

ARTICULO DE FONDO

Panorama de la Psicología Clínica en Latinoamérica

Héctor FERNANDEZ ALVAREZ
Begoña OLABARRIA GONZALEZ
Alejandro AVILA-ESPADA

INTRODUCCION

Latinoamérica es un término de alcances variados. Durante años, sirvió para definir el conjunto de naciones del continente americano situadas al sur del Río Grande. Aunque nunca alcanzó a constituir una unidad geopolítica compacta, algunas características le otorgaban cierta identidad. En los últimos tiempos, esta situación se está modificando aceleradamente como resultado de cambios que marcan fuertes diferencias en el desarrollo relativo de sus regiones. Ejemplos notorios de ello son el proceso de paulatina asimilación a los Estados Unidos que viene experimentando México y la creación de bloques como el Mercosur.

Frente a este panorama, Latinoamérica es un término que designa, cada día más, una vasta región geográfica donde predomina la lengua latina. Principalmente ibérica, ya que el español y el portugués son los idiomas prevalentes. Que se encuentra activados, en una extensa franja de la zona atlántica, en un proceso de mixturación conocido como «portuñol». También tiene presencia, aunque en menor medida, el francés y el italiano.

América Latina es un extenso territorio compuesto por más de 30 naciones, habitada por alrededor de 500 millones de personas, cuyo número puede verse incrementado si se incluye la cada vez mayor cantidad de latinos que habitan en los países del Norte (Estados Unidos y Canadá). Una buena razón para hacerlo surge al constatar la facilidad con que es posible, hoy en día, manejarse hablando el castellano en grandes ciudades norteamericanas como Nueva York o Los Angeles. Este hecho es todavía más importante si se toman en cuenta las proyecciones poblacionales que pronostican el crecimiento del español en los próximos años. Algunas predicciones sostienen que dicho idioma podría llegar a ser la primera lengua en los Estados Unidos, en algún momento de la primera mitad del siglo XXI.

El subcontinente latinoamericano está compuesto por un conjunto heterogéneo de países, aún cuando existen algunas importantes notas comunes entre ellos. Además de sus raíces idiomáticas, se trata de naciones en vías de desarrollo, con una acelerada migración de las zonas rurales hacia los centros urbanos. La población de sus ciudades, algo menor del 60%

a comienzos de los 70, está acercándose al 80% sobre el fin del siglo. La religión dominante es el catolicismo, lo que convierte a esta zona en la región de mayor concentración de ese credo en el mundo. El sistema político se ajusta, en la mayoría de los casos, al de las democracias republicanas. Puerto Rico presenta una situación particular, pues tiene el régimen de estado asociado a los Estados Unidos. La homogeneidad de sus sistemas sociales tiene una excepción en el caso de Cuba, cuya organización responde a un modelo socialista desde hace muchos años.

En cuanto a las diversidades, sobresalen en primer lugar los diferentes volúmenes globales entre sus naciones. Algunos países como Brasil y México tienen extensos territorios y poblaciones (160 y 100 millones de habitantes respectivamente), en contraste con otros que son muy pequeños, tanto geográfica como demográficamente. Esto puede hacerse extensivo aunque no de manera lineal, a sus recursos y potencialidades económicas. También se observan profundas diferencias en las raíces étnicas y la composición de su población. Las corrientes migratorias, decisivas en la conformación de sus grupos humanos actuales, no fueron iguales en toda la región. El tratamiento recibido por los nativos en el largo proceso que arrancó con la colonización, tuvo efectos dispares en cada zona. Estos hechos siguen constituyendo un motivo de fuertes controversias.

La historia contemporánea de estas naciones se inicia, a comienzos del siglo XIX, como resultado de los procesos cívico-militares que condujeron a las independencias nacionales. Este fenómeno fue tributario de la organización de los Estados Unidos de América como nación soberana. Desde entonces y hasta la actualidad, rige una inocultable tensión entre la influencia europea y norteamericana, lo que produce no solamente fuertes debates sino que tiene efectos concretos en el curso de la vida de sus pueblos.

Las corrientes migratorias más importantes estuvieron constituidas por europeos peninsulares (portugueses, españoles e italianos), aunque también llegaron grupos centroeuropeos significativos. Una consecuencia fundamental de este proceso ha sido la generación de un importante mestizaje que no pudo evitar, sin embargo, que las poblaciones aborígenes resultaran diezmadas en general, aunque ofrecieron mayor resistencia a la asimilación en países como Perú y México, donde todavía hoy existen numerosos contingentes de poblaciones nativas. En algunos países como Argentina y Chile los grupos aborígenes están especialmente reducidos. No deben olvidarse, en este punto, los numerosos contingentes negro-africanos que fueron trasladados principalmente hacia Brasil, Haití y otros países caribeños, donde conservan una fuerte representatividad.

La influencia cultural europea y norteamericana se hizo sentir en todas las esferas de la sociedad. La presencia de los Estados Unidos fue más fuerte en América Central y el Caribe, especialmente después de la construcción (y posterior control) del canal de Panamá. La influencia europea se notó con mayor intensidad en el Cono Sur. La psicología no fue una excepción. En parte por eso y en parte por las diferencias del desarrollo que han tenido sus países, resulta difí-

cil encontrar una unidad en la psicología regional y en el campo de la clínica en particular (Ardila, 1986). No obstante, es posible identificar algunas características comunes.

Los psicólogos latinoamericanos son, en general, profesionales jóvenes, mayoritariamente mujeres. Los modelos en que se basa la psicología clínica son, predominantemente, importados. Esta dependencia teórica, si bien ayudó a su evolución, también conspiró contra los desarrollos locales. La psiquiatría (e incluso la medicina en general) ejerció un tutelaje opresivo por un largo período. El centro de interés de los psicólogos estuvo puesto en aspectos aplicados y profesionales de la disciplina, por sobre los de carácter investigativo.

FORMACION Y ENTRENAMIENTO

Aunque los estudios de psicología se iniciaron, al menos en algunas zonas, en épocas tempranas del siglo, la creación de las carreras independientes de Psicología recién tuvo lugar a partir de la década de los 40. Los países pioneros fueron Guatemala (1946), Colombia (1947), Chile (1948), Cuba (1950), Brasil (1953), Perú (1955), Argentina (1956), Venezuela (1956), México (1958) y Puerto Rico (1960). Aunque las primeras universidades fueron, en su mayoría, estatales y laicas, también se crearon algunas carreras en el ámbito de instituciones religiosas como la Universidad de Santo Tomás en Cuba y la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro.

A mediados de los 70, los estudios de psicología se habían generalizado. Coincidiendo con ello, en 1974 se organizó la I Conferencia Latinoamericana sobre Entrenamiento en Psicología, evento celebrado en Bogotá, Colombia (Klappenbach y Pavesi, 1994). Los expertos allí reunidos concluyeron que la formación de los psicólogos debía ajustarse a los siguientes principios: a) necesidad de programas básicos multiteóricos y plurivalentes; b) conveniencia de equilibrar los aspectos científicos y profesionales. Los objetivos de la Conferencia se cumplieron sólo parcialmente. En primer lugar, debido a que la diversidad de necesidades que debían atender los países, dificultaba la homogenización. Además, porque las condiciones socio-políticas que fue atravesando la región, impidieron un debate abierto y democrático por muchos años. Esto último se modificó a lo largo de la década de los 80.

Durante este período, los Congresos organizados por la Sociedad Interamericana de Psicología fueron el ámbito más propicio para el intercambio y en numerosas ocasiones alojaron simposios para debatir los problemas de la formación de los psicólogos en el continente. Los psicólogos españoles se sumaron a esos encuentros y, especialmente a partir del XXI Congreso de La Habana, en 1987, tuvieron un protagonismo cada vez más acentuado. El primer Congreso Iberoamericano de Psicología, celebrado en Madrid en 1992, marcó un punto de gran crecimiento en esa dirección.

Recientemente han tenido lugar nuevos intentos para compatibilizar los estudios de psicología entre diferentes países. Un ejemplo de ello es el Encuentro Integrador de Psicólogos del Mercosur (Di Doménico, 1996).

En los últimos 20 años, los estudios de Psicología registraron grandes cambios. Proliferaron las ofertas académicas, especialmente debido a la creación de numerosas universidades privadas no confesionales que impulsaron propuestas de formación diversificadas, con mayor énfasis en el entrenamiento tecnológico.

En su constitución incidió el modelo académico norteamericano. Este fenómeno estuvo acompañado por un significativo incremento de la matrícula de estudiantes. México y Brasil cuentan cada uno, en la actualidad, con más de 100 centros de formación universitaria que imparten estudios de psicología. El número de psicólogos en Brasil supera los 100.000 y en Argentina, la relación psicólogo/habitante alcanzó cifras récord.

Con el fin de favorecer la coordinación de actividades entre sus universidades, se crearon, en los respectivos países, diversos organismos como el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología en México, la Asociación Nacional para la Investigación en Psicología de Brasil y la Asociación de Unidades Académicas de Psicología que convoca a instituciones de Argentina y Uruguay.

La formación de los psicólogos en los estudios de grado suele contar con orientaciones por especialidad, siendo la psicología clínica una de las más elegidas con frecuencia. El 42% de los psicólogos de Colombia ha optado por esa especialidad (CNCP, 1996). Algo similar ocurre en países como México, Brasil y Uruguay. En Argentina, la psicología clínica llegó a significar casi un sinónimo de psicología.

Los estudios en el área clínica incluyen usualmente una fuerte dedicación a los aspectos prácticos y aplicados (Vilanova, 1990). El manejo de técnicas diagnósticas y terapéuticas predomina por sobre el estudio de las cuestiones metodológicas e investigativas. En entrenamiento incluye pasantías en centros asistenciales, tales como hospitales psiquiátricos y centros médicos generales, centros de atención primaria y otros centros comunitarios de prevención.

Este sesgo asistencial tan acentuado obedece a varias fuentes, siendo las demandas de una sociedad en transición con fuertes conflictos y necesidades económicas acuciantes, uno de los motivos más poderosos. Otra razón fue la influencia de psicoanálisis, especialmente en Sudamérica, y sobre todo en el Cono Sur. La impronta psicoanalítica sobre la psicología clínica inclinó la especialidad hacia las aplicaciones terapéuticas y las prácticas privadas.

Si bien es cierto que ese proceso no benefició la actitud investigativa clásica, favoreció en cambio un puente entre teoría y práctica que fue propicio para el desarrollo de estudios naturalísticos. Este hecho no fue, por momentos, adecuadamente ponderado, haciendo circular en los foros científicos, juicios excesivamente negativos al respecto.

Durante un largo período, los psicólogos clínicos contaban con escasas ofertas de posgrado. Los interesados en realizar esa formación debían cursar sus estudios en universidades de Estados Unidos o de Europa. Brasil y México fueron los países que promovieron los mayores contingentes de doctorados. El primer programa de posgrado en el continente se creó en la Universidad Autónoma de México en 1958. Hasta fines de la década del 70 las nuevas ofertas en ese nivel fueron escasas (Marín, G.; Kennedy, S. y Boyce, B.C., 1987). Por ejemplo, en la Universidad de Sao Paulo se puso en marcha una maestría en psicología clínica en 1975, iniciándose el doctorado de la especialidad en 1982 (Universidad de Sao Paulo, 1997).

Esta situación ha cambiado drásticamente en los últimos 15 años, pues se han organizado las estructuras académicas de posgrado en numerosas universidades. Un ejemplo de ello es Panamá donde se crearon una maestría en terapia familiar en la Universidad de Santa María La Antigua en 1992 y una maestría en psicología clínica en la Universidad de Panamá, en 1997 (González, 1998).

ACREDITACION

Hasta la fecha muy reciente, los psicólogos clínicos no constituían un grupo o especialidad reconocida formalmente. Los graduados de la carrera de grado la ejercieron merced a la habilitación que le otorgaban sus títulos y actuaban con el aval de formaciones de posgrado, no necesariamente académicas. Esta se llevó a cabo principalmente en dos ámbitos:

- 1) Centros asistenciales, públicos y privados. La ventaja de dicha formación radicó en la amplia experiencia clínica adquirida por los cursantes.
- 2) Asociaciones científicas. Las ha habido de dos tipos, unas orientadas por especialidad y otras centradas en modelos teóricos. Las primeras suelen tener alcances más locales y se dedican a temas evolutivos como clínica de niños o adolescentes, aspectos técnicos como psicoterapia de grupo o bien a cuestiones psicopatológicas como ansiedad, autismo o trastornos bipolares. Las otras responden a los grandes enfoques como psicoanálisis, terapia de conducta, psicodrama, terapia sistémica, terapia gestáltica, etc. Suelen funcionar con conexión con instituciones más organizadas a nivel internacional.

Las organizaciones profesionales existentes (Asociaciones, Sociedades y Colegios de Psicólogos) suelen responder a finalidades alternativas, unas estrictamente profesionales y otras científicas. La situación en este sentido difiere significativamente entre los distintos países. En algunos casos, existen fuertes organizaciones como en el caso del Conselho Federal de Psicologia de Brasil, creado por Ley en 1971 y que reglamenta la actividad de la profesión en todo el país (CRP, 1996). Otro ejemplo es la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico (Roca de Torres, 1994). En otros casos, por el contrario, esas organizaciones están en una etapa incipiente de desarrollo, como en el caso de Guatemala (Aguilar, 1996).

Raramente se han ocupado de la formación y el entrenamiento sistemático de especialistas. Aunque han tenido cierta participación en cuestiones de acreditación, solo últimamente han comenzado a organizarse adecuadamente como en el caso de la Comi-

sión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos de Chile que regula las actividades de postítulo en la especialidad. Un documento de ese organismo establece como funciones del psicólogo clínico las siguientes: 1) evaluación psicológica; 2) diagnóstico psicológico; 3) tratamiento e intervenciones psicológicas; 4) orientación, asesoría, consulta y enlace; 5) prevención y promoción de salud; 6) investigación y 7) docencia y supervisión. (CNAPC, 1997).

En Puerto Rico, siguiendo las características del modelo norteamericano, se estableció, desde 1994, que la habilitación para el ejercicio de la psicología clínica requiere estudios de doctorado (Alvarez y Vélez-Pastrana, 1995).

PRACTICA PROFESIONAL

La actividad profesional de los psicólogos clínicos estuvo limitada por muchos años. En primer lugar, su desempeño resultó condicionado por el peso del poder psiquiátrico que restringió su capacidad legal a tareas auxiliares. Además, las difíciles condiciones económicas por las que atravesó la región incidieron limitando la disponibilidad de recursos.

El principal campo de trabajo fue el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y otros trastornos asociados como enfermedades físicas y discapacidades. También se han desempeñado en el campo de la atención primaria y en la participación en equipos de asistencia comunitaria (Fernández Alvarez, 1994). En América Latina han tenido lugar algunas experiencias muy valiosas de aplicación de programas de salud mental comunitaria. Buenos ejemplos de ello son el Proyecto de Salud mental del Barrio Santa Eduvigis en Tegucigalpa (Honduras) y el Centro de Atención Psicosocial de Ciudad Sandino (Nicaragua) (Levav, 1992).

Durante años, los psicólogos latinoamericanos ejercieron su actividad, en gran medida, en forma liberal y en zonas urbanas. Con la crisis económica, esta fuente de trabajo ha sufrido un marcado deterioro. Otro grupo importante de profesionales fue absorbido por organismos gubernamentales, especialmente para trabajar en programas de prevención en temas como violencia familiar y social, alcoholismo, toxicodependencia y SIDA.

Las relaciones entre psicología clínica y psicología de salud en el continente no son del todo claras. Históricamente funcionaron como dos ámbitos muy diferenciados, aunque en el último período existe mucha más proximidad entre ambos. En Cuba la situación ha sido diferente, pues la formación del psicólogo respondió a un marco teórico y una estructura curricular de alto compromiso social y estuvo fuertemente orientada a la prestación de servicios en centros públicos de salud.

La psicoterapia ha sido, en Latinoamérica, el campo de aplicación de la psicología clínica más floreciente. Es en este terreno donde la investigación latinoamericana ha logrado algunos

de sus desarrollos más interesantes en los últimos años (Jiménez, Buguña y Belmar, 1995). Las psicoterapias encontraron aquí un suelo muy fértil y puede afirmarse que América Latina es, entre las zonas económicas en vías de desarrollo, la que mayor evolución tuvo en este campo. Los modelos utilizados siguieron los alineamientos de los enfoques tradicionales europeos y norteamericanos.

Un capítulo adicional lo constituyen los tratamientos vernáculos y populares que rescatan las tradiciones locales en materia de ayuda y curación. Aunque la incidencia de estos procedimientos está muy regresionada, como consecuencia del proceso colonial, subsisten producciones culturales en esa dirección, muchas de las cuales se han combinado con formas clásicas de tratamiento.

PSICOANÁLISIS

Resulta adecuado comenzar con este modelo, debido la enorme influencia ejercida en el continente (incluidos los Estados Unidos). En la década de los 50, ya era una presencia firme en los dos extremos del subcontinente. En México, debido a la decisiva influencia ejercida por Erich Fromm, tanto en la actividad universitaria como en sus publicaciones. En el Cono Sur dio lugar a la creación, en Buenos Aires, de la poderosa Asociación Psicoanalítica Argentina. No tuvo un mentor excluyente y, en cambio, fue la cuna de un nutrido conjunto de personalidades que alcanzó nivel internacional. Durante muchos años, la zona del Río de la Plata se habría de convertir en un polo fundamental en el desarrollo del psicoanálisis. Una prueba de ello es la importancia alcanzada por ese enfoque en Uruguay (Morató de Neme, 1996).

Con los años, aún cuando el psicoanálisis siguió teniendo una fuerte presencia en México, como lo atestigua la existencia de numerosas asociaciones pertenecientes a dicho movimiento, la potente irrupción del enfoque conductista modificó la relación de fuerzas. Todo lo contrario ocurrió en el sur, donde el psicoanálisis adquirió carácter hegemónico en el ámbito de la disciplina psicológica y de la salud mental. La emigración de psicoanalistas argentinos a lo largo de la década de los 70, contribuyó a diseminar esas ideas por otros países de la región.

A ello debe agregarse el fenómeno de la lacanización que se extendió en un movimiento continental de vastas proporciones. El Ateneo de Caracas (Venezuela) fue un centro primordial de difusión de esas ideas que tiene manifestaciones en muchos países. Sus ideas se propagan en naciones tan variadas como Brasil y Ecuador. En los últimos diez años, el lacanismo ha dejado de ser un movimiento periférico dentro del psicoanálisis.

Esto coincide con que este modelo ha perdido el carácter hegemónico que ostentaba. Esto se produjo junto a otro hecho de enorme importancia: el psicoanálisis, cuya formación superior estaba otrora reservada a los médicos, abrió sus puertas a otros profesionales, entre ellos los psicólogos.

Han existido diversos intentos de organización del psicoanálisis a nivel continental. En 1965 se fundó la Federación de Psicoanálisis de América Latina. En Cuba se vienen celebrando desde 1986, reuniones de psicoanalistas y psicólogos latinoamericanos. El VII Encuentro se llevó a cabo en La Habana en febrero de este año.

MODIFICACION DE CONDUCTA

La terapia de conducta se irradió desde los Estados Unidos, influyendo fuertemente en México, el Caribe y la región Andina. Puerto Rico y República Dominicana cuentan con grupos activos en la región caribeña. En Sudamérica han habido movimientos de importancia en varios países. En Venezuela se fundó la Asociación para el Avance de las Ciencias del Comportamiento y en Perú la Sociedad de Análisis y Modificación de la Conducta. También pueden mencionarse Chile, Uruguay y Bolivia. Este país fue sede, en 1994, de un Congreso latinoamericano de la especialidad.

Colombia fue doblemente importante, pues no solo existió un significativo desarrollo en el país, sino que allí se gestó la Asociación Latinoamericana de Modificación de Conducta (ALAMOC), la organización más representativa del continente. Su actividad es muy relevante en el contexto internacional y ha tenido un papel decisivo para que el próximo Congreso Mundial de Terapia Comportamental y Cognitiva fuera convocado para agosto de este año en Acapulco, México.

Brasil cuenta con numerosos profesionales en este enfoque, muchos de los cuales están nucleados en la Asociación Brasileira de Psicoterapia y Medicina Comportamental (ABPMC) que se reúne regularmente en la ciudad universitaria de Campinas. A dicha organización le fue encomendada la realización del próximo encuentro Latini Dies, un evento que reúne a terapeutas comportamentales de lengua latina de diferentes países del mundo.

OTROS ENFOQUES

Otros modelos también alcanzaron significativa difusión. La corriente humanista y experiencial tuvo importantes expresiones a través del enfoque centrado en la persona y la terapia de orientación gestáltica. Este último movimiento tuvo gran relevancia en Chile. El enfoque rogeriano celebró su último Congreso Latinoamericano en La Paz (Bolivia). También merece destacarse la evolución del Psicodrama que cuenta en Brasil con su base más extendida. Allí, la Federación de Psicodrama (FEBRAP) cuenta con más de 3.000 profesionales distribuidos en diferentes zonas del país. Durante años, la sede continental de este enfoque se radicó en Paraguay.

A lo largo de la década de los 80 cobró importancia la terapia familiar de orientación sistémica que logró fuertes asentamientos en numerosos países, existiendo activos intercambios entre ellos. El enfoque de más reciente desarrollo es el movimiento cognitivo. A pesar de su juventud se ha instalado en países como Chile, Brasil, Perú, México, Argentina y Uruguay y está expan-

diéndose rápidamente. En el mes de abril de este año se celebró en Gramado, Brasil, el 2º Encuentro Latinoamericano de este movimiento.

TRATAMIENTOS VERNACULOS Y POPULARES

La Psicología Clínica en Latinoamérica tiene que convivir con una serie de figuras ancladas en la cultura que son el chamán y el curandero. El chamán constituye una figura característica de las formas de curación que han llegado a través de la tradición cultural nativa. Los tratamientos chamánicos pueden encontrarse en diferentes poblaciones (Pagés Larraya, 1996; Zambiano Mora y León, 1997). Se trata de prácticas que tienen su origen en rituales socioreligiosos primitivos y poseían un claro significado cosmológico. Muchas de estas prácticas se transmitieron a través de los siglos y siguen brindando utilidad en los grupos donde se los emplea. En Latinoamérica pueden encontrarse numerosas variedades tanto en América Central como en la zona Andina. También en Brasil donde están emparentados con formas culturales africanas, al igual que en Haití donde el vudú expresa una modalidad combinada de gran complejidad.

El curandero es otra figura de gran importancia. A diferencia de los chamanes que aparecieron en comunidades aborígenes, los curanderos son terapeutas urbanos, y particularmente, curadores ligados a los sectores periféricos o marginales. El curandero es, básicamente, una figura múltiple que emplea elementos de variado origen y que expresan sincréticamente algunas de las ideas dominantes de los sectores populares sobre la forma en que pueden solucionarse los problemas (Fernández-Alvarez y Nicenboim, 1998).

El curanderismo constituye una expresión generalizada en la cultura urbana de Latinoamérica. Los sanadores cumplen su papel en los diferentes ámbitos de la salud, y especialmente, de la salud mental. Algunas investigaciones recientes informan sobre la existencia de un avance muy marcado de los «cultos curativos» en las zonas urbanas de diferentes países del continente (Campos Navarro, 1992). El papel de estos curadores es de gran utilidad y las organizaciones sanitarias internacionales, como la OMS, recomiendan su participación en la comunidad.

Aunque el avance de la Psicología científica esta relativizando el papel de estas figuras, en la realidad cultural latinoamericana han de integrarse al servicio de los planes de acción psicológica, en lugar de considerarles anatemizados.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. (Ed) (1996). *Psicología en Guatemala*. Bogotá, Fundación para el Avance de la Psicología.
- Alvarez, V. y Velez-Pastrana, M.C. (1995). La profesión de la psicología en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 175-185.
- Ardila, R. (1986). *La Psicología en América Latina. Pasado, presente y futuro*. México, Siglo XXI.

- Campos Navarro, R. (1992). El curanderismo urbano: un estudio de caso en la Ciudad de México. En H. Riquelme U (Ed.) *Otras realidades, otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina*. Caracas, Venezuela, Nueva Sociedad.
- CNAPC (Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos) (1997). *Perfil profesional del psicólogo clínico*. Santiago de Chile, CNAPC.
- CNCP (Comité Nacional Colombiano de Psicología) (1996). *Postulación de Colombia para el 28 Congreso Internacional de Psicología*.
- CRF (Conselho Regional de Psicologia -6ta. Região). *Manual de CRP -06*. São Paulo, CRP.
- Di Domenico, C. (1996). Psicología y Mercosur: acerca de la armonización curricular. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42, 230-242.
- Fernández-Alvarez, H. y Nicenboim, E. (1998). Psicoterapia nativa en Latinoamérica. *Revista Interamericana de Psicología*.
- Fernández-Alvarez, H. (1994). Pautas de intervención comunitaria para la prevención de los trastornos mentales. En M. Montero (Ed.), *Psicología Social Comunitaria*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- González, A. (1998). Psicoterapia en Panamá. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, VII, 87-89.
- Jiménez, J.P.; Buguña, C. y Belmar, A. (1995). *Investigación en Psicoterapia. Procesos y resultados*. Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria.
- Klappenbach, H.A. y Pavesi, P. (1994). Una historia de la psicología en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26, 445-481.
- Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Marin, G. Kennedy, S. y Boyce, B.C. (1987). *Latin American Psychology: a guide to research and training*. Washington, American Psychological Association.
- Morato de Neme, R. (1996). La psicoterapia en Uruguay. Reseña histórica del psicoanálisis en Uruguay. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, V, 191-193.
- Pages Larraya, F. (1996). El chamán en la cultura Jama-Coaque. *Acta Psiquiátrica y Psicológica en América Latina*, 41, 20-33.
- Roca de Torres, I. (1994). Historia de la Psicología en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Vol. 9.

Universidad de Sao Paulo (1997). *Psicología. Manual pós-graduação*. Sao Paulo, USP.

Vianova, A.R. (1990). Historia de la psicología clínica. *Boletín Argentino de Psicología*, 3, 7-19.

Zambrano Mora, A. y Leon, R. (1997). Psicoterapia en Perú: Un Informe. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, VI, 177-182.