

INTERVENCIÓN CON NIÑOS DESDE LA TERAPIA GESTALT*

ADRIANA ECHAVARRÍA

*Dentro de cada niño existe una historia que necesita contarse,
una historia que nadie más ha tenido tiempo de escuchar.*

Winnicott (1984, p. 21)

INTRODUCCIÓN

La intervención con niños desde la Terapia Gestalt, nos invita primero a una revisión personal acerca de la concepción que tenemos sobre los niños, y sobre todo a una revisión acerca de nuestra infancia, nuestra niñez, nuestro niño interior, ya que el encuentro con estas personas nos lleva a enfrentarnos a nuestros más íntimos fantasmas o miedos desconocidos. Es por esto que se hace necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Desarrollo integral del niño: (Desarrollo Físico, emocional, cognitivo, moral, social, psicosexual).
2. Concepto de Normalidad y Anormalidad desde la Terapia Gestalt.
3. La Comunicación en Psicoterapia con Niños.
4. La Terapia de Juego o Terapia Lúdica.

Teniendo en cuenta estos aspectos se puede iniciar la maravillosa aventura que significa el trabajo con niños desde la Terapia Gestalt.

1. DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO

Definitivamente este es el punto de partida para el trabajo con niños, pues después de revisar nuestra infancia y haber reconocido cuáles son nuestros asuntos inconclusos, es necesario revisar, aprehender, conocer, asimilar y trascender autores que han teorizado e intervenido desde el desarrollo evolutivo de los niños. La importancia de esto radica en que necesitamos conocer en qué momento del ciclo vital se encuentra cada niño o niña a la hora de intervenir con él, ya que no es lo mismo un niño de 3 años atravesando el período de egocentrismo a un niño que tiene 8 años en donde sus amigos son lo más importante. El poder conocer qué se espera para cada etapa de la vida del niño nos hace comprender por qué algunos de sus comportamientos, que pueden ser percibidos por padres, profesores y adultos como inadecuados, pueden ser comportamientos totalmente aceptables, adaptables y adecuados para cada niño dependiendo de la edad.

2. REVISAR Y CONSTRUIR NUESTRO CONCEPTO DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD DESDE LA GESTALT

Al hablar de normalidad y anormalidad es necesario tener en cuenta que frente a estos aspectos confluyen ámbitos multidimensionales, como son:

- Nivel de Desarrollo.
- Sexo.
- Cultura.
- Relatividad.

- Individualidad.
- Nivel de tolerancia de los adultos.

Frente a la NORMALIDAD, entendida como lo que se espera que cultural y socialmente el promedio de los seres humanos hagamos, podemos definir algunas características que la componen como: El Manejo de símbolos sociales, trato adecuado con la autoridad, relación con grupo de iguales, regulación de emociones.

Desde la Terapia Gestalt se toma en cuenta la Perspectiva de Desarrollo, reconociendo que pueden existir desajustes normales que desencadenan en comportamientos clínicamente desviados, como por ejemplo la esquizofrenia o la psicosis. También es importante tener en cuenta que los niños pueden presentar dificultades de ajuste en algún momento de sus vidas al igual que cualquier persona adulta y esto quiere decir ¡que tener problemas no se puede equiparar a una patología!

Frente a la DESVIACIÓN o anormalidad, se tiene en cuenta que la persona manifieste algunas incapacidades como: incapacidad inexplicada para aprender, incapacidad para lograr relaciones sociales satisfactorias con niños o adultos, incapacidad para comportarse a un nivel que corresponda a su nivel de desarrollo, dificultades en sus procesos adaptación (como reacciones psicósomáticas y desajustes emocionales).

Sin embargo para considerar social y culturalmente que alguien es normal o anormalmente adaptado, las características anteriormente nombradas deben estar en forma marcada y durante un período prolongado, teniendo en

cuenta la frecuencia, la intensidad, y la duración de la conducta.

Frente a la NORMALIDAD y ANORMALIDAD, la sociedad ha considerado algunos deberes que los niños deben cumplir, de lo contrario son considerados desadaptados. Estos son:

DEBERES DE LOS NIÑOS NORMALES

1. Realizar todo lo que la sociedad espera que él realice.
2. Manejar símbolos adecuados para relacionarse según lo esperado con los demás.
3. Callar sus sentimientos y emociones, o expresarlo como los demás consideren que es la mejor forma.
4. Respetar a los demás con los que convive, (aunque él sea irrespetado a diario, al obligarle a expresar, sentir y pensar lo que no quiere).
5. Respetar las normas (aunque las demás personas las violen diariamente).

El niño "normal" está lleno de "deberías", con los demás, con la sociedad y con la cultura; muchas veces poniéndose máscaras que después se le dificultará vivir sin ellas.

Se ignora su etapa de desarrollo, y su personalidad como ser único, individual e irrepetible.

En conclusión, la EMPATÍA encierra la concepción de lo que puede ser la Normalidad y Anormalidad desde una mirada terapéutica Gestáltica.

LINEAMIENTOS PARA ENVIAR LOS NIÑOS A TRATAMIENTO

- ¿Es la conducta del niño generalmente apropiada para las circunstancias en que se encuentra?
- ¿Se adapta en general la conducta de un niño a su edad?
- ¿Hay dificultades reales en el ambiente del niño a las que pueda atribuirse el problema?
- ¿Se ha producido algún cambio radical en la conducta del niño?
- ¿Cuánto tiempo ha perdurado el síntoma?

PARA PENSAR. ..

- ¿Cómo adquieren las personas las normas que le sirven para tomar decisiones de juicio sobre la normalidad o anormalidad?
- ¿Hasta qué punto tienen bases realistas estos juicios?

3. LA COMUNICACIÓN EN PSICOTERAPIA CON NIÑOS

En la Psicoterapia con niños partimos del hecho que existen mayores dificultades en la relación terapeuta-niño que en la relación terapeuta-adulto. Esto se debe a que el niño posee un paquete comunicacional o lenguaje políglota (Serie Auditiva Lingüística SAL, Serie Auditiva Paralingüística SAP, Serie No Auditiva Paralingüística SNAP). El adulto solo posee la

SAL Y pierde la capacidad de comprender la SAP y la SNAP.

El consultante adulto relata a través de la Serie Auditiva Lingüística lo que le sucede y el terapeuta utiliza sus habilidades para facilitar su proceso de darse cuenta. Con el niño el proceso es diferente, pues él utiliza su paquete políglota, en especial la SAP y la SNAP, lo que hace que sean mucho más perceptivos que un consultante adulto, pues pueden ver, oír y transmitir mucho más que palabras.

Es por esto que durante la sesión el terapeuta necesita entender el idioma que ha ido perdiendo con el tiempo y generalmente elige dos opciones que no necesariamente son las más adecuadas:

1. Elige una serie de hechos y los sigue, perdiendo el significado global del mensaje, por ejemplo centrarse en una prueba proyectiva, o dibujo, dejando de lado la SAP y la SNAP.
2. Dentro de los elementos de expresión busca los que le resultan más familiares provocándolos, y descarta el mensaje emitido.

Ninguno de los anteriores conlleva a la comprensión del mensaje del niño, ya que es necesario tener en cuenta que toda conducta está dada en un contexto situacional, y especialmente la del niño está determinada por las experiencias pasadas y por el modo como el niño recibe las señales que le envía el terapeuta.

El terapeuta le puede dar gran importancia a su sentir, omitiendo la experiencia

del niño. Esto lleva a que el terapeuta centre su atención en informes, padres, profesores, historias clínicas acerca de dicha experiencia, manifestándole al niño una comprensión errónea de la situación.

El procedimiento para comprender al niño se inicia, entendiendo lo que él está transmitiendo y luego refiriéndose a datos pasados para no formarse prejuicios. El realizar el procedimiento a la inversa (buscar afuera lo que está adentro), hace que se pierda la posibilidad de entender qué es lo que piensa, siente y hace el niño, y esto es lo que verdaderamente nos interesa en la terapia.

Sin embargo el terapeuta en algunas ocasiones se centra en realizar una serie de preguntas referidas a una actividad específica propuesta por él mismo y no por el niño, con el fin de relacionar lo de afuera con lo de adentro; esto conlleva a que el niño conteste lo que puede, o responda a cosas que no sabe y que trata de adecuar a lo que piensa que el terapeuta quiere escuchar, o a lo que los padres quieren y que el niño no necesita y termina asumiendo el comportamiento que otros esperan que él realice.

Por esto el proceso de comprender al niño comienza por:

1. Empatía: Para esto es necesario tener la capacidad de recibir las señales que el niño envía conjuntamente sin interpretarlas.
2. Tener en cuenta lo que el niño siente, más que lo que piensa.
3. Buscar el significado que el niño le da a su

experiencia. Para esto es necesario tener en cuenta:

- a. Los datos del pasado fuera del tratamiento, como son: Características de la familia, anamnesis, entre otros. Es necesario manejar estos datos con cuidado ya que se pueden utilizar para justificar cualquier conducta que presente el niño y pueden perder el significado real que tienen.
- b. Los datos del niño dentro del tratamiento, como por ejemplo, la relación que se establece entre el terapeuta, posibles vacaciones, sesiones no dadas, respuestas que se presentan ante situaciones específicas como cambios de casa, etc.
- c. Circunstancias actuales aquí y ahora: Cómo percibe el niño las señales del terapeuta en función de sus expectativas, qué material significativo puede manifestar libre y espontáneamente o cuál está controlando.

CÓMO TRANSMITIRLE AL NIÑO QUE LO COMPRENDIMOS

Nuestra función como terapeutas es lograr en el niño un "Darse cuenta" para que lo pueda integrar a su personalidad, por esto nos planteamos lo siguiente:

LA SELECCIÓN DEL MATERIAL

Después de decodificado el mensaje inmerso en otros mensajes que nos ha estado enviando el niño, se traza un plan terapéutico, teniendo en cuenta la problemática general que se manifiesta, aspectos que se van a tratar, y cuáles no, salvo que se dificulte el tratamiento.

Es tener en cuenta que este plan terapéutico puede ser ampliado, o modificado dependiendo del transcurso o desarrollo de la terapia. Un plan rígido obliga a manejar un mismo material (o situación problema) sin permitir seguir adelante, manejándose ansiedad, temor y aumentando las defensas.

El niño puede producir un material en donde terapeuta y niño hacen un trato "hacer lo que hay que hacer" es decir, el niño hace cosas lindas sin molestar con excesos emocionales y el terapeuta se los interpreta. Es necesario ir conceptualizando o sabiendo qué sucede desde la teoría a medida que se vayan integrando las dificultades a la personalidad, para poder discriminar cuando se cambia la temática o el plan de intervención, o entender cómo y por qué se produjo el cambio.

TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN

El niño es altamente perceptivo y observa todo lo que le sucede al terapeuta (estados de ánimo, conductas que lo asustan o le molestan, etc.) Esta información le llega a través del paquete políglota del niño: SAL, SAP, SNAP. y el niño selecciona cuál le sirve y cuál no, utilizándola igualmente para su conveniencia.

LA RESPUESTA DEL NIÑO

Hemos comprendido lo que el niño está sintiendo y pensando y sabemos en qué problemática se encuentra inmerso, vemos cuál es su punto de urgencia y cuál es nuestro plan terapéutico. Nos identificamos con el niño con el fin de conocer, sentir y describir a qué tipos de señales está abierto. Reaprendemos nuestro

paquete políglota, es decir utilizamos para observar la respuesta del niño el SAL, SAP, SNAP de acuerdo con lo que percibimos que él puede recibir.

Investigamos lo que el niño tomó y lo comparamos con lo que nos habíamos propuesto transmitir. Tenemos durante toda la sesión una actitud terapéutica, en donde la verbalización no es lo más importante.

Es necesario no caer en el dialogo de sordos, en donde el niño expresa implícitamente "Quiero que me aceptes así"; Terapeuta: "Deberías ser de tal manera".

SERIE AUDITIVA LINGÜÍSTICA

(Sonidos de la lengua Española)

El terapeuta se encuentra en el proceso terapéutico con la necesidad de adaptar el lenguaje adulto a un lenguaje que el niño pueda comprender, para esto es necesario simplificarlo sin empobrecerlo; sin embargo se puede presentar qué se entiende, lo que le sucede, pero no se sabe cómo hacérselo conocer. Esta dificultad se puede presentar posiblemente por:

1. Dificultades para identificarse con el niño debido a problemas emocionales del terapeuta.
2. Falta de comprensión de contenido.
3. Falta de convicción de que ese concepto responda con fidelidad a lo que le sucede al niño. Para evitar estas dificultades es necesario:

Entrenamiento en simplificar el vocabu-

lario sin empobrecerlo.

Saber exactamente de qué se está hablando.

Tener convicción de lo que se dice.

SERIE AUDITIVA PARALINGÜÍSTICA

(tono de voz, timbre, ritmo)

Es frecuente que esta sea la serie en la que el terapeuta tenga menos control sobre las señales que envía, anulando completamente el mensaje en la SAL.

Y es por medio de esta serie junto con la SNAP que el niño va registrando metamensajes que percibe y envía al terapeuta. El niño mantiene menos tiempo la atención centrada en el mensaje verbal y aún mucho más cuando observa incongruencia.

SERIE NO AUDITIVA PARALINGÜÍSTICA

(Lenguaje Corporal)

Esta serie está incorporada a nuestro funcionamiento habitual y nos resulta más difícil registrarla y controlarla. Por esto es difícil mentir con este lenguaje.

Es necesario considerar la importancia de conocer y tener en cuenta nuestras características y cómo estas se manifiestan bajo la forma de metamensajes, con el fin de poder utilizar estas series para transmitir intencionalmente lo que nos proponemos y no manifestar incongruencias.

4. TERAPIA LÚDICA

ORÍGENES:

La Terapia Lúdica surge de los intentos de aplicar la terapia psicoanalítica a los niños. Se pretendía hacer consciente lo inconsciente de la misma manera que se intervenía con los adultos, por medio de la asociación libre, sin embargo se evidenció que los niños se negaban a asociar libremente.

Anna Freud descubrió en su trabajo con niños, que estos utilizaban la asociación libre para agradar al terapeuta. El material era insuficiente para la interpretación, por esta razón y a causa de la creencia de, que los niños no conformaban una neurosis de transferencia, A. Freud modificó la técnica analítica clásica. Y utilizó esta técnica como campaña para ganarse al niño, mostrarse interesante y poderosa frente a él, de esta manera el niño la deseaba de alianza, y por este medio lograba tener acceso a los secretos del niño.

Al inicio, la utilización del juego no era central en la terapia, sino preliminar al verdadero análisis, con lo cual se buscaba producir una vinculación emocional con el analista y de esta forma posibilitar la verdadera terapia.

Melanie Klein, desarrolló independientemente teorías que se derivaban de las de A. Freud, en donde suponía que las actividades lúdicas del niño, incluyendo las verbalizaciones, estaban determinadas emocionalmente, como la asociación libre de los adultos y podían ser interpretadas.

Melanie Klein llamó a su teoría: ANÁLISIS LÚDICO, el cual estaba caracterizado

por lanzar tempranamente interpretaciones profundas de la conducta del niño.

El análisis del juego era esencialmente coherente con la tradición psicoanalítica, es decir en la forma como se interpretaban los símbolos. El objetivo terapéutico era develar el pasado y reforzar el yo, de manera que fuera capaz de enfrentar las demandas del super yo y del ello.

Otro psicoanalista, Otto Rank, condujo a ciertos cambios significativos en los objetivos y métodos del trabajo psicoterapéutico con niños. Un rasgo esencial de esta teoría, conocida como TEORÍA RELACIONAL, es su concepción de que cierto tipo de relación terapéutica es curativa por si misma. Esta se oponía a que el paciente volviera a recorrer sus pasos evolutivos y revivir las primeras relaciones emocionales en sesiones analíticas. Esta teoría se interesaba más que por el pasado, por los problemas emocionales que existen en el presente inmediato, independiente de su historia.

Según Otto Rank, no era útil recuperar el pasado ya que el neurótico se encuentra ligado a él y es incapaz de centrarse en el presente aquí y ahora.

El terapeuta Rankiano no trataba de ayudar al paciente a repetir una serie particular de pasos evolutivos sino que comenzaba en su presente inmediato. En la Terapia de Juego utilizada por Rank se abandonaban las interpretaciones (Edipo), y se subrayaba la necesidad del niño a definirse en relación al terapeuta. El niño gradualmente llegaba a darse cuenta que era independiente.

EN QUÉ CONSISTE LA TERAPIA LÚDICA GESTÁLTICA

HIPÓTESIS CENTRAL: La Terapia Lúdica parte de uno de los principios fundamentales de este enfoque: La capacidad que tiene la persona para crecer y autodirigirse. El niño es una persona que tiene capacidad para ayudarse a sí mismo, teniendo en cuenta que si el ambiente cambia, el comportamiento también cambia. De esta forma aceptamos los hechos que influyen en su comportamiento.

EL TERAPEUTA

El terapeuta evidencia una actitud de respeto para que el niño perciba que puede ser el mismo. Y está disponible cuando el niño llega, manteniendo siempre el consultorio ordenado y preparado para él, cumpliendo con la cita, y cancelándola con anticipación cuando sea necesario; si llega tarde se disculpa con el niño que es su consultante, no solo con los padres o los profesores, mantiene en secreto las confidencias del niño, así los padres o profesores lo exijan, solo se da la información que sea estrictamente necesaria.

La relación terapéutica no debe ser percibida por el niño como amenazante y siempre debe ser genuina, transmitiéndole al niño calidez y comprensión, una relación en la que pueda sentirse lo suficientemente seguro como para relajar sus defensas y sentir cómo puede estar sin ellas.

El terapeuta acepta al niño tal y como es en ese momento y no intenta moldearlo de alguna manera socialmente aprobada, no intenta responder al niño de un informe, de una historia clínica o de una remisión, sino que se limita a los sentimientos expresados por él en

ese momento, ampliando la experiencia del niño aquí y ahora.

LA HORA DEL NIÑO

Esta hora le pertenece exclusivamente a él. El terapeuta proporciona: comprensión, compañía, calor; pero no liderazgo. Se interviene al ritmo elegido por el niño, ni se apresura, ni se atrasa ningún aspecto en particular del proceso terapéutico.

El momento en el que el niño trae material significativo, está determinado por él y por su disposición, y para hacerlo, el terapeuta no debe asumir esta responsabilidad por él. Si el niño maneja símbolos (como jugar con un caballo), el terapeuta acepta y respeta este nivel de comunicación, aunque los símbolos sean muy obvios.

EL CASO

SILENCIOSO

Si el terapeuta está verdaderamente convencido de que la hora le pertenece al niño, no sentirá angustia o la necesidad de presionarlo para que este juegue o hable. No hay fenómenos que generalmente se consideren característicos de un proceso terapéutico (catarsis, reflejos de sentimientos, etc.), sin embargo la aceptación del otro tal y como es produce cambios inmediatos.

El caso silencioso parte de la hipótesis de que si el niño no admite a otra persona en su mundo privado, quizás resulte terapéutico, que el terapeuta simplemente lo acepte y no trate de introducirse; quizás sea suficiente sentir que el terapeuta respeta su intimidad en sentido genuino, "Aquí hay alguien que me permite ignorarlo y que sin embargo piensa que eso está bien y no

se enfurece conmigo". El niño puede necesitar intimidad, pero no soledad.

El terapeuta que se siente rechazado cuando el niño no accede a contar sus problemas, solo se sumará a la ansiedad del niño al desplegar la suya propia.

EL SIGNIFICADO DE LA HORA TERAPÉUTICA PARA EL NIÑO

En esta hora el niño encuentra a un adulto que no se molesta por lo que él hace, que le permite expresar sus sentimientos y que considera sus afirmaciones con respeto, como ningún otro adulto lo había hecho. Esto no implica la aprobación de una conducta o actitud en particular. El reflejo y aclaración de los sentimientos le ayudan al niño a manifestarlos; si el niño se siente comprendido, tiende a traer material más profundo.

Durante el proceso terapéutico no hay elogios ni condenas, lo que determina las expresiones del niño, son sus necesidades y no la persuasión del terapeuta.

El niño comprende la permisividad, diferente a otras experiencias pero con límites. El niño percibe que algo está pasando en la hora terapéutica aunque no entienda exactamente que es.

Es necesario que el niño exprese abiertamente sus verdaderos sentimientos sin importar cuán difíciles o asociales parezcan; cuando el niño se sienta lo suficientemente a salvo podrá hacerlo y él solo estará seguro de que el terapeuta realmente lo acepta cuando lo haya puesto a prueba mostrándole aspectos rechazados de su personalidad.

Por esta razón la terapia lúdica difícilmente promoverá conductas socialmente inaceptables fuera de las sesiones terapéuticas ya que la aceptación del terapeuta parece reducir la hostilidad en lugar de inculcarla.

¿EXISTEN RIESGOS EN LA PERMISIVIDAD EN LA TERAPIA LÚDICA?

1. El terapeuta ha refinado cuidadosamente los elogios o estímulos para que el niño diga a haga alguna cosa en particular, esto hace que él se responsabilice de sus acciones y expresiones.
2. El niño es consciente de que las sesiones terapéuticas son diferentes a su vida cotidiana.
3. Las prohibiciones experimentadas por el niño en su vida no han eliminado su necesidad de realizar ciertas conductas por destructivas que sean; si el terapeuta se convirtiera en otro agente de la sociedad que le represente autoridad, el niño nuevamente enfrentaría una vez más su antiguo problema.
4. El ser aceptado como persona a pesar de las diferencias parece ser una parte importante de la terapia.
5. La terapia lúdica difícilmente promoverá conductas socialmente inaceptables fuera de las sesiones ya que el hecho de la aceptación del terapeuta reduce la hostilidad en lugar de incrementarla.

LOS LÍMITES

El terapeuta no establece límites a la expresión verbal o física de los sentimientos del

niño, sin embargo no se permite que algunos sentimientos sean expresados directamente en la acción (calmar la rabia rompiendo las ventanas). El niño aprende que no es necesario negar sus propios sentimientos porque hay maneras adecuadas o saludables para expresarlos. Esto hace que la terapia se vuelva una experiencia socializadora.

DIFERENCIA ENTRE LÍMITES EN EL CONSULTORIO Y FUERA DE ÉL

1. Los límites en el consultorio son menos.
2. Se acepta la necesidad que el niño tiene de romper o dañar y no se le rechaza por tener esta necesidad.

LÍMITES EN TERAPIA

El niño puede decirle al terapeuta todo lo que quiera y estos sentimientos son aceptados y reflejados como cualquier otro, sin embargo no se le permite agredir físicamente al terapeuta ya que podría cambiar la aceptación del terapeuta, igualmente puede provocar culpa o ansiedad profunda en el niño por agredir a la persona que lo ayuda, también puede sentir miedo de la retaliación que cree puede pasarle y esto dañaría la terapia.

En toda terapia existen algunas restricciones, las más obvias son en cuanto al tiempo y espacio. Estos dan estructura al proceso terapéutico. Sin embargo los límites no deben convertirse en el centro del problema. Es necesario permitirle al niño que decida si quiere terminar la sesión o respetar el límite.

Es de tener en cuenta que algunos límites dependen de las características del consultorio, sin embargo no se debe imponer límites al niño

sin explicarle el por qué de los límites así sean personales.

Es de tener en cuenta que existen varios límites que solo dependen de la aceptación del terapeuta, es decir que situaciones y límites que este perciba sean necesarios de tener en cuenta.

*Los niños son nuestros primeros maestros.
Ya saben cómo crecer, cómo desarrollarse ...
Todo lo que necesitan es el espacio para
hacerlo.*

(Oaklander, 1978, p. 324)

BIBLIOGRAFÍA

- Axline, V. M. (1979). Play Therapy as described by children, in the therapeutic use of child's play. C. Schaefer (Ed.), pp. 517-33, New York.
- Bacigalupe, G. (2002). Family therapy: An intimate history. Journal of Marital and Family Therapy. Oct. Vol. 28, N° 4; 496-497. En <http://proquest.umi.com/lpgdweb>
- Cárdenas, S. (1997). Eficacia de una terapia de Juego Centrada en el niño, En la autoestima de las niñas entre los 8-10 años pertenecientes a un hogar de protección de la ciudad de Cali. Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
- Duravia. (1992). Dimensión Psicoafectiva de la Personalidad. Santafé de Bogotá: Editorial McGraw-Hill.
- Ginger, S. y Ginger, A. (1993). La Gestalt: Una terapia de contacto. México: Editorial Manual Moderno.
- Oaklander, V. (1992). Ventana a nuestros niños. Santiago de Chile: Editorial Cuatro

Vientos.

- Papalia, D. (1992). *Desarrollo Humano*. Santafé de Bogotá: Editorial McGraw-Hill.
- Rogers, C. (1975). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rogers, C. (1975). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Martínez, M, Bacigalupe, G. (2002). Family therapy: An intimate history. *Journal of Marital and Family Therapy*. Oct ; Vol. 28, N° 4; 496-497. En <http://proquest.umi.com/lpgdweb>
- Watson, J., Goldman, R., Wamer, M. (2002). *Client-Centered and experiential psychotherapy in the 21st century*. Advances in theory, research and practice. Chicago: Edit. PCCS Books.
- Wyatt, G. (Ed.). (2001). **Roger's therapeutic conditions ; evolution. theory and practices volume 1; Coogruence**. Reino Unido: PCCS Books.
- West, J. (1994). *Terapia de Juego Centrada en el niño*. Buenos Aires: Editorial Manual Moderno.
- Winnicott, D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*, Basic books, New York.