíquicos, como la persuasión, la sugestión, la reeducación y la libre asociación de ideas.” (Brussel, *et al.*, 1983).

De aquí se desprende que no hay un método único o idóneo, sino que hay una cantidad importante de ellos de acuerdo a la metodología y el marco teórico que utiliza cada uno. Así, existe psicoterapia que incide en los pensamientos e ideas de la persona (psicoterapia cognitiva o cognoscitiva); la que procura hacer conscientes los conflictos, ideas o pensamientos que están inconscientes (psicoterapia psicoanalítica), así como trabajar en la “transferencia” (los sentimientos, actitudes o emociones que experimenta el paciente ante el terapeuta y que son repetición de lo que aquél experimentó ante las figuras parentales en su niñez o más adelante, y que han sido guardados o “reprimidos” en el inconsciente; mediante el trabajo en la transferencia se pueden corregir en el aquí y el ahora los problemas habidos en el allá y el entonces); la que trabaja fundamentalmente sobre la conducta del individuo, intentando cambiarla con métodos tales como el condicionamiento, el aprendizaje, la desensibilización sistemática (exposición gradual al estímulo que provoca la respuesta maladaptativa hasta conseguir que ésta se extinga), el condicionamiento aversivo (psicoterapia de la conducta o conductismo); la que trata de lograr que la persona ubique sus realidades existenciales, las acepte y logre un cambio de perspectiva a nivel interno que provoque la superación de los conflictos experimentados (psicoterapia existencial); aquellas que tratan de provocar un cambio en las percepciones y sentimientos de las personas, así como un mayor crecimiento personal en ellas (psicoterapias humanistas como la Rogeriana y Gestalt); la que utiliza básicamente la sugestión (hipnosis o hipnoterapia); la que enfoca primordialmente a la familia como un sistema sujeto de su tratamiento (psicoterapia familiar) y/o a la pareja (psicoterapia de pareja), etcétera.

En realidad, se dista mucho de llegar a un consenso sobre qué es lo más adecuado o idóneo en cuanto a métodos y explicaciones teóricas de qué ocurre y cómo alivia o mejora a los pacientes (o “clientes”, como algunas escuelas les llaman en la actualidad).

II. Objetivos de la psicoterapia

Para enunciar los objetivos o metas de los tratamientos psicoterapéuticos, debemos tomar en cuenta que la psicoterapia puede ir dirigida tanto a situaciones médicas físicas o mentales (valoradas con parámetros médicos), como a la gente en general, personas como usted o como yo, gente común y corriente que pretende mejorar diversos aspectos de su personalidad o comportamiento que pueden ser maladaptativos o estarle generando problemas en las distintas esferas de su vida (personal, interpersonal, laboral o profesional, económica, familiar, de pareja o social) y, con base en ello, propondríamos que se hiciera una especie de clasificación general de las psicoterapias como sigue:

1. Psicoterapias tipo I

Su objetivo es fundamentalmente clínico, es decir, dirigidas a aliviar síntomas de enfermedad ya sea mental o física, sexual, trastornos de personalidad, trastornos afectivos (depresión, el principal), somatización (expresión orgánica o física de conflictos psicológicos, tal como gastritis, colitis, neurodermatitis, cefalea y asma bronquial), problemas psicóticos (esquizofrenia u otros tipos de psicosis) y todos aquellos problemas clínicamente clasificados en un ámbito internacional (DSM-IV de la *American Psychiatric Association* o ICD-X de la Organización Mundial de la Salud) y que deben ser tratados por profesionales específicos que son los médicos psiquiatras y los psicólogos clínicos (con entrenamiento de postgrado preferentemente, que incluyan psicoterapia "didáctica" personal, es decir, tratamiento psicoterapéutico previo al psicoterapeuta para que éste a su vez, al tratar pacientes, esté lo más libre posible de conflictos neuróticos y pueda entonces ayudarlos de manera más libre y eficaz al estar mejor integrado como persona y consciente de todos los aspectos de su historia y personalidad que, en un momento dado, pudieran afectar su desempeño profesional).

2. Psicoterapias tipo II

Son todas aquellas destinadas a ayudar o mejorar a las personas sin manifestaciones clínicas evidentes, es decir, al resto de la población que desea o busca alguna manera de crecer en su grado de maduración personal o en los conflictos "normales" que la vida le va presentando (personalidad, relación de pareja o de familia, forma de relacionarse con su mundo externo, su manejo profesional o laboral, sus funciones de paternaje o maternaje, su capacidad para disfrutar la vida en sus diversas manifestaciones y todos

aquellos aspectos relacionados con la salud mental en general).

Entre las psicoterapias tipo I podríamos mencionar las siguientes:

- * Psicoanálisis y psicoterapias analíticas en sus diversas formas.
- * Terapia de la conducta.
- * Psicoterapia cognoscitiva o cognitiva.
- * Terapias biológicas.
- * Hipnoterapia.
- * Terapias de familia.
- * Psicoterapia grupal.
- * Psicoterapias existenciales.
- * Terapia multimodal.

Lo anterior con base en su eficacia clínica comprobada (Kaplan, *et al.*, 1989).

Las psicoterapias tipo II podrían ser:

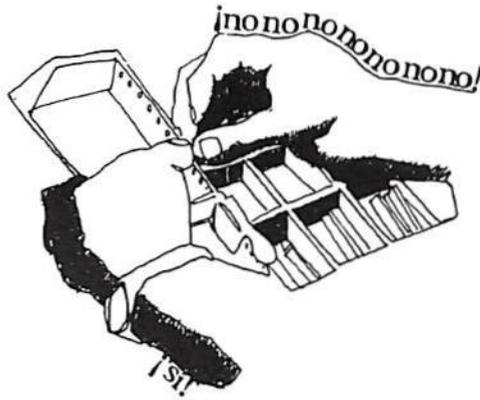
- * Psicoterapias humanistas (Gestalt, Rogeriana).
- * Grupos de encuentro (dentro o fuera de marcos religiosos).
- * Terapias espirituales.
- * Análisis transaccional (AT).
- * Desarrollo humano.
- * Consejería en sus diversas orientaciones.
- * Neurolingüística.
- * Otras.

Debemos hacer la aclaración que esto no quiere decir que las anteriores no sean útiles en algunos problemas clínicos, dependiendo también de la capacidad del terapeuta, sino que por sus marcos teóricos y orientación son más aplicables al *público en general* (inclusive no utilizan terminología clínica ni diagnósticos internacionales de tipo clínico ya referidos) (American Psychiatry Association, 1987).

De la misma manera, las psicoterapias del tipo I, no son exclusivas para problemas de tipo clínico, sino que sus cuerpos teóricos y conceptuales también se aplican perfectamente al tratamiento psicoterapéutico de la *gente* asintomática o "normal", que no reúne criterios clínicos.

Referido lo anterior, diríamos entonces que los principales objetivos generales de las psicoterapias son los que se indican a continuación:

- a) Lograr el bienestar personal del individuo desde un punto de vista integral, es decir, biopsicosocial.
- b) Buscar una adecuada integración de la personalidad.
- c) Pugnar por un funcionamiento social adecuado y saludable.
- d) Eliminar datos subjetivos u objetivos de molestia personal, es decir, síntomas o comportamientos maladaptativos del individuo.



III. Fases de la psicoterapia

Rosenbaum (1985) propone que la psicoterapia generalmente cursa por tres fases durante su proceso:

1) Fase analítica. El paciente comienza a externar sus conflictos y a intentar resolver todo aquello que le haya obstaculizado el logro de una mayor madurez psicológica.

2) La búsqueda de identidad. Aumenta la conciencia de uno mismo, de los propios deseos, aptitudes y opciones existenciales.

3) La autorrealización. El individuo adquiere el valor de ser él mismo y de enfrentar los obstáculos que la vida le depara.

Aquí me permitiría proponer, en base a mi experiencia clínica de varios años, también tres fases, las que no son excluyentes de las antes mencionadas:

a) Fase cognitiva. El individuo trabaja y, mediante los procesos terapéuticos de interpretación, confrontación y clarificación (Cuevas, 1991), gradualmente va realizando introspección (*insight*) de sus pensamientos, actitudes, conductas, valores y conflictos.

b) Fase emocional. Dependiendo de cada persona, puede o no ir casi simultánea a la anterior. Consiste en que la persona va asimilando, haciendo "digestión" de los productos cognitivos de la primera fase. Esto se va observando clínicamente en los cambios emocionales que la persona comienza a mostrar: desaparecen los signos y síntomas que le llevaron a buscar ayuda, mejora su expresión afectiva, se torna más agradable, comprensivo, tolerante, menos impulsivo, más mesurado y prudente, mejora su sentido del humor, adquiere sensación de estabilidad emocional, disminuyendo o desapareciendo las crisis emocionales que anteriormente se presentaban.

c) Fase espiritual. el individuo se integra como persona y comienza a generar valores espirituales en sí mismo y hacia los que le rodean, tales como autenticidad, dejar salir el pasado definitivamente, enfrentamiento a los propios temores, *insight* y perdón, amor y compasión, comunidad, paz interior, liberación personal, bondad y conocimiento. Según Vau-

ghan (1991), "la espiritualidad psicológicamente saludable sustenta la libertad personal, autonomía y autoestima, así como la responsabilidad social. No niega nuestra humanidad ni depende de la supresión o negación de las emociones. Por el contrario, requiere de escuchar a nuestro corazón humano y confiar en la sabiduría de nuestra intuición".

Debemos apuntar que la psicoterapia en general debe tener objetivos que sean puestos por el mismo paciente, es decir, el terapeuta debe basarse en lo que el paciente pretenda obtener del tratamiento y los objetivos del mismo, pues, variarán de profundidad y ambición en cada persona. El terapeuta deberá valorar éticamente factores como costo-beneficio para el paciente, su situación existencial, capacidades intelectuales, presencia o ausencia de enfermedades físicas o mentales graves, edad, metas personales, etcétera.

IV. Cómo actúa la psicoterapia

En diversos estudios (Corsini, *et al.*, 1989; Zeig, 1992 y Escandón, 1994), algunos autores han concluido que los diferentes enfoques, técnicas o escuelas de psicoterapia comparten entre sí mecanismos de acción o "factores terapéuticos"; entre los más mencionados tenemos los siguientes:

- *Universalización*. El paciente comprende que no es el único que tiene conflictos y que los suyos no son los únicos ni los peores.

- *Introspección o insight*. La persona se hace consciente y entiende sus problemas y el origen de los mismos, la mayor parte de las veces, de naturaleza inconsciente.

- *Modelaje*. El paciente aprende del terapeuta (terapia individual) o de un grupo (terapia grupal) nuevos modelos de comportamiento, actitudes, visión de la vida, valoración de sí mismo y lo que le rodea.

- *Aceptación*. El paciente comienza a aceptarse a sí mismo y a sus circunstancias existenciales, así como la existencia que le ha tocado vivir.

- *Altruismo*. El paciente recibe y asimila actitudes altruistas de sus compañeros de terapia (grupal) o del terapeuta (individual), generando así paulatinamente un cambio en sus propias conductas de egocentrismo.

- *Transferencia*. Como ya se explicó anteriormente, el paciente repara en la relación terapéutica individual y/o grupal pautas erróneas de relación afectiva del pasado, generando así un cambio en sus afectos en el aquí y el ahora.

- *Prueba de realidad*. El paciente realiza una validación consensual de sí mismo, su entorno y sus

circunstancias existenciales, logrando así una visión más objetiva de la realidad.

- *Ventilación.* El paciente expulsa o desahoga sus contenidos emocionales (catarsis) y los afectos ligados a ellos y reprimidos durante un largo tiempo (abreacción).

- *Interacción interpersonal.* El paciente interactúa con el terapeuta o con el grupo, logrando así ajustar sus pautas de comportamiento o conducta maladaptativa, generalmente inconsciente, mejorando así su calidad de vida afectiva y social en general.

Corsini menciona que, resumidamente, todas las psicoterapias: ... son métodos de aprendizaje, intentan cambiar a las personas, e intentan hacer pensar diferente a la persona.

En conclusión, los diferentes estudios comparativos señalan claramente que la mayoría de los principales enfoques psicoterapéuticos, merced a los factores antes referidos, provocan mejoría y utilidad a los pacientes (Corsini, 1989).

V. Cuándo falla la psicoterapia

Es importante que todo terapeuta, por capaz o exitoso que sea, tenga la humildad de reconocer que es imposible, como en cualquier otro campo de la actividad humana, tener éxito en el cien por ciento de los casos tratados. Entre los factores estudiados (Rosenbaum, 1985) que pueden llevar al fracaso en cualquier forma de psicoterapia, están los siguientes:

Diagnóstico incorrecto y, por tanto, tratamiento equivocado.

Condiciones externas desfavorables: conveniencia de continuar enfermo, la actitud sabotadora de la familia, factores de la vida real, distancias geográficas grandes, factores económicos, etcétera.

Factores constitucionales: fuerza de los instintos y conflictos.

Trastornos caracterológicos severos.

Transferencia y contratransferencia (lo que el paciente siente hacia el terapeuta y viceversa).

A pesar de las posibilidades anteriores, de trascendente importancia es que el psicoterapeuta, a pesar de todo, sea siempre bien intencionado y tenga como supremo objetivo el bienestar del paciente.

VI. Profesionales que pueden ejercer la psicoterapia

Siempre ha existido gran y acalorada controversia al respecto y que es un tema delicado que inclusive ha ocasionado divisiones y enconadas rivalidades entre profesionales del campo. Sin embargo, creemos que es de suma importancia puntualizar al respecto, ser

lo más claros y objetivos posible, siempre con un espíritu abierto a todo lo que sea bienestar del ser humano.

Considero que podríamos utilizar la clasificación de psicoterapias anteriormente propuesta de acuerdo a objetivos y así diría que la psicoterapia tipo I, por requerir mayores conocimientos y especificidad de formación clínica y científica y capacidad de manejo de los diagnósticos clínicos internacionales, deberá ser manejada exclusivamente por los siguientes profesionales:

- 1) Médicos psiquiatras,
- 2) psicólogos clínicos con entrenamiento de postgrado específico,
- 3) médicos generales o especialistas con entrenamiento específico en psicoterapia,
- 4) enfermeras generales universitarias o enfermeras psiquiátricas con entrenamiento específico de postgrado en psicoterapia, y
- 5) trabajadoras sociales universitarias con entrenamiento específico de postgrado en psicoterapia.

En los dos últimos casos, deberán contar obligatoriamente con la asesoría y supervisión de un médico psiquiatra.

Las psicoterapias tipo II, por su propia naturaleza más abierta y encaminada al crecimiento personal y mejoría de pautas maladaptativas de personalidades "sanas", considero que podrían ser ejercidas por los siguientes tipos de profesionistas:

- a) Los mencionados en psicoterapias tipo I,
- b) especialistas en desarrollo humano,
- c) especialistas en terapias Gestalt, Rogeriana, análisis transaccional, bioenergética, logoterapia,
- d) antropólogos, sociólogos, administradores de empresas, filósofos, etcétera., siempre y cuando hayan tenido entrenamiento de postgrado en alguna de las psicoterapias mencionadas,
- e) sacerdotes y religiosos en general, de preferencia con algún tipo de entrenamiento psicoterapéutico.

Sugeriría crear en el país cursos de consejería psicoterapéutica, con profesionales que, teniendo un entrenamiento básico en psicoterapia que se podría impartir en uno o dos años, tengan un primer contacto con amplios sectores de población que requieran ayuda básica para poder mejorar su salud mental en un "primer nivel de atención". Estos profesionistas podrían ser los mencionados en los anteriores incisos, además de profesores normalistas, preferentemente de normal superior, y otras áreas universitarias con gente interesada en el componente humano y psicológico de los grandes problemas de nuestro tiempo.

De la forma antes comentada, inclusive se podría llegar a instrumentar algún día un "Sistema Nacional de Salud Mental", que contara con los tres niveles de atención con que se cuenta en las demás áreas médicas (y no sería "medicalizar" a la salud mental, de la misma manera que no se requiere ser médico para formar parte del Sistema Nacional de Salud, el cual, en cuanto a salud física se refiere, es manejado por damas de voluntariados, trabajadoras sociales, voluntarios, paramédicos, administrativos, políticos y, por supuesto, médicos).

VII. Necesidad de legislación en psicoterapia

Se está dando una gran proliferación, a nivel nacional e internacional, de diversos tipos de terapias (Karasu reporta más de 400 variedades de psicoterapia a la fecha) de manera no controlada y poco seria, que capitalizan el desconocimiento y confusión de la población en general en cuanto a temas de salud mental. Así, se observa que, frecuentemente, gente impreparada y a veces totalmente lega, participa "tratando" diversos problemas de psicopatología, de moderada a severa, con resultados muy pobres, por supuesto, y a veces ocasionando complicaciones de los cuadros clínicos. Ante ello, ha ido surgiendo una necesidad cada vez mayor de que se legisle en la materia. Sin embargo, esta legislación deberá partir de iniciativas de la gente preparada en el área, de los profesionales de la salud mental organizados en asociaciones que deberán tener carácter oficial para incrementar su eficacia. Esperamos que esto se pueda ir dando en un futuro inmediato. ♦

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.
- Cuevas, 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). *Sigmund 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*. Promexa, 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.