

PSICOTERAPIA Y ORIENTACION: ALGUNAS REFLEXIONES

Gonzalo Miranda H. · Daniela Thumala D.

Psicólogos, Centro de Estudios y Acción Familiar (CEAF), Universidad Católica Blas Cañas.

La psicoterapia, a pesar de la gran difusión que ha tenido en los últimos años en nuestro país y en el mundo en general, sigue siendo un campo difícil de delimitar, y para la mayoría de la gente, desconocido. Probablemente, esto tiene que ver con la existencia de distintas escuelas y orientaciones psicoterapéuticas, pero también, con la complejidad que encierra dicha práctica. En el presente artículo, se propone una breve reflexión sobre la psicoterapia y su relación con otras formas de ayuda psicoafectiva, en particular con la orientación, enfatizando sus respectivas diferencias y especificidades:

“No creo en los psicólogos”. “Quiero que usted vea a mi hijo y le diga que tiene que esforzarse en los estudios”, afirman como éstas constituyen una realidad frente a la cual los psicólogos y otros profesionales que trabajan en el campo de la ayuda social, se confrontan a diario. Así mismo, es frecuente escuchar aseveraciones disímiles que cuestionan la utilidad de solicitar este tipo de ayuda. Entre ellas es corriente oír por ejemplo: “para qué ir al psicólogo, mi terapia es jugar tennis”, o “para qué voy a ir a terapia si no estoy loco”, o bien, “me encanta ir a terapia, me ayuda a sentirme más seguro”. La psicoterapia se descalifica o se mistifica con una pasión que no deja de sorprender. Por otra parte, bajo el calificativo de “terapia” pareciera que hoy en día

pudiese denominarse “cualquier cosa”. Es cierto que el psicólogo ha venido a sustituir, en alguna medida, a las figuras con

las cuales antes “se podía hablar”: el médico de familia, el sacerdote, etc., pero esta realidad encierra el peligro de desconocer su verdadera novedad en el contexto moderno.

El nombre “terapia” puede resultar engañoso, pues arrastra el peso de la tradición médica, con las respectivas consecuencias que ello tiene en el contexto de una cultura donde todo sufrimiento es considerado una enfermedad. Se asocia “terapia” fundamentalmente a alivio, desahogo y relajación y a la supresión de síntomas. También a “alguien que sea objetivo” y que me diga si “estoy equivocado” y últimamente, a una conversación que “sube la autoestima”, es decir, a una



especie de apoyo incondicional que permite suturar las dudas sobre sí mismo. En tal sentido, la psicoterapia pasa a ser una actividad de perfeccionamiento, tal como estudiar inglés o aprender computación.

En medio de esta abundancia de asociaciones que despierta el término psicoterapia, uno de los numerosos puntos confusos es el de su relación con las prácticas llamadas de "orientación" y "consejería". Habitualmente, se las ubica como parte de un continuo, correlativo a la "gravedad" del caso. En un extremo se situaría la orientación, en el otro, la psiquiatría y la medicación⁴. En este artículo pretendemos reflexionar⁵, a partir de un punto de vista particular que sostendría que orientación y psicoterapia -sin dejar de reconocer la legitimidad de cada una de estas prácticas- constituyen actividades radicalmente distintas, y que ello no depende de la "gravedad del caso"⁶ sino de la posición que ocupa quien actúa como "experto".

En primer término, conviene aclarar que esta diferencia no tiene necesariamente origen en el tipo de formación profesional de quien realice una u otra actividad, sino más bien con la finalidad del proceso y con la naturaleza de la relación que se establece entre las partes implicadas -y por tanto- con el lugar que ocupa quien actúa como profesional. De hecho, la demanda que muchos pacientes hacen al psicólogo, y especialmente sus "derivadores", (padres, profesores, sacerdotes, jueces, etc.) es de orientación, de educación, adaptación, incluso, de aplicación de una medida disciplinaria. Cuando al colegio se le agotan los medios de control, envía a los niños al psicólogo, cuando el sistema judicial busca sanciones novedosas, envía a los procesados a "terapia" con una expectativa similar a la del colegio. Y también es cierto que algunos psicólogos hacen conscientemente orientación, otros lo hacen sin saberlo, es decir, creyendo que hacen psicoterapia. En suma, no toda intervención hecha por un psicólogo, aun tratándose de un clínico, es psicoterapia. Así mismo, un orientador, un asistente social, una enfermera, un médico, o cualquier otra persona cuyo quehacer se enmarque dentro de las normas que enunciaremos más adelante, podría estar haciendo psicoterapia.

EL CAMPO DE LA PSICOTERAPIA: ALCANCES Y LIMITACIONES

Pareciera ser que la sobrevaloración de la técnica constituye una de las características de los tiempos modernos (o incluso postmodernos). Rara vez se reflexiona sobre el hecho que la técnica supone una estrategia, una política y finalmente, una ética. De esto no se habla. Sin embargo, es en este plano donde

adquiere sentido cualquier intervención. Una misma herramienta puede ser utilizada para fines diferentes e incluso antagónicos. Aunque la técnica pueda ser similar, el "para qué" no es el mismo en el caso de la psicoterapia que en el de la orientación, en tanto ésta remite siempre a una intención pedagógica, sea ésta o no explícita. Ciertamente, sería ingenuo pensar que las distintas escuelas psicológicas deban necesariamente compartir una ética común. No obstante, como intentaremos demostrar, las diferentes psicoterapias comparten, algunos puntos de vista similares.

Haciendo una abstracción -que tiene sus costos-, sostenemos que la psicoterapia es una relación particular que no comparte las mismas características de otras relaciones. Para graficar este punto hemos propuesto algunas reglas que delimitan el campo de esta práctica y que enunciaremos a continuación:

- * Para dar inicio a una psicoterapia, debe necesariamente existir una demanda, es decir, una queja a la cual se suma una petición de ayuda. No es el terapeuta quien empuja al paciente a cambiar. Aun cuando se pueden intentar una serie de maniobras orientadas a problematizar la situación de una persona y transformarla así en paciente, la psicoterapia propiamente tal, implica una cierta pasividad del terapeuta. Dicha pasividad es entendida en el sentido que no es él quien debe -ni puede- convencer a alguien que efectúe cambios en su vida⁷.
- * El psicoterapeuta es alguien con quien se puede hablar de todo, es decir, éste debe ser capaz de oír sin restricciones valoricas ni personales. El paciente no está allí para ser enjuiciado y el psicoterapeuta no lo está tampoco para hacer valer un ideal. De hecho, una recomendación habitual en las escuelas de psicología es derivar al paciente en caso que uno no se sintiese cómodo en este aspecto⁸. Es sabido, también, que no es recomendable ser terapeuta de familiares cercanos, pero si se puede ser orientador o consejero, es más, esa es una tarea característica de los padres, por ejemplo.
- * La relación entre terapeuta y paciente no es de amistad, tampoco es una relación de tipo médica, ni una relación pedagógica. Ella encierra, además, en sí misma, sus alcances (término) y limitaciones. El paciente no se mejora a costa de padecer una nueva dependencia. Al finalizar una psicoterapia, el paciente debiera curarse tanto de sus síntomas, como del terapeuta mismo.

Una vez enunciadas las características que delimitan el campo de la psicoterapia, profundizaremos en el desarrollo de

algunos aspectos señalados con anterioridad. En primer término debemos decir, que difícilmente un sujeto realiza esfuerzos por cambiar si no se siente afectado por algo, si no existe en él algún padecer que se transforme en una pregunta. En este sentido, el terapeuta sólo se constituye como tal cuando se lo piden. Como se mencionó antes, éste no puede, desde su marco, empujar a alguien a cambiar. Esto, exige una buena dosis de **humildad** por parte del terapeuta, y de **renuncia al propio narcisismo**, ya sea en cuanto a reprimir sus ambiciones de curador, como en lo que respecta a evitar el protagonismo del proceso (el objetivo no es que el paciente se dé cuenta cuán inteligente, comprensivo o capaz es su terapeuta).

El paciente no va a aprender psicología, no paga para eso, más aún, es él mismo quien debe encontrar su propio camino. En cierto sentido, el terapeuta se niega a sí mismo para poder operar. No espera gratitud del paciente, y le devuelve a éste la responsabilidad por los logros alcanzados. Es una manera muy particular de "ayudar", en la que la relación entre demanda y respuesta es, por decir lo menos, indirecta. Se comprenderá de este modo, que en ningún caso se trata de una empresa fácil, y que en cierta medida, la posición del terapeuta es muy poco "natural". Es por ello, que el aprendizaje de la psicoterapia no está garantizado por una transmisión universitaria de conocimientos.

El caso de la orientación, o de la consejería, es diferente. Surge como una necesidad de las sociedades modernas en la segunda mitad de este siglo. Son las instituciones políticas, religiosas y educacionales las que patrocinan esta práctica y sus objetivos. Un orientador es "un profesional con un conocimiento profundo de la persona, de la realidad familiar y social, y con el grado de madurez necesario para ejercer una labor educativa y preventiva en este ámbito" (Folleto de difusión Instituto Carlos Casanueva). Se espera del orientador que sea capaz de tutelar, ya sea los "valores familiares", ya sea, el "progreso personal". Por lo tanto, el papel de este agente se enmarca dentro de lo que se espera que haga un profesional de la ayuda psicoafectiva en el contexto de la modernidad, de tal modo que actúe como un **corrector** de las desviaciones de un individuo o grupo respecto de la filosofía considerada socialmente válida. Aparte de ser explícito su rol educativo, se pueden encontrar en su definición funciones tales como "entregar información u orientaciones conductuales al sistema para que normalice su dinámica en el corto plazo", o "cuando al trabajar al interior de una institución observe disfuncionalidades en la conducta de un miembro de la familia y los cite para ofrecer su ayuda profesional", o "ser un defensor del vínculo matrimonial" (Torres, 1994).

LA PSICOTERAPIA EN LAS PRINCIPALES ESCUELAS PSICOLÓGICAS

A continuación, se presentan argumentos provenientes de las cuatro escuelas psicológicas predominantes hoy en nuestro país, a saber, el psicoanálisis, la escuela conductual cognitiva, la psicología humanista y el enfoque sistémico, que avalan las ideas anteriormente expuestas.

a) El **psicoanálisis**, la más antigua de las modernas psicoterapias, nace al renunciar Freud a los medios de la sugestión hipnótica, paralelamente con conceptualizar el mecanismo de la "transferencia", que estaría a la base de cualquier posibilidad de "flujo psíquico", es decir, tanto de la educación como del análisis. Más tarde, Freud presenta el modelo que fundamenta la acción de la sugestión al ocupar un sujeto el "ideal del yo" le confiere el poder de someter a este último a su palabra (Freud, 1921). De hecho, esto es lo que se espera que hagan la escuela y otros agentes socializadores. Para que ello ocurra, la transferencia debe ser preservada, dejada intacta. En el tratamiento analítico, por el contrario, debe ser destruida. Esto coloca al analista en la difícil posición de tener que "fallarle" a su paciente: "El analista persigue su propia destitución del ideal del yo de su paciente" (Millot, 1982, p. 171).

A pesar que el mismo Freud se refirió alguna vez al análisis como reeducación, y que en algunos círculos se habló del fin de análisis como la identificación del paciente con el analista, hoy no es sostenible que el proceso analítico sea equivalente a la remodelación del paciente en función de los ideales del terapeuta. De ser así, no habría diferencia alguna entre psicoterapia analítica y orientación. De hecho, poco antes de morir, Freud escribía: "Por más que al analista le tiende convertirse en educador, en modelo, en ideal para otros, y crear hombres a su imagen, nunca debe olvidar que esa no es su tarea en la relación analítica, y que en verdad faltaría a sus deberes si se dejara llevar por tal inclinación" (Freud, 1938). Jacques Lacan, el gran continuador de las ideas freudianas, teoriza la dirección de la cura analítica a partir del mismo principio: si Freud reconoció que en la transferencia estaba su poder "en lo cual no se distinguía de la sugestión, - también reconoció- que ese poder no daba salida al problema a condición de no utilizarlo" (Lacan, 1958, p. 577). Es decir, el psicoanálisis se reconoce sobre todo, por los medios de los cuales se priva.

Lacan se preocupó a lo largo de toda su obra de la posición del analista, y del deseo que la sostiene, llegando en una

aguda reflexión a mostrar que en el horizonte del análisis se deja ver una nueva ética, diferente a la de los bienes aristotélicos y a la de los imperativos kantianos. Además, logra matematizar la relación analítica en una estructura de discurso, que la diferencia claramente de otros vínculos sociales, tales como el discurso del *maitre*-palabra francesa con la doble acepción de maestro y amo- y el de la universidad (Lacan, 1969-70).

- b) La **escuela cognitivo-conductual** conserva del conductismo originario la adscripción a una metodología empírica, propia del conductismo metodológico, y mantiene los paradigmas del condicionamiento clásico y operante al momento de explicar el comportamiento humano. No obstante, en las últimas décadas dicha escuela ha venido incorporando las variables cognitivas, afectivas, e incluso, las variables inconscientes en la explicación de la conducta. La irrupción del paradigma cognitivo significó un vuelco en la forma de concebir al hombre, y por lo tanto, de concebir la relación terapéutica. La introducción de estas variables pone en duda la idea de un hombre pasivo, controlado por los eventos externos, donde, por ende, el terapeuta asumía un rol cercano al de un técnico, que realizaba cambios "desde fuera" del sujeto. La incorporación de las variables mencionadas implica un organismo cuyas características determinan qué constituirá o no un estímulo para él y la forma en que dicho estímulo operará. Poco queda entonces del optimismo y la omnipotencia watsoniana. En la perspectiva cognitivo-conductual el hombre ya no es una "tabla rasa", en la cual los estímulos del medio iban escribiendo su destino. El hombre es un ser activo, que procesa la información de acuerdo a sus estructuras y procesos, biológicos, cognitivos, afectivos e inconscientes. El concepto de estímulo efectivo (acuñado por Yates) alude a aquellos aspectos del estímulo objetivo que realmente afectan al sujeto, en otras palabras, sería el estímulo procesado el que adquiere su valor final en función del significado que se le otorga. Por lo tanto, las variables mencionadas, mediadoras entre un estímulo y una respuesta, ya no se las concibe como dependientes, sino como causales de la conducta humana (Opazo 1984). De este modo, si lo que ocurre con una persona depende de ésta y de su singularidad, es decir, de lo que su "organismo" determine como estímulo más que de "la realidad", el cambio terapéutico depende, finalmente, de la propia persona. Es importante destacar que al interior de este enfoque, actualmente ocupa un lugar central la discusión respecto de si es posible o no acceder a

un conocimiento "verdadero" de la realidad. En este sentido, la postura de Roberto Opazo parece reflejar la opinión mayoritaria: "En términos epistemológicos, me inclino a favor del realismo crítico y de un constructivismo moderado... Desde esta perspectiva, no habría un conocimiento puro de la realidad, ni habría certezas ni objetividades plenas. Pero si existiría una realidad independiente de nosotros, hacia la cual podemos orientar nuestro conocimiento en algún grado" (Opazo, 1983, pg. 419).

La sola noción de estímulo efectivo le quita poder al psicólogo para decidir, desde una verdad, cómo debe vivir su cliente. La responsabilidad del terapeuta consiste, entonces, en dirigir el proceso terapéutico pero no desde un papel pedagógico, sino más bien como un facilitador de los cambios que quiere lograr su paciente. No sólo es el paciente el que define hacia dónde quiere ir, sino también, es el quien, en última instancia, podrá o no lograr sus objetivos. Esto no es sólo una posición valorica, sino un hecho empírico. Cabe señalar que uno de los mejores constructos para explicar el cambio terapéutico y su mantención es el de "expectativas de autoeficacia" de Bandura (Opazo 1983). Eso limita el radio de acción del terapeuta, ya que sólo aquellas intervenciones que tiendan a aumentar dichas expectativas, o a desarrollar un "locus de control" interno, serán duraderas⁹.

- e) La **psicoterapia humanista**, en general, orienta sus esfuerzos en la línea de la espontaneidad y de la creatividad, en el vivir el aquí y el ahora, y en el "ser" más que en el "deber ser". Esta corriente llega incluso a plantear un enfoque paradójico del cambio, es decir, que éste se produce cuando uno deja de tratar de cambiar, de ser lo que no se es (Kalawski, 1992). Sin embargo, en este enfoque se agrupan muy distintos autores. En este artículo revisaremos las principales ideas de dos clínicos que hicieron escuela, y que han tenido gran impacto en nuestro país: Carl Rogers y Fritz Perls. Rogers, confiado en una naturaleza humana positiva, progresista y constructiva, privilegia en su "psicoterapia centrada en el cliente"¹⁰, el tema del vínculo paciente-terapeuta. A través de un ambiente cálido, empático, y una escucha activa, de una relación ajena a premio, amenaza o castigo, es decir, de aceptación incondicional, el paciente logra abrirse a la experiencia, surgiendo así su "yo real". En cuanto a la técnica, ésta se reduce básicamente al "reflejo", que coloca al terapeuta en un papel de espejo. No sería entonces necesario introducir otros elementos en la psicoterapia, más aún, éstos podrían entorpecerla (Rogers, 1966).

Es interesante constatar, cómo las ideas de Rogers sobre la relación terapéutica se han extrapolado a otros contextos donde la aceptación incondicional es imposible, como es por ejemplo, el caso de la escuela. O bien esto se ha hecho sin tener en cuenta los supuestos de dicho autor sobre la naturaleza humana, distorsionando su finalidad.

De un modo similar a Rogers, para Perls, el núcleo de su orientación terapéutica radica en el paso del control externo al control, o mejor dicho, a la "autorregulación organísmica": "el fenómeno más importante e interesante de toda la patología es la autorregulación versus la regulación externa" (Perls, 1987, p. 28). Cada vez que representamos un rol, dirá Perls, estamos intentando manejar el ambiente, y cada vez que operamos con el "tú debes", estamos también interfiriendo con el funcionamiento sano del organismo. De allí que sea tan importante distinguir entre la autoactualización y la actualización de una imagen; y por lo tanto, el terapeuta debe alejarse de asumir un ideal y de actuar como otro regulador externo. El punto crucial de la terapia es el *impasse*, es lo que el terapeuta busca, y que se acerca mucho más a la frustración que al apoyo o a la orientación: "Cada vez que rechazas contestar una pregunta, ayudas a la otra persona a usar sus propios recursos" (op. cit. p. 47).

- d) Por último, se encuentra el **enfoque sistémico cibernético**, que, tal como su nombre lo indica, no surge en el campo de la psicología, sino de la confluencia entre la Teoría General de Sistemas y la Ingeniería Cibernética. Ambos modelos se desarrollan a partir del descontento con la perspectiva reduccionista de la ciencia en general, que deja fuera fenómenos de los que sólo se puede dar cuenta al estudiar la interacción, es decir, al evento inmerso en su contexto relacional. Los conceptos de homeostasis, retroalimentación positiva y negativa, causalidad circular, y más tarde, autopoiesis, determinismo estructural, etc., van dando forma a una nueva epistemología que impacta fuertemente en la psicología y la psicoterapia. Bateson, uno de los pioneros en aplicar las ideas cibernéticas en el campo de las interacciones sociales, llega, luego de un largo recorrido en el tema, a plantear que nuestra conciencia -y por lo tanto, nuestra acción intencional- es ciega a la interdependencia en la que vivimos. Ello determina el surgimiento de un marco estético para aquello que llamamos intervención -contrastándolo, por ejemplo, con el ejercicio tradicional de la medicina-, y que por lo tanto, incluye a la psicoterapia. En palabras de Keeney, "las estrategias de intervención que no contemplan debidamente la ecología de los problemas que procuran modificar, contribuyen a engendrar órdenes más

altos de patología" (Keeney, 1987, p. 208). El terapeuta, lejos de ser un manipulador o un agente unilateral, "se concibe a sí mismo como parte de un sistema mental mayor y se conduce en consecuencia" (op. cit. p. 209).

Con resultados similares, el concepto de determinismo estructural, sumado a la imposibilidad de distinguir entre ilusión y percepción (nociones claves en la teorización de Maturana), sitúan al terapeuta fuera de toda posibilidad de acceder a una "verdad", que luego deba transmitir a sus pacientes. Así, el operador sistémico "frena sus deseos de que las cosas sean como él quiere o piensa que es mejor, y establece con su interlocutor un vínculo especial, recíproco, marcado por el respeto de este 'otro' y su participación en la red ecológica" (Miranda, 1990, p. 13). La tarea, entonces, es acoplarse estructuralmente y perturbar al sistema, limitándose a gatillar cambios en su organización (Maturana, 1983, Maturana & Varela, 1984). Es decir, el terapeuta asume que el sistema posee sus propias características que determinarán el cambio, y en la práctica, trabaja en el marco valorico y conceptual de sus pacientes.

REFLEXIONES FINALES

El sentido de lo expuesto anteriormente, es mostrar cómo orientación y psicoterapia son prácticas que, siendo ambas importantes, se sitúan en planos diferentes. Eso implica no confundir la psicoterapia con toda actividad llevada a cabo por un psicólogo clínico, ya que este puede realizar efectivamente, tareas de orientación, apoyo, diagnóstico y derivación, regulación ante situaciones de riesgo, asesoría e información, etc. Como decíamos en otro momento, "la psicoterapia es una actividad que en la simpleza de sus instrumentos es de una enorme complejidad y dificultad" (Miranda, 1991). Muchos errores se han cometido al tratar de trasladar elementos propios de la relación terapéutica a otros ámbitos, como las relaciones padres-hijos, o al ámbito de la empresa, por ejemplo. También, ha habido problemas al tratar de adaptar la psicoterapia a un modelo médico y, como ya lo señalamos, hoy nos encontramos con las dificultades que implica concebir la práctica psicoterapéutica en un contexto judicial.

De ninguna manera, nuestra intención es dar por cerrada la reflexión, ni simplificar el análisis de las relaciones entre orientación y psicoterapia, pero pensamos que nunca está demás remarcar la especificidad de esta última como práctica, y su novedad, que la sitúa en el límite, o al menos con cierta incomodidad, en el paradigma científico moderno que define lo que debiera ser una relación de "ayuda".

¹Este artículo fué originalmente presentado con el título: "Algunas Reflexiones sobre el campo de la psicoterapia y su relación con la práctica de orientación".

²Es interesante constatar de qué manera a la psicología se le hacen peticiones éticas: "dígame si estoy bien", o "qué debo hacer", otorgándole al clínico una autoridad que lo sitúa, más allá de su campo.

³Otro de los puntos confusos y que muchas veces se da por supuesto, es la equivalencia entre educación y prevención de problemas psicológicos, lo que es difícil de probar. En verdad, entre psicólogos de distintas líneas teóricas, la prevención encuentra más escépticos que partidarios. En todo caso se trata de un tema altamente complejo.

⁴Sin desconocer, por supuesto, la gran complejidad que reviste este tema.

⁵Es dudoso pensar que el diagnóstico (y el pronóstico) sean un hecho independiente del tratamiento. En otras palabras, lo que se conceptualiza como "el problema" no es ajeno al repertorio de "soluciones" que la terapia puede ofrecer. Por otra parte, la "gravedad" debe considerar la percepción subjetiva que de ella tenga el paciente.

⁶Ello hace necesario despejar "quién" (o quénes) es (son) el (los) paciente (s) y realizar una serie de "maniobras" en el caso de consultantes "enviados", que pueden llegar incluso a rechazar la consulta. Por otra parte, hoy se debate sobre las llamadas "terapias coercitivas" (es decir, derivadas de una resolución judicial) en el sentido de clarificar si son realmente coercitivas y si son auténticas psicoterapias y cuál es su efectividad.

⁷La escucha incondicional implica una definición de sus límites éticos. Por ejemplo, casos donde hay un riesgo vital o se ha cometido algún delito, constituirán situaciones en las cuales, el terapeuta deberá evaluar si debe o no "salirse", momentánea o definitivamente de su posición.

⁸Eso marca una diferencia con una intervención donde el "saber hacer" queda en manos del experto, como es, por ejemplo, una intervención médica. La diferencia entre un paciente que atribuye su mejoría a un medicamento y uno que la atribuye a sí mismo, es que en el primer caso, la probabilidad de recaída es mayor.

⁹Hay que recordar que Rogers, por razones legales y prácticas, tuvo que referirse a su trabajo como "counseling", que en castellano significa orientación. A veces se genera confusión al equiparar lo que hacía Rogers a lo que habitualmente se entiende como orientación.

BIBLIOGRAFIA

- Freud, S (1921) *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*. Ed. Alianza, Madrid, 1984.
- Freud, S (1938) *Compendio del Psicoanálisis*. Ed. Alianza, Madrid, 1984.
- Instituto Profesional Carlos Casanueva. Folleto informativo sobre la carrera de Orientación en Relaciones Humanas y Familia.
- Kalawski, A. (1992) Avances en el Enfoque Humanista Experiencial. En Opazo (Ed.) *Integración en Psicoterapia*.
- Keeney, B. (1987) *Estética del Cambio*. Ed. Paidós, B. Aires.
- Lacan, J (1958) La Dirección de la Cura y las Causas de su Poder, en *Escritos* Ed. Siglo XXI México, 1989.
- Lacan, J. (1969-70) Seminario XVII: *El Reverso del Psicoanálisis*. Ed. Paidós. B. Aires, 1992.
- Maturana, H (1983) Fenomenología del Conocer, en *Revista de Tecnología Educativa* Vol 8, N° 3-4.
- Maturana, H. & Varela, F. (1984) *El Arbol del Conocimiento*. Ed. Universitaria, Santiago.
- Miranda, G (1990) Consecuencias éticas de los planteamientos sistémico-cibernéticos y su relación con la práctica psicológica, en *Rev. Chilena de Psicología* Vol 11 N° 2.
- Miranda, G. (1991) Diferencias entre las Terapias de Orientación Médica y las Psicoterapias. Documento de Trabajo. Unidad de Servicios Directos CEAF, U. Católica Blas Cañas.
- Millot, C. (1982) *Freud Anti-Pedagogo*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Opazo, R (1983) Avances en Terapia Cognitivo Conductual, en *Terapia Psicológica* año 11 N° 3.
- Opazo R. (1984) Cognición y Afecto en Terapia Conductual, en *Análisis del Comportamiento* N° 2.
- Perls, F. (1987) *Sueños y Existencia*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago.
- Rogers, C. (1966) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*, Ed. Paidós, B. Aires.
- Torres, P. (1994) Anteproyecto de la especialidad de Orientador Familiar. Documento interno, Universidad Católica Blas Cañas.