

**Universidad de Palermo**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Trabajo de Integración Final**  
**El proceso de admisión y derivación en la una**  
**institución de enfoque gestáltico.**

**Profesor Tutor:** Dr. Ricardo Zaidemberg

**Autor:** Fernando Bielsa Ros

## Índice

1 – INTRODUCCIÓN.....	4
2 - OBJETIVOS DEL TRABAJO .....	5
2.1 - Objetivo General .....	5
2.2 - Objetivos Específicos .....	5
3 - MARCO TEÓRICO .....	6
3.1 - Introducción a la Terapia Gestáltica .....	6
3.2 - Fundamentos históricos de la terapia gestáltica .....	7
3.2.1 - El psicoanálisis .....	7
3.2.2 - La psicología de la Gestalt .....	7
3.2.3 - La filosofía existencialista .....	8
3.2.4 - La fenomenología .....	8
3.2.5 – Holismo .....	9
3.2.6 - Budismo Zen y Taoísmo .....	9
3.2.7 – Psicodrama .....	10
3.2.8 - Salomón Friedlander .....	10
3.3 – Terapia gestáltica .....	11
3.3.1 - Conceptos más importantes de la terapia gestáltica .....	12
3.3.1.1 - <i>Figura-fondo:</i> .....	12
3.3.1.2 - <i>Autorregulación orgánica</i> .....	12
3.3.1.3 - <i>Ciclo de la experiencia o de contacto retirada</i> .....	13
3.3.1.4 - <i>El darse cuenta</i> .....	14
3.3.1.5 <i>Responsabilidad</i> .....	15
3.3.1.6 <i>Aquí y Ahora</i> .....	15
3.3.1.7 <i>Resonancia</i> .....	17
3.4 - Proceso Terapéutico en la terapia gestáltica .....	20
3.4.1 - Enfermedad – Salud en terapia gestalt .....	21
3.4.2 - Objetivo de la terapia gestáltica .....	22
3.4.3 - Búsqueda e inicio del proceso .....	22
3.4.4 - Relación Terapéutica .....	23
3.5 Entrevista de Admisión y derivación .....	24
3.5.1 La entrevista en psicología .....	25
3.5.2 Entrevistas Abiertas y Cerradas .....	26
3	
3.5.3 Entrevistas según su objetivo y ámbito .....	26
3.6 La entrevista clínica de admisión .....	26
3.6.1 Objetivo de la entrevista de admisión .....	27
3.6.2 Etapas de la entrevista de admisión .....	28
3.6.3 Dinámica de la entrevista .....	29
3.6.3.1 <i>Transferencia y contra-transferencia</i> .....	29
3.6.3.2 <i>Relación Dialogal</i> .....	30
3.6.3.3 <i>Entrevistado</i> .....	31
3.6.3.4 <i>Admisor</i> .....	31
3.6.3.5 <i>Diagnóstico</i> .....	32
3.6.3.6 <i>Derivación</i> .....	33

4- METODOLOGIA .....	
34	
4.1 - Instrumentos .....	34
4.2 - Participantes .....	34
4.3 - Procedimiento .....	35
5 – DESARROLLO .....	
36	
5.1. - Introducción .....	36
5.2 Presentación de los casos .....	37
5.3 Ubicación físico- espacial de las entrevistas .....	38
5.4 – Los terapeutas admisores .....	39
5.5 – Los entrevistados .....	40
5.6 – Contenido de la entrevista .....	40
5.7 – Dinámica de la entrevista .....	41
5.8 Análisis de conceptos teóricos .....	42
5.8.1 – Aquí y Ahora .....	42
5.8.2 – Resonancia .....	43
5.8.3 – Interrupciones en el ciclo del contacto-retirada .....	44
5.9 – Derivación .....	46
6 – DISCUSIONES Y CONCLUSIONES .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.1 Aportes y futuras investigaciones .....	49
7- Referencias bibliográficas .....	
50	
Anexo I - Entrevistas de Admisión .....	54
Anexo II - Entrevistas a los admisores .....	
63	
Anexo III –	
Anexo IV - Ficha de Admisión.....	70
4	

## 1- INTRODUCCIÓN

La residencia de la práctica y habilitación profesional se realizó en una asociación civil sin fines de lucro con enfoque gestático que tiene como propósitos esenciales la formación, investigación y servicio a la comunidad.

La asistencia se distribuyó de forma diferente cada semana, según las actividades que hubo en la institución. Entre estas hubo: admisiones, supervisiones, cursos teóricos, talleres vivenciales, reuniones de departamentos, espacios de intercambio teórico-prácticos, asistencia a módulos de la escuela de posgrado y actividades de secretaría y biblioteca.

El Centro de Derivación funciona a través del Servicio de Asistencia a la Comunidad (SAC), el cual consta de 3 coordinadores de área, 1 supervisor de psiquiatría, 1 coordinador médico, 7 terapeutas admisores y más de 70 terapeutas a los cuales se les derivan los pacientes admitidos.

La intención de este trabajo es describir y analizar las características de los procesos de admisión y derivación en esta institución en pacientes adultos. El interés en la elección de este tema surge del interés en la actividad casi semanal realizada durante la residencia.

## 2 - OBJETIVOS DEL TRABAJO

### 2.1 - Objetivo General

Describir el proceso de admisión y derivación en la institución elegida

### 2.2 - Objetivos Específicos

Analizar las características distintivas del proceso de admisión y derivación en

la institución elegida.

Relacionar el proceso de admisión con el concepto de aquí y ahora.

Relacionar la derivación con el concepto de resonancia.

6

## 3 - MARCO TEÓRICO

### 3.1 - Introducción a la Terapia Gestáltica

Kriz (2001) ubica a la terapia de la gestalt como una de las principales corrientes de las psicologías humanistas. La corriente humanista-existencial, surge como respuesta a la despersonalización y deshumanización de las teorías psicoanalistas y conductistas. Esta tercera fuerza se centra en el presente y enfatiza el sentir (Sinay & Blasberg, 2006). La terapia gestáltica (T.G.) forma parte de la rama humanista en psicología al compartir una visión del ser humano que tiende a su autorrealización, con recursos propios para su desarrollo y no como un individuo patologizado (De Casso, 2003; Quitmann, 1989)

La T.G. es una terapia fenomenológica-existencial fundada por Frederick y Laura Perls en la década de los 40. Esta enseña a terapeutas y pacientes el método fenomenológico del darse cuenta (Yontef, 2002).

La palabra gestalt es de origen alemán y no tiene una única traducción al inglés ni al español, ya que su significado puede referirse a: totalidad, figura, forma, patrón, estructura o configuración. (Perls, 1976).

Según Perls (2007) el objetivo de la terapia es volver a lograr el sentimiento de *uno mismo*, con el fin de despertar a una vida más completa, facilitar el equilibrio orgánico, reestablecer las funciones óptimas, desarrollar la personalidad y tratar de conseguir el equilibrio. El objetivo es que los pacientes se den cuenta de lo que están haciendo, cómo lo están haciendo, cómo pueden cambiar, y al mismo tiempo que aprendan a aceptarse y valorarse a sí mismos.

Este enfoque se inició en Argentina en 1973, cuando Schnake y Hunneus, dieron

los primeros seminarios y laboratorios sobre T.G. en Buenos Aires (Sas de Guiter, 1982). Contribuyendo a convertir a esta ciudad en el centro de desarrollo más importante de T.G. del país. Y es así como en 1980 se forma la Asociación Gestáltica de Buenos Aires (Sinay & Blasberg, 2006).

A continuación se desarrollaron los fundamentos históricos que sirvieron como base para la T.G., así como algunos conceptos fundamentales de este enfoque

7

### **3.2 - Fundamentos históricos de la terapia gestáltica**

Varios autores (Castanedo, 2002; De Casso, 2003; Kriz, 2001; Naranjo, 1989; Peñarrubia, 1998; Sinay & Blasberg, 2006; Yontef, 2002) sostienen que Perls se nutrió de distintos campos para formar lo que sería conocido más tarde como la terapia gestáltica. A continuación se desarrollaron las principales corrientes teóricas integradas.

#### **3.2.1 - El psicoanálisis**

Perls se formó como psicoanalista y ejerció más de 20 años como tal, alejándose del grupo psicoanalítico y de su creador Freud, debido a la frialdad con que lo recibió en el congreso de psicoanálisis de 1936 (Peñarrubia 1998). Realizó además terapia con varios psicoanalistas disidentes como Horney, Happel, Reich y fue supervisado por Deutsch, Fehiche, Federn, también psicoanalistas (Kriz, 2001).

Según Peñarrubia (1998), Perls se opone a muchos de los puntos fundamentales tanto de la teoría como de la técnica freudiana; retomando y reformularlo su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños. Y declarando en su primer libro, Yo, hambre y agresión, su salida del psicoanálisis y su entrada en la terapia gestáltica, al considerar la necesidad de enfocar y trabajar la conducta que surge en el aquí y ahora (Castanedo Secadas, 2002).

#### **3.2.2 - La psicología de la Gestalt**

La relación de Perls con la psicología de la Gestalt se debe a su designación como asistente de Goldstein y por su casamiento con Posner, graduada en psicología de la gestalt (Kriz, 2001). Es mediante su futura mujer, que entra en contacto con la escuela de psicología de la gestalt de Frankfurt, especialmente con Kohler, Wertheimer y Lewin, los cuales se encontraban estudiando las leyes de la percepción humana; más tarde se orientaron al estudio de la personalidad, el aprendizaje y los grupos.

Según Perls (1976) la premisa básica de la psicología de la gestalt es que la naturaleza humana se organiza en formas o totalidades, pudiendo ser comprendida únicamente en función de las totalidades de las cuales se compone.

8

De la psicología de la percepción tomó Perls algunos conceptos, como son figura-fondo, campo, gestalt incompleta (Peñarrubia, 1998, Polster & Polster, 2005; Vázquez Olcese, 2003).

#### **3.2.3 - La filosofía existencialista**

La filosofía existencialista está representada por autores como Buber, Heidegger, Husserl y Kierkegaard. Estos filósofos se caracterizan por buscar al hombre real en su existencia genuina, más allá de valores absolutos, normas establecidas y roles. La esencia del hombre, no es sino aquello en lo que se convierte cada vez en virtud de su obrar (Kriz, 2001, Peñarrubia, 1998). Con el Existencialismo se recupera la importancia del ser humano, rescatando el potencial inherente al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad. (Universidad Gestalt de America, 2002).

Peñarrubia (1998) afirma que las referencias a los autores existencialistas parecen haber entrado en la gestalt de la mano de Laura Perls. Todos estos principios resultan afines a la terapia gestalt y el mismo Perls incluía a la gestalt entre las terapias existenciales.

Rasgos existenciales de la terapia Gestalt son el concebir la relación terapéutica como una relación dialogal Yo-Tú, la idea del hombre en relación, el énfasis en el aquí y ahora y la responsabilidad del individuo por sus actos, emociones y experiencia (De Casso, 2003; Schoch de Neuforn, 2000).

#### 3.2.4 - La fenomenología

El principal exponente es la filosofía de Husserl, cuya preocupación era descentrar la conciencia y poder ver las cosas tal cual son. (Kriz, 2001; Zumalabe Makirriain, 1996)

Las raíces fenomenológicas, están presente ya en la escuela de la psicología de la gestalt, haciéndose más evidente en Perls con su insistencia en el desarrollo de la conciencia de lo obvio (*awareness*, darse cuenta) sin interpretaciones, como vía de captación de la realidad, y debido a su alejamiento de todo interés por el inconsciente. (De Casso, 2003). Según Zinker (2003) la gestalt se parece a la fenomenología en el

9  
respeto por la experiencia interna del individuo, ya que en la tarea terapéutica prevalece en la perspectiva del propio cliente.

Esta teoría toma de la fenomenología su apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia (Vásquez Olcese, 2003; Yontef, 2002).

De Casso (2003), Peñarrubia (1998) y Tárrega (2008) opinan que además de estos cuatro fundamentos históricos, otras influencias en Perls y para la T.G. fueron:

#### 3.2.5 – Holismo

Para Perls (1976) uno de los hechos más notorios del hombre es que este es un organismo unificado, y desde que surgió la medicina psicosomática reconoce la estrecha relación entre actividad mental y física. Este fundamento fue tomado de Smut, durante la estancia de Perls en Sudáfrica, a raíz de la amistad trabada entre ambos (De Casso, 2003; Tárrega, 2008).

La esencia de la concepción holística de la realidad consiste en que la naturaleza es un todo unificado y coherente. Cada elemento, es en sí un proceso integral coordinado, incrustado en el todo mayor. Una comprensión holística del hombre, incluye el funcionamiento de su cuerpo físico, emociones, pensamientos, cultura y expresiones sociales (Latner, 1996).

La idea de la totalidad de la persona, es un tema muy importante en gestalt. El foco está puesto en acompañar al consultante en la recuperación de aspectos escindidos de sí mismo y habilidades perdidas para poder resolver situaciones que inciden en su presente (Sas de Guiter, 2005).

#### 3.2.6 - Budismo Zen y Taoísmo

Perls tomó elementos tanto del Budismo Zen como del Tao. Del Taoísmo, se interesó por la unidad de los opuestos (Ying y Yang), evidenciado en su trabajo para la integración de polaridades. Y de su estancia en un monasterio Zen, reconfirma su posición de continuar trabajando con la atención centrada en el presente y el valor del vacío (De Casso, 2003). Estas influencias se intensificaron durante su estadía en Esalem, donde tuvo contacto con Watts, conocido filósofo y teólogo de religiones orientales comparadas (Sinay & Blasberg, 2006).

10

Todas las técnicas Zen y gestálticas sirven para evocar la comprensión de uno mismo y del mundo como el proceso del aquí y ahora (Stevens, 1987).

#### 3.2.7 – Psicodrama

Polster y Polster (2005) reconocen el impacto de Moreno en la T.G., al enseñar implícitamente, que se tienen más oportunidades de hacer un descubrimiento participando en una experiencia que limitándose a hablar sobre el asunto. Atestiguando

de esta forma la fuerza de la experiencia directa.

Tanto la terapia gestalt como el psicodrama comparten la base filosófica humanista – fenomenológica, la actitud terapéutica del aquí y ahora, la importancia de la movilización corporal, la espontaneidad, creatividad y la exploración de las emociones no expresadas a través de la actualización de una escena pendiente (Peñarrubia, 1998).

La diferencia mayor de la producción gestáltica y psicodramática, es que la primera frecuentemente prefiere que el drama surja y se despliegue por improvisación individual, en lugar de partir de un tema dado o proponer personajes ficticios (Polster & Polster, 2005).

#### 3.2.8 - Salomón Friedlander

Finalmente, pero no menos importante, fue la influencia en Perls, de las ideas del filósofo Friedlander, de *pensamiento diferencial*, el cual tiene en cuenta los opuestos desde una posición de neutralidad para tener una comprensión más profunda del suceso. Y el concepto de *indiferencia creativa*, que permite establecer un punto cero receptivo a todas las posibilidades y favorece la posibilidad de síntesis (De Casso, 2003; Peñarrubia, 1998, Tárrega, 2008).

11

### 3.3 – Terapia gestáltica

Perls (1976) mismo propone que lo nuevo de este enfoque no son las piezas que forman la teoría, sino el modo en que son usadas y organizadas lo que le da a este enfoque su singularidad.

Sas de Guiter (1982) afirma que el enfoque gestáltico, no es meramente ecléctico, sino el resultado del estudio crítico de las teorías precedentes. Estando su teoría y práctica en constante renovación, enriqueciendo su visión del ser humano. Al buscar Perls un nombre para su teoría, prefirió terapia gestáltica antes que psicoterapia de la existencia para diferenciarse de las corrientes nihilistas del existencialismo, especialmente Camus y Sartre (Kriz, 2001). Así se publica en 1951 *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*, con Perls, Hefferline y Goodman como sus autores. Sentando en este libro las bases teóricas de la que se llamará, de ahora en adelante, T.G. (Tárrega, 2008).

Según Perls (2007) el objetivo de la T.G. es volver a lograr el sentimiento de *uno mismo*, con el fin de despertar a una vida más completa, facilitar el equilibrio orgánico, reestablecer las funciones óptimas, desarrollar la personalidad y tratar de conseguir el equilibrio. El objetivo es que los pacientes se den cuenta de lo que están haciendo, cómo lo están haciendo, cómo puede cambiar, y al mismo tiempo que aprendan a aceptarse y valorarse a sí mismos.

Naranjo (1989) expone una suerte de mandatos morales implícitos en la terapia Gestáltica. Los mismos son:

- 1.-Vive ahora: preocúpate del presente más que del pasado o del futuro.
- 2.-Vive aquí: relaciónate más con lo presente que con lo ausente.
- 3.-Deja de imaginar: experimenta lo real
- 4.-Abandona los pensamientos innecesarios; más bien siente y observa.
- 5.-Prefiere expresar antes que manipular, explicar, justificar o juzgar.
- 6.-Entrégate al desagrado y al dolor tal como al placer; no restrinjas tu percartarte.
- 7.-No aceptes ningún otro debería o tendría más que el tuyo propio: no adores a ningún ídolo.
- 8.-Responsabilízate plenamente de tus acciones, sentimientos y pensamientos.

9.-Acepta ser como eres.

12

3.3.1 - Conceptos más importantes de la terapia gestáltica

3.3.1.1 - *Figura-fondo*:

El concepto de figura-fondo fue descrito por los psicólogos gestálticos, Kohler, Koffka y Wertheimer, los cuales descubrieron que al experimentar un medio visual, se elige un centro particular de interés que se destaca, respecto de un fondo difuso. Lo que se destaca es llamado figura y el resto es el fondo. A los terapeutas gestálticos la figura-fondo

les interesa en relación con todas las funciones del organismo (Latner, 1996; Zinker, 2003). Un cuidadoso estudio fenomenológico del proceso de formación de significado figura - fondo de una persona, permite comprender la organización de su personalidad (Yontef, 2002).

Dice Perls (2002) que la necesidad dominante del organismo, se convierte en la figura en primer plano y las demás necesidades retroceden temporalmente, al fondo. Ya que la necesidad en primer plano presiona más fuertemente para su satisfacción. Satisfecha la necesidad, la gestalt se cierra y la figura retrocede al fondo, del cual emerge una nueva figura (Baranchuk, 1996). Por lo cual la relación figura-fondo es la diferenciación de una parte del ambiente en un lugar de centralidad, sin perder contacto con el resto del medio (Latner, 1996).

3.3.1.2 - *Autorregulación orgánica*

El concepto de *autorregulación orgánica* de Kurt Goldstein, afirma que todo organismo tiende a realizar sus posibilidades al máximo, según sus necesidades, con el fin de atender a la necesidad más urgente, según una jerarquía llamada *dominancia* (Tárrega, 2008).

Según Perls (1976) toda la vida y todo comportamiento son gobernados por el proceso de homeostasis, mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio y su salud, en condiciones que varían, mediante la satisfacción de necesidades con el ambiente. Este proceso es llamado en T.G. autorregulación orgánica. Cuando el proceso homeostático falla o el organismo permanece en un estado de desequilibrio durante demasiado tiempo y es incapaz de satisfacer sus necesidades, enferma; y cuando el proceso se corta, el organismo muere.

13

El principio de autorregulación orgánica no implica ni asegura que el organismo satisfaga sus necesidades, sino que hará todo lo posible para regularse, de acuerdo a sus capacidades y los recursos del ambiente (Latner, 1996).

3.3.1.3 - *Ciclo de la experiencia o de contacto retirada*

Según Zinker (2003) en toda persona opera un ciclo psico-fisiológico, relacionado con la satisfacción de necesidades, denominado ciclo de la experiencia. Este ciclo es el núcleo básico de la vida humana, dado que ésta no es más que la sucesión interminable de períodos.

El ciclo de la experiencia pretende reproducir cómo los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismos. Explica también el proceso de formación figura/fondo: cómo surgen las figuras de entre el fondo difuso, y cómo una vez satisfecha la necesidad dicha figura vuelve a desaparecer. El funcionamiento sano requiere que la figura cambie según las necesidades (Yontef, 2002; Zinker, 2003).

**Ilustración 1: Rasgos generales del ciclo de la experiencia (Zinker, 2003).**

El ciclo de la experiencia se inicia cuando el organismo siente emerger en sí alguna sensación; dicha sensación se vuelve conciente para la persona y se identifica algún elemento para satisfacer la necesidad, convirtiéndose dicho elemento en figura

(destacándose sobre los demás que forman el fondo). Luego el sujeto moviliza sus energías para alcanzar el objeto deseado hasta que entra en contacto con él, satisface la necesidad y vuelve a entrar en reposo (Zinker, 2003).

Algunas patologías se explican a partir de las interrupciones o déficits en alguna de los períodos de este ciclo. Polster y Polster (2005) llaman resistencia a cualquier obstáculo intrapersonal que forme una barrera pertinaz y ajena a la conducta natural del

14

sujeto. Sin embargo dicha barrera también es una fuerza creativa de la persona para manejar un mundo difícil. Estos autores nombran varias interrupciones o mecanismos de defensa como son, introyección, proyección, retroflexión, deflexión y confluencia. También se encuentran el egotismo y la proflexión.

#### 3.3.1.4 - *El darse cuenta*

Según Sinay y Blasberg (2006), el darse cuenta puede definirse como la toma de conciencia (atención integral) sobre lo que le pasa a la persona (sensaciones físicas, emociones, imaginación) y de lo que pasa en el medio ambiente en el que se encuentra integrado, en el momento presente. Para estos autores el darse cuenta parte de cuatro preguntas fundamentales:

¿Qué está haciendo la persona?

¿Qué se siente ahora?

¿Qué trata de evitar en este momento?

¿Qué espera el paciente del terapeuta?

Darse cuenta es entrar en contacto, natural, espontáneo, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe. Es un concepto semejante al de insight, aunque es más amplio; una especie de cadena organizada de insights. (Vásquez Olcese, 2003). Para Yontef (2002) el insight es el moldeamiento del campo perceptivo realizado de tal manera que las relaciones significativas quedan de manifiesto; es la formación de una gestalt en la cual los factores relevantes se ordenan con respecto al todo

El darse cuenta, o en inglés *awareness*, es siempre una experiencia subjetiva que incluye algo más que una comprensión intelectual acerca de algo interior. Es total, orgánico, compromete toda respuesta que podamos dar en todas las áreas de nuestras conductas posibles. El proceso de darse cuenta es siempre cabal, diferente del insight en cuanto incluye no sólo conductas psíquicas sino también físicas. (Baranchuk, 1996)

15

#### 3.3.1.5 *Responsabilidad*

De acuerdo a Latner (1996), estar consciente es ser responsable. En la T.G. está palabra se usa de dos maneras: primero, somos responsables si estamos conscientes de lo que nos está sucediendo. El otro significado consiste en aceptar y hacernos cargo de todos nuestros actos, impulsos y sentimientos, como un reconocimiento de nuestra existencia.

La responsabilidad es la habilidad o capacidad de encontrar respuesta a las propias necesidades y hacerse cargo de sí. La responsabilidad se centra en que hace la persona con lo que siente (Sinay & Blasberg, 2006).

#### 3.3.1.6 *Aquí y Ahora*

Este concepto y el de Resonancia, que se desarrollará más adelante son especialmente relevantes en este trabajo ya que forman parte de los objetivos planteados, por lo que serán desarrollados con especial profundidad.

Fritz y Laura Perls, atribuyen la primera utilización de la expresión aquí y ahora a Otto Rank (Vásquez, 2000). Horney (2003), una de las primeras terapeutas de Perls, opina que las asociaciones de los pacientes se deben usar para explorar las causas inmediatas de sus actitudes y la función que representa en el presente, en lugar de

rastrear su origen infantil, alejándose del pensamiento freudiano ortodoxo a favor del aquí y ahora. Finalmente Perls (2007) declara su salida del psicoanálisis y comienza la creación de lo que sería la terapia gestáltica, considerando la necesidad de enfocar y trabajar en la conducta que surge en el aquí y ahora.

Polster y Polster (2005) consideran que Freud hacía centrar la atención de sus pacientes en el significado de sus acontecimientos, desatendiendo la cualidad de la experiencia inmediata. En gestalt se prefiere introducir al paciente en su propia experiencia, confiando en que cuando tenga un sentido claro de lo que le ocurre, su propio sentido de la dirección lo guiará.

La T.G. al enfatizar el continuo de la conciencia de uno mismo y del mundo, se convierte en una forma de vida y de sentir. Y partiendo de la experiencia propia, intenta integrar la personalidad fragmentada o dividida. Para ello se sirve de un enfoque no interpretativo que tiene lugar en el aquí y ahora (Perls, 2002).

16

La revolución de la T.G. fue parte clave de un movimiento donde el aquí y ahora momentáneo era el punto focal para el trabajo del darse cuenta, el contacto y la creación de nuevas soluciones. Esto significa que el proceso de darse cuenta ocurre siempre en el aquí y ahora, aunque los objetos del darse cuenta estén en el pasado en el futuro (Polster & Polster, 2005; Yontef, 2002). A pesar que el paciente haga referencias a experiencias pasadas o un miedos futuros, el material es traído en el presente, ya que sólo en el aquí y ahora es posible lograr el crecimiento y la maduración (Peñarrubia, 1998)

Perls (2002) opina que la terapia puede llevarse a cabo únicamente en el ahora. Cualquier otro método constituye una interferencia. Únicamente en el presente puede el paciente, tomar contacto con sus emociones bloqueadas, expresarlas y lograr la integración. La terapia gestáltica, trata de hacer entender al paciente, la palabra ahora, el presente, el darse cuenta y ver que ocurre en el momento, ya que sólo se puede trabajar en el presente (Perls, 1976). Al tratarse de una terapia vivencial y experiencial, se pide al paciente que reviva y vivencie sus problemas y traumas (asuntos inconclusos) en el aquí y ahora. Si el paciente cierra alguna vez el libro del pasado, lo hará en el presente ya que es aquí donde encuentran las necesidades y los medios para satisfacerlas tan plenamente como la situación actual lo permita (Perls 2007).

En lugar de por qué sucedió una cosa, se pregunta cómo sucedió, en qué contexto, con qué efecto. Es una actividad centrada en el presente, que evita la historia a favor del aquí y ahora, poniendo énfasis en los fenómenos, la observación y la experiencia (Latner, 1996)

Diversos autores gestálticos, (Baranchuck, 1996; Huguet Gaspar, 2005; Polster & Polster, 2005) afirman que el ahora abarca todo lo que existe. La realidad siempre existe en tiempo presente, no pudiendo vivir el ayer o el mañana. El ahora incluye el aquí, el vivenciar, los fenómenos, el darse cuenta y el contacto. Esto coincide con lo expuesto por Perls (2007), al definir la conciencia como un acontecimiento que ocurre en el momento presente, resaltando que las reflexiones y recuerdos tienen lugar ahora. Según Yontef (2002) el ahora es un concepto funcional que se refiere a lo que el organismo está haciendo. Dicho énfasis en la inmediatez, produjo a una explicación del proceso de cambio diferente al de la mayoría de los otros modelos psicoterapéuticos, que consideran que este ocurre en función de un creciente conocimiento, insight o darse cuenta. En cambio para una terapia fenomenológica, el ahora comienza con el darse cuenta actual del paciente. El darse cuenta y las vivencias ocurren ahora.

17

Desde el punto de vista espacial, la experiencia y la realidad se dan aquí donde uno está. El alcance del aquí esta limitado al espacio que se ocupa y al alcance de los

sentidos. Si se está claramente en contacto con algo que hay en el espacio, la distancia entre sujeto y objeto se acorta en el plano de la experiencia. Este punto dinámico en que por medio de la sensación se relaciona con el objeto, es el límite de contacto (Zinker, 2003)

Schnacke (2003) asegura que cuando la relación se produce en el aquí y ahora, el psicólogo sabe que su única tarea es facilitar al consultante que se de cuenta de que le pasa en el presente. Es por eso, que se lo invita a expresarse y comunicarse en tiempo presente, ya que por medio de la recreación vivencial, es posible cerrar situaciones inconclusas y necesidades insatisfechas en el ayer, mediante el darse cuenta y la motricidad, teniendo el lenguaje verbal una importancia relativa (Baranchuck, 1996; Ginger & Ginger, 1993). Es por eso que para hacer revivir una situación y traerla nuevamente al presente, para captar lo que acontece en el momento, se requieren recursos dramáticos, plásticos y de movimiento (Sas de Guiter, 1982)

El peso de la experiencia gestáltica gravita hacia la simple presencia. La experiencia terapéutica es un ejercicio de vida sin trabas en el presente. Sólo en el presente puede funcionar el sistema sensorio-motor, y sólo desde esta función se puede vivenciar la experiencia presente. Entonces, aquello enterrado en el pasado renace debido a que la experiencia está ligada inextricablemente a la primacía del presente. (Polster & Polster, 2005).

Según Zinker (2003) la T.G. no postula que se viva para el momento, sino que se viva en el momento; es decir no que se atiendan las necesidades inmediatamente sino que la persona sea actual consigo mismo y con el ambiente. La importancia en gestalt del aquí y ahora, radica en que es usado con otros principios gestálticos como la formación de la figura, el darse cuenta, la toma de contacto y las fases del ciclo de la experiencia.

### **3.3.1.7 Resonancia**

Como se ha enunciado anteriormente, este concepto, será especialmente desarrollado en este trabajo.

De acuerdo con Perls (1976) el terapeuta funciona como un espejo ampliador, ayudando al paciente en el descubrimiento de si mismo. El terapeuta no puede hacer

18

descubrimientos para el paciente, sólo puede facilitar el proceso. Lo específicamente gestáltico es el uso de la propia vivencia del terapeuta en sus intervenciones.

Según Polster y Polster (2005) el terapeuta parte de sus propios sentimientos y utiliza su propio estado anímico como instrumento terapéutico, para ello debe sintonizarse con la persona con quien está en contacto, convirtiéndose en una caja de resonancia, para lo que ocurre entre el paciente y él. Es mediante la resonancia que recibe y hace reverberar todo el acontecer de esta interacción y la amplía hasta incorporarla a la dinámica de la terapia. El terapeuta no espeja el dialogo sino que procede seleccionando solo aquellos contenidos afectivos y vivenciales con los que resuena a partir de lo enunciado por este y que pueda ser útil como diagnostico o para un mejor entendimiento de lo que pasa la persona (Cornejo, 1997; Kriz, 2001).

Autores como Peñarrubia (1998) Polster y Polster (2005), Yontef (2002), Zinker (2003), señalan a la utilización del terapeuta como su propia y mejor herramienta, como uno de los principios que definen a la terapia gestáltica. Utilizando la resonancia al servicio de una mejor comprensión y escucha de lo que le ocurre al paciente, pudiendo obtener así información relevante para realizar una intervención.

La resonancia cumple un papel indispensable en la habilidad del terapeuta para entender las experiencias dinámicas del cliente. Su experiencia, como vive la relación con el cliente es uno de los pilares en los que se van a fundamentar sus intervenciones,

teniendo una utilidad terapéutica. (Ramos, 1997).

La forma en que el terapeuta se ve afectado es importante por varias razones.

Cada una de las reacciones del terapeuta dice algo de él y del paciente, sintetizando muchos datos vitales de la experiencia terapéutica. Por lo tanto es vital que el terapeuta se de cuenta de sus propias reacciones para ser responsable de ellas. Además también es importante conocer las reacciones propias por su valor diagnóstico (Polster & Polster, 2005; Yontef, 2002). Por otra parte para Genzone (2005) es importante prestar atención a como se escuchó la primera parte del relato del paciente. En este escuchar se incluyen los sentimientos, el imaginario, los pensamientos, la historia y se lo trae al aquí y ahora con el paciente.

Peñarrubia (1998) afirma que cada una de las reacciones del terapeuta, dicen algo de él, del paciente y sintetizan datos vitales de la experiencia terapéutica. por lo tanto se pide al terapeuta gestáltico, el uso de sus propios sentimientos en resonancias afectivas, de forma activa en la terapia. Este autor concluye que el uso del presente

19

como técnica, enfatizando lo real, junto con el uso del si mismo, como herramienta terapéutica, hacen que la TG se centre en lo que fluye o se evita.

Perls (1976) declara que un terapeuta gestáltico no usa técnicas; se aplica a sí mismo en y a una situación en la que cualquier habilidad profesional y experiencia de la vida han sido acumuladas e integradas. Anteriormente a lo expresado por Perls, Horney (2003) asegura que en este contexto se trabaja fundamentalmente con la intuición, la percepción y la evaluación de la realidad objetiva; reflejando la suma total de las experiencias pasadas, intelectuales y emocionales del analista. Por lo tanto cuando más cercano esté el terapeuta de la totalidad de su experiencia, mayor será su disposición para comprender al cliente.

En T.G., al contrario que en psicoanálisis, se aprende deliberadamente a utilizar las reacciones contra-transferenciales, como herramienta terapéutica. Logrando así un permanente darse cuenta de su propio sentimiento emocional y corporal en eco con lo traído por el paciente (Ginger & Ginger, 1993). Al registrar su propia respuesta emocional frente al paciente, el terapeuta puede elaborar hipótesis diagnósticas y mostrar su propia experiencia, comunicando lo que sucede. Posibilitando así la vivencia y re-posición frente a un hecho real (Nadal, 2003).

Peñarrubia (1998) declara que es utópico definir el grado óptimo de implicación de un terapeuta, y cada uno deberá mostrar su punto humano y su desarrollo interno en que se encuentra de manera fluida y sin exigirse ninguna perfección.

A tal punto puede llegar la involucración del profesional, que Ginger y Ginger (1993) se preguntan si hay que estar enfermo para convertirse en terapeuta gestáltico. Y Borja, (2004) considera que la patología del terapeuta, asumida y transformada, es la que se convierte en lo mas brillante y útil de uno mismo como profesional.

El terapeuta comparte su perspectiva y su propio proceso vivencial en el encuentro con el paciente, permitiéndole aprender a confiar y a utilizar la experiencia inmediata para generar el darse cuenta. Para que eso sea posible, es necesario que el terapeuta primero elimine todo tipo de prejuicio y luego haga conciente aquello que le está pasando, para así convertir la resonancia en un recurso vivo. (Molteni, s.f.). Y Kriz (2001) considera esencial para la formación del terapeuta, que haya alcanzado una amplia experiencia de si mismo y que pasado por una terapia propia para elaborar sus problemas, defensas, prejuicios, defensas, etc., ya que de otra manera impedirían el libre encuentro. En concordancia con lo expuesto anteriormente por Kriz, Cornejo (1997)

20

considera que además de la propia terapia, es importante la supervisión, ya que nos hará

ver que puede ser parte nuestra proyectada y que no.

### 3.4 - Proceso Terapéutico en la terapia gestáltica

En esta sección del trabajo se desarrollarán los principales elementos del proceso terapéutico en la terapia gestáltica. Con respecto a la entrevista inicial o de admisión, parte fundamental proceso terapéutico; dado el especial interés en este trabajo será desarrollado en una sección independiente.

El proceso terapéutico gestáltico, se ha nutrido especialmente de la terapia humanista fenomenológica existencial. Una parte del nuevo desarrollo de la terapia ha sido la idea de Buber (1984) de sanar por medio del encuentro, y esta sanación ocurre a través del compromiso que se da de persona-a-persona.

Para Yontef (2002), al hacer terapia en un marco fenomenológico, se presta cuidadosa atención a la experiencia actual del paciente, a la del terapeuta y al proceso. Se da especial importancia a lo que ocurre entre terapeuta y paciente desde la perspectiva del paciente. Por lo tanto la T.G. es una terapia del aquí y ahora, en la cual se le pide al paciente que dirija toda su atención a lo que está haciendo en el presente, durante el curso de la sesión (Perls, 1976).

Salama (1999) define al proceso terapéutico como un intercambio comunicacional de lo expresado verbal y no verbalmente, entre una persona con un asunto pendiente o problema, llamado consultante y otro, experto en técnicas vivenciales, llamado terapeuta, durante un tiempo específico en el que el segundo acompaña al primero con interés, paciencia y afecto, siguiendo una metodología y técnicas adecuadas, con el objeto que el consultante aumente su darse cuenta y disminuya sus falsas creencias, causantes de su neurosis.

De acuerdo con Zinker (2003), la T.G. es el proceso de cambiar la toma de conciencia y la conducta del paciente; el terapeuta es parte del proceso constante formado por la relación con su paciente, creando para este, un espacio de exploración activa.

Para que el proceso terapéutico ocurra, Salama (1999) considera que se requieren de diversos elementos como:

21

- Aceptación por parte del consultante de que algo anda mal en él y desea cambiarlo, puede ser en el nivel de ideas, emociones o actitudes.

- Necesidad de que un experto le facilite el cambio hacia el bienestar

- Aceptación del encuentro inicial con el experto y que haya confianza por parte de ambos

- Contacto, respeto y disponibilidad para efectuar ejercicios vivenciales

- Aceptación de los valores gestálticos básicos, que son la honestidad, el amor, el respeto y la responsabilidad, por parte de ambos

- Compromiso por parte de ambos hacia la relación y el proceso

#### 3.4.1 - Enfermedad – Salud en terapia gestalt

Perls (1976) considera que la T.G. es demasiado eficaz para reservarla sólo a los enfermos. Con lo cual terapia y enfermedad no están forzosamente ligadas, sino que la primera es considerada también una herramienta de desarrollo personal.

En gestalt, se considera a la salud como el estado en el cual el organismo está en equilibrio tanto internamente y como con el medio en el que actúa. Este equilibrio es el proceso de *homeostasis* (Sinay & Blasberg, 2006). Según Perls (1976) el proceso homeostático es aquel mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio, y por lo tanto su salud, en un medio en el que las condiciones varían.

De acuerdo con Latner (1996), las categorías de trastornos mentales tienen muchos usos clínicos y sociales que son perjudiciales para el éxito del tratamiento, es

por eso que en la terapia gestáltica, no se usa estas clasificaciones, ya que son opuestas al enfoque. La anormalidad, más bien consiste, en interrumpir el proceso de contacto y retirada, dejando gestalts abiertas e incompletas. Por lo cual el terapeuta gestáltico se interesa particularmente por salvar los bloqueos del ciclo de contacto, ya que en estas interrupciones pueden estar relacionadas con la psicopatología o los mecanismos de defensa (Zinker, 2003)

La T.G. es llevada a cabo con una disposición de confianza en la capacidad del paciente para recuperar su autonomía. Sin esta confianza los recursos serán una colección de instrumentos sin sentido (Sas de Guiter, 1982).

22

#### 3.4.2 - Objetivo de la terapia gestáltica

El objetivo de la terapia es volver a lograr que los pacientes se den cuenta que están haciendo, como lo están haciendo y como pueden cambiar, con el fin de despertar a una vida más completa, facilitar el equilibrio orgánico, reestablecer las funciones óptimas, desarrollar la personalidad y tratar de conseguir el equilibrio, además de que el paciente aprenda a aceptarse y valorarse a sí mismo (Perls, 1976; 2007). Para lograr esto, se debe darle al paciente los medios para resolver sus problemas actuales y aquellos que puedan surgir. Esta herramienta es el autoapoyo. De acuerdo con Sinay y Blasberg, (2006), esta se define como capacidad que tiene el individuo de hacerse cargo de sí mismo, de satisfacer sus propias necesidades de darse cuenta de su figura en el aquí y ahora y de cerrar sus propias gestalts interrumpidas.

Si logra la persona logra darse cuenta plenamente en todo instante de sí mismo y de sus acciones en todos los niveles podrá ver como produce sus propias dificultades y podrá ayudarse a resolverlas en el presente en el aquí y ahora. Cada problema solucionado hace más fácil la resolución del próximo, ya que cada solución aumenta su autoapoyo (Perls, 1976)

Por otra parte, Salama (1999) opina que el objetivo de la terapia es modificar los patrones repetitivos y disfuncionales de conducta y buscar un cambio en el proceso de descubrir las partes escindidas de su Yo; para usarlas como sostén ante las dificultades cotidianas que se presentan y resolverlas. Desde la terapia gestáltica, la apertura al darse cuenta de sí y de su mundo, y la responsabilidad de sus actos, llevan a la sanación y a una mejor calidad de vida (Nadal, 1999).

#### 3.4.3 - Búsqueda e inicio del proceso

Existen mucha y diferentes razones para iniciar un proceso terapéutico y todas están conectadas a la imposibilidad de resolver un bloqueo presente o ya no responde de la misma manera satisfaciendo sus necesidades, por lo que hay que buscar un cambio.

La persona adulta que viene a terapia lo hace con un motivo determinado. Este motivo puede ser parecido o muy diferente de la verdadera razón que lo trae. En general el motivo de consulta tiene su historia, la cual puede venir acompañada de síntomas somáticos y de repercusiones familiares o de trastornos, tanto intra como interpersonales (Salama, 1999).

23

Watzlawick, Weakland y Fisch (1980) opinan que una psicoterapia es buscada en primer término no para esclarecer un pasado inmodificable sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro.

Perls (1976) considera que lo que el paciente trae al primer plano siempre está dictaminado por el impulso de sobrevivencia operante en ese momento.

La T.G. comienza con el primer contacto, donde los datos para la evaluación se obtienen vía el encuentro terapéutico (Yontef, 2002). La búsqueda y pedido de tratamiento implica una disposición activa y cierta conciencia de sentirse atrapado en

algún aspecto de su vida cotidiana o su relación consigo. Lo que cura es el proceso de integración intra-personal que se produce en el proceso terapéutico (Nadal, 1998).

#### 3.4.4 - Relación Terapéutica

El tipo de relación en la T.G. es diferente a otras corrientes, ya que nadie sabe más de sí mismo que el propio consultante; el terapeuta es un facilitador y acompañante en este proceso de crecimiento que favorecerá el auto-apoyo del consultante (Salama, 1999; Universidad Gestalt de América, 2002).

Martín Buber tuvo una gran influencia en Perls, ya que este último incorporó el concepto Yo-tú del primero a la T.G. (Kriz, 2001; Peñarrubia, 1998; Universidad Gestalt de América, 2002). Este concepto hace referencia a un tipo de interacción especial, una relación subjetiva en la que dos personas interactúan y co-existen mutuamente; el encuentro terapéutico, es abierto y recíproco entre ambas personas (Buber, 1984). La relación terapeuta-cliente, es definida esencialmente por la igualdad de valor de ambos y en su función por la asunción de roles diferenciados (De Casso, 2003).

Para Peñarrubia (1998) la naturaleza de la T.G. hace que se produzca un contacto, donde paciente y terapeuta se influyen entre sí como personas. Por su parte Yontef (2002) afirma que toda la realidad es relación y se crece gracias a lo que ocurre entre personas. El terapeuta gestáltico permite que el contacto ocurra para favorecer la terapia.

Sinay y Blasberg, (2006) sostiene que en la relación establecida, por el paciente y el terapeuta, en T.G existen tres niveles.

24

-El terapeuta en empatía con el paciente (en él).

-El terapeuta en congruencia consigo (en mí).

-Ambos en simpatía en una relación Yo-Tú (entre nosotros).

Para Rogers y Stevens (2003) la empatía es la capacidad de percibir el mundo interior del cliente, integrados por significados personales y privados, como si fuera el propio. sin perder nunca ese “como si”. y manteniendo su propia identidad. El terapeuta se empeña en comprender al cliente en su vivencia (pensamientos, emociones y conductas), viendo el mundo de la persona con sus ojos con su marco de referencia, percibiéndolo desde “adentro” tal como los ve el cliente y logrando comunicarle parte de esa comprensión (Kriz, 2001; Rogers & Stevens, 2003).

Se llama congruencia a la accesibilidad de los sentimientos experimentados por el terapeuta y a su conciencia, siendo capaz de vivirlos, de identificarse con ellos y de comunicarlos de ser oportuno. Cuanto mas capaz sea el terapeuta de escuchar sin rechazo lo que ocurre dentro de sí mismo, y mas capaz sea de vivir sin temor a la complejidad de sus sentimientos, tanto mayor será su congruencia (Rogers & Stevens, 2003).

La simpatía es un modo de relación, cuyo curso y desenlace son reveladores y terapéuticos para sus miembros. La relación simpática es el encuentro de dos dinámicas. Donde cada miembro “vibra” dentro de su propio registro, buscando lo necesario para alcanzar su propia meta (Ambrosini, s.f.). Desde esta terapia, se fomenta la simpatía. Entendiéndose como la presencia del terapeuta en una relación actual Yo-Tú, con su paciente. Donde el darse cuenta de este ultimo, está en interrelación con el medio (Ginger & Ginger, 1993).

### **3.5 Entrevista de Admisión y derivación**

En la sección anterior se desarrollaron los principales elementos del proceso terapéutico gestáltico, sin incluir la entrevista de admisión, la cual será desarrollada aquí dado su especial interés en este trabajo. Es debido a la escasa bibliografía gestáltica

sobre este tema, que se han utilizado autores que si bien tienen distintos enfoques, todos han escrito sobre la entrevista en psicología, sus partes y su proceso.

25

### 3.5.1 La entrevista en psicología

Diferentes autores (Acuña, 2001; Albajari, 1996; Bleger, 1999; Díaz Benito, 2007; Rolla, 1981; Salama, 1999; Torres Millayes, 2007; Ulloa, 1963) han analizado el proceso de entrevista, por lo cual existen diversas formas de conceptualizarla y abordarlas.

La entrevista es un instrumento fundamental del método clínico, es una relación entre dos o más personas en la que intervienen como paciente-terapeuta, este último trata de saber que le está pasando al primero, según su conocimiento. En este encuentro abierto, el entrevistador tiene libertad para formular las preguntas más pertinentes al motivo de consulta y el objetivo de la entrevista; revelando y relevando de la forma más profunda y completa posible datos sobre comportamiento y personalidad total del paciente. (Albajari, 1996; Bleger, 1999; Rolla, 1981).

Dos conceptos importantes, a tener en cuenta para el análisis de la entrevista, son encuadre y formato.

El encuadre, es el marco teórico o corriente de psicología en la que se apoya la práctica (Napolitano, s.f.). Este permite transformar ciertas variables en constantes, estabilizando la situación. Los factores del encuadre son tiempo, lugar, honorarios, objetivos y el rol del profesional. Estos ofrecen un marco de referencia desde el cual el profesional puede entender al entrevistado (Albajari, 1996).

El formato es la práctica en que se va a llevar a cabo el encuadre terapéutico. El formato puede ser individual grupal, de pareja o de familia. El formato individual, tiene su origen en el modelo médico y con una concepción tradicional de la enfermedad. Sus potencialidades son el aumento de la autoconciencia, la intensa relación transferencial, el aumento la atención en periodos de crisis, y brindar un ambiente de privacidad (Napolitano, s.f.).

De acuerdo a lo declarado por Trujillo (2002), el tratamiento individual es el tipo de terapia más frecuente. Este consiste en una relación interpersonal entre un terapeuta, entrenado en el manejo de problemas psicológicos y un paciente, que pide ayuda por algún problema emocional, conductual o interpersonal; y para lo cual ha ingresado en una relación terapéutica.

26

### 3.5.2 Entrevistas Abiertas y Cerradas

Las entrevistas se dividen en dos formas esenciales: abierta y cerrada (Acuña, 2001; Albajari, 1996). La entrevista abierta tiene la característica de tener una amplia libertad para el entrevistado y el entrevistador. El entrevistador se permite la flexibilidad necesaria según lo requiera cada caso, permitiendo una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado; quien por su parte elige el orden de presentación de los problemas por los que consulta y extenderse en la medida que lo desea en su discurso (Bleger, 1999). El uso de preguntas y comentarios abiertos le da la oportunidad al consultante de presentarse a sí mismo y/o proyectar, a su forma y ritmo, su individualidad (Salama, 1999).

La entrevista cerrada permite una mejor comparación de datos, al tener un método estandarizado. Se trata de preguntas preelaboradas para responder una serie de respuestas precisas (Acuña, 2001; Bleger, 1999)

Existe también una modalidad mixta de entrevista, esta es la semi-dirigida, la cual alterna secuencias no directivas que permiten que el entrevistado se exprese libremente, y secuencias directivas para establecer algunos puntos. Este tipo de técnica

se utiliza en la entrevista inicial de todo proceso psicodiagnóstico debido a la facilidad para obtener datos (Albajari, 1996).

### 3.5.3 Entrevistas según su objetivo y ámbito

Albajari (1996), realiza la siguiente tipificación de entrevistas; Según su objetivo se dividen en entrevista de investigación y entrevista clínica. Esta última se puede subdividir en entrevista de diagnóstico o de admisión, entrevista terapéutica y entrevista de consejo u orientación. Otra clasificación realizada por la autora es según el ámbito en que se aplique la misma, pudiendo ser laboral, forense o clínica

## **3.6 La entrevista clínica de admisión**

La entrevista inicial en un proceso de admisión se caracteriza por ser semidirigida, esto significa que el campo compuesto por entrevistador y entrevistado se establecerá según las variables y parámetros señalados por este último. Algunos datos a explorar durante la misma son: Filiación, edad, estudios, ocupación, familia nuclear

27

actual y de origen, pareja, amistades, situaciones traumáticas, enfermedades y operaciones. Además se evaluarán los siguientes aspectos y procesos: apariencia y comportamiento, actitud frente al entrevistador, actividad psicomotriz, estado anímico, pensamiento y lenguaje, atención y memoria, tipo y nivel de inteligencia, juicio de realidad y capacidad de insight (Albajari, 1996).

La entrevista de admisión al ser una situación de campo atravesada por múltiples factores intervinientes, varía según se realice en un consultorio privado, en una institución o en el domicilio del entrevistado. En una institución el experto se encuentra respaldado por la institución donde trabaja, y la transferencia del paciente puede estar más orientada a la institución que al entrevistador (Rolla, 1981).

Esta entrevista suele ser la vía de entrada ante la consulta de una persona en búsqueda de tratamiento, en una institución pública o privada, para lo cual se busca una aproximación diagnóstica en función de la futura derivación ya sea interna o externa en caso que no se adecue a la situación del paciente (Acuña, 2001; Díaz Benito, 2007, Torres Millayes, 2007).

Por lo general las admisiones llevan por parte del consultante un pedido de ayuda, un reconocimiento de no poder solo y un llamado al otro. De este pedido se puede inferir que hubo un desajuste en su capacidad de organización y adaptación (Díaz Benito, 2007; Rolla, 1981). Por lo cual, la entrevista de admisión funciona como un encuentro entre el consultante y el profesional, con el fin de acordar el camino más apropiado a seguir para mejorar la situación por la que consulta (Rolla, 1981; Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.).

La T.G. ha aportado la comprensión de la entrevista como un todo en el cual el entrevistador es uno de sus integrantes, y considera el comportamiento de éste como uno de los elementos de la totalidad (Bleger, 1999).

### 3.6.1 Objetivo de la entrevista de admisión

El objetivo de la entrevista es obtener información del consultante con el fin de obtener una visión general de la persona. Cuales son sus problemas, su personalidad y su situación actual (Albajari, 1996; Torres Millayes, 2007; Universidad Nacional Autónoma de México, 2001). Para ello la entrevista se desarrolla predominantemente por el tipo de personalidad del entrevistado, es él quien la dirige, establece y configura la relación interpersonal con el entrevistador. Mientras que el admisor controla este

28

proceso, debiendo ser lo suficientemente abierto para que se despliegue la personalidad del entrevistado y considerando toda reacción contra-transferencial como un dato de la entrevista (Bleger, 1999; Rolla, 1981). El interés del entrevistador se centra en las

emociones, sentimientos, actitudes y conductas, así como la figura que surja y los bloqueos del ciclo de la experiencia (Salama, 1999).

Otra función de la entrevista de admisión consiste en informar al paciente acerca de los procedimientos, horarios y políticas de la institución y sus profesionales (Universidad Nacional Autónoma de México, 2001).

### 3.6.2 Etapas de la entrevista de admisión

Rolla (1981) distingue dos periodos en este proceso.

El primero, al que denomina *periodo de instrucciones*, comienza con el acercamiento o llamado telefónico para ser pedir admisión y acaba durante la entrevista inicial. La forma en que se produce este contacto puede brindar datos para una posterior formulación de hipótesis. Y aquí se dan indicaciones explícitas al entrevistador con referencia a la entrevista

El segundo periodo, al que se refiere este autor es el *proceso de la dinámica*.

Aquí incluye movimientos transferenciales y contra-transferenciales y la concordancia entre lenguaje verbal y lenguaje no verbal.

Por otra parte, Ulloa (1963), considera que la entrevista abarca cinco momentos diferentes y particulares. Estos son:

Pre-entrevista: se inicia con el pedido de consulta; se evalúan los datos obtenidos de la persona antes de contactarse con el entrevistador, si existió o no derivación y de que tipo fue, quien realiza el pedido la calidad del pedido y datos provenientes de la impresión del profesional.

Apertura: es el momento en que se produce el encuentro entre ambas personas, con lo cual puede generar ansiedad. Se busca en esta etapa establecer una relación con el paciente y captar los mensajes provenientes de la comunicación no verbal.

Acontecer propiamente dicho: Este es el transcurrir propiamente dicho de la entrevista en el cual se obtiene el “material” de trabajo. Durante este momento, se deben ajustar las motivaciones y fin de la entrevista a los objetivos específicos de la misma.

29

Cierre: se realiza cuando se ha logrado el objetivo propuesto y se tiene suficiente información sobre el consultante como para establecer una primera hipótesis muy general de la clase de tratamiento necesitado. Se puede también analizar la motivación y fantasías que aparecen en el entrevistado con respecto al proceso terapéutico.

Post-entrevista: es el momento en que se elabora el material obtenido durante la entrevista, tomando en cuenta tanto el registro escrito como la impresión emocional de la experiencia con el entrevistado

### 3.6.3 Dinámica de la entrevista

Si bien la entrevista es un proceso dinámico Albajari (1996) declara que es necesaria cierta sistematización de elementos a tener en cuenta para la construcción de hipótesis y para el estudio de la misma.

En la entrevista fenomenológica, como se usa en gestalt, los contenidos de la entrevista son del presente aquí y ahora de la experiencia interpersonal. El cliente no es considerado un enfermo; sólo desconoce la forma en que su peculiar manera de percibir la realidad afecta a sus conductas específicas. Los temas que se tratan en este tipo de entrevista son la forma en que el paciente experimenta emocional y conceptualmente su vida cotidiana (Universidad Nacional Autónoma de México, 2001)

Algunos elementos a desarrollar son: la transferencia, la contra-transferencia, la relación dialogal, el consultante, el admisor y el psicodiagnóstico. La resonancia y el aquí y ahora, que también pueden considerarse como elementos de la dinámica de la terapia gestáltica, ya se desarrollaron anteriormente.

#### 3.6.3.1 Transferencia y contra-transferencia

De acuerdo con Bleger (1999) en la relación que se establece en la entrevista hay que contar con dos fenómenos altamente significativos: la transferencia y la contratransferencia.

La primera se refiere a la actualización de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado, que corresponden a pautas de sus relaciones interpersonales, aspectos de su personalidad, su grado de dependencia y su pensamiento mágico. En la contra-transferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador; son las respuestas del entrevistador a lo manifestado por el entrevistado, el efecto que tienen sobre él. La contra-transferencia es ineludible, por lo

30  
cual el entrevistador debe registrarla ya que es un indicio de gran significación y permite orientarlo en la terapia.

Según Schnake (1981), el fenómeno de transferencia es universal y está presente en toda relación humana. El paciente proyecta experiencias y emociones infantiles, tanto como aspectos sanos y enfermos, determinando las características de la relación transferencial. La expresión contra-transferencia refiere a las transferencias del terapeuta sobre el paciente.

Esta autora considera que en T.G. el terapeuta no cultiva la transferencia, ya que desde el inicio esta completamente alerta de devolverle al paciente sus emociones y proyecciones. Se trabaja de tal modo que el paciente pueda darse cuenta aquí y ahora de que le ocurre a él, o que está poniendo en el otro que no quiere aceptar de sí mismo. La T.G. en vez de crear una neurosis (de transferencia) pone énfasis en lo que puede ser una relación no neurótica para el paciente, como la alianza terapéutica, en la que el terapeuta es, valga la redundancia, un aliado de la parte sana del paciente (Schnake, 1981).

### 3.6.3.2 *Relación Dialogal*

La idea del hombre-en-relación de Buber, se evidencia como única posibilidad de crecimiento humano. Es en la relación dialogal, en la cual el otro es interpelado como “persona”, donde se produce el encuentro Yo-Tú (Schoch de Neuforn, 2000). El dialogo es la forma de contacto más apropiada para una relación terapéutica fenomenológica existencial. El dialogo es el contacto Yo-tú, una forma de contacto basada en la autenticidad de ambos. La relación terapéutica, se construye sobre el interés. En terapia gestáltica, el interés, la calidez y aceptación se manifiestan por medio de la relación dialogal (Yontef, 2002).

De acuerdo a Peñarrubia (1998) una de las características de la relación dialogal es la *inclusión*, la cual es definida como el contacto que toma el terapeuta con el paciente, y al mismo tiempo se permite ser afectado por él y su experiencia, con el fin de tratar de ver el mundo a través de los ojos del paciente.

31

### 3.6.3.3 *Entrevistado*

Según Bleger (1999), la persona concurre a una entrevista de admisión, luego de haber tenido la percepción o un darse cuenta de que algo no anda bien, que algo ha cambiado o se percibe a sí mismo con ansiedad o temores. Por lo tanto la entrevista es una experiencia muy importante para el consultante, ya que puede ser la única posibilidad que tiene de hablar lo más sinceramente posible de sí mismo. Es por eso que el modo en que el paciente se presenta puede revelar la actitud general que tiene consigo mismo y el modo en que establece relaciones con los demás, para lo cual se debe observar tanto las motivaciones como las dudas que tengas para el inicio de la terapia (Horney, 2003)

Cada ser humano posee sistematizada su personalidad en una serie de pautas o

en un conjunto de repertorios de posibilidades, y son éstas las que esperamos que se pongan en juego o exterioricen en el curso de la entrevista (Bleger, 1999).

La T.G. al poseer un marco fenomenológico, presta cuidadosa atención a la experiencia actual del paciente, a la del terapeuta y al proceso, predominando la perspectiva del primero. El interés del psicólogo apuntará a lo que el consultante manifiesta hoy, incorporando el pasado como una experiencia presente (Ginger & Ginger, 1993; Yontef, 2002).

El paciente tiene en sí las respuestas a sus problemas, nadie conoce más del consultante que el consultante mismo, sólo que sus bloqueos le impiden tener la claridad para descubrirlas o, a pesar de conocerlas bloquea la voluntad para el cambio y no encuentra alternativas de solución que impliquen un mejor aprovechamiento de sí mismo a favor de él (Salama, 1999).

#### *3.6.3.4 Admisor*

Holísticamente el observador es parte del contexto del sujeto, puesto que se debe entrar en contacto con lo que desea saber, para conocerlo (Latner, 1996).

En la entrevista el admisor forma parte del campo, es decir, que en cierta medida los fenómenos a registrar por él, se encontraran influenciados por su subjetividad (Bleger, 1999). Sin embargo esto no es problema en la T.G. ya que, como se mencionó anteriormente, al ser el psicólogo su propia herramienta de trabajo, su personalidad

32  
entrará en juego en toda la relación interpersonal y el proceso terapéutico (Peñarrubia, 1998; Polster & Polster, 2005; Yontef, 2002; Zinker, 2003).

Capponi (1987) y Bleger (1999) declaran que el profesional debe asumir una actitud libre de prejuicios y sin construir hipótesis en relación a lo que escucha y observa. Sin embargo Yontef (2002), propone que el rol del terapeuta gestáltico es el de un observador participante de la conducta del aquí y ahora, sirviendo como catalizador para la experimentación fenomenológica del paciente.

El terapeuta, en la entrevista de admisión, intentará averiguar que motivó el pedido de consulta en ese momento. Algo habrá pasado que la persona no haya podido dar una respuesta confortable en una situación determinada. Puede aparecer en forma de angustia, padecimiento o un exceso a sus posibilidades de resolución autónoma (Salama, 1999).

Las intervenciones del terapeuta apuntarán a despejar del discurso del paciente la solicitud de consulta. Para lo cual es importante escuchar la posición del consultante, la modalidad de demanda y las posibles atribuciones de su padecer, ya que todo esto informa sobre la singularidad propia de la persona. Y aunque no se realice un tratamiento posterior, el admisor puede intervenir como tal (Díaz Benito, 2007; Felman, 2008)

Lo que le interesa al terapeuta gestáltico en relación con su paciente es lo que se manifiesta hoy, incorporando el pasado como una experiencia presente (Ginger & Ginger, 1993).

#### *3.6.3.5 Diagnóstico*

De acuerdo con Napolitano (2007), el diagnóstico en psicoterapia es habitualmente un punto polémico, ya que está vinculado a propuestas teóricas definidas, por lo tanto establecer un diagnóstico puede significar la inclinación por una línea psicoterapéutica en particular. Por lo tanto en el diagnóstico quedaría entonces prefigurada una forma de tratar.

Yontef (2002), entiende al diagnóstico en T.G. como un cuidadoso estudio fenomenológico del proceso de formación de significado figura / fondo de una persona, que permite la comprensión de su organización de personalidad. El diagnóstico

fenomenológico está orientado a la impresión holística y subjetiva que el terapeuta  
33

obtiene de la expresión corporal y el lenguaje de un paciente y su contexto actual (Capponi, 1987; Lazcano Pizarro & Santa Cruz Ausin 2006).

El diagnóstico también puede concebirse como un entramado de configuraciones diversas que forman una jerarquía de niveles, conformada por el diagnóstico semiológico, nosológico, caracterológico, defensivo y situacional (Napolitano, 2007)

El objetivo del diagnóstico es saber como funciona la persona, como se maneja.

La función del diagnóstico es ayudar a discriminar la mejor manera de favorecer el surgimiento de una nueva configuración que haga posible una resignificación del fenómeno (Salama, 1999).

A pesar de las diferencias de opinión en relación a la elaboración del diagnóstico, Latner (1996) y Salama (1999) declaran la importancia de confeccionar el mismo, evitando poner etiquetas de diagnóstico y la mentalidad que las acompaña. Sin embargo existe en gestalt una tipología que se realiza, no sobre la persona, sino sobre proceso de contacto-retirada. El terapeuta busca resaltar los patrones de la conducta del paciente y de sus interacciones para con él.

Lazcano Pizarro y Santa Cruz Ausin (2006), consideran que en terapia gestáltica, el diagnóstico debe mantener el encuadre humanista, ampliando la perspectiva del terapeuta y permitiendo individualizar el enfoque del tratamiento según las características únicas de cada persona.

#### *3.6.3.6 Derivación*

La mayoría de los hospitales o centros de salud, cuentan con un equipo de admisión, por lo cual la mayoría de las veces, el psicólogo admisor, no será quien realice el tratamiento. Con lo cual su modo de intervenir estará limitado a un encuentro, y el tratamiento propiamente dicho estará a cargo de otro profesional (Díaz Benito, 2007).

De acuerdo a expuesto por la creadora de este servicio en AGBA (Anexo III) al momento realizar una derivación, se tienen en cuenta: el motivo de consulta y la necesidad del paciente (sexo, edad, especialidad, distancias y zona del terapeuta), la gravedad del caso (si puede ser atendido por un terapeuta en consultorio o si necesita una institución hospitalaria) y el estilo y experiencia del terapeuta.

34

## **4- METODOLOGIA**

**Tipo de Estudio:** Descriptivo

### **4.1 - Instrumentos**

Los instrumentos desarrollados para la descripción y el análisis de este trabajo son dos:

a) observación no participante de tres entrevistas de admisión y registro de las observaciones.

b) entrevistas a los profesionales que realizaron dichas admisiones.

Se les envió por correo electrónico una entrevista semi-dirigida sobre el proceso de admisión y derivación. En la entrevista se analizó el motivo de consulta, el diagnóstico presuntivo, análisis de signos y síntomas, motivo de derivación y elección del profesional. Además se les consultó su opinión sobre la relación entre dicho proceso y dos conceptos gestálticos como son el aquí y ahora y la resonancia.

### **4.2 - Participantes**

Si bien con el fin de analizar profundamente el proceso de admisión y derivación, hubiese sido necesario incluir como participantes a la totalidad de los

admisores y sus consultores, por cuestiones logísticas esto no fue posible, teniendo en cuenta que en la residencia se participo de casi 40 horas de admisión con más de 10 admisores del SAC. Se decidió en cambio realizar un análisis exhaustivo y cualitativo del proceso de admisión con sólo tres admisores y sus respectivos consultantes, Este estudio, entonces, se realizó con 6 participantes: 3 admisores del SAC y sus respectivos 3 consultantes que llegaron a la institución para realizar la entrevista de admisión individual y su posterior derivación a un profesional del SAC.

-3 admisores del SAC

-3 consultantes adultos

La muestra de los consultantes se compuso por

-1 Mujer de 50 años

-1 Hombre de 28 años

-1 Mujer de 34 años

35

### **4.3 – Procedimiento**

Para este estudio descriptivo se procedió a:

a) La observación presencial en las distintas entrevistas de admisión en rol de pasante de la Universidad de Palermo. En dichas entrevistas se tomaron notas y luego se transcribieron.

b) El envío por correo electrónico de las entrevistas a los profesionales a los admisores, junto con una copia de la información recolectada en la admisión.

Estas observaciones y entrevistas se encuentran adjuntas en el anexo I y II.

36

## **5 – DESARROLLO**

### **5.1. - Introducción**

En esta sección se intentará analizar, a partir de tres entrevistas de admisión y las respectivas entrevistas a los admisores, las características relevantes del proceso de admisión y derivación.

En el Anexo I, se incluyen las reproducciones de las observaciones realizadas durante la admisión. En el Anexo II, se incluye el protocolo y las respuestas enviadas por los admisores, junto con una breve reseña de los mismos Y por ultimo en el Anexo III una entrevista con la iniciadora de este servicio, la Lic. C.

El Servicio de Atención a la Comunidad , brinda asistencia psicológica a toda persona que la solicite desde 1985 a la actualidad. Para ello se debe solicitar telefónica o personalmente una entrevista de admisión, indicando el tipo de asistencia necesaria (psicoterapia individual, familiar, de pareja, niños, orientación vocacional o adicciones). Y debiendo presentarse 15 minutos antes del horario acordado, para completar la ficha de admisión y cubrir el costo de la entrevista.

Está aclarado explícitamente en dicha ficha que la entrevista será realizada por uno de los admisores del SAC, quien efectuará la derivación correspondiente con un psicólogo perteneciente a este mismo servicio.

Si bien este servicio no es gratuito, los honorarios de psicoterapia se pautarán entre el terapeuta al que fue derivado y el paciente, según las posibilidades económicas de este último.

Quedan fuera de esta asistencia paciente con trastornos o patologías que requieran de una interacción, hospital de día o un seguimiento similar. Enviando a la persona a un servicio que cuente con dichas prestaciones.

La admisión en gestalt, permite obtener una mirada global de la estructura de carácter, además se trabaja sobre los bloqueos en el ciclo de la experiencia. Esto permite al terapeuta ser más preciso en la comprensión de la experiencia única del paciente,

permitiéndole en base a su perspectiva; realizar una derivación en relación con la resonancia obtenida del observar, vivenciar y escuchar al paciente.

El proceso de admisión y derivación, es siempre una experiencia presente en la que se intenta captar signos y síntomas, además de la experiencia subjetiva del paciente, manteniendo una observación fenomenológica. Se observa la influencia fenomenológica

37

al preguntar cómo se relacionan paciente y terapeuta; en lugar del enfoque tradicional, particularmente interesado en porqué el paciente sufre.

## **5.2 Presentación de los casos**

Las observaciones se identificarán según el nombre de fantasía que se le dio a los consultantes.

### *Entrevista a M*

M es una mujer de 50 años, que trabaja como administrativa . Llegó a la asociación recomendada por un profesional . El motivo de consulta señalado en la solicitud de asistencia psicológica es Otros, sin embargo el admisor lo entiende como una crisis vital, según sus respuestas en la entrevista realizada posteriormente.

M fue derivada, según la resonancia del entrevistador, a una profesional mujer y de edad similar para favorecer el comienzo de una buena relación terapéutica.

### *Entrevista a T*

T es un joven de 28 años, que trabaja como analista de sistemas Llegó recomendado por un amigo, que se encuentra realizando este tipo de terapia con un profesional de la asociación. El motivo de consulta fue señalado como enfermedad orgánica . Lo cual se evidencia en el desarrollo de la admisión. Comenta además la necesidad de desahogarse, con respecto a dicha enfermedad.

T no fue derivado inmediatamente, ya que la admisor prefirió confirmar la disponibilidad horaria del terapeuta, comprometiéndose a comunicarse con el consultante en cuanto tuviera una respuesta. Esto fue debido a una mala experiencia de T en una admisión anterior y para evitar posibles idas y vueltas debido a los limitados tiempos del paciente.

38

### *Entrevista a R*

R es una mujer de 34 años, que trabaja como empleada administrativa. Llegó recomendada por su pareja, luego de que la misma navegara por la página web de la asociación. El motivo de consulta indicado fue búsqueda personal y otros.

R fue derivada según el criterio del admisor a una terapeuta joven, a la cual no le incomode la homosexualidad de la paciente y pueda trabajar con las características esquizoide de esta, con afecto e ironía.

## **5.3 Ubicación físico- espacial de las entrevistas**

Las admisiones no se realizan siempre en el mismo espacio físico. El mismo cambia según las actividades de la fecha y la disponibilidad de las salas.

La entrevista a M fue desarrollada en una sala ubicada en el primer piso, donde se encuentran casi todas las demás salas de la asociación. Esta cuenta con un escritorio y una biblioteca baja a un costado de una gran ventana. Si bien había almohadones en el piso, los cuales son usados frecuentemente; debido a la edad del paciente se usaron sillas con respaldos; ubicándonos el terapeuta y yo, uno al lado del

otro y frente a la entrevistada.

La entrevista a T, fue desarrollada en una sala ubicada en el entresuelo de la institución. Este estrecho ambiente, tiene entre sus muebles: un escritorio, ubicado sobre la pared opuesta a la puerta de entrada; una pequeña biblioteca al lado de este; un par de pequeñas mesas sobre las cuales se ubican veladores en las esquinas; y almohadones al lado de la biblioteca y sobre una gran parte de la pared donde se encuentra la puerta.

También cuenta con una pequeña ventana que da a la calle.

T se ubicó en unos almohadones entre la biblioteca y una pequeña mesa. La admisor y yo, nos sentamos en los almohadones enfrente a él.

La admisión a R fue llevada a cabo en la misma sala que la entrevista a

M. El terapeuta admisor y yo, nos sentamos sobre almohadones ubicados contra una pared, enfrentados al escritorio; mientras que la paciente lo hizo en diagonal a nosotros, también sobre almohadones.

39

#### **5.4 – Los terapeutas admisores**

Según Castro (Anexo III) para ser admisor se requiere haber sido terapeuta del SAC con especialidad clínica y en este momento también están pidiendo que los admisores sean supervisores. Además se requiere buen ojo clínico y conocer al grupo de terapeutas. Cuál es su nivel, su naturaleza, estilo terapéutico y especialidades teniendo en cuenta también el lugar de atención.

La actitud y atención del terapeuta se expresa en la relación dialogal, desde aquí se observa la conducta y discurso del paciente, prestando atención a como se ve afectado este. El énfasis se encuentra en la vivencia del ciclo de la experiencia del paciente, más que en el contenido relato, manteniendo así una comprensión holística.

El rol del entrevistador, consiste en comprender de la forma más completa posible la experiencia del consultante, utilizando para ello, su vivencia, experiencia y resonancia. El entrevistador debe tener una actitud que favorezca la relación con el consultante y mantenerla durante todo el proceso de admisión.

Esto se pudo apreciar en las 3 entrevistas de admisión (Anexo I) y en las posteriores entrevistas a los admisores (Anexo II).

A pesar de los distintos admisores, el encuadre mantenido por ellos, siempre es el gestáltico, por lo tanto los elementos teóricos de esta escuela fueron interiorizados y pasaron a formar parte de la actitud del terapeuta. Las principales características de los admisores son: estar centrados en el presente, mantener una actitud fenomenológica – existencial, y utilizarse a si mismos como herramientas al resonar vivencialmente con el paciente y de esta forma realizar la derivación correspondiente.

Inevitablemente en una entrevista de admisión, se produce una relación entre paciente y terapeuta, y no se analiza únicamente el análisis de signos y síntomas, sino que se pone en juego la experiencia de vida del consultante. Percibiendo el cuerpo del consultante como propio, con sus sensaciones y sentimientos para pensar como realizar tareas con la persona (Baraldi, Anexo II).

Cada terapeuta orientará la entrevista, según los fenómenos que quiera registrar, estos datos se obtendrán del comportamiento total del paciente durante el curso de la entrevista, mediante la observación, escucha y vivencia del profesional.

40

#### **5.5 – Los entrevistados**

Una gran cantidad de personas solicitan entrevistas de admisión, siendo sus personalidades, edades, escalas sociales y culturales muy diversas. Sin embargo hay un punto en común; el sufrimiento de la persona, y esto es razón suficiente para iniciar una terapia en el enfoque gestáltico.

En este marco teórico, los consultantes son poseedores de recursos, es decir que no es visto como un paciente que padece y es pasivo, hacer así foco en la patología, sino que la persona es activa, tiene aspectos constructivos y significativos que sirven de apoyo para el proceso terapéutico.

El consultante es quien más sabe de sí, y quien por otra parte bloquea estos recursos, creando disfuncionalidad y no permitiendo que fluya libremente el ciclo de contacto-retirada. Es por eso que la mayoría de las entrevistas de admisión comienzan por parte del entrevistador al preguntarle a los primeros, el motivo de consulta que los ha llevado a solicitar asistencia psicológica.

Al interactuar en forma auténtica, paciente y entrevistador, entran en contacto formando parte del mismo campo e influenciándose mutuamente, ya que ambos están implicados en un proceso experiencial de la admisión.

### **5.6 – Contenido de la entrevista**

El tipo de entrevista usado en el proceso de admisión es semi-dirigida.

Este tipo de entrevista, apunta a obtener información y no a interpretar. Para ello primero los admisores revisan los datos completados en la ficha de admisión.

La ficha de admisión tiene como finalidad resumir los puntos más importantes de la entrevista, para tener tanto un registro en la asociación, como para brindar al terapeuta derivado un pequeño marco desde donde comenzar la terapia.

Al tener los datos de filiación en esta ficha, se suele comenzar el proceso observando el motivo de consulta, que lo ha traído hoy a solicitar el inicio de un tratamiento psicoterapéutico.

La parte abierta de la entrevista corresponde a que el consultante puede explayarse en sus respuestas según las necesidades que posea y su tipo particular de personalidad.

41

Las áreas de indagación claves que se vieron repetidas en las distintas entrevistas fueron: Datos de filiación, motivo de consulta, análisis del ciclo de la experiencia, defensas e interrupciones, recursos del consultante, calidad de la relación terapéutica, red afectiva y social

Para finalizar este proceso, el terapeuta resuena con lo escuchado y experienciado, al mismo tiempo recoge la información que considera necesaria, deteniéndose en aquello que le llama la atención, con el fin de realizar la correcta admisión y derivación.

### **5.7 – Dinámica de la entrevista**

Los relatos de los pacientes giraron en base al motivo de consulta que traían y a las preguntas e intervenciones efectuadas por el admisor para poder realizar una posterior derivación.

El comportamiento de M durante la admisión fue tranquilo, utilizando mucho el uso de sus manos para poner énfasis a lo que dice; y se mantuvo cruzada de piernas toda la entrevista.

Su discurso fue estructurado y veloz, aunque por momentos casi verborrágico, girando en torno a malestares laborales y familiares

Según lo indicado por el admisor (Anexo II) su relato parece ponerla en una posición de “víctima” frente a los demás.

El relato de T fue casi exclusivamente sobre su enfermedad médica, sus tratamientos y consecuencias. Su discurso fue tranquilo, poco expresivo. Por momentos parece que le cuesta expresarse, cortando y repitiendo frases, resultando un poco confuso. Utilizó muchos términos médicos producto de su experiencia con su enfermedad.

Durante su relato se mantiene sentado sobre un almohadón con las manos sobre las rodillas, haciendo un poco del uso de las manos y brazos para poner acento a lo que dice.

42

El discurso de R fue sobre sus problemas de relación y conexión, y fue tranquilo y claro. Si bien comentó que le cuesta mucho expresarse y hablar ante desconocidos, no tiene ningún problema de hacerlo frente al entrevistador y a mí. Durante el relato cruza y descruza sus piernas un par de veces. Utiliza sus manos y brazos para poner énfasis a ciertos temas, manteniéndolas delante apoyadas sobre las piernas cuando no lo hace.

De acuerdo a la entrevista con el admisor, este consideró que la expresión en su mirada, el tono de voz y la escasa tensión de su cuerpo no concordaba con lo narrado. Habiendo además un desfase temporal entre la sonrisa y el relato.

Los discursos y comportamientos de los consultantes se corresponden con sus rasgos de personalidad, histriónico, esquizoide y disociado respectivamente.

## **5.8 Análisis de conceptos teóricos**

### **5.8.1 – Aquí y Ahora**

Como se dijo anteriormente, la terapia gestáltica prepondera la experiencia presente.

Teniendo en cuenta esto, al realizar la admisión se lo hace desde una perspectiva fenomenológica y humanista. Para ello se describen las actitudes, expresiones, movimientos, la forma de hablar y sentimientos del entrevistado, permitiendo ampliar la perspectiva del terapeuta para así fundamentar su diagnóstico y la posterior derivación. Además permite la realización de un tratamiento particular para cada persona. Esto se corresponde a lo expresado por Yontef (2002), al afirmar que en el marco fenomenológico, se presta especial atención a la experiencia actual del paciente y al proceso, desde la perspectiva del paciente. Es por eso que el paciente no tuvo un problema, sino que el problema continúa aquí y ahora, siendo esto lo que lo lleva a realizar una entrevista de admisión.

El trabajo en el aquí y ahora, una de las piedras fundamentales del enfoque, se observa expresamente en las entrevistas realizadas a T y R, al comentar ambos que no querían realizar una terapia clásica (psicoanalítica), para evitar focalizarse en el pasado, y así poder concentrarse en el presente. Se observa la influencia

43

fenomenológica al preguntar que y cómo se produce la disfuncionalidad; en lugar del enfoque tradicional, particularmente interesado en porqué el paciente sufre.

Perls (1976) expuso que lo traído por el paciente al primer plano se encuentra determinado por el impulso de supervivencia del momento. Esto lo recuerdo cada vez que voy a una entrevista de admisión, lo que es figura, lo que se hace presente, es la necesidad predominante. Esta necesidad considero que dictamina el motivo de consulta del paciente, al momento de solicitar ayuda terapéutica

### **5.8.2 – Resonancia**

Los admisores, conocen a la mayoría de los terapeutas que forman el equipo del SAC, lo cual favorece su resonancia al momento de la elección del profesional y una mejor adecuación de las necesidades de cada consultante.

La resonancia es uno de los elementos tenidos en cuenta a la hora de realizar la derivación del paciente a un terapeuta del SAC. Y muchas veces este elemento predomina en la elección del profesional por encima de sobre otras variables como la ubicación, género o edad del terapeuta.

El terapeuta está en un constante darse de cuenta sus pensamientos y emociones,

haciendo eco con lo que trae el paciente. Esto concuerda con lo expuesto por la Lic. Baraldi (Anexo II) cuando expresa que su cuerpo resonó con las emociones y sentimientos que despertó ese paciente; haciendo especial hincapié en las sensaciones corporales registradas. Es con esta impresión que el admisor hace un diagnóstico presuntivo y así realiza una hipótesis de derivación y tratamiento.

En este enfoque, se intenta que el terapeuta haya pasado por experiencias y situaciones similares, para favorecer la empatía y alianza con el paciente. Por lo que se podría decir que la resonancia es uno de los criterios de derivación.

En dos de las fuentes de filosóficas, en que se basa la terapia gestáltica (existencialismo y fenomenología), podría existir el fundamento de la resonancia, ya que si la persona es responsable de lo que le pasa (existencialismo) y esto es lo que pasa (fenomenología), ese sentimiento puede ser utilizado como herramienta.

44

### 5.8.3 – Interrupciones en el ciclo del contacto-retirada

En la entrevista de admisión, se realiza un análisis de las interrupciones en el ciclo del contacto – retirada. Esto permite el diseño de herramientas terapéuticas a la hora de derivar, en función de los recursos que posee el paciente; más que de la patología que lo afecta. Si este ciclo se cumple normalmente, la persona se ajusta a las circunstancias cambiantes del ambiente y de su organismo, permitiendo así desplegar un ajuste creativo en su vida.

Desde este enfoque, se cree que las personas hacen lo mejor que pueden de acuerdo a los recursos con los que cuenta y el valor que le otorgan a los sucesos del ambiente. Por lo cual los mecanismos de defensa funcionan como autorreguladores orgánicos, que si bien impiden el libre proceso de contacto-retirada y de la experiencia, resultan de una adaptación consecuente.

Las resistencias, cuando son exageradas, usualmente originan dificultades e interrupciones en el contacto, y quedan fuera de la conciencia, creando asuntos inconclusos y malestar. Sin embargo estas resistencias permiten plantear la formulación de una estrategia terapéutica, que el admisor tiene en cuenta al realizar la admisión, como es el Caso R. En el que el profesional, al detectar ciertas características de personalidad, hace la derivación, sabiendo que el terapeuta debe tener trabajado dichos rasgos.

En el marco teórico se nombraron los diferentes mecanismos de defensa existentes en la terapia gestáltica. A continuación se desarrollaran brevemente estos mecanismos, debido a la importancia de estos conceptos para analizar las observaciones de los admisoros y sus respuestas a las entrevistas, de acuerdo cada consultante (Anexo II).

En M el mecanismo de defensa predominante es la proyección. Perls (1976) define la proyección como la tendencia a hacer responsable al ambiente de lo que se origina en el sí mismo. Este mecanismo se vuelve disfuncional cuando hay una traba entre la emoción y la prefiguración para la acción.

El trabajo terapéutico consistirá buscar que los fragmentos desplazados hacia los demás sean advertidos y aceptados como propios.

Se puede ver como en M hay una gran y constante preocupación por un futuro incierto y aparentemente solitario para ella, como se puede inferir en el relato que

45

hace al aumentar la edad de todos sus hijos y al sentirse abandonada especialmente por la menor de ellos, cuando se fue con su novio.

T, por otra parte, presenta un mecanismo de defensa predominantemente retroflexivo y de confluencia producto de una interrupción en entre la acción y el

contacto en el primer mecanismo. Bloqueando las salidas al mundo y quedando el sujeto atrapado. La interrupción de este mecanismo se da entre la acción y la interacción. Con lo cual se buscará redirigir la energía y liberarla para iniciar una relación con el exterior. Mientras que en la confluencia se produce una interrupción entre el contacto y la retirada, esto produce que no se disienta con otra persona, aunque se estará resignado y resentido con ella. Este mecanismo hace imposible cortar el contacto y poder retirarse para comenzar un nuevo ciclo.

Polster y Polster (2005) definen a la retroflexión como la función por la cual es sujeto vuelve contra si mismo lo que querría hacerle a otro. Y a la confluencia como la ilusión que persiguen quienes prefieren limar diferencias a fin de atemperar la experiencia desquiciadora de la novedad y la alteridad.

Más allá de las enseñanzas de Perls y otros terapeutas gestálticos, los admisores también utilizan conceptos psicoanalíticos para los casos, ya que este marco es uno de los pilares de la teoría.

Según el admisor, R pareciera utilizar como mecanismos de defensa predominantes la negación y la disociación. Si bien estos conceptos son psicoanalíticos, el admisor los utilizó ya que se ajustan adecuadamente a lo observado en la entrevista. Laplanche y Pontalis (1999) definen a la negación como un procedimiento en la que el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos, hasta entonces reprimidos, sigue negando que le pertenezca. Y a la disociación como la reacción de la mente que borra de la conciencia los sucesos traumáticos y dolorosos para escapar de dichos recuerdos.

Como se pudo observar en la entrevista a R y T a , ambos comentan su desinterés en el pasado y averiguar por que pasó lo que pasó. Entando mas interesados, como lo propone el enfoque gestáltico, en el ahora, para saber que pueden cambiar y como pueden hacerlo.

46

## **5.9 – Derivación**

Desde su inicio, el SAC, utiliza la resonancia al pensar en derivar un paciente a determinado terapeuta, esto se puede observar en la entrevista a Castro (Anexo III) cuando en los comienzos del servicio, esta relata que para este proceso se ayudaba de tener incorporado a casi todos los terapeutas del momento, tenerlos individualizados y lo que cada uno hacia.

De acuerdo a lo respondido en la entrevista realizada posteriormente al admisor, este informó que M fue derivada de acuerdo a su resonancia, a una profesional de sexo femenino y de edad similar al paciente, para favorecer el comienzo de una buena relación terapéutica. Esto es debido a que como se puede observar en el desarrollo de la entrevista (Anexo I), M está pasando por una crisis vital, y especialmente en la relación con sus hijos. Con lo cual, una terapeuta más joven o un hombre, podrían no entender la experiencia del paciente.

Por otra parte la derivación a T, no se realizó inmediatamente, como se suele hacer; sino que debido al motivo de consulta y a una mala experiencia del consultante, la admisor prefirió guiarse por cuestiones más prácticas como la disponibilidad horaria por parte de algún profesional, para garantizar que el paciente pueda acceder a una terapia. Para ello se comprometió con T para a comunicarse con él en cuanto tuviera la confirmación del terapeuta.

En la entrevista realizada posteriormente a la admisor, está relató que T fue derivado, según su resonancia, a un terapeuta que se encuentre disponible para el paciente, con mucho respeto por los tiempos y necesidades personales del mismo. Agrega además que supone que el paciente no iba a encontrar este tipo de actitud en el

servicio de asistencia de la prepaga de T.

Por último, la derivación de R, fue realizada a una profesional joven de sexo femenino, capaz de aceptar la homosexualidad de la paciente, y cuyas características esquizoide se encuentren bien elaboradas, además de tener la capacidad de trabajar con afecto e ironía.

Esta derivación se realizó sabiendo también, que por la fecha en que llegó al servicio, muchos terapeutas estaban prontos a tomarse vacaciones. Por lo cual el admisor tuvo en cuenta esto, para realizar la derivación a una terapeuta lo más rápido posible y que no se ausente a las pocas semanas de comenzado el tratamiento. Debido a

47  
esto y a las características del paciente, el admisor comenta que ante cualquier problema o falta de un buen vínculo con el terapeuta, se comunique y solicite hablar con él.

Con estas tres entrevistas, se intentó ilustrar como todos los admisores, y a pesar sus diferentes estilos y ante pacientes heterogéneos, se valieron de la resonancia al momento de realizar la correspondiente derivación.

## **6 – DISCUSIONES Y CONCLUSIONES**

La propuesta del SAC tiene una clara orientación social, ya que lo buscado es como su nombre lo indica asistir a la comunidad. Luego que el paciente haya asistido a la admisión, donde fue realizada la demanda y la derivación correspondiente. El profesional al que fue derivado, acordará el posible valor de la atención psicoterapéutica, la cual es usualmente a un costo mas accesible del que tendría de forma privada, incluso llegando a realizarla de forma gratuita si el paciente no tiene recursos. Cabe aclarar que al año de realizada la derivación, queda desafectada de vinculación, por lo que en caso de querer continuar el paciente con su tratamiento su relación es únicamente con el profesional que realiza la psicoterapia y si el terapeuta lo desea se puede renegociar el contrato.

La T.G. cuenta con un importante grado de libertad para estructurar su trabajo, sin embargo no se desvía de su marco de referencia. Por lo tanto la admisión, si bien es parte de un proceso, también depende de la actitud del profesional que lo realiza. Por lo cual no se ha sistematizado por completo.

Se puede observar que los motivos de consulta, diagnósticos presuntivos, mecanismos de defensa y personalidad del paciente son diferentes en todos los casos. Sin embargo todos los admisores se valieron de la resonancia para efectuar las admisiones y posteriores derivaciones. Y este proceso puede darse únicamente en el aquí y ahora, del momento en que se realizó la entrevista.

En concordancia con lo expuesto por Latner (1996), la tendencia de los gestaltistas a la actividad y lo práctico, hizo que no se realizara gran cantidad de material teórico literario sobre la teoría gestáltica y lo que existe tratan sobre la aplicación de los principios gestálticos a la psicoterapia.

48

Se ha podido inferir de la lectura que los terapeutas gestálticos, especialmente los seguidores de Perls localizados en la costa oeste de Estados Unidos, no fueron muy proclives a la producción de material teórico, sino que el aprendizaje estaba relacionado con el modelado producido por la relación experiencial entre maestro y alumno. Es por eso que no existe, entre otras cosas, un modelo teórico común de admisión y derivación. Este proceso se ha podido evidenciar al participar de las distintas admisiones, donde la actitud y forma de desarrollar la entrevista, depende de la personalidad del admisor y de la relación establecida con el consultante. Por lo cual las características y estilo del profesional tienen mucha influencia en este proceso, poniendo una impronta personal en

esta actividad.

Al permitirse los admisores utilizar diferentes herramientas teóricas y técnicas durante el proceso de admisión, resultó complejo poder discriminar que pertenece a la persona del admisor y que al espíritu de la terapia gestáltica, ya que este se encuentra profundamente arraigado en el profesional.

Yontef (2002) propone la necesidad de estructurar un diagnóstico que beneficie el proceso terapéutico y que pueda ser compartido entre pares.

Queda abierta el interrogante de si es posible diseñar un proceso de entrevista de admisión, que mantenga el encuadre humanista - existencial; en el que la persona sea vista como un ser único e irrepetible, desarrollando un contacto también único e irrepetible, al estabilizar o fijar ciertas variables de operatividad. Y por otra parte mantener en continuo crecimiento y renovación a este proceso sin sacrificar la esencia de este enfoque.

Una vez logrado, esto podrá brindar a los admisores y terapeutas, más y mejores herramientas para trabajar con la persona. Y en especial a los estudiantes en formación, al brindarles un marco teórico-práctico más estable, aunque también más rígido.

Lo ideal sería encontrar una forma en que la entrevista de admisión mantenga este tipo de encuadre y permita particularizar el proceso según las características únicas e individuales de cada persona. De esta forma puede resultar útil, tanto para el paciente como para el terapeuta.

Algunos admisores, contactan telefónicamente con los terapeutas a los que se les derivan pacientes y realizan este informe verbalmente, agregando sus impresiones e hipótesis sobre la personalidad del paciente. Mientras que otros se desentienden completamente del proceso, una vez realizada la admisión y derivación al paciente.

49

Como crítica al trabajo, se reconoce la utilización de autores que no pertenecientes al marco gestáltico. Especialmente en el proceso de entrevista de admisión, ya que la bibliografía de este enfoque es de muy difícil acceso, por lo cual resultó complicada, la interrelación de lo expuesto sobre ese proceso y los conceptos gestálticos.

### **6.1 Aportes y futuras investigaciones**

Una posible investigación podría ser el establecer algún tipo de seguimiento en los pacientes, ya que según un análisis realizado durante la residencia, algunas personas no llegan a contactar con los profesionales; e incluso habiendo llegado a contactarse no asisten a las entrevistas.

La utilización de las fichas de admisión completadas por los profesionales luego de las entrevistas, pueden ser utilizadas para realizar investigaciones externas, como motivos de consulta más frecuentes, fechas o zonas de la ciudad o interior donde hagan falta más terapeutas o exista una mayor demanda de mayor demanda del servicio, psicopatológicas y mecanismos de defensa más habituales. Permitiendo así reforzar el servicio en determinados momentos o prepararse mejor teórica y vivencialmente para llevar a cabo las admisiones. Además se podrían hacer seguimientos y mejoras en el servicio, especialmente al derivar por cercanía entre paciente y terapeuta, lo cual ayuda a la adherencia al tratamiento del primero.

También se pueden realizar estadísticas e investigaciones sobre, cantidad de pacientes que no se contactan con los terapeutas derivados y sus motivos, tasas de abandono de la terapia sin pedir otra derivación, los motivos por los cuales los pacientes no se ponen en contacto con los terapeutas derivados. Parte de lo expuesto fueron tareas encomendadas a los pasantes participantes de la residencia en la asociación y se empezaron a trabajar durante la residencia.

## 7- Referencias bibliográficas

- Acuña, M. I. (2001). *Entrevista psicológica. Particularidades*. Cipolletti: Universidad Nacional del Comahue. Recuperado el 22 de agosto de 2010 de [http://face.uncoma.edu.ar/materias\\_web/evaluacion\\_psicologica\\_I/imagenes.ficha\\_3.pdf](http://face.uncoma.edu.ar/materias_web/evaluacion_psicologica_I/imagenes.ficha_3.pdf)
- Albajari, V. L. (1996). *La entrevista en el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Psicoteca
- Ambrosi, J. (s.f.) Simpatía. Ficha de AGBA I.05-761
- American Psychological Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychological Association (2002). *Manual de estilo de publicaciones*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Baranchuk, J. (1996). *Atención Aquí y Ahora*. Terapia Gestalt. Buenos Aires: Abadon
- Bleger, J. (1999). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Borja, G. (2004). *La locura lo cura*. Vitoria: La Llave
- Buber, M. (1984). *Yo y Tú*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología Psiquiátrica*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Castanedo Secadas, C. (2002) *Terapia Gestalt. El enfoque centrado en el aquí y ahora* Barcelona: Herder
- Cornejo, L. (1997). *La contratransferencia en la terapia infantil gestáltica*. Publicado en Gestalt, boletín N° 17, pp 10-12: AETG
- De Casso, P. (2003). *Gestalt. Terapia de autenticidad*. Barcelona: Kairos
- Díaz Benito, S. (2007). *Entrevista de admisión*. Recuperado el 6 de septiembre de 2010 de [http://www.redpsique.com.ar/entrevista\\_de\\_admision-7.html](http://www.redpsique.com.ar/entrevista_de_admision-7.html)
- Felman, G. (2008). *Proceso de admisión, una experiencia psicoanalítica*. Recuperado el 20/08/2010 de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11718>
- Genzone, J. (2005). *Desgravación; edición, reflexiones e intercambios*. SAC-(h)ADO. Periódico del servicio de asistencia a la comunidad de AGBA, 6, 7-9
- Ginger, S.; Ginger, A. (1993). *La gestalt. Una terapia de contacto*. México D.F.: el manual moderno.
- 51
- Hirsch, H.; Piedrabuena, S.; Rosarios, H. (s.f.). *¿Por qué la entrevista de admisión?*. Centro Privado de Psicoterapias. Recuperado el 25 de agosto de 2010 de <http://www.cpp.com.ar/archivos/Porqadmisi%C3%B3n.pdf>
- Horney Karen. (2003) *El proceso terapéutico: ensayos y conferencias*. Victoria: La Llave
- Huguet Gaspar, S. (2005). *Apuntes de metodología en terapia gestalt*. Publicado en hojas informativas de l@s psicolog@s de las Palmas. N° 76 – 77. pp 26-31
- Kriz, J. (2001). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1999). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Latner, J. (1996). *Fundamentos de la gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos
- Lazcano Pizarro, P.; Santa Cruz Ausin, S. (2006). *El diagnóstico en la terapia*

*gestáltica*. Universidad de Concepción. Recuperado el 2 de septiembre de 2010 de <http://www.euskalnet.net/zimentarri/numero3/art03.pdf>

Molteni, A. (s.f.). *Gestalt y neogestalt*. Recuperado el 15/09/2010 de <http://www.neogestalt.com.ar/art-quees.htm>

Nadal, C. (1998). *¿Terapia?* Recuperado el 21 de agosto de 2010 de <http://www.aulagestalt.com/es/escritos/cristina-nadal/terapia.htm>

Nadal, C. (1999). *Un síntoma, una acción*. Recuperado el 20/08/2010 de [http://www.aulagestalt.com/es/escritos/cristina-nadal/el\\_sintoma\\_una\\_accion.htm](http://www.aulagestalt.com/es/escritos/cristina-nadal/el_sintoma_una_accion.htm)

Nadal, C. (2003). *La relación terapéutica en Gestalt*. Artículo publicado en el Boletín nº26 de la Asociación Española de Terapia Gestalt.

Napolitano, A. (2007). *Diagnosticar en psicoterapia. ¿qué, cómo, para qué?*. Ficha interna de psicología clínica y psicoterapia II, Recuperado el 25/08/2010 de <http://www.bairesgestalt.com.ar/ficha%20diagnóstico.htm>

Napolitano, A. (s.f.). *Formato y encuadre en psicoterapia*. Recuperado el 22/09/2010 de <http://www.bairesgestalt.com.ar/fichaencuadre.htm>

Naranjo, C. (1989). *La vieja y novísima gestalt. Actitud y práctica*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

Quitmann, H. (1989). *Psicología Humanística*. Barcelona: Herder.

Peñarrubia, F. (1998). *Terapia gestalt, la vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza

Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico & testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos

Perls, F. (2002). *Sueños y Existencia: Terapia gestáltica*. Madrid: Plaza 52

Perls, F. (2007). *Yo, hambre y agresión. Una revisión de la teoría y del método de Freud*. Madrid: Plaza

Polster, E.; Polster, M. (2005). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu

Provenza no Bonilla, G. (2009). *Resonancia e interferencia*. Recuperado el 6 de junio de 2010 de <http://gerardoprovenzano.wordpress.com/page/2/>

Provenza no Bonilla (2006). *Resonancia*. [Versión Electrónica], *Saber alternativo*, 17, 33-34. Recuperado el 30 de agosto de 2010 de [http://www.saberalternativo.es/spa/desarrollo\\_personal.asp?var1=&var2=Resonancia%20e%20interferencia&nar1=0&nar2=738](http://www.saberalternativo.es/spa/desarrollo_personal.asp?var1=&var2=Resonancia%20e%20interferencia&nar1=0&nar2=738)

Ramos, M. (1997). *Algunas consideraciones sobre la Contra-Transferencia desde la óptica de la terapia gestáltica*. Publicado en *Gestalt*, boletín N° 17, pp 47-51: AETG

Rogers, C. & Stevens, B. (2003). *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu

Rolla, E. H. (1981). *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Galerna

SAC-(H)ADO. Periódico del Servicio de Asistencia a la Comunidad de AGBA. Año 1 N° 8 – Diciembre 2005.

Salama, H. (1999). *Encuentro con la psicoterapia gestalt. Proceso y metodología*. México D.F.: Instituto mexicano psicoterapia gestalt.

Sas de Guiter, M (1982). *¿Qué es Gestalt? Propuesta terapéutica del enfoque gestáltico*, recuperado el 12 de septiembre de 2010 de <http://www.agba.org.ar/institucional/que-es-gestalt.html?Itemid=3>

- Sas de Guiter, M (2005). *La psicoterapia gestalt en los inicios del tercer milenio*. recuperado el 12 de septiembre de 2010  
<http://www.agba.org.ar/links/articulo10.html?Itemid=49>
- Schnacke, A. (2003). *Sonia te envió los cuadernos café. Apuntes de terapia gestáltica*. Santiago de Chile: Estaciones
- Schnacke, A. (1981). Transferencia y contra-transferencia en terapia gestáltica. *Revista de Psiquiatría y Psicología de América Latina*. 27. 1-13.
- Schoch de Neuforn, S. (2000). *La relación dialogal en Terapia Gestalt*. Madrid: Los libros del CTP- La gacetilla del CTP. N1. Madrid: CTP
- Sinay, S.; Blasberg, P. (2006). *Gestalt para principiantes*. Buenos Aires: Era naciente
- Stevens, J. O. (1987). *Esto es Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- 53
- Tárrega, X. (2008). *Historia de la terapia gestáltica*. Recuperado el 24 de agosto de 2010 de  
<http://aetg.es/terapia-gestalt/sobre-la-terapia-gestalt/historia-de-la-terapia-gestalt/>
- Torres Millayes (2007). *La entrevista de admisión*. Recuperado el 22 de agosto del 2010 de  
<http://www.slideshare.net/dratorres/la-entrevista-de-admisin-5>
- Torres Millayes, E. (2007). *Estructura de la entrevista clínica*. Recuperado el 22 de agosto de 2010 de <http://www.slideshare.net/dratorres/estructura-de-la-entrevista-clnica-1>
- Trujillo, A. (2002). *Modalidades de psicoterapia*. Recuperado el 31 de agosto de 2010 de  
<http://mundogestalt.com/modalidades-de-la-psicoterapia/>
- Ulloa, F. (1963). *La entrevista operativa*. Publicación de la Cátedra de Técnicas Proyectivas. Ficha de Fac. Psicología U.B.A.
- Universidad Gestalt de América. (2002). *Breves comentarios sobre la terapia gestalt*. Recuperado el 6 de septiembre de 2010 de <http://mundogestalt.com/breves-comentariosobre-la-terapia-gestalt/>
- La entrevista: técnica fundamental*. (2001). México DF: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 22 de agosto de 2010 de  
<http://caritas.laneta.apc.org/archivos/la%20entrevista%20teorica%20fundamental.pdf>
- Vázquez, F. (2000). La relación terapéutica del “Aquí y Ahora” en terapia gestáltica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64, 285-288.
- Vásquez Olcese, C. (2003). *Psicoterapia gestalt: conceptos, principios y técnicas*. Universidad Cesar Vallejo. Recuperado el 26 de agosto de 2010 de  
<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/gestalt.shtml>
- Watzlawick, P.; Weakland, J. & Fisch, R. (1980). *Cambios*. Barcelona: Herder
- Yontef, G (2002). *Proceso y dialogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Zinker, J. (2003). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México DF: Paidós
- Zumalabe Makirrian, J. M. (1996). El paradigma fenomenológico y las teorías personalistas. En A. Fierro (Ed.), *Manual de psicología de la personalidad* (pp. 335-344). Barcelona: Paidós.