

¿POR QUE FUNCIONA LA PSICOTERAPIA?

Fernando Ortiz Lachica

Profesor-investigador, UAM Iztapalapa

La psicoterapia es una forma muy efectiva de sanación, sin embargo, no sabemos bien cuáles son los mecanismos por los que produce cambios.

Wampold (2007)¹



Imagen creada con IA mediante ChatGPT

¿Qué es la psicoterapia y cómo se diferencia de la psicoeducación, el coaching, la sanación espiritual? ¿Sirve para aliviar síntomas, para curar trastornos? Más aún, ¿contribuye a que las personas vivan mejor y desarrollen sus potencialidades? ¿Cómo produce cambios? ¿Cuál es la mejor terapia, la más eficaz?

Empecemos por las últimas preguntas. En la década de 1980 había más de 400 escuelas de terapia (Karasu, 1986). Para 2024 eran más de 630 (Prochaska, J. O., John C. Norcross, J. C. y Prochaska, J. J. 2024), muchas de ellas “marcas registradas”. Considerando que los autores de habla inglesa no suelen estar al tanto de lo que se publica en otros idiomas, el número de enfoques debe ser mucho mayor y, por lo general, las escuelas han competido entre sí. Desde hace más de cien años, los discípulos de Freud, los seguidores de Adler y los analistas junguianos argumentaban que su enfoque era más profundo, que daba mejores resultados o tenía fundamentos más sólidos. Desde entonces, de acuerdo a Norcross² (2005):

Los clínicos operaron dentro de sus particulares marcos de referencia, a menudo al punto de no ver conceptualizaciones diferentes, e intervenciones tal vez más eficaces. La antipatía mutua y el intercambio de insultos pueriles entre los seguidores de orientaciones rivales estaban a la orden del día.

1 Bruce Wampold (1948, Olympia, Washington), profesor emérito de la Universidad de Wisconsin, ampliamente reconocido por su investigación en el proceso y resultados de la psicoterapia. Entre otros reconocimientos recibió el premio por sus contribuciones a la investigación aplicada de la American Psychological Association.

2 John Norcross (1957, Camden, New Jersey) es profesor distinguido de la Universidad de Scranton, autor de más de 400 publicaciones relativas a psicoterapia y la formación de terapeutas. Ha presidido la División de Psicoterapia de la Asociación Americana de Psicología, la Sociedad de Psicología Clínica y la Sociedad para la Exploración de la Integración de la Psicoterapia (SEPI).

Ante la proliferación desordenada de modalidades terapéuticas y la consiguiente rivalidad entre ellas, habría que preguntarse, ¿por qué tantas escuelas diferentes? En el ámbito de la psicoterapia corporal o somática, yo mismo (Ortiz, 1996) expliqué la diversidad en términos que se pueden aplicar al campo de la psicoterapia en general:

1 Algunos terapeutas, como Freud o Wilhelm Reich, cambiaron los procedimientos que usaban en el consultorio y modificaron los conceptos o teorías que sustentaban sus intervenciones. Sus discípulos y seguidores han hecho énfasis en una obra o una fase del trabajo del maestro, modificándola según su experiencia o formación complementaria para crear nuevas escuelas. En el ámbito del psicoanálisis pensemos, por ejemplo, en la escuela culturalista, los kleinianos, la psicología del yo, la psicología del *self*, el psicoanálisis lacaniano o el psicoanálisis relacional. Cada una de estas escuelas pretendió haber leído mejor a Freud, acaso haberlo complementado o haber subsanado sus errores y carencias.

2 Muchas veces, los creadores de nuevos métodos desconocen el trabajo de otros colegas o incluso pioneros de la psicoterapia. Algunas de las causas de esta ignorancia son:

- Incluso teniendo mucho interés y tiempo, es imposible estar al corriente de todos los artículos y libros que se publican sobre el tema. Por ejemplo, una búsqueda sobre *Psychotherapy effectiveness* en Google Académico arrojó un millón 640 mil resultados.

- Pensemos, además, en las barreras culturales. En general, sólo las personas que publican en inglés, la *lingua franca* de la investigación, consiguen difundir sus ideas más allá de los hablantes de su propio idioma. Por otra parte, los angloparlantes se suelen limitar a leer en su propio idioma. Además, existen creadores de nuevas modalidades terapéuticas que publican en editoriales o revistas de poca difusión, incluso en journals que solo difunden textos de su propia escuela.

- Cuando los fundadores de “nuevas escuelas” publican libros o artículos en revistas especializadas, a menudo, ignoran o menosprecian otros enfoques. Cuando citan antecedentes pueden “recoger cerezas”³, es decir eligen los autores o conceptos que apoyan sus propuestas.

- Leer uno o varios libros de una modalidad terapéutica, o incluso probar los métodos y técnicas de un terapeuta en congresos o intercambios entre las escuelas, no es lo mismo que saber qué es lo que hacen los terapeutas en el día a día de su consulta. El número de entrenamientos o certificaciones e incluso la cantidad de talleres a los que uno puede asistir es muy pequeño comparado con la cantidad de escuelas que existen.

3 Los intereses personales de los fundadores de una escuela pueden hacer que no se reconozca la obra de quienes los antecedieron o de las similitudes entre su trabajo y el de sus contemporáneos. Parecería un ejemplo de lo que Freud (1930) llamó



3 Cherry picking, expresión inglesa que denota una selección de datos que conviene a los objetivos del investigador.

“el narcisismo de las pequeñas diferencias”. Se enfatiza lo distinto y no se ve lo parecido con el resultado de descalificar a las otras modalidades.

Refiriéndose a las nuevas psicoterapias corporales, Christine Caldwell, autora de *Getting in Touch. The guide to new Bod -Centered Therapies* (comunicación personal, 1999) confesó que ha causado mucho malestar cuando les dice a los fundadores de diferentes escuelas en los Estados Unidos que en esencia hacen lo mismo, ya que viven de vender la diferencia percibida entre su trabajo y el de los demás. También, piensa que cuando un terapeuta es particularmente talentoso, muchas personas quieren aprender de él por lo que crea palabras especializadas con objeto de describir su trabajo y para que otros lo puedan enseñar.

Más aún, en algunos casos, las escuelas son como sectas en las que hay que hacer un juramento de lealtad que implica la idealización del fundador, permanecer siempre fiel al credo y desechar a las otras modalidades. Subrayo idealización para hacer énfasis en que se trata de exagerar sus méritos e ignorar sus errores.

La rivalidad entre las diferentes escuelas puede verse como un caso de categorización social: El psicólogo social Henri Tajfel (1981) sostuvo que la pertenencia a un grupo refuerza la identidad y la autoestima. De esta manera, los seguidores de una escuela sienten orgullo de ser parte de ella y a la vez que desprecian a quienes están en escuelas distintas. Más allá del mérito de cada modalidad,

las descalificaciones tienen que ver con una mentalidad de *in-group* y *out-group*, nosotros y ellos. Así, mi método es más profundo y el tuyo es superficial; mis procedimientos están validados por la investigación y los demás son pseudociencia; lo que yo hago es psicoterapia y lo demás es charlatanería. Una publicación en Facebook, a propósito del congreso de la American Psychological Association (APA), enfatizaba que en la convención de esa agrupación no hubo conferencias o paneles de constelaciones familiares, sanación del niño interior, energía y vibraciones, terapias alternativas, astrología y derivados, PNL (programación neurolingüística), biodecodificación emocional o coaching de vida; que todos eso no era psicología y carecía de fundamento científico. Podríamos cuestionar el que tantos procedimientos diferentes se coloquen en el mismo saco, en el que a veces también se pone a las diferentes modalidades del psicoanálisis. Habría que regresar a la pregunta inicial ¿Qué es la psicoterapia y cómo se diferencia de otras formas de sanación? Y, a pesar de las descalificaciones, ¿qué tienen en común los diferentes tipos de psicoterapia y los otros métodos?

De acuerdo a Wamplod (2007), en la psicoterapia, dos personas interactúan de modo simbólico con la intención de que una de ellas sane; es decir, alivie su sufrimiento. Visto de esta manera, la psicoterapia no parece tan distinta a las prácticas religiosas y culturales que se realizan con el mismo propósito. Como bien señalan Frank, (Frank y Wampold, 2025) las psicoterapias pueden usar el discurso y las herramientas de investigación de la ciencia, pero



operan con los mismos principios o mecanismos psicológicos que las intervenciones religiosas, espirituales, y las que son propias de diferentes pueblos originales. En consecuencia, la relación entre los terapeutas o sanadores puede ser estudiada por la antropología y la psicología social y, debido a que en ellos hay persuasión e interpretación, la retórica y la hermenéutica pueden ayudar a comprender lo que pasa, incluso, en la ciencia dura. Se trata de procesos de interacción insertos en un contexto cultural y en ellos operan discursos persuasivos que pretenden cambiar el significado que les damos a los eventos de nuestras vidas. Entonces, si la psicoterapia tiene mucho en común con otras formas de sanación ¿cómo delimitar esta práctica? Wampold et al. (1997) definen las terapias genuinas (*Bona fide therapies* en el original) como aquellas llevadas a cabo por terapeutas con una formación adecuada, basadas en principios psicológicos y ofrecidas a la comunidad terapéutica como tratamientos viables a través de libros o manuales profesionales; pero, definir qué es una formación adecuada, cuáles son los principios psicológicos y de qué libros y comunidad terapéutica estamos hablando, depende del contexto sociocultural en el que nos situemos.

FACTORES COMUNES

En contraste a la guerra civil entre diferentes escuelas de psicoterapia, desde hace noventa años hubo quien defendiera la idea de que hay coincidencias, factores comunes a todas las escuelas de psicoterapia, incluso a otras formas de tratamiento de los problemas emocionales y que estos factores tienen más peso en el resultado del tratamiento. El primer investigador que sostuvo esta posición fue Rosenzweig (1935) quien se preguntó cómo es que diferentes terapias —se refería al psicoanálisis, la persuasión y la Ciencia Cristiana⁴— pueden tener resultados exitosos. Debido a que cada escuela sigue diferentes procedimientos y todas producen mejoras, habría que preguntarse si los efectos se deben a las técnicas propias de cada modalidad o hay factores comunes de los que no se habla. Para decirlo de otra manera, en la práctica las escuelas tienen más en común de lo que creen sus seguidores. Quizá las escuelas no son tan distintas, tal vez se parecen más de lo que creen sus seguidores.

El artículo de Rosenzweig (1935) tenía como epígrafe una cita de *Alicia en el País de las Maravillas*, de Lewis Carol: Al final el Dodo dijo “Todos ganaron, así que todos deben recibir premios”. Recordemos que una Alicia muy pequeña y diferentes animales debieron nadar en una charca de lágrimas. Al llegar a la orilla, estaban muy mojados y el Dodo -una



Imagen generada con la IA de Meta

especie de ave que se extinguió en el Siglo XVII — propuso una carrera. Trazó algo parecido a un círculo y cada animal arrancó de un punto diferente. Después de media hora de correr, todos estaban secos y el Dodo decretó el fin del evento. A la pregunta ¿quién ganó?, el ave respondió: “todos ganaron y todos merecen premios”.

Años más tarde, Jerome Frank⁵ (1961) publicó *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. El libro, un verdadero clásico, ha sido reeditado en 1973, 1991 y 2025, en las dos últimas versiones con la colaboración de su hija Julia. La propuesta de Frank es que todas las psicoterapias tienen los mismos principios, como medicamentos similares, comercializados con diferentes marcas. Los ingredientes son: (1) Una relación segura, afectiva basada en la confianza del consultante en la competencia del terapeuta y su disposición a ayudar. (2) La relación ocurre en un lugar designado, aceptado socialmente, que aumenta las

4 La Ciencia Cristiana (Christian Science) es una religión que pretende curar toda clase de enfermedades mediante la oración.

5 Jerome Frank (1909-2005) obtuvo doctorado en psicología en Harvard y posteriormente se estudió medicina en la misma universidad. Se formó como psiquiatra en Johns Hopkins y, desde 1949, fue parte del cuerpo docente de esa escuela, donde encabezó el proyecto de investigación en psicoterapia. Estudió con Kurt Lewin, tanto en Berlín como en Cornell, y sin duda esta influencia lo llevó a tener un panorama situacional mucho más amplio que el de la mayoría de los médicos.



expectativas de recibir ayuda. (3) Tiene un fundamento teórico o esquema conceptual, incluso puede ser un mito, que proporciona una explicación plausible del malestar. (4) Un procedimiento o ritual, derivado del esquema teórico, para resolverlo. Frank afirmó que estos ingredientes o factores comunes no solo explican la efectividad de las psicoterapias genuinas; es decir, aquellas practicadas por un profesional debidamente capacitado y que están basadas en evidencia empírica, sino también procedimientos como las sanaciones espirituales practicadas por sacerdotes o chamanes. Esta aseveración fue muy perturbadora para muchos terapeutas en 1961 y seguramente sigue incomodando a gran cantidad de profesionistas. Desde entonces, han surgido otras formulaciones de los factores comunes. En 1992, después de una exhaustiva revisión de la literatura, Michael Lambert (citado en Hubble, Duncan y Miller, 1999/2002) concluyó que las personas que acudían a terapia mejoraban debido a cuatro variables: los factores extra-terapéuticos (los relativos a habilidades y expectativas de las personas antes de acudir a tratamiento), la relación terapéutica, las técnicas y la esperanza o efecto placebo. Años más tarde, Wampold e Imel (2015) añadieron la experiencia correctiva. Enseguida abundaré sobre estos factores haciendo algunos cambios, entendiendo que están íntimamente relacionados.

Los consultantes: habilidades y expectativas

Muchas personas mejoran por sí mismas, sin acudir a tratamiento. En términos médicos, los síntomas y trastornos remiten espontáneamente, tal vez por procesos de maduración o por una tendencia del organismo a auto-regularse. La mejoría puede ser resultado de cambios en la situación económica, política o interpersonal. Por otro lado, tienen habilidades como la capacidad de buscar y aprovechar el apoyo de amigos o familiares. Muchas de estas habilidades están comprendidas en el término resiliencia, es decir, la capacidad de recuperarse o incluso mejorar después de haber vivido traumas y carencias. Los consultantes tienen recursos entre los cuales está el buscar ayuda profesional y utilizan las sesiones como un espacio para la auto-exploración. Incluso la decisión de buscar ayuda de un profesional o figura de autoridad en la que confían, puede fomentar expectativas de curación o mejora, que se han estudiado como efecto placebo o fomento de la esperanza.

La palabra placebo, que en medicina se refiere a una sustancia inerte, sin ingredientes activos que produzcan cambios en el organismo, se suele usar de modo peyorativo, como si fuera un engaño que aprovecha la buena fe o ingenuidad de los pacientes y, extrapolando a la psicoterapia, podemos pensar que las técnicas son placebos; es decir, sirven en la medida en que las personas creen en ellas. Sin embargo, como afirman Bohart y Talman (2010b), las expectativas de cambio y los procedimientos empleados en terapia pueden despertar la esperanza, aumentar la sensación subjetiva de energía (activando al organismo) y fomentar la creatividad. Posiblemente, las expectativas de cambio estimulan o fomentan capacidades de auto-sanción. Más aún, hay estudios que han demostrado que 60% de los pacientes reportan sentirse mejor en el periodo entre programar y asistir a su primera sesión (Bohart y Talman, 2010a). Desde que la persona agenda una cita, siente que está haciendo algo y, ya en el consultorio, puede encontrar nuevos significados en cualquier técnica o cualquier comentario del terapeuta. Más aún, muchas personas, acaso la mayoría, no acuden a tratamiento y mejoran leyendo libros de autoayuda, escribiendo un diálogo o asistiendo a reuniones con personas que están en una situación similar (Norcross, 2006). Para concluir, como afirma Tallman y Bohart, (1999), la persona que acude a terapia no es “paciente” en el sentido de esperar pasivamente, de sufrir, de soportar un padecimiento, sino que es protagonista de su proceso.

La relación terapéutica

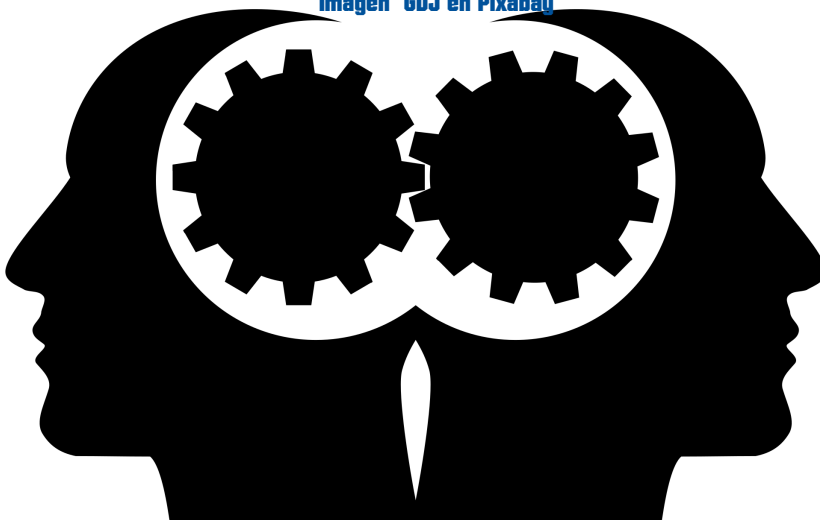
La relación terapéutica se da entre una persona percibida como experta y otra que sufre a causa de un trastorno, de algún malestar, o en palabras de Frank, Frank y Wampold (2025, p. xxvii), que esta desmoralizada, es decir, desanimada, sin esperanzas, quizá atrapada en circunstancias adversas, acaso sin creencias o relaciones que le den sentido a su vida, tal vez confunda, o con la sensación de que le faltan habilidades para afrontar los retos del día a día. El término desmoralización condensa diferentes tipos de malestar que hacen que las personas acudan a un terapeuta y puede incluir síntomas específicos, pero es más amplio que cualquiera de ellos, es más que la suma de sus partes o componentes, en una palabra, es trans-diagnóstico. Tal vez *Dukkha*, palabra en lengua pali que se suele traducir como sufrimiento, dolor o estrés sea más adecuada para describir lo que lleva a una persona a terapia. Según Mark Epstein, psiquiatra que ha integrado el budismo y el psicoanálisis, *Dukkha* se refería originalmente a un viaje por un camino lleno de baches, pero no es sólo la incomodidad de trasladarse por una senda accidentada en un vehículo sin amortiguadores, sino el sufrimiento innecesario, el resultado de acciones, creencias o pensamientos recurrentes que generan sufrimiento adicional al dolor que experimentamos en situaciones de conflicto, carencia, frustración o duelo. La persona que busca ayuda se suele llamar paciente, si el profesional tratante es psiquiatra o sigue el modelo médico. En los países de habla inglesa muchos terapeutas usan *client*, cliente, indicando una relación más simétrica. En algunas instituciones de nuestro país se habla de usuarios. En vista de que tanto cliente como usuario tienen otras implicaciones, algunos terapeutas han empezado a hablar de consultantes. En este trabajo me referiré indistintamente a pacientes y consultantes.

En la década de 1950 Rogers (1957), sostuvo que el elemento más importante del trabajo profesional con otras personas (y no solo en la psicoterapia), era la calidad de la relación. Para él, una relación que promueva el crecimiento se ve facilitada cuando el consejero es congruente, empático y aprecia incondicionalmente a las personas con las que trabaja. Por congruencia, Rogers quería decir que el cambio se facilitaba cuando el terapeuta era él mismo y no se escondía detrás de una fachada, de modo que estaba abierto a los sentimientos y

actitudes que fluían en el momento a momento y era capaz de comunicarlos si era apropiado. La empatía se refiere a la capacidad de entender el mundo privado del cliente como si fuera propio, pero sin perderse en él y a la habilidad de comunicar esta comprensión. Finalmente, el aprecio incondicional implica una actitud cálida, aceptante y positiva hacia lo que es el consultante; un tipo de amor equivalente al agape de los cristianos, es decir, un amor no egocéntrico, sin ningún interés personal. Para Rogers, una relación así era condición necesaria y suficiente para producir un cambio. Otros autores como Lazarus (2005) o Wampold, e Imel (2015), disienten: la relación es la base, el terreno fértil en donde se dan intervenciones específicas: procedimientos para que el consultante sea consciente de las creencias y hábitos que lo limitan y pueda aprender a pensar y actuar de forma diferente, más productiva, más adaptativa, tal vez más flexible. En otras palabras, hablar con una persona empática, que nos acepte, no es psicoterapia: el terapeuta debe hacer algo, es indispensable que proporcione una explicación razonable, congruente, creíble de las causas del malestar y que prescriba acciones, es decir, procedimientos congruentes con la explicación (Frank, Frank y Wampold, 2025). En cualquier caso, la relación terapéutica influye en los buenos o malos resultados de la terapia tanto o más que el tipo de tratamiento y así los pacientes exitosos consideran que es la parte más importante de su proceso. (Frank, Frank y Wampold, 2025)

Más allá de la percepción que los consultantes tienen del terapeuta y de la relación hay que insistir en que las personas que acuden a terapia no son pasivas sino agentes de cambio, lo cual implica un paradigma distinto. El terapeuta no es el experto

Imagen 6DJ en Pixabay



que trabaja e interviene mientras el consultante responde o se resiste; se trata de un encuentro entre dos personas, cada una de las cuales tiene habilidades y conocimientos, por tanto pueden crear metas y soluciones a través del diálogo (Tallman y Bohart, 1999, p. 117). De esta manera, la relación es horizontal, terapeuta y consultante son “compañeros de conversación” y la terapia se vuelve un trabajo colaborativo (Anderson, H. 1991).

Teorías y técnicas

Todos los métodos de sanación están sustentados en alguna teoría, creencia o incluso mito que trata de explicar el malestar, el sufrimiento, la “desmoralización”. A la vez, cada teoría tiene un método, un plan general de acción y técnicas o procedimientos específicos para que las personas que están en tratamiento hagan cosas diferentes, sean conscientes de diversos estímulos internos o externos, o modifiquen sus creencias, el diálogo interno o las historias que se cuentan acerca de ellas mismas y de su entorno⁶. No hay teorías que expliquen todos los casos ni que tengan validez universal; tampoco hay procedimientos aplicables a todas las personas. En otras palabras, ninguna modalidad terapéutica es útil o efectiva para todos los consultantes y situaciones. Desde luego, estas proposiciones van en contra de lo que aprendimos en las escuelas de formación. Los grandes terapeutas, los maestros creadores de escuelas muchas veces han sostenido que su método es mejor, el más eficaz y su teoría la más fundamentada, la más completa. Muchas escuelas demandan lealtad absoluta, aunque no lo hagan explícitamente. La idealización del fundador hace que su teoría no se cuestione y su método se siga al pie de la letra, con el resultado de que los discípulos pueden ser copias desdibujadas del maestro. Eventualmente, entre el 85% y el 90% de los terapeutas experimentados se dan cuenta de las limitaciones de su formación inicial e integran otros conceptos y técnicas a su práctica profesional (Norcross, 2005).

Hablemos de las explicaciones: según Yalom (1975/1986) el hombre aborrece la incertidumbre y necesita

significados, propósitos. Cualquier explicación es mejor que ninguna. Adicionalmente, muchas de las causas a las que las personas atribuyen sus padecimientos originan mayor sufrimiento. Creen, por ejemplo, que hay algo malo en ellas, o no son capaces; se sienten culpables de todos sus padecimientos, incluyendo los físicos y piensan que nunca van a mejorar. Entonces los terapeutas ofrecen explicaciones más racionales, tal vez más optimistas, que favorecen la sensación de que la persona puede hacer algo para aliviar su malestar mediante los procedimientos prescritos por el terapeuta. Si los profesionistas se limitan a dar explicaciones podemos hablar de pisco-educación; pero, regresando a las preguntas iniciales de este ensayo, los límites entre psicoterapia y psico-educación pueden ser borrosos.

Recordemos que, según los investigadores de habla inglesa, hay más de seiscientas modalidades de psicoterapia. Si a esas escuelas sumamos otros procedimientos considerados pseudociencia o charlatanería por los profesionales más “científicos” el número es mucho mayor, pero difícil de precisar. Cada modalidad tiene sus propias teorías, sus propias explicaciones más o menos coherentes, más o menos complejas de las que derivan procedimientos para facilitar el cambio. El hecho de que una teoría nos parezca un disparate no quiere decir que, para un grupo o comunidad, esa misma teoría no tenga sentido. Así, hay terapeutas que explican

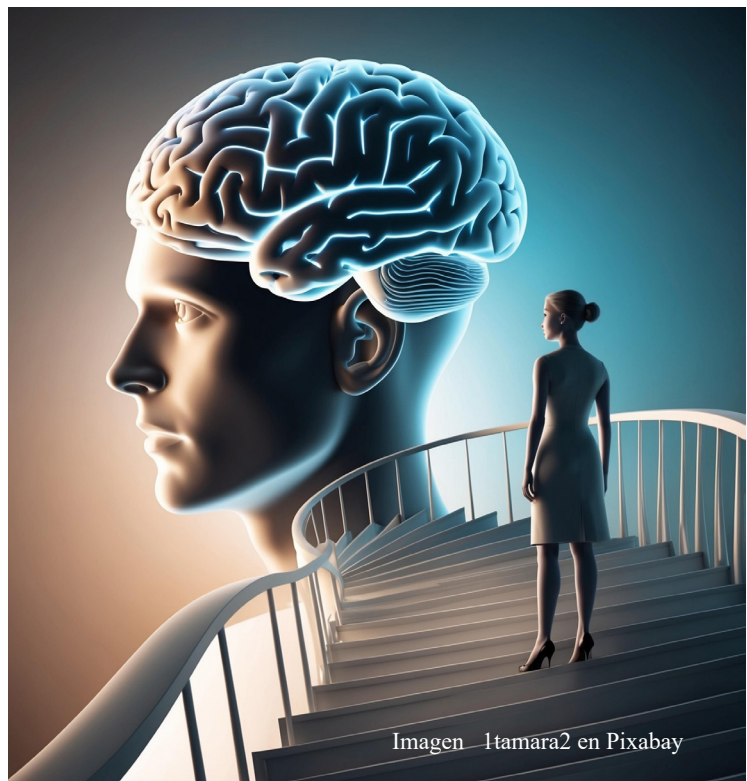


Imagen 1tamara2 en Pixabay

⁶ Desde luego esta es una lista parcial, incompleta de los posibles objetivos de un proceso terapéutico.

cualquier tipo de problemas por un trauma sufrido en otra vida, la lealtad a un bisabuelo excluido al que no conocieron, el terror que les provoca ser devorados por su madre o un bloqueo de energía en el tercer chakra. Esta poco sutil caracterización de la terapia de otras vidas, las constelaciones familiares, el psicoanálisis kleiniano y las terapias energéticas nos puede dar ejemplos de explicaciones que, desde una perspectiva científica, no son comprobables, pero pueden proporcionar alivio y una reorganización de las creencias que producen sufrimiento innecesario para quienes creen en ellas. Más aún, si estas explicaciones son avaladas por líderes carismáticos, figuras públicas, autores de *best-sellers* o *influencers* con cientos de miles de seguidores. Para muchas personas, el prestigio y la habilidad retórica de estos personajes puede más que cualquier evidencia científica. Si, además, las “teorías” vienen precedidas o acompañadas de rituales que generan emociones intensas y estados de consciencia alterados, sin duda pueden producir efectos espectaculares en los creyentes. El asunto no es que la explicación sea verdadera, sino que haya una creencia compartida en una comunidad en la que participan terapeutas y consultantes.

Ante tal variedad de procedimientos, el problema enunciado arriba parece acentuarse. Estas terapias, estas formas de tratamiento ¿son válidas? Recordemos que para Wampold y sus colaboradores (1997), una terapia genuina debe ser administradas por psicoterapeutas formados, basadas

en principios psicológicos y los psicoterapeutas profesionales deberían evitar prácticas con fundamentos poco sólidos. Pero, en los Estados Unidos, en Canadá y la Comunidad Europea, la formación de los terapeutas y su práctica profesional están estrictamente reguladas mientras que en nuestro país, hay psicólogos titulados que practican todo tipo de terapias alternativas. La ley de Salud Mental del Distrito Federal (hoy Ciudad de México) especifica en su Artículo 25 que el Psicoterapeuta, debe ser psicólogo con cédula profesional y con estudios de postgrado en psicoterapia, realizados en instituciones que cuenten con validez oficial. Con más de mil instituciones de enseñanza superior que ofrecen la carrera de psicología y conociendo las particularidades que implica obtener el reconocimiento de validez oficial a licenciaturas y posgrados tal vez haya muchos terapeutas cuya formación cumple con los requisitos legales, pero ¿en verdad tienen una buena formación? Regresemos entonces a la recomendación de Wampold: las terapias genuinas deben estar basadas en principios psicológicos, pero, ¿quién determina cuáles son los principios psicológicos válidos? ¿Serán solo aquellos que se pueden demostrar con investigaciones similares a los de las ciencias exactas o la medicina? ¿O podemos incluir teorías heurísticas, que ayudan a comprender zonas de la realidad, conjuntos de fenómenos que antes no veíamos, que cambian nuestra perspectiva o amplían la consciencia? (Martínez, 2025). De acuerdo a Gendlin⁸ (1996, p 19): “Según el método experiencial, las teorías no son verdaderas ni falsas. No son verdaderas porque el tipo de entidades que establecen no existe en la experiencia humana concreta. Pero tampoco son en mismas falsas porque en ocasiones permiten que las personas identifiquen experiencias que de otro modo pasarían desapercibidas.”



Imagen Kogemanden-Henrik en Pixabay

⁷ Esto no quiere decir que no debe haber reglamentos, pero en un país en el que ni siquiera los legisladores respetan las leyes que ellos mismos promulgaron más vale una buena dosis de escepticismo.
⁸ Eugene Gendlin (1926-2017), nacido Eugen Gendelin, fue un filósofo y psicoterapeuta que nació en Austria y que desarrolló su carrera en los Estados Unidos. Estuvo asociado a Carl Rogers, fue durante muchos años editor de la revista *Psychotherapy, Theory, Research and Practice* y recibió numerosos reconocimientos, entre ellos tres premios de la American Psychological Association: por su contribución a la psicoterapia, a la filosofía y como reconocimiento a su trayectoria.



Imagen generada con la IA de Meta

Como dijimos arriba, las escuelas terapéuticas se basan en una teoría psicológica de mayor o menor complejidad, con alcances limitados o muy amplios. Hay modelos teóricos pretenden explicar algunas funciones psicológicas y cómo se pueden alterar mientras que otras tienen objetivos muchos más ambiciosos: tratan de entender la totalidad del ser humano. En tanto, se aplican a la psicoterapia, las teorías psicológicas explican el funcionamiento de la persona y el porqué de su malestar o sufrimiento. Además, cada modalidad tiene un método, es decir, un plan general de acción y técnicas o procedimientos que son operaciones concretas para que los consultantes, se conozcan a sí mismos, evoquen experiencias, cambien su comportamiento o modifiquen sus creencias. El número de técnicas es imposible de precisar; pero, como dice Gendlin (1996, p. 246), muchos de los procedimientos que tienen nombres diferentes son en realidad muy parecidos. Son “frentes”, diría Yalom (1975/1986) respecto a las terapias de grupo: formas, técnicas, lenguaje especializado y hay un “núcleo”, es decir, lo que realmente produce cambios. Los factores comunes son el núcleo. En otro lugar Gendlin (1986, p. 135) afirma:

Los cientos de terapias que compiten [...] son redundantes. ¿Cuáles son las diferencias genuinas? Una es la vía de entrada: algunas trabajan sólo con sueños, imágenes, trabajo corporal, familia o interacción interpersonal. Los terapeutas conductuales solo trabajan con las acciones. Estas son diferencias genuinas.

¿Pueden juntarse estas vías de entrada? ¡En el individuo humano ya están juntas! Todas las personas piensan, sienten e imaginan; tienen

un cuerpo; tienen una familia; actúan en situaciones; e interactúan con otras. Nosotros los terapeutas seleccionamos una o unas pocas de estas dimensiones humanas para trabajar con “nuestra” terapia. El resto de ellas nos incomoda, probablemente porque no estamos entrenados en ellas. Pero, cualquiera que sea la terapia, todas estas dimensiones ocurren unidas en una persona.

Las modalidades terapéuticas que prescriben técnicas cuyo objetivo es aliviar síntomas específicos, como los que se han descrito en las diversas ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM por sus siglas en inglés) se prestan más a la investigación cuantitativa, a operacionalizar variables y a evaluar resultados mediante cuestionarios. Estas modalidades, basadas en evidencia, son más eficaces para tratar trastornos específicos y los síntomas que los caracterizan. Los estudios que avalan estas terapias comparan la eficacia de diferentes procedimientos administrados por profesionistas que han recibido la misma capacitación para tratar determinado trastorno y reportan datos estadísticos, que permiten comparar la eficacia de distintos procedimientos. Aun así, hay terapeutas que tienen mejores resultados que otros, lo cual nos regresa a las características del profesionista. En la práctica privada, no es tan fácil hacer este tipo de investigaciones. Independientemente del costo en términos de tiempo y recursos que implicaría para los terapeutas, muchas de las personas que acuden a consulta no tienen trastornos descritos en la última versión del DSM 5 TR, a pesar de que en cada edición aparecen más categorías. Es posible que cumplan algunos de los criterios de un trastorno, pero no suficientes para hacer el diagnóstico

o las razones por las que acuden a consulta pueden condensarse en términos como “desmoralización” (Frank, Frank y Wampold, 2025), o trans-diagnóstico. En otras palabras, tratan los procesos que subyacen a diferentes trastornos mentales en lugar de enfocarse en categorías diagnósticas específicas. Por ejemplo, la angustia y los pensamientos recurrente y perturbadores pueden estar presentes en muchas personas (Norcross y Wampold, 2018). Es cierto que algunas personas acuden a terapia para resolver problemas concretos o para tratar síntomas muy específicos, pero otras buscan un proceso de acompañamiento que les ayude a conocerse a sí mismas y vivir mejor. Hay quienes van a terapia porque padecen ansiedad social y otras quieren hablar de problemas existenciales o encontrar significado a sus experiencias. En realidad, la gran mayoría de los consultantes pueden situarse en un punto entre estos dos extremos y este punto varía a lo largo del proceso terapéutico. Para cada uno de esos objetivos, hay métodos y técnicas; pero no hay métodos o técnicas que sirvan en todos los casos ni para todas las personas, aunque algunos terapeutas hayan afirmado lo contrario. El entusiasmo y carisma del creador de un nuevo procedimiento puede hacer que sus discípulos lo empleen a rajatabla. La frase “si la única herramienta que tienes es un martillo, tiendes a ver cada problema como un clavo” atribuida a Abraham Maslow es una buena analogía para la utilización indiscriminada de una técnica o la excesiva lealtad a una teoría, que acaba siendo como el lecho de Procusto, el criminal griego que cortaba

las extremidades de sus víctimas, si eran de estatura elevada y los desmembraba si eran bajos, para que cupieran en su cama. En lugar de la adherencia a una sola técnica o teoría, Norcross y Wampold (2018) recomiendan una terapia para cada paciente. El terapeuta debe adaptarse a las características de cada consultante, como el género, preferencia sexual, estrato social, creencias religiosas e incluso ciertos rasgos de personalidad y es indispensable que esté atento a las reacciones del consultante en cada momento, especialmente después de una intervención. A la vez, cada terapeuta puede sentirse cómodo con determinadas técnicas.

Todos los tratamientos, técnicas y teorías, aun los más “objetivos” o científicos, tienen componentes simbólicos. Los consultantes le dan significados a la terapia, al terapeuta y al escenario, ya sea consultorio, clínica o lugar de retiro. El tratamiento tiene propiedades rituales: sucede en lugares y tiempos determinados; implica hacer algo distinto, algo que no suele hacerse todos los días y no se limita a la palabra. Se trata de acciones que fijan la atención de los participantes, de un *performance* y puede generar emociones y estados especiales de consciencia. La psicoterapia, como sostienen Frank y Wampold (2025) transforma el significado que los pacientes dan a sus síntomas, enfermedad y malestar. Si se trata de una terapia de alcance más amplio, también cambia las narrativas autobiográficas, es decir, las historias que se cuentan acerca de sí mismas, tal vez incluso el sentido de sus vidas. Cualquier procedimiento, aun si está estandarizado y si se implementan en investigaciones con variables rigurosamente controladas, pueden tener significados diferentes para cada persona.

Acción y experimentación

Muchas modalidades de psicoterapia alientan, prescriben o enseñan a los consultantes a hacer algo diferente, o a hacerlo de modo diferente, a tener experiencias o a aprehenderlas de un modo distinto. En ocasiones, se trata de tareas, de actividades que pueden realizar fuera de la consulta, como hacer una pausa en su trabajo, retomar un pasatiempo, hacer ejercicio, recordar momentos agradables, en fin, cualquier cosa que promueva el bienestar.

Otras veces, las acciones se realzan dentro del espacio terapéutico. Se trata, entonces, de reconstruir la experiencia, de que el consultante realice, en la sesión, algo que quiso y no pudo hacer, algo que le faltó. Se trata de reconstruir eventos

Imagen generada con la IA de Google



significativos, de escenificarlos de modo que tengan un desenlace más afortunado, sanador.

Tal vez, el ejemplo más claro de reconstruir una experiencia es el que se ha empleado en el tratamiento del trauma, debido a que muchas personas que han vivido situaciones en las que está en peligro su vida o integridad se sintieron paralizadas e impotentes. En esos casos, el organismo está programado para escapar o defenderse, pero eso puede ser imposible u ocasionar más daño. Entonces hay parálisis, colapso, o un estado de alerta permanente. A finales del Siglo XIX Pierre Janet (Van der Kolk, 2014) habló del “acto de triunfo”, el placer de completar la acción de huir o pelear en una situación traumática. Este principio se emplea en modalidades como la terapia sensorio-motriz (Ogden, Minton y Paine, 2006; Ogden y Fisher, 2021) y la experiencia somática (Levine, 2015). Las dos proponen modular la activación del organismo de modo que no se reviva el trauma, en un rango que no llegue a la hiper-activación y la angustia, evitando la hipo-activación, con parálisis, disociación o sensaciones disminuidas y movimientos limitados. De esta manera, se recuperan o regulan funciones alteradas por el trauma en un ambiente seguro.

Muchas de las técnicas de movimiento o acción que se usan en psicoterapia están inspiradas en el trabajo de Jacob Levy Moreno, creador del psicodrama y pionero en técnicas activas. La mayoría de los procedimientos que implican movimiento, actuación y

cambios de postura fueron empleados por él y su esposa Zerka; los difundían en congresos tanto en Estados Unidos como en Europa, así que una gran cantidad de terapeutas participó en ellos o al menos fue testigo de esas presentaciones. En la mayor parte de los casos, no le dan crédito (J. D. Moreno, 2014). Para Moreno, si las personas expresaban sus pensamientos, recuerdos e impulsos mediante la actuación, se lograba acceder a material inconsciente que difícilmente se podía conocer mediante la palabra. Además, permitir que sus pacientes expresaran sus fantasías e impulsos en el ambiente controlado de una sesión de psicodrama prevenía el *acting-out*, es decir, la actuación inconsciente de impulsos que podrían poner en peligro a las personas (Blatner, 1973; Moreno, 1966; Ramírez, 1985). Más aún, Moreno estaba seguro de que tenemos hambre de actuar lo que habíamos soñado o imaginado, aquello que se nos prohibió y en el espacio psicodramático se creaba una realidad *surplus* en la que conflictos, traumas y carencias podían resolverse de modo favorable. Recientes investigaciones en las neurociencias parecen demostrar que las vías en las que se procesa la percepción pueden ser las mismas que las que tienen que ver con la

9 Jonathan D. Moreno, filósofo e historiador reconocido por sus trabajos en Bioética escribió una biografía de su padre J.L. Moreno: *Impromptu Man*.



Imagen generada con la IA de Google



imaginación, así que actuar, así sea algo que nunca sucedió, puede dar la sensación de cerrar un círculo, de que algo se acomoda.

La reconstrucción de eventos o experiencias que no ocurrieron en el pasado, o tal vez que fueron insuficientes (*missing experiences*), se puede dar a través de un *role playing* relativamente sencillo a partir de lo que surge en una sesión (Kurtz, 1990) o de forma más elaborada, con fundamento en una teoría como la de Rispoli (1993, 1999, 2000) quien busca reconstruir experiencias básicas por las que todos pasamos en nuestro desarrollo. Si se viven de modo pleno, suficiente, son la base de un funcionamiento equilibrado y, de no ser así, se deben reconstruir en psicoterapia. Para ellos y otros terapeutas que emplean procedimientos parecidos (Pesso, 1977) hay que repetir las experiencias una y otra vez para que se puedan integrar.

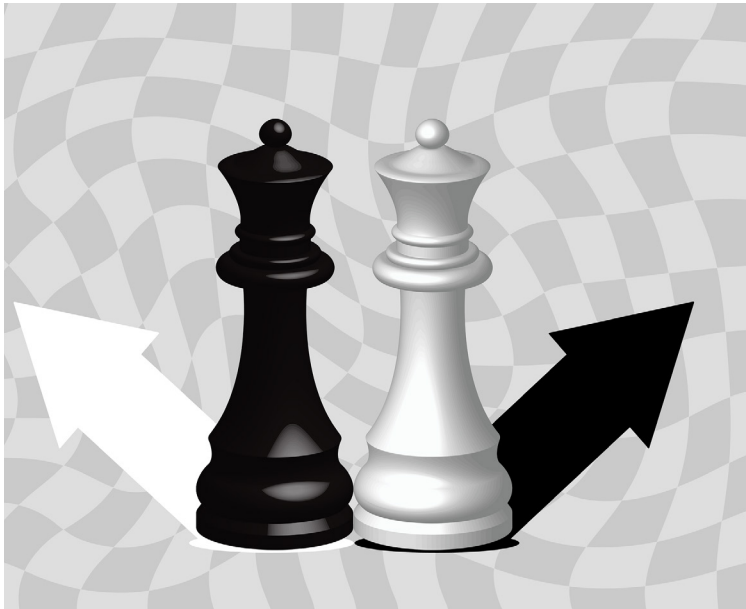
Desde luego, en cualquier relación terapéutica, aún sin utilizar técnicas activas, hay reconstrucción de la experiencia en la medida en que los consultantes pueden revivir formas de interacción y el terapeuta no reacciona como las figuras del pasado, de modo que se aprenden otras formas de relacionarse, más abiertas y productivas.

La acción y experimentación no sólo tiene que ver con hacer cosas, con conducta motora, sino también con el modo de poner atención, con estados de consciencia diferentes al habitual como el *mindfulness*, que suele traducirse como atención plena. La

práctica de *mindfulness* proviene del budismo y se practicaba en lo que hoy es la India y Nepal hace 2500 años. Consiste, según Siegel (1999), en poner atención a la experiencia presente, sin juicios o análisis, con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación. En otras palabras, se trata de percibir lo que está sucediendo momento a momento, tanto en nuestra mente como en el entorno, con una actitud de principiante, como si sucediera por primera vez, sin juicios ni análisis intelectuales y tratando de que cada nuevo estímulo o pensamiento no nos lleve a perdernos en una cadena interminable de asociaciones, fantasías, recuerdos y planes.

En 1979, Jon Kabat-Zinn, médico, practicante de la meditación y estudioso del budismo, fundó el programa de reducción de estrés por medio de la atención plena¹⁰ (MBSR, por sus siglas en inglés), dirigido a personas con dolor crónico, en la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn, 1990). El programa ha beneficiado a personas con padecimientos como la fibromialgia, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y adicciones. A partir de entonces, el *mindfulness* se ha empleado en terapias cognitivo-conductuales de tercera generación como la terapia cognitiva basada en *Mindfulness* -*Mindfulness Based Cognitive Therapy*- (Segal, Williams y Teasdale (2002) la

10 Se trata de un programa psico-educativo, no pretende ser psicoterapia.



terapia de aceptación y compromiso -*Acceptance and Commitment Therapy*- y la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) Linehan (1993). En estas modalidades se invita al paciente a observar los pensamientos como eventos mentales pasajeros, en vez de identificarse con ellos, fortaleciendo un testigo, un yo observador que ve los pensamientos recurrentes como nubes en el cielo, de modo que no provoquen cadenas de asociaciones perturbadoras. En estos enfoques, la atención plena se ha utilizado para tomar distancia, “desengancharse” de pensamientos intrusivos que generan malestar y comportamientos patológicos.

La palabra “experiencia” no sólo se refiere a eventos, a acontecimientos significativos que se pueden escenificar en una o varias sesiones de psicoterapia, también se usa para el proceso que incluye en flujo de sensaciones, sentimientos y pensamientos. En muchas escuelas de psicoterapia corporal, como el método Hakomi, creado por Ron Kurtz, la *Formative Psychology* de Stanley Keleman, además de la terapia sensorio-motriz que mencioné arriba, se invita a los consultantes a poner atención a las tensiones musculares, al movimiento, la postura, la respiración, lo mismo que a los pensamientos, recuerdos e impulsos que acompañan o son parte de estas funciones corporales, en una palabra, la atención plena se usa para una auto-estudio del propio cuerpo.

En la década de 1960, después de analizar las grabaciones de miles de sesiones terapéuticas buscando las causas del éxito de tratamiento, Gendlin (1978/1981) encontró que los pacientes exitosos eran capaces de hacer una pausa para poner atención *experiencing*, que se ha traducido como

experienciación o experimentar, para referirse a las funciones o eventos psicológicos tal como suceden momento a momento, a las sensaciones corporales que surgen en relación con las situaciones que experimentamos en la vida (*felt sense*, que se suele traducir como sensación sentida). No se trata de sentimientos, sino de sensaciones que al principio son poco claras, difusas y que cambian si les ponemos atención de una forma abierta, curiosa y aceptante. Es una forma de aprehender situaciones complejas de una forma no-verbal, sin inferencias o razonamiento que permite una respuesta rápida sin pensar (Bohart, 1993). Ese cambio es sentido a nivel corporal y puede venir acompañado de nuevos significados. Podría decirse que es un *insight* que se siente en el cuerpo (Gendlin, 1996/1999; Moreno, 2009). Se puede incluir en los factores extraterapéuticos porque algunas personas llegan a terapia con esa capacidad: se detienen a

sentir lo que pasa en su cuerpo cuando hablan de algún tema o situación importante o después de una interpretación o comentario del terapeuta, sin embargo, esa habilidad, que Gendlin llamó *Focusing* traducida al español como enfoque corporal, se puede enseñar. Según Gendlin (1999) y Moreno (2014), se trata de fomentar un silencio interior, una forma de acallar la mente que se puede lograr cultivando la atención plena. Una vez en ese estado de curiosidad, aceptación y no juicio, hay que poner atención a lo que pasa en el cuerpo, ya sea en el tórax o en el abdomen y esperar darle la bienvenida a lo surja, a la sensación sentida, al principio difusa, y a cómo va cambiando para luego buscar, o más bien estar atento a las palabras que puedan describirla.

A pesar de que el trabajo de Gendlin fue muy reconocido en su tiempo y publicó investigaciones con relación al experimentar y la sensación sentida, la habilidad de poner atención a lo que se siente en el cuerpo casi no se menciona en la literatura que expone e investiga los factores comunes, quizá porque es un concepto difuso¹¹, acaso porque es difícil de operacionalizar¹². Lo mismo sucede con la reconstrucción de la experiencia: se habla de acciones que promueven la salud, de tareas terapéuticas, pero no de los procedimientos propios de la psicoterapia corporal o del enfoque humanista, que no

11 Bohart, comunicación personal, 5 de septiembre de 2025. Para el mismo autor (Bohart, 1993; Tallman, y Bohart (1999), experimentar es un factor común en el éxito de la psicoterapia.

12 Arthur Bohart es un terapeuta humanista que ha escrito sobre la importancia del constante en el resultado de la terapia.

Norcross, comunicación personal por correo electrónico, 2 de septiembre de 2025.

forman parte de la corriente principal (*mainstream*) en los Estados Unidos de Norteamérica¹³. Al menos en ese país, la investigación empírica en psicoterapia se enfoca en resultados, en medir la disminución de síntomas mediante escalas y no hay estudios respecto a los procedimientos que buscan reconstruir situaciones o estudiar la experiencia presente, que pueden tener objetivos más amplios, pero difíciles de definir, como el crecimiento personal o la búsqueda de sentido.

Conclusiones

La controversia continúa: hay quienes defienden las diferencias entre las psicoterapias y generalmente a favor de las terapias cognitivo-conductuales, mientras otros afirman que la investigación demuestra que todas las terapias funcionan y por lo tanto hay que seguir estudiando los factores comunes. Las investigaciones que apoyan a estas posturas siguen el modelo médico: hablan de trastornos y síntomas, comparan la eficacia de cada procedimiento mediante estudios que tratan de asemejarse a los que hacen para comprobar los efectos de un medicamento. Tal vez por eso, la mayoría de las modalidades terapéuticas no han sido evaluadas con rigor experimental (González-Blanch y Carral-Fernández 2017). Sin embargo, muchos de estos enfoques funcionan, producen cambios, acaso difíciles de medir con escalas. Recordemos al dodo: todos han ganado y todos merecen premios. Pero en principio la carrera no era una competencia, no se trataba de llegar en primer lugar. Los participantes, entre los que estaban Alicia, un ratón, un periquito, un pato, el dodo, una aguililla, y otros animales no

especificados, se habían mojado en un estanque de lágrimas. La pista era irregular y cada uno empezó a correr de un lugar distinto y terminó cuando quiso, pero todos estaban secos. Ese era el objetivo real, secar lágrimas, no se trataba de llegar antes que los demás.

Ya sea que uno defienda la importancia de los factores comunes o argumente que su escuela es la mejor, un terapeuta interesado en su propio crecimiento haría bien en leer la literatura en torno a este debate. Más aún, debería reconocer que ciertos procedimientos y logros de la terapia (o deberíamos decir de la sanación en general, incluyendo la psico-educación, el coaching otras formas de trabajo que no se pueden investigar mediante métodos empíricos) tienen efectos benéficos. Thomas Csordas, cuyos intereses de investigación incluyen la antropología médica y psicológica y la salud mental global, nos ofrece una alternativa más amplia para investigar a la psicoterapia: "Terapia, tratamiento y sanación son términos que definen a las respuestas para enfrentar el malestar, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el estrés" (Csordas, 1996, p. 3). Además de comparar métodos mediante estudios cuantitativos, habría que comprender la experiencia subjetiva de las personas y los significados que atribuyen a su malestar y a las prácticas de sanación, para lo cual es necesario un enfoque hermenéutico que analice el proceso terapéutico (Csordas, 1983, 2023). Sabemos que la psicoterapia funciona, pero tiene tal complejidad e importancia que no basta estudiarla con los métodos propios de las ciencias exactas.



Imagen hellio42 en Pixabay

13 Una búsqueda en ChatGPT no encontró datos sobre la prevalencia de diferentes enfoques terapéuticos en México, pero señala que: la Terapia Cognitivo-Conductual es la escuela dominante, los enfoques psicodinámicos siguen siendo relevantes y que la psicoterapia humanista, existencial y gestalt tienen un nicho. Con las debidas reservas, son datos interesantes que merecerían una investigación rigurosa para determinar quiénes practican qué modalidades terapéuticas y cuántos son.

REFERENCIAS

- Anderson, H. (2007). *Dialogue: People Creating Meaning With Each Other and Finding Ways to Go On*, en Anderson, H. y Gehart, D. (Eds.) Collaborative Therapy. Relationships and Conversations that make a Difference. New York: Routledge.
- Blatner, J. (1971) *Acting in. Practical Applications of Psychodramatic Methods*. New York: Springer.
- Bohart, A. C. (2001). *A meditation on the nature of self-healing and personality change in psychotherapy based on Gendlin's theory of experiencing*. *The Humanistic Psychologist*, 29(1-3), 249-279. <https://doi.org/10.1080/08873267.2001.9977016>
- Bohart, A. C y Tallman, K. (2010a). *Clients: The neglected Common factor in Psychotherapy*. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Arthur-Bohart/publication/232465424_Clients_The_neglected_common_factor_in_psychotherapy/links/5783acad08ae37d3af6bfd27/Clients-The-neglected-common-factor-in-psychotherapy.pdf
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010b). *Clients as active self-healers: Implications for the person-centered approach. Person-centred and experiential therapies work: A review of the research on counseling, psychotherapy and related processes*, 91-131.
- Caldwell, C. (1997). *Getting in Touch. The guide to new Body-Centered Therapies*. Wheaton Illinois: Quest Books.
- Csordas, T. J y Kleinman, A (1996) *The therapeutic process. Medical anthropology: Contemporary theory and method*. 3-20.
- Csordas, T. J. (1983). *The rhetoric of transformation in ritual healing*. *Culture, medicine and psychiatry*, 7(4), 333-375.
- Csordas T. J. (2023). *The Challenge of Indigenous Healing for Global Mental Health*. *Transcultural Psychiatry*. Jun; 60(3):443-456.
- Epstein, M. (2013) *The Trauma of Everyday Life*. New York: Penguin.
- Freud, s. (1930/ 1992). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu. Disponible en https://proletarios.org/books/Freud-Tomo_XXI.pdf
- Frank, J. D. , Frank, J. B. y Wampold, B. E. (2024) *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy. Updated Edition*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gendlin, E.T. (1986). *What comes after traditional psychotherapy research?* *American Psychologist*, 41(2), 131-136. From https://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2058.html
- Gendlin, E. T. (1996/1999). *El Focusing en psicoterapia*. Barcelona: Paídos.
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández L. (2017) *¡Enjaulad al Dodo por favor! El cuento de que todas las terapias son igual de eficaces*. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2017. Vol. 38(2), pp. 94-106. Recuperado el 2 de agosto de 2025 de <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2828.pdf>
- Karasu, Toksoz B. (1986). "The Specificity versus Nonspecificity Dilemma: Toward Identifying Therapeutic Change Agents." *American Journal of Psychiatry* 143 (6): 687-95." *En Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* Jerome D. Frank, Julia B. Frank, Bruce E. Wampold, Thomas R. Insel.
- Keleman, S. (1997). *Embodying Experience*. Berkeley, California: Center Press.
- Kurtz, R. (1990) *Body Centered Psychotherapy. The Hakomi Method*. Mendocino, California: Liferhythm.
- Lazarus, A. A. (2005). *Multimodal Therapy en Norcross J. C. y Goldfried, M. R. Handbook of Psychotherapy Integration*. Second Edition,. Oxford University Press.
- Levine, P. (2015). *Trauma and Memory. Brain and Body in Search for the Living Past*. Berkeley, California: North Atlantic.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martínez, F. (2025). *Narratividad, dramaticidad, heroicidad. Enfoque socio-constuccionista y simbólico en la enseñanza de la lectoescritura*. (Tesis de doctorado no publicada) Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
- Moreno, J. L. (1959/1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno,, J. L. (1978). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- Moreno, J. D. (2014). *Impromptu Man: J.L. Moreno and the Origins of Psychodrama, Encounter Culture, and the Social Network*. New York: Bellevue Literary Press.

- Moreno López S. (2009). *Descubriendo mi sabiduría corporal, focusing*. México: edición del autor.
- Moreno López S. (2009) *Focusing, Mindfulness and Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Three Ways Toward Wellbeing in Everyday Life. Recuperado el 11 de septiembre de 2025 de https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Focusing%2C+Mindfulness+and+Mindfulness-Based+Cognitive+Therapy.+Three+Ways+Toward+Wellbeing+in+Everyday+Life.&btnG=#d=gs_cit&t=1757973688033&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ABrgJEHlBDTQJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des
- Norcross, J. C. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists*. American psychologist, 60(8), 840.
- Norcross, J. C. (2006). *Integrating Self-Help Into Psychotherapy: 16 Practical Suggestions Professional Psychology: Research and Practice* the American Psychological Association, Vol. 37, No. 6, 683–693 recuperado de https://www.academia.edu/69646131/Integrating_Self_Help_Into_Psychotherapy_16_Practical_Suggestions
- Norcross, J. C. y Wampold B. E. (2018). *A new therapy for each patient: Evidence, based relationships and responsiveness*. Journal of Clinical Psychology Volume 74, Issue 11 pp. 1889-1906 Recuperado de file:///Users/fernandoortiz/Downloads/Anewtherapy2018%20(2).pdf
- Norcross, J. C. (2005). *A Primer on Psychotherapy Integration*. en Norcross, J. C. y Marvin R. Goldfried M. R. Handbook of Psychotherapy Integration. Second Edition. Oxford University Press.
- Ogden. P. y Y Fisher, J. (2015). *Sensorymotor Psychotherapy. Interventions for Trauma and Attachment*.
- Ogden, P. Minton K y Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.
- Ortiz, F. (1996). *Psicoterapia Corporal. Bases teóricas de la práctica*. México: UAM Iztapalapa/Pax.
- Pesso, A. (1997). *The Pesso-Boyden Psychomotor System*. En Caldwell, C. (1997). *Getting in Touch. The guide to new Body-Centered Therapies*. Wheaton Illinois: Quest Books.
- Prochaska, James O., John C. Norcross, and Judith J. Prochaska (2024). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, 10th ed. New York:.. Citado en "Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy" Jerome D. Frank, Julia B. Frank, Bruce E. Wampold, Thomas R. Insel. Oxford University Press.
- Rispoli, L. (1993). *Psicología Funzionale del Sé*. Milano, Franco Angeli.
- Rispoli, L. (1999). *Experience Basilare del Sé*. Manuale delle tecniche. Edición del autor.
- Rispoli, L. (2004). *Esperienze de Base e Sviluppo del Sé*, (Franco Angeli, 2004).
- Rogers, C.R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21: 95–103.
- Rosenzweig, S. (1936). *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*: "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes'." American Journal of Orthopsychiatry, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories*. Cambridge University Press.
- Tallman, K. y Bohart, A. C. (1999). *The Client as Common Factor*. En Hubble, M. A. Duncan, B. L. y Miller, S. D. The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy. Washington: American Psychological Association.
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Books.
- Wampold, B. E. (2015) *How important are the common factors in psychotherapy? An update*. World Psychiatry;14:270–27
- Wampold, B. E., Gregory W. Mondin, Marcia Moody, Frederick Stich, Kurt Benson, and Hyun-nie Ahn ((1997) 20A *Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes"* Psychological Bulletin, 122, 203–215.
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence of What Makes Psychotherapy Work*. New York: Routledge.
- Yalom, E. (1975/1986). *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.