

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Prácticas y Habilitación Profesional
Trabajo de Integración Final
El rol del terapeuta en el proceso de
admisiones desde la gestalt.
Autor: Berberian, Tomás Agustín
Tutor: Lic. Ricardo Zaidenberg.
Año: 2012.

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico	4
3.1. Introducción a la Terapia Gestáltica.....	4
3.2. Raíces históricas y filosóficas de la Terapia Gestáltica.....	5
3.3. Conceptos más importantes de la Terapia Gestáltica.....	9
3.3.1. El concepto de Aquí y Ahora.....	12
3.3.2. Relación dialogal Yo-Tu.....	13
3.4. Proceso Terapéutico en la Terapia Gestáltica.....	14
3.4.1. Salud– Enfermedad.....	14
3.4.2. Los objetivos de la Terapia Gestáltica.....	15
3.4.3. Búsqueda e inicio del proceso.....	15
3.4.4. Relación Terapéutica.....	16
3.5. Entrevista de Admisión y derivación.....	16
3.5.1. La entrevista en psicología.....	17
3.5.2. Tipos de entrevista.....	17
3.5.3. La entrevista clínica de admisión.....	19
3.5.3.1. Objetivo de la entrevista de admisión.....	19
3.5.3.2. Proceso de admisión.....	20
3.5.3.3. Elementos y dinámica de la entrevista de admisión..	20
4. Metodología	25
4.1. Tipo de Estudio.....	25
4.2. Participantes.....	25
4.3. Instrumentos.....	26
4.4. Procedimiento.....	26
5. Desarrollo	27
5.1. Descripción de contexto físico y momentos previos de la entrevista.	27
2	
5.2. Objetivo específico1: Metas y Objetivos de la Admisión.....	28
5.3. Objetivo específico 2: Relación Dialogal en la Admisión.....	32
5.4. Objetivo específico 3: El Aquí y Ahora en la Admisión.....	36

6. Conclusión.....	39
7.	Referencias
bibliográficas.....	45

3

1. INTRODUCCION

El presente trabajo surge a partir de la práctica profesional realizada en una asociación privada que desarrolla actividades asistenciales, formativas, de prevención y difusión del enfoque Gestáltico. Cuenta con diferentes departamentos científicos, una escuela de formación, provee servicios de asistencia en psicoterapia individual, grupal, parejas, adicciones y orientación vocacional. Realiza talleres abiertos a la comunidad, encuentros orientados al público en general, charlas y seminarios todos en relación al enfoque Gestáltico.

Como parte de la práctica se debe asistir a numerosas y diversas actividades que se llevan a cabo dentro de la asociación, siendo uno de los objetivos alcanzar unas 250 horas en la misma. Entre las actividades se destacan realizar un Taller , que consiste en una serie de clases teóricas vivenciales en las que se introducen los principales fundamentos del enfoque Gestáltico. Asimismo, se concurre a las aperturas de la escuela de formación de posgrado. Se asisten a clases de casos clínicos dictadas por terapeutas de la asociación en las que se presentan casos puntuales en los que el profesional trabaja o ha trabajado. Se presencian supervisiones a terapeutas, entrevistas de admisión, reuniones de los departamentos de adicciones, de niñez, adolescencia y familia (NAF), de grupos y de parejas.

Se considera que el enfoque Gestáltico aporta un acercamiento hacia el ser distinto de lo conocido a lo largo de la cursada de la carrera de Psicología. Se presenta una asociación abierta a ser conocida que ofrece la posibilidad de una participación vivencial en toda actividad. El alumno que realiza este trabajo, elige centrarse en el rol del terapeuta en las entrevistas de admisión, enmarcadas dentro del Servicio de Asistencia a la Comunidad (SAC) que posee la Asociación.

El admisor es quien se encarga de entrevistar al paciente consultante que se acerca a la asociación y trae consigo un pedido de tratamiento. La tarea del admisor consiste en conocer la situación en la que se encuentra la persona y el problema actual, para luego realizar la derivación pertinente al profesional de la

4

asociación que forma parte del SAC. Se aclara que la creación del SAC tiene la finalidad de ofrecer psicoterapia tanto individual como grupal a niños,

adolescentes, adultos, adultos mayores, parejas, y familias, a cargo de psicólogos y psiquiatras de la institución con consultorios en Capital y en Gran Buenos Aires.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

1. Analizar el rol del terapeuta en la entrevista de admisión desde un enfoque gestáltico

2.2. Objetivos específicos

1. Describir cuáles son las metas y objetivos del terapeuta en la entrevista de admisión en la asociación elegida.
2. Describir la relación dialogal Yo-Tu que se genera entre paciente consultante y terapeuta.
3. Describir la aplicación del concepto de Aquí y Ahora en la entrevista de admisión en la institución elegida.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Introducción a la terapia gestáltica

La terapia Gestáltica es una terapia fenomenológica - existencial fundada por Frederick y Laura Perls en la década de los cuarenta. Enseña a terapeutas y pacientes el método fenomenológico del *darse cuenta*, en el cual percibir, sentir y actuar es distinto a interpretar y repetir actitudes preexistentes (Yontef, 1995). Al poseer un enfoque existencial significa que no se ocupa únicamente de tratar síntomas o estructuras de carácter, sino que más bien de la existencia total de la persona (Perls, 1982).

5

La Terapia Gestáltica es un válido abordaje terapéutico y una filosofía de vida que prima la conciencia, la propia responsabilidad a lo largo de los procesos y la fe en la sabiduría intrínseca del organismo (Bassán, s.f.). La misma es una corriente que pertenece a la psicología Humanista y considera que la persona

posee los medios suficientes y necesarios para vivir felizmente (Ruiz de la Rosa, s.f.). Se destaca que la Psicología Humanista nace en la década de los cincuenta como una tercera fuerza influida por la corriente existencialista y hace responsable al hombre de su desarrollo y sus elecciones (Ginger & Ginger, 1993). Precisamente, la terapia Gestáltica busca la felicidad de los seres humanos, aceptando a la persona sin juicios ni valoraciones, honrando el proceso y el ritmo de cada uno (Ruiz de la Rosa, s.f.). Entonces, se trata de acompañar a la persona y de no empujarla (Ruiz de la Rosa, s.f.).

3.2. Raíces históricas y filosóficas de la terapia Gestáltica

Las bases filosóficas de este tipo de terapia necesariamente remiten a aquéllas en que pudo inspirarse Fritz Perls (Bassan, s.f.). Por consiguiente, resulta de importancia explicitar en qué coordenadas filosóficas o metateóricas se mueve el enfoque gestáltico a la hora de trabajar en terapia (Institut Gestalt, 2007).

A nivel de corrientes de pensamiento que están en el fondo de la emergencia de la Terapia Gestáltica, se encuentra el Psicoanálisis, en particular el

de disidentes como Otto Rank, Horney, Reich y Fromm (Tárrega, 2008).

Específica importancia ejerce en Fritz Perls como terapeuta, Wilhelm Reich, que

ha de otorgarle inteligencia y agudeza en su consciencia del valor del cuerpo como factor de anclaje y expresión de los conflictos neuróticos (Bassán, s.f.).

Perls, que se forma como psicoanalista y ejerce veinte años como tal, funda el Instituto Sudafricano de Psicoanálisis (Peñarrubia, 1998).

Basándose en la teoría del Psicoanálisis, Perls considera que la *neurosis* es producto de Gestalts inacabadas, que significa la no satisfacción total o interrumpida de las necesidades (Ginger & Ginger, 1993). Se añade que en

referencia a la utilidad y al concepto del inconsciente de Freud, Fritz Perls habla

de *no consciente* en ese momento, interesándose en lo que el paciente siente o

6

sabe de él mismo, prefiriendo la observación de lo que surge en la superficie (Ginger & Ginger, 1993). Asimismo en relación a la función de la *transferencia* como motor de cura en la psicoterapia, el terapeuta gestáltico posee una actitud

activa que le devuelve al paciente sus proyecciones, le confronta con su ceguera

actual en la relación terapéutica y le apoya en su espontaneidad (Peñarrubia, 1998).

La palabra *Gestalt* se refiere a un conjunto, un patrón, una configuración, una forma cohesiva que no se puede partir sin destruirla (Latner, 1994). También

significa forma, figura, configuración, estructura y deriva sus principios de la Psicología de la Forma que es una Psicología de la percepción (Allerand, 2000).

En concordancia con los inicios psicoanalíticos de Fritz Perls, Laura su mujer, es quien lo contacta con la escuela de la Psicología de la Forma (Bassán,

s.f.). La Psicología de la Forma, se ocupa en sus orígenes de analizar las leyes de

la percepción humana y la dinámica entre la *figura y fondo*: considerando el campo

perceptivo como una interrelación de fuerzas, se ve cómo del campo del fondo emerge una fuerza que tiende a ponerse de relieve hasta que ocupa el primer plano, la figura (Peñarrubia, 1998). Esta figura y su fondo forman una composición

o configuración a la que se llama Gestalt (Peñarrubia, 1998).

La terapia Gestáltica se ve influenciada por la filosofía existencial, que se remonta a Kierkegaard (1813-1855) y a Nietzsche (1844-1900) y entiende al ser

humano como un *ser en situación* y un *ser en el mundo*. Le da valor a la existencia

en sí misma y por sí misma y expresa que la responsabilidad y la libertad hacen

posibles la dignidad humana. (Peñarrubia, 1998). La filosofía existencial no toma

respuestas eternamente válidas sobre el sentido de la vida, sino cuestionamientos

continuos del ser humano sobre su soledad y su angustia en su autodevenir

(Peñarrubia, 1998). Según Perls, “la filosofía existencial exige que uno tome la responsabilidad de su propia existencia” (como se cita en Bassán, s.f.).

La terapia Gestáltica es un tratamiento basado en la filosofía existencial, que se ocupa del hombre en tanto fuerza finita que obra por su cuenta y riesgo en

relación consigo mismo, con los demás y con las cosas (Baranchuk, 1996).

Acentúa la responsabilidad del paciente, instrumentando al terapeuta para

7

enfrentarlo desde una actitud centrada en las posibilidades y deseos de cambios

del paciente (Schnake, 2003). El terapeuta existencial estima que los determinantes primordiales de la conducta están dentro de la persona, y por ende

se centra en los sucesos internos o mundo de experiencia interno del paciente más que en las habilidades del terapeuta (Kepner y Brien, 2008).

La *fenomenología* es utilizada como método y lenguaje para entender la cambiante naturaleza de la experiencia humana (Zinker, 2003). Una

representación de la conciencia es fenomenológica puesto que trata directamente

con los eventos – fenómenos, tal y como se experimentan e interpretan, en lugar

de centrarse en las estructuras anatómicas, los procesos neuroquímicos o los propósitos inconscientes que hacen posibles estos eventos (Csikszentmihalyi, 1998).

La fenomenología, para los propósitos de la terapia Gestáltica, no es una

metodología empírica ni tampoco una postura teórica (Muller-Granzotto & Muller-

Granzotto, 2009). Yontef, Serge y Anne Ginger (2009) afirman que la Terapia Gestáltica tomó de la fenomenología la importancia de describir antes que explicar, y que lo esencial es la vivencia inmediata, tal como es percibida o sentida

corporalmente – incluso imaginada, junto al proceso que se está desarrollando aquí y ahora (como se cita en Muller-Granzotto & Muller-Granzotto, 2009). Se trata

de una observación que consiste en poner el acento en los mensajes evidentes por sí mismos que se reciben a través de los órganos de los propios sentidos (Perls, 2008).

Jan Smuts influye en la terapia Gestáltica con el concepto de *holismo*, entendido como la no diferenciación estructural entre mente y cuerpo y la concepción de la persona como una unidad (Institut Gestalt, 2007). La noción de

Smuts es una reacción contra el principio causa-efecto y contra una idea de evolución basada en el desarrollo de lo ya dado y por lo tanto predeterminada (Peñarrubia, 1998). El concepto alude a que no se trata que hayan enfermedades

de la cabeza o mentales, enfermedades del corazón o emocionales ni enfermedades orgánicas o corporales, sino que hay una perturbación o

8

desequilibrio de la persona como totalidad, expresada en funciones o niveles distintos (Institut Gestalt, 2007).

Se ha precisado con anterioridad que la terapia Gestáltica toma conceptos de varias filosofías, como las orientales (Ginger & Ginger, 1993). En los principios

taoístas de integración de opuestos –*Ying y Yang*– en compañía de la atención enfocada en el presente, y el valor del vacío, propia del *Zen*, encuentra Fritz Perls

una confirmación de una dirección anteriormente establecida por él (Bassan, s.f.).

Del *taoísmo* toma la no intervención en el curso de las cosas, el permitir la

expresión libre y espontánea junto al vivir en el *aquí y el ahora* (Ginger & Ginger, 1993). Se considera a la aceptación de sí mismo como movilizador del cambio, junto al flujo constante de construcción y destrucción de Gestalts (Ginger & Ginger, 1993). Con el *tantrismo* comparte la búsqueda de la iluminación, el uso de símbolos, la utilización de los sentidos como comunicación del ser, y la relación del ser humano con el mundo exterior (Ginger & Ginger, 1993). Del Zen también comparte la idea de que cada quien experimenta en sí mismo y no puede conocer sino a través de su propia experiencia, junto a la aceptación de la realidad sea esta buena o mala (Ginger & Ginger, 1993). Se agrega que la terapia gestáltica enfatiza el continuum del darse cuenta propio y del mundo, como una forma (*Tao*)

de vivir y realzar la propia experiencia (Yontef, 1995).

Entre las influencias de Fritz Perls se encuentra el trabajo de Jakob Levy Moreno y sus técnicas teatrales, psicodramáticas y expresivas (Institut Gestalt, 2007). Moreno es el creador del *psicodrama*, técnica que se basa en la expresión espontánea y dramática de sentimientos (Peñarrubia, 1998). En relación con la terapia Gestáltica, ambos métodos comparten el sustrato filosófico fenomenológico, una relación terapéutica igualitaria auténtica basada en el aquí y ahora y la importancia de la movilización corporal, así como la espontaneidad y la creatividad (Peñarrubia, 1998). A su vez, ambas exploran las emociones no expresadas a través de la actualización de la escena o la situación pendiente y subrayan el uso del grupo como contraste, confrontación o ampliación de la conciencia del protagonista (Peñarrubia, 1998).

9

La filosofía polar de Friedlaender constituye un fundamento básico y central en el desarrollo del enfoque terapéutico Gestáltico (Naranjo, 2002). Con su idea

del pensamiento diferencial y su concepto de *indiferencia creativa*, Friedlaender se

refiere al comportamiento humano como un proceso de equilibrio entre dos polos

opuestos (Tárrega, 2008). En terapia gestáltica se coloca el acento en el proceso

de centración, en la conciliación de los opuestos para que no sigan desperdiciando

energía en una lucha estéril y puedan unirse en una combinación e interacción productivas (Perls, 2008)

El concepto de *polaridades* consiste en la existencia de pares de opuestos que se encuentran profundamente arraigados en el funcionamiento del organismo

y que interaccionan entre sí en un proceso dialéctico (Latner, 1994). Según Latner

(1994), en la terapia Gestáltica las dualidades no son contradicciones irreconciliables, sino distinciones que serán integradas en el proceso de la formación de la Gestalt y en su destrucción. Si los dos aspectos dentro de uno se

comunican y están en contacto tenemos una personalidad integrada, es decir, alguien que hace lo que quiere, que sabe qué necesita, y cuya acción está conectada con su necesidad profunda (Allerand, 2000). En terapia Gestáltica se

entiende que la persona es un todo que no se puede dividir y que en la pauta en

que se es capaz de asumir esos aspectos negados, el funcionamiento de cada uno será más sano (Ruiz de la Rosa, s.f.).

3.3. Conceptos más importantes de la terapia gestáltica

Un concepto importante proveniente de la Psicología de la Forma y utilizado en la terapia Gestáltica es el de figura-fondo (Latner, 1994). Como se ha introducido

previamente, al experimentar el medio visualmente uno elige un centro particular

de interés que se destaca respecto de un fondo difuso (Zinker, 2003). El foco

sobresaliente de la atención y la actividad se llama figura o Gestalt, y lo que no forma parte de este foco o el ambiente sin diferenciar, se llama fondo o campo (Latner, 1994). El concepto de figura-fondo es una polaridad: cuando uno hace de algo figura, el resto queda como fondo, y para tener una visión total es importante alternar las dos cosas, haber hecho figura-fondo, y fondo-figura (Allerand, 2000).

10

La relación figura-fondo es a la vez, dinámica (Ruiz de la Rosa, s.f.). Si la figura capta la atención del observador, la gestalt será definida, y el fondo tendrá escasa presencia (Ruiz de la Rosa, s.f.). La simplicidad del enfoque gestáltico está en que se pone atención en lo obvio, en aquello que primero salta a la vista (Perls, 1982).

Un ejemplo sería cuando alguien quiere dejar una carta y busca un buzón en la calle, entonces el buzón pasa a ser una figura que sobresale de un fondo indiferente de paisaje urbano (Ruiz de la Rosa, s.f.). Sin embargo, si la constelación figura-fondo se define meramente por la emoción del momento sin una conexión con *gestalten* (singular: gestalt) más amplias, su significado es limitado (Yontef, 1995).

Otro de los principios fundamentales utilizados en terapia Gestáltica es conocido con el nombre de *autorregulación del organismo*. Este principio da por sentado que los organismos van a hacer lo que puedan para regularse, acorde a sus capacidades y los recursos del ambiente (Latner, 1994). Latner (1994) afirma que el organismo hará lo posible con los recursos que dispone, tratándose del proceso de lograr, perder y volver a obtener el equilibrio biológico, siendo ésta una función que no garantiza la salud.

El concepto de autorregulación orgánica viene a decir que todo

organismo tiende a realizar sus posibilidades al máximo según sus necesidades, con el fin de atender a la necesidad más urgente (Tárrega, 2008). Cuando se satisface la necesidad del organismo, este retorna a un punto de equilibrio, hasta que una nueva necesidad provoca determinada tensión que rearma la percepción del entorno para satisfacerla y alcanzar un nuevo equilibrio dentro del ciclo permanente que caracteriza la vida (Bassan, s.f.). Las patologías y los padecimientos pasan a entenderse como equivocados y poco satisfactorios esfuerzos de organizarse y adaptarse a contextos difíciles (Institut Gestalt, 2007).

Por lo tanto, en terapia Gestáltica, el trabajo del terapeuta no consistirá tanto en extirpar lo patógeno, sino en buscar alternativas más creativas y saludables de organización que hagan innecesaria su emergencia (Institut Gestalt, 2007).

En relación al concepto de autorregulación orgánica, se considera que la terapia Gestáltica se funda en una teoría del proceso (Robine, 2005). El hacer

11

contacto es un proceso por el cual se comprende con todo el cuerpo, integrando lo

que uno siente con lo que piensa y lo que hace (Allerand, 2000). En terapia Gestáltica, el aspecto más presente del propio funcionamiento es la interaccióncontacto

con el entorno a modo de encontrar la conclusión de las necesidades de uno mismo. El *ciclo de contacto-retirada*, o ciclo de la gestalt, que sería el ciclo de

satisfacción de necesidades, entiende por tales no solo a las orgánicas, sino también las psicológicas y sociales (Ginger & Ginger, 1993). Diferentes autores distinguen diversas fases y niveles del ciclo para poder determinar donde se produce una interrupción o un bloqueo en el mismo que lo deje perturbado, provocando así algún tipo de pérdida de las funciones de uno mismo (Ginger & Ginger, 1993). Cabe destacar que favorecer el contacto es acceder a que la

energía fluya libremente, dejando que el cuerpo integre la experiencia y reorganice

la propia actitud interna, creciendo, cambiando y desarrollándose (Allerand, 2000).

Las fases del ciclo son el pre-contacto, la toma de contacto, el pleno contacto y el pos-contacto (Ginger & Ginger, 1993). El ciclo incluye una fase de sensación que es la información cruda de la experiencia, el fondo desde el cual se

comienza a organizar el propio funcionamiento. El contacto o la toma de contacto

es una fase activa, el proceso de enfrentar el medio, el proceso de la formación de

la figura (Ginger & Ginger, 1993). El pleno contacto es la fase de indiferenciación

entre el individuo y el medio, y el pos-contacto o retirada, es la fase de asimilación,

de la integración del aprendizaje en la interacción (Ginger & Ginger, 1993). La dificultad surge cuando hay fases que se saltan o se bloquean, cuando las necesidades no pueden resolverse y hay una falta de conclusión manifiesta, formando la base de una autorregulación orgánica deficiente (Robine, 2005).

El *darse cuenta* es la facultad que tiene cada persona para percibir lo que está sucediendo, aquí y ahora, dentro de sí mismo y del mundo que le rodea (Bassan, s.f.). Apunta a la integración de lo emocional, lo afectivo, lo corporal, con

lo ideativo, lo mental y lo cognitivo, por ello en un principio se denominó a la terapia gestáltica como “terapia integrativa” (Allerand, 2000). Darse cuenta es en

sí mismo un proceso curativo pero no es algo que aparece, sino algo a lo que hay

que prestarle atención y eso conlleva un tiempo (Allerand, 2000).

12

Darse cuenta implica conocer el ambiente, responsabilizarse por la opción, auto-conocerse, auto-aceptarse y poder contactar (Yontef, 1995). En terapia, el

objetivo es que los pacientes se den cuenta de lo que están haciendo, cómo lo están haciendo y cómo pueden cambiar, y al mismo tiempo aprendan a aceptarse

y valorarse a sí mismos (Yontef, 1995). Esta es una de las bases de la terapia Gestáltica: lo mejor para las personas es ser lo que les es intrínseco. Ser humano

es vivir de acuerdo con estas estructuras que son nuestras mismas cualidades humanas (Latner, 1994).

Desde la perspectiva de la Terapia Gestáltica se dice que la apertura de uno a enterarse de sí y de su mundo, y la tarea de responsabilizarse de sus actos, lleva a la sanación (Nadal, 1999). La plena identificación con uno mismo puede lograrse si uno está dispuesto a asumir plena responsabilidad por sí mismo, por sus acciones, sentimientos, pensamientos, y si deja de mezclar responsabilidad con obligación (Perls, 2008). Cuando las personas confunden la responsabilidad

con la culpa y los deberías, se presionan y se manipulan a sí mismas, pero no están integradas y no son espontáneas (Yontef, 1995). Por ello los terapeutas gestálticos creen que es importante que las personas tomen responsabilidad sobre

lo que eligen hacer, y ayudan a los pacientes a descubrir qué es moral de acuerdo

a sus propias opciones y valores (Yontef, 1995).

3.3.1. El concepto de Aquí y Ahora

Este concepto es de particular importancia para este trabajo ya que se corresponde a lo que se desarrollará siguiendo al tercer objetivo específico:

La *presentidad* aparece como un ideal, un símbolo de vida óptima, afín a la descrita por los sabios orientales, los filósofos occidentales y poetas.

Representa

la aceptación de las propias experiencias, de la bondad del mundo, y de la imposibilidad de vivir de otra manera que en el *aquí y ahora* (Fagan & Shepherd, 2008).

En terapia gestáltica, terapeuta y paciente hablan el mismo lenguaje, el lenguaje de la centralidad del presente, enfatizando la experiencia directa de

ambos (Yontef, 1995). El aquí y ahora representan una experiencia altamente
13

personal anclada en lo sensorial, que se tiene en este momento del tiempo y en este sitio donde uno está (Zinker, 2003).

La terapia gestáltica, más que cualquier otra, enfatiza que todo lo que existe está aquí y ahora, y que la experiencia es más confiable que la interpretación (Yontef, 1995). Al aceptar lo que somos aquí y ahora, nos hacemos responsables

de lo que somos (Naranjo, 2002). Es así que, somos infantiles porque tenemos miedo de asumir responsabilidad en el ahora (Perls, 2008).

Según Perls (2008), únicamente el ahora existe, el pasado ya no está y el futuro no ha llegado todavía. Toda terapia puede llevarse a cabo únicamente en el

ahora, y la técnica que nos permite comprender el ahora y permanecer en él es el

continuo de la conciencia, por el cual se descubre y se toma cabal conciencia de

cada experiencia real (Perls, 2008).

En terapia gestáltica, al experimentar el aburrimiento o temor en el presente, se descubrirá qué es lo que se trató de evitar y se utilizará en mayor medida la propia capacidad potencial (Fagan & Shepherd, 2008).

3.3.2. Relación dialogal Yo-Tú

Este concepto es relevante para el presente trabajo, debido a que se corresponde con el segundo objetivo específico:

En terapia Gestáltica se postula un modelo de relación basada en el encuentro existencial yo-tú, en el que terapeuta y paciente participan activamente

creando en conjunto y comprometidos en el proceso, más allá de la diferenciación

entre sujeto agente y sujeto paciente (Institut Gestalt, 2007). Marín Buber introduce el *Yo-Tú*, que fundamenta la relación particular llamada dialógica, donde

no hay intencionalidad ni relación sujeto-objeto, sino presencia cara a cara (Peñarrubia, 1998). Su enfoque dialógico influyó en Fritz Perls a la hora de

sustituir el vínculo transferencial psicoanalítico por el encuentro dialógico, el contacto y la relación puntual (Peñarrubia, 1998).

La relación Yo-Tú es un encuentro sin finalidad, sin codicia y sin preconcepto (Peñarrubia, 1998). El terapeuta gestáltico dice lo que piensa y estimula al paciente para que haga lo mismo de manera auténtica y responsable

14

(Yontef, 1995). Se trata de vivenciar a la persona tal cual es, mostrando el verdadero sí mismo y compartiendo el darse cuenta fenomenológico (Yontef, 1995). En este tipo de encuentro, cada persona tiene la oportunidad de descubrirse en profundidad a sí mismo sin una manipulación de parte del otro y ambos son catalizadores recíprocos del crecimiento en libertad (Peñarrubia, 1998).

El diálogo existencial es parte valiosa de la metodología de la terapia gestáltica, y una manifestación de la perspectiva existencial en la relación (Yontef,

1995). Relación es reciprocidad, es lo que se encuentra al principio, y toda vida verdadera es encuentro (Buber, 1984). Según Buber, "La palabra básica Yo-Tú funda el mundo de la relación" (Buber, 1984).

3.4. Proceso Terapéutico en la terapia gestáltica

3.4.1. Salud-enfermedad

La salud equivale a la capacidad de hacer contacto, con lo externo y con lo interno para así conocer la realidad (Ruiz de la Rosa, s.f.). Esta capacidad se basa

en la noción de autorregulación del organismo, introducida previamente, que refiere a cualquier organismo sano como capaz de detectar la necesidad dominante y movilizarse para satisfacerla (Institut Gestalt, 2007). Adquirir un ritmo

de contacto-retirada pleno, fluido y adecuado con el entorno, siendo consciente de

la necesidad dominante del mismo, resulta un criterio de salud para la terapia Gestáltica (Rams, s.f.). La salud también es aceptación e integración de lo que uno es, de los sentimientos, pensamientos y conductas, aunque a veces sean

contradictorios (Ruiz de la Rosa, s.f.). Por último, la salud supone la posibilidad de ampliar los propios medios en vez de reiterar aquello que se ha aprendido con anterioridad (Ruiz de la Rosa, s.f.).

A su vez, la terapia Gestáltica analiza como las personas se interrumpen y se tornan reacias al contacto, perdiendo espontaneidad, capacidad de expresión,

vitalidad, acumulando así asuntos inconclusos (Institut Gestalt, 2007). El precio de

querer ahorrarse la atención constante, de querer evitarse el estar presente en el

aquí y ahora de lo que uno experimenta, suele ser la interrupción del contacto, el

15

austentarse (Rams, s.f.). Al no haber un buen contacto con el mundo interno o externo y se niegan características o aspectos personales, teniendo un comportamiento repetitivo y rígido frente al proceder sano que posee mayor creatividad y flexibilidad, aparece la enfermedad (Ruiz de la Rosa, s.f.). Según Rams, (s.f.), “la consiguiente victoria del automatismo egoico sobre el verdadero

estar, carga de malestar o enfermedad”.

3.4.2. Los objetivos de la terapia Gestáltica

Todo método psicoterapéutico tiene como objetivo la consecución de un cambio que lleve a una mejor calidad de vida (Nadal, 1999). En terapia gestáltica

los objetivos son que el paciente aprenda a darse cuenta de aquello que hace y cómo lo hace (*auto-responsabilidad*), y que pueda pasar del apoyo externo al *auto-apoyo* (Ruiz de la Rosa, s.f.). Asimismo apunta a que el paciente logre la mayor integración posible, y fomenta en él una actitud activa de responsabilidad

que le habilite a aprender a registrar sus comportamientos y a experimentar otros

nuevos (Ruiz de la Rosa, s.f.).

Según Allerand (2000), el objetivo terapéutico de la psicoterapia Gestáltica

es restablecer la función de contacto a través de percibir sus soportes y estableciendo claros límites. Así, la apertura de uno a enterarse de sí y de su mundo, y la tarea de responsabilizarse de sus actos, lleva a la sanación (Nadal, 1999). Según Zinker (2003), el objetivo de la terapia Gestáltica es relativamente simple: toda persona debe ser consciente de sus necesidades, obrar con arreglo a ellas, y utilizar sus aptitudes y recursos para insertarse en el medio para lograr de éste lo que necesita (Zinker, 2003).

3.4.3. Búsqueda e inicio del proceso

Cuando alguien acude a terapia anda en busca de algo que no tiene o que le sobra en su vida (Nadal, 1999). El o la paciente ha reconocido actitudes sintomáticas que le molestan: accesos de cólera incontrolables, dificultades en la relación con los demás, problemas de pareja o de familia, crisis de angustia, obsesiones, enfermedades psicosomáticas, insatisfacción persistente, y más (Nadal, 2003). Se puede decir que el *síntoma* es una manipulación hacia uno mismo y hacia los demás, que sustituye la respuesta espontánea, no programada, de quien lo produce (Nadal, 1998).

Las primeras consultas generalmente traen de parte del que consulta un pedido de auxilio, un llamado al otro y el percatarse de no poder: aquello con lo que antes la persona podía, ya no puede (Díaz Benito, 2007). La persona busca allí la posibilidad de experimentar emociones, estados anímicos o situaciones que no consigue, como tranquilidad, vitalidad y autoestima y una mayor capacidad de decisión, de reconocimiento y de sentido a su vida (Nadal, 1999).

3.4.4. Relación terapéutica

La relación entre terapeuta y paciente es el aspecto más importante de la psicoterapia (Yontef, 1995). Se entiende a la misma como determinante para el éxito o el fracaso del tratamiento (Nadal, 2003). Se define en su esencia por

la igualdad de valor de ambos y en su función por la asunción de roles diferenciados (Institut Gestalt, 2007).

Resulta clarificador encuadrar la relación terapéutica como una de ayuda comprendiendo que, como tal, tiene el propósito de facilitar la maduración y el desarrollo de la persona con la que se trabaja (Nadal, 2003). Según Baranchuk (1996), el encuentro entre paciente y terapeuta constituye un acto de amor y crecimiento y también es una lucha que se libra en un campo al cual ambos acuden unidos de las herramientas que les son propias.

La actitud más expresada en la actividad del terapeuta gestáltico es un desprecio por las explicaciones, intervenciones, justificaciones y la actividad conceptual en general (Naranjo, 2002). Le da más valor a la acción que a las palabras, a la experiencia más que a los pensamientos, al proceso vivo de la interacción terapéutica y al cambio interno resultante de ella más que a las creencias influyentes (Naranjo, 2002). Mientras que la mayoría de las demás formas terapia analizan, la diferencia esencial está en que la terapia gestáltica integra (Perls, 1982).

17

3.5. Entrevista de Admisión y derivación

3.5.1. La entrevista en psicología

La entrevista clínica es uno de los pasos técnicos a dar en la toma de contacto con una persona que dice desear ser ayudada, por iniciativa propia o instancias de otros, que es llevada a cabo por un psiquiatra o un psicólogo con la

finalidad de arribar a un diagnóstico de síntesis, al pronóstico y a la orientación terapéutica (Rolla, 1981). La entrevista es un instrumento fundamental del método

clínico y es, por lo tanto, una técnica de investigación científica de la psicología (Bleger, 1985). Implica una relación directa entre dos o más personas, que entrafia

una vía de comunicación simbólica, objetivos prefijados y conocidos, al menos por

el entrevistador, así como una asignación de roles que significa un control de la situación por parte de aquél (Acuña 2001).

Desde un punto de vista semántico, entrevista quiere decir encuentro y

conferencia de dos o más personas en un lugar convenido para tratar un asunto

que puede estar previamente o no definido (Rolla, 1981). Así, la entrevista funciona como una circunstancia en la que una parte de la vida del paciente es observada, que se desarrolla en relación al terapeuta y frente al terapeuta (Bleger,

1985). Precisa llegar finalmente a un diagnóstico certero de lo comprensible, al pronóstico dependiente de ello, y a la variable técnica que habrá de sugerir (Rolla, 1981).

La teoría de la entrevista ha sido influida por conocimientos derivados de la terapia Gestáltica, que ha brindado el entendimiento de la entrevista como una totalidad siendo el entrevistador uno de sus integrantes, considerando su comportamiento como uno de los elementos que forman parte de la totalidad (Bleger, 1985). En otras palabras, una entrevista clínica psicológica es una situación de campo en la cual interactúan múltiples elementos, vectores y factores

determinantes e intervinientes (Rolla, 1981).

3.5.2. Tipos de entrevista

18

Según Albajari (1996), se pueden diferenciar tres tipos fundamentales de entrevistas: La abierta o libre, la cerrada o dirigida y la semi-estructurada o semidirigida.

La primera se caracteriza por ser abierta a la conducta del entrevistado, quien tiene la libertad sobre la dirección del discurso, y también al entrevistador,

quien puede intervenir respetando el campo determinado por el entrevistado (Acuña, 2001). Aquí, el entrevistador posee amplia libertad en sus intervenciones

y en sus preguntas, y se permite la flexibilidad que considera adecuada en cada

caso específico (Bleger, 1985).

La entrevista cerrada, por el contrario, consiste en una serie de preguntas pre-elaboradas para aplicar una serie de respuestas precisas, y se basa en

importancia de la observación fenoménica de la conducta (Acuña, 2001). Como se menciona, cada pregunta ha sido prevista, tanto en su orden como manera de plantearse, y el entrevistador no puede modificar ninguna de estas distribuciones (Bleger, 1985).

Se debe subrayar que en el caso de la entrevista abierta, la libertad del entrevistador consiste en ser maleable, lo suficientemente como para consentir en la mayor medida posible que el sujeto entrevistado conforme el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular (Bleger, 1985). Según Bohoslavsky (1999), una entrevista es abierta cuando el entrevistador se limita a recoger todas las manifestaciones del entrevistado, en tanto que es cerrada, si el entrevistador conduce la entrevista de modo tal que predetermina las posibles opciones entre las cuales el entrevistado elegirá la conducta a expresar. Asimismo, la entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la naturaleza de la persona, mientras que la cerrada permite una mejor comparación sistemática de datos, como otras virtudes propias de un método estandarizado (Bleger, 1985).

La entrevista semi-estructurada es una modalidad que alterna secuencias no directivas que permiten que el entrevistado se exprese libremente, y secuencias directivas, en las que las intervenciones tienen como finalidad esclarecer algunos puntos que han quedado confusos o que no fueron referidos por el entrevistado (Albajari, 1996). La conducción de la entrevista es flexible y el entrevistador puede modificar la pregunta propuesta tanto como lo desea conveniente para recabar la información necesaria, por lo que su participación en

la integración diagnóstica es elevada (De La Peña et al., 1998)

La entrevista inicial dentro de un proceso psicodiagnóstico se caracteriza por ser semi-estructurada, esto implica que el campo psicológico que configuran el

entrevistador y el entrevistado se estructurará en función de las variables y parámetros señalados por este último. Según Albajari (1996), lo que diferencia a la

entrevista semi-estructurada de la entrevista libre o abierta, es que la primera implica mayor intervención por parte del entrevistador. Asimismo esta técnica se

adopta para preguntar sobre aquellos aspectos que el sujeto no respondió de manera espontánea y que son importantes para el trabajo del terapeuta, como por

ejemplo la “historia” del síntoma en ese contexto familiar (Albajari, 1996). Se añade que en un proceso psicodiagnóstico, los diferentes tipos de entrevistas se

complementan entre sí, priorizando alguna de ellas según el objetivo y el momento

del proceso evaluativo (Albajari, 1996).

3.5.3. La entrevista clínica de admisión

Es necesario destacar que los conceptos que se desarrollarán de aquí hasta el final del marco teórico son de particular importancia, ya que conciernen al

primer objetivo específico del presente trabajo.

3.5.3.1. Objetivo de la entrevista de admisión

La entrevista de admisión es el encuentro entre un consultante y un profesional con el fin de llegar a un acuerdo acerca de cuál será el camino más apropiado a seguir para mejorar la situación que motiva la consulta (Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.). Según Torres Millayes (2007), la entrevista de admisión es el punto de entrada del paciente en búsqueda de ayuda del profesional de salud mental. Los tres objetivos básicos consisten en conocer el problema, la persona y la situación tal cual fue presentada por el cliente al entrevistador (Torres Millayes, 2007). Es objetivo también de este proceso señalar

a qué estructura subjetiva pertenece el discurso en juego, para poder hacer en la

20

medida posible un diagnóstico (Felman ,2008). En referencia al admisor, uno de

los objetivos es el de evaluar si la persona que consulta está en el momento y lugar preciso y oportuno para iniciar un tratamiento, ubicando aquello que desencadenó el pedido de consulta en ese momento particular (Felman, 2008).

3.5.3.2. Proceso de admisión

Se puede hablar de un proceso de admisión porque una entrevista para evaluar las condiciones puede no ser suficiente, y en ese caso se podrá permitir

un nuevo encuentro, siendo este diferente a la primera entrevista del tratamiento

(Felman, 2008). Es importante destacar que el psicólogo admisor no será quien conducirá el tratamiento, por lo tanto resulta significativo ubicar ciertos límites en

su decir, interrogando el discurso del paciente con cierta mesura, considerando que la entrevista de admisión consta de un encuentro o dos, y el tratamiento en sí

mismo estará a cargo de otro profesional psicólogo (Díaz Benito, 2007). Estas primeras entrevistas entonces consisten en tratar de brindarle un lugar y un espacio al paciente, en donde el mismo pueda alojarse respecto de lo que le pasa

(Díaz Benito, 2007). En la etapa final del proceso, el admisor debe poder conocer

la índole exacta del problema, el modo en que se ha producido, un recurso terapéutico apropiado y un terapeuta capacitado para poner en marcha el proceso

(Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.).

3.5.3.3. Elementos y dinámica de la entrevista de admisión

En el presente apartado, se introducen los conceptos de admisor o entrevistador, consultante o entrevistado, encuadre, transferencia, contratransferencia,

transparencia, diagnóstico y derivación. Estos son elementos que forman parte e interactúan dinámicamente en la entrevista de admisión. Si bien se puede pensar el campo de la entrevista en forma dinámica y no estática, los constantes cambios observados permiten construir hipótesis acerca del entrevistado, por lo que es necesaria una cierta sistematización de los elementos a tener en cuenta en el estudio de la misma (Albajari, 1996)

21

Las primeras entrevistas son realizadas por los profesionales más calificados para organizar gran cantidad de datos de una manera eficaz (Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.). Algo sucede o ha sucedido por lo que aquello con lo que el entrevistado siempre pudo, no pueda arreglárselas más, se puede pensar entonces que un analista en la instancia de admisión intenta ubicar las coordenadas de ese desencadenamiento (Díaz Benito, 2007). Los admisores conforman un equipo que se especializa en primeras entrevistas y trabaja permanentemente en aunar criterios acerca de cómo conducirlas, haciendo posible homogeneizar la entrada de los consultantes al sistema asistencial (Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.). Los admisores pueden ser también los directores y/o coordinadores de toda la tarea profesional, de modo que conocen también los aspectos de la personalidad de los terapeutas que puedan adecuarse mejor a cada consultante (Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.). La admisión en sí misma es una circunstancia en la cual se ofrece una escucha desde el primer momento, y la decisión que proviene del admisor se relaciona con esa escucha en particular (Díaz Benito, 2007). Escuchar a otra persona es centrarse en cómo se le oye, en el ritmo y la entonación de su voz, no solo las palabras (Van Dusen, 1977). El admisor debe guiarse no solo por el lenguaje verbal sino también por el gestual, el corporal, ya que informa sobre la

vida del paciente y puede entrar en contradicción con el lenguaje manifiesto, con

el lenguaje inconsciente (Albajari, 1996).

El trabajo del terapeuta en función de admisor es el de buscar al sujeto entre sus dichos sin privarse de la escucha, sin embargo se abstiene de ponerlos

a trabajar (Díaz Benito, 2007). Se destaca que intervenir no es hablar constantemente, no es preguntar todo, ya que el silencio puede ser por momentos

una intervención adecuada (Felman, 2008). Entonces, la actitud que resulta más

productiva es la de una relajada curiosidad que observa cada detalle de la otra persona, el partir de la base de que cada detalle es importante y el estar abierto a

modificar las impresiones cuando surgen otras (Van Dusen, 1977).

El consultante es quien se aproxima con un padecer o con un pedido a qué hacer con aquello que trae, porque no puede resolverlas de manera autónoma 22

(Felman, 2008). En otras palabras, el paciente consultante acude al encuentro porque presenta un conjunto de preocupaciones, una situación problema, que lo

motiva a emprender una consulta psicológica (Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.).

Es valioso conocer qué desencadenó el pedido de tratamiento, los antecedentes del presente estado, sus intenciones y expectativas, el lugar que le

otorga y lo que considera que el tratamiento le pueda ofrecer, ya que el modo en

que el consultante hace la demanda significa algo de la propia singularidad (Díaz

Benito, 2007). Se espera que aquel que realiza la consulta pueda convertirse en

paciente, sin embargo no siempre pasa (Felman, 2008). Felman (2008) afirma

que: “A veces la persona no posee ningún contacto previo con el ámbito *psi* y eso

lo dificulta, o puede pasar que haya cuestiones inherentes a lo estructural que lo

impidan”.

En la entrevista de admisión, se debe contar con un *encuadre* fijo, que consiste en una transformación de cierto conjunto de variables en constantes (Bleger, 1985). Básicamente, encuadrar una entrevista consiste en establecer dos

parámetros: el tiempo y el lugar, y prescribir los roles y objetivos (Bohoslavsky, 1999). Si los roles, el tiempo, el lugar y los objetivos no están establecidos de antemano, la conducta del entrevistado asume un carácter caótico e

incomprensible para el entrevistador (Bohoslavsky, 1999). Por lo tanto, el encuadre funciona como una especie de estandarización de la situación estímulo

que se ofrece al entrevistador, y con ello se pretende no que deje de actuar como

un estímulo para él, sino que deje de oscilar como variable para el entrevistador

(Bleger, 1985).

Dentro del proceso de la entrevista intervienen mecanismos o

determinantes inconscientes, como por ejemplo los llamados fenómenos transferenciales y contra-transferenciales, que servirán para lograr un mejor

abordaje de la relación personal (Albajari, 1996). La *transferencia* se refiere a que

el paciente va a transferir, trasladar y reeditar con el terapeuta formas de relación

vividas con sus progenitores y personas significativas de su infancia (Nadal, 2003).

Según Freud, como se cita en Napolitano (s.f.), el fenómeno de la transferencia es

23

atribuido a la neurosis misma y consiste en desarrollar vinculaciones emocionales,

tanto afectuosas como hostiles hacia su terapeuta (Napolitano, s.f.). Otra acepción

similar subraya en la transferencia las actitudes afectivas que la persona entrevistada vivencia o actúa en relación con el entrevistador (Bleger, 1985).

En la *contra-transferencia* se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes, del campo psicológico que se configura en la entrevista (Bleger, 1985). Se trata de las respuestas del entrevistador a las

manifestaciones del entrevistado, el efecto que tienen sobre él, y dependen en alto

grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en

un momento dado de la entrevista es porque en ese momento hay factores que operan para que ello así suceda (Bleger, 1985).

Estos fenómenos de la transferencia y de la contra-transferencia ocurren en todas las relaciones, especialmente en los vínculos de relación de ayuda y con mayor intensidad cuando la situación del que es ayudado supone un alto grado de

vulnerabilidad (Nadal, 2003). La diferencia reside en que en la entrevista deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión (Bleger, 1985).

Desde la terapia Gestáltica, se introduce el concepto de *transparencia* y consiste en que el terapeuta le devuelve las emociones y proyecciones que el paciente deposita en él, para que éste se dé cuenta de lo que hace y de cómo lo

hace, acepte de sí eso que está transfiriendo en el otro y se responsabilice (Napolitano, s.f.). Asimismo, la opción de la terapia Gestáltica a la contratransferencia

es la de supervisarla, hacer uso de ella frente al paciente y transparentarse, siendo esta una de las más potentes intervenciones del terapeuta

(Nadal, 2003).

El *diagnóstico* es el proceso en el cual el terapeuta busca significado de la

de la estructura del carácter y de la personalidad de un paciente, distinguiendo las diferencias y similitudes de los patrones del mismo, al diseñar un enfoque de intervención basado en este conocimiento (Yontef, 1995). En el diagnóstico psicológico se llevan a cabo tareas tales como la exploración, medida o análisis de comportamientos o fenómenos psicológicos relativos a una persona o grupo de 24 personas, por medio de un proceso de averiguación y toma de decisiones (Lazcano Pizarro & Santa Cruz Ausin, 2006). Es así que se considera el diagnosticar como un trabajo, a la vez de discernimiento y de decisión, dado que mientras logra distinguir unas situaciones de otras en relación al paciente, está ya fijando una dirección predeterminada al trabajo psicoterapéutico (Napolitano, 2007).

La terapia Gestáltica utiliza el diagnóstico fenomenológico el cual intenta describir el particular modo de comportamiento y experiencia de un paciente y su relación con él mismo y con el mundo (Lazcano Pizarro & Santa Cruz Ausin, 2006). Desde una perspectiva fenomenológica, no hay una cultura o pauta absolutamente sana contra la cual juzgar individuos o culturas, sin embargo, se puede observar el funcionamiento de una persona y describirlo en términos que establezcan si hay claridad en el darse cuenta, contacto, límites, etc (Yontef, 1995).

El tema del diagnóstico en psicoterapia es habitualmente un punto polémico debido a que suele estar vinculada a propuestas teóricas definidas, por lo que establecer un diagnóstico significa, a menudo, pronunciarse por una línea o escuela psicoterapéutica en particular (Napolitano, 2007). Los detractores del diagnóstico fenomenológico centran sus críticas en el hecho de que la intuición no es más que un sentimiento que no puede describirse claramente, ni puede ser investigado científicamente (Lazcano Pizarro & Santa Cruz Ausin, 2006). Según

Fagan (2008), el término diagnóstico tiene la desventaja de evocar la analogía del modelo médico y de implicar que la finalidad del proceso es arribar a una clasificación de la enfermedad.

Por último, se entiende que la necesidad de realizar una entrevista de admisión radica en hacer frente al pedido de tratamiento y a valorar la necesidad

de cada consultante (Díaz Benito, 2007). Entonces, la entrevista de admisión tiene

el propósito de regular la derivación interna en una institución a los diferentes equipos que forman parte de la misma (como niñez, adolescencia y familia, pareja,

tercera edad, adicciones) por un lado, o la derivación externa a otra institución por

el otro (Díaz Benito, 2007). Como se ha mencionado, el objetivo del proceso de admisión es acercarse a una aproximación diagnóstica para pensar, no en la

orientación del tratamiento, sino en una derivación que lo posibilita (Acuña, 2001).

Asimismo, Albajari (1996) sostiene que la entrevista de admisión: “puede funcionar

como apertura resolutive, tratando que el consultante se posicione de manera diferente frente a los síntomas que motivaron la consulta”.

Hasta aquí se realizó una breve introducción a la Terapia Gestáltica. Se nombraron las Raíces Filosóficas e Históricas que influyeron a Fritz Perls al fundar

la terapia Gestáltica. Se mencionaron los conceptos importantes que forman parte

de la Terapia Gestáltica, destacando la relación dialógica Yo-Tú, y el concepto de

Aquí y Ahora, que forman parte del segundo y tercer objetivo específico de este trabajo. Luego, el Marco Teórico pasó a centrarse en el proceso en Terapia Gestáltica, teorizando la Entrevista de Admisión, su objetivo, dinámica, proceso,

entrevistado y admisor, diagnóstico, derivación y más. Todo lo relacionado a la Entrevista de Admisión se relaciona con el primer objetivo específico del presente trabajo.

En el siguiente punto se realizará una descripción de la metodología que se utilizará en el presente trabajo, para luego pasar al desarrollo, donde se llevará a cabo una articulación teórica-práctica de cada uno de los objetivos específicos planteados con anterioridad.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es descriptivo.

4.2. Participantes

En el presente trabajo participaron dos terapeutas Licenciadas en Psicología, de sexo femenino, las profesionales se desempeñan como admisoras dentro del Servicio de Asistencia a la Comunidad (SAC) de la institución elegida.

Asimismo, participaron nueve pacientes a ser admitidos en la asociación por cada una de las terapeutas. Dichos pacientes fueron adultos de ambos sexos, habían concertado una entrevista de admisión con anterioridad. Los nombres que se utilizan en este trabajo para los pacientes han sido cambiados para preservar su intimidad.

4.3. Instrumentos

Se utilizó la técnica de observación no participante en las entrevistas de admisión a modo de instrumento para recabar los datos. Asimismo, se empleó una entrevista semi-estructurada a las admisoras que indaga sobre las siguientes áreas :

- Metas y objetivos del terapeuta en la entrevista de admisión.

- La relación dialógica Yo-Tú que se genera en la entrevista.
- El concepto de Aquí y Ahora y su aplicación en la entrevista de admisión.
- Características de la entrevista de admisión.

Se adjuntan las dos entrevistas en el Anexo.

4.4. Procedimiento

Se concurrió a las entrevistas de admisión en condición de observador no participante. Cada entrevista tuvo una duración de 20 a 30 minutos, en la que se

encontraban la admisoras, el paciente y el autor del presente trabajo. Se presenciaron nueve entrevistas con cada una de las admisoras. En ellas, se registraron los hechos significativos en relación a las entrevistas. Al concluir las nueve entrevistas, se acordó una última reunión con las admisoras para entrevistarlas. Cada entrevista a las admisoras se llevó a cabo en el consultorio donde han ocurrido las admisiones, una vez finalizadas las mismas. Tuvieron una

duración aproximada de 20 minutos y las preguntas se formularon en función a los

objetivos establecidos. La participación de los pacientes fue voluntaria (se les informó a los entrevistados del rol del observador no participante y no tuvieron

27

objeción) y la información recabada se utilizó para describir las características mencionadas en los objetivos.

5. DESARROLLO

5.1. Descripción de contexto físico y momentos previos de la entrevista de admisión

La observación no participante se realizó en el Servicio de Atención Comunitaria. Según la admisora G:

Graciela continúa describiendo que:

Se empezaron a derivar pacientes a los terapeutas que estuvieran dispuestos a participar de este servicio, diciéndoles a los terapeutas que las personas que no pudieran pagar también deberían ser atendidas.

Cada vez, el servicio se fue incrementando. Entonces se crearon las

entrevistas de admisión, que en un momento eran realizadas por los coordinadores, y después se abrió a otras personas que quisieran participar de las admisiones, elegidos por los coordinadores del SAC.

Según una secretaria , los consultantes que acudieron a la asociación por la entrevista de admisión se habían comunicado previamente con la secretaría de la institución vía mail o telefónica. Se había acordado un día, y un horario, y el mismo día que se llevó a cabo la entrevista, la secretaria de la asociación llamó a los 28 consultantes para confirmar su presencia en la asociación. Se les solicitó que arribaran quince minutos previos al inicio de la misma. Dicho pedido se suele realizar para evitar demoras, ya que los días que se realizaron admisiones, suelen haber entre tres y ocho admisiones seguidas en un lapso de una hora y media a tres horas. Cada consultante que acudió, al ingresar , llegó a un hall de entrada con vistas a la Secretaría. Allí, dos secretarias de la asociación, le solicitaron a la persona que complete un formulario con sus datos personales, antecedentes médicos, breve descripción del motivo de consulta y medio por el cual se han enterado de la existencia del Servicio de Atención a la Comunidad (SAC).

Una vez completado el formulario la admisora se acerca al hall de entrada y llama a la persona por su nombre. El consultante es invitado a pasar a uno de los consultorios . Al ingresar al consultorio, la admisora se presenta por su nombre, presenta al autor de este trabajo en su condición de estudiante de psicología que realiza prácticas profesionales en la asociación, y el consultante menciona su nombre. Las tres personas toman asiento, ya sea en sillas o en almohadones dependiendo el consultorio. Admisora y consultante se

sientan frente a frente, y el autor de este trabajo detrás de la admisor, a uno de los lados.

5.2. Objetivo Específico 1: Metas y Objetivos del terapeuta en la Entrevista de Admisión

En la teoría se detalló que en la entrevista de admisión, los tres objetivos básicos consisten en conocer el problema, la persona y la situación tal cual fue presentada por el cliente al entrevistador (Torres Millayes, 2007). Como admisor, uno de los objetivos es el de evaluar si la persona que consulta está en el momento y lugar preciso y oportuno para iniciar un tratamiento, ubicando aquello

29

qué desencadenó el pedido de consulta en ese momento particular (Felman, 2008). En la etapa final del proceso, el admisor es quién debe poder conocer la índole exacta del problema, el modo en que se ha producido, un recurso terapéutico apropiado y un terapeuta capacitado para poner en marcha el proceso

(Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.).

Al ser entrevistada, la admisor G explicó:

El sentido de la admisión es acercarse a la problemática y a la necesidad que tiene la persona que vino a hacer la entrevista. Se despejan dudas, y en función de la lista de terapeutas que tenemos, el admisor va apuntando a la persona que podría mejor atender a la problemática. Entonces, en función de eso se hacen las derivaciones.

De la observación se rescató que en el tramo final de la entrevista de admisión a V sucedió que la admisor que realizó la entrevista preguntó: “¿Hay algo más que me quieras contar?”. Como la respuesta fue negativa, la admisor le comunicó al consultante que pensó en un profesional de la asociación adecuado para ella. Le hizo saber que “a lo largo de la entrevista,

se me vino a la mente el nombre de tal terapeuta” y a su vez que, “considero que sería necesario que dada tu problemática actual, te trates con un terapeuta varón”.

En la entrevista de admisión a A, , la admisora necesitó disponer de unos minutos a solas antes

realizar la derivación pertinente a su caso. Se realizó una conversación entre el autor del presente trabajo en su condición de observador no participante y la admisora, en la que comentaron la impresión acerca de la consultante, de su estado actual, de lo considerado óptimo para su tratamiento, de lo que estaba necesitando la paciente consultante.

Asimismo se observó que ocurrió que dos de los consultantes que ingresaron a admisión no estuvieron de acuerdo con la derivación. Se tomó nota de lo siguiente: “Uh ¿no tenés a alguien más cerca?”, “En ese horario se me hace imposible, trabajo.”, como así “no, no quiero tratarme con una psicóloga que tiene

la edad de mi mamá”. En esos casos, la admisora expuso los motivos de su 30

elección, y los persuadió para que hagan el intento de probar algunas sesiones con el/la terapeuta elegido/a, porque de lo contrario pueden llamarla nuevamente

(a la admisora) para ser derivados a un nuevo terapeuta.

Se mencionó que los admisores pueden ser también los directores y/o coordinadores de toda la tarea profesional, de modo que conocen también los aspectos de la personalidad de los terapeutas que puedan adecuarse mejor a cada consultante (Hirsch, Piedrabuena & Rosarios, s.f.). Según la admisora

G:

El objetivo es la derivación, pero hay un sentido clínico en la entrevista.

Se deriva en función de las especialidades de los terapeutas, que están detalladas en las planillas. En general los admisores conocen a todos los que están en las planillas, y cada uno trata de ser lo más eficiente posible para que la persona pueda tener un servicio mejor, pueda ser más adecuado.

En la entrevista de admisión se observó que cada admisora tenía en su poder

una copia de una lista de terapeutas que formaban parte del Servicio de Atención

a la Comunidad y estaban disponibles para recibir pacientes. La lista contaba con

información acerca de cada terapeuta: nombre y apellido, datos de contacto, dirección del consultorio y zona o barrio en el que atendía, su especialidad, el número de pacientes que estaba dispuesto a tomar y los horarios que tenía disponibles.

Del marco teórico se extrajo que el psicólogo admisor no es quien conducirá el tratamiento, por lo tanto resulta significativo ubicar ciertos límites en su decir, interrogando el discurso del paciente con cierta mesura, considerando que la entrevista de admisión consta de un encuentro o dos, y el tratamiento en sí mismo

estará a cargo de otro profesional psicólogo (Díaz Benito, 2007). En relación al apartado anterior, la admisor T explicó: “no es bueno propiciar puntos muy profundos, muy traumáticos. Como admisor no dejo que la persona saque todo,

no es bueno ahondar porque ese no es el propósito de la admisión; la persona no

volvería”. Añadió: “en casos de abuso o violación (hay que) evitar que la persona

se explaye o ahonde”. Según la misma admisor:

31

Uno de los puntos nodales de la primera entrevista es descubrir los vínculos de la persona en relación a su trabajo, las posibles dificultades en su rendimiento académico y en las relaciones interpersonales.

Actual convivencia, duelos, intereses y proyectos son aspectos fundamentales, porque allí es donde se ve la patología. Todo lo anterior en relación a su situación aquí y ahora, dado que al haber diferentes especialidades, es necesario conocer el motivo de consulta para saberlo derivar.

Se observó en la entrevista de admisión a S, que la admisor realizó las siguientes preguntas: “¿Con quién o quienes estás conviviendo?”, “¿De qué trabajás?” o “¿Vas a ejercer aquí?”.

Luego pasó a cuestionar: “¿Te cuesta dejarte ayudar?” y, “vos, ¿cómo te sentís con eso?”. Asimismo, de la observación se registró que la admisora, cuando lo consideró pertinente, intervino con preguntas como “¿Qué te parece si me contás acerca de tu trabajo y dejamos la cuestión de tu novio por un rato?” o “Bueno, ¿te parece si lo dejamos acá?”.

En la teoría se enunció que la entrevista de admisión regula la derivación interna en una institución a los diferentes equipos que forman parte de la misma

(como niñez, adolescencia y familia, pareja, tercera edad, adicciones) por un lado,

o la derivación externa a otra institución por el otro (Díaz Benito, 2007). Al ser entrevistada, la admisora G explicó: “la derivación se basa en las habilidades de cada terapeuta, porque los terapeutas pertenecen a diferentes departamentos, por ejemplo acá en la asociación hay departamentos de grupos,

de familia, de parejas, de niñez y adolescencia, de adicciones”. Continuó: “Viene

un adicto y se piensa en personas que están formadas en adicciones, o si vienen

parejas en personas que pertenecen al departamento de parejas y que podrían recibir un tratamiento más eficiente y así con los otros departamentos”.

Asimismo, en relación a la derivación externa a otra institución, la admisora T aclaró: “Aquí no se toman emergencias. Lo fundamental en la entrevista es ver si podemos acceder primero desde lo psicológico o ver si necesitamos otro

32

diagnóstico previo (psiquiátrico)”. Luego agregó: “Yo tengo que frenar un poco (a

la persona) y ver si ya podemos empezar con tratamiento psicológico o considerar

alternativas”. Desde la asociación, la admisora G reforzó la postura de

T cuando añadió que: “Siempre se atendió desde el lugar de las personas posibles de ser atendidas en la institución, ya que no había un servicio de

psiquiatría ni teníamos (la) idea de crear un servicio de hospital de día”. Se observó que todos los consultantes le entregaron a la admisora la ficha que contenía datos en relación a la posibilidad de estar bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, estado de salud en ese momento, motivo de consulta, y más. Si bien no se observaron consultantes bajo tratamiento psiquiátrico, la admisora T explicó que: “Cuando la persona arriba, es recomendable preguntar por sus vínculos, preguntar hasta donde llega el síntoma, conocer sus límites. Con esto se intenta identificarlo. Desde el principio de la entrevista se pregunta si la persona está medicada”.

A modo de síntesis, se han visto los puntos nodales abarcados por la admisora en la primera entrevista. A partir de la observación se mencionó cómo la admisora conoció al consultante indagando sobre sus vínculos interpersonales, su trabajo, estudios, intereses, proyectos, convivencia, historia médica y más, para comprender la situación actual y el motivo de consulta. Identificar la sintomatología y la gravedad de la situación del consultante fue priorizado, para entender la mejor manera de tratarlo. Se explicó y se vio cómo, a través de las planillas de los terapeutas que forman parte del SAC, la admisora realizó la devolución y la derivación teniendo en cuenta al terapeuta mejor capacitado para tratar al consultante. Se resaltó que en la práctica, se observó que los consultantes no han estado completamente de acuerdo con la derivación correspondiente, y del mismo modo, se reflejó el desempeño de la admisora en pos de los objetivos y metas de la entrevista.

5.3. Objetivo Específico 2: Relación Dialogal Yo-Tú en la Admisión

El Yo-Tú fundamenta la relación particular llamada dialógica, donde no hay

intencionalidad ni relación sujeto-objeto, sino presencia cara a cara (Peñarrubia,

33

1998). Se piensa que Yo-Tú es un encuentro sin finalidad, sin codicia y sin preconcepto (Peñarrubia, 1998). En la entrevista la Licenciada G, describió: Las entrevistas tienen que ver con lo dialogal, en otras instituciones se maneja un

psicodiagnóstico u otro tipo de acercamiento a la persona. Estas terapias son dialogales y es verdad que trabajamos con el aquí y ahora del paciente. Asimismo

expone:

En Gestalt no se maneja la interpretación. La habilidad y el arte del terapeuta residen en poder conducir al otro en función de sus posibilidades. Es tomar caminos diferentes con respecto a ciertas trabas que tiene en la comunicación con la pareja, con los hijos, con los padres, con los compañeros de trabajo, con la vida.

En su descripción se incluyó la explicación de la manera en que se llevó a cabo el diálogo, sin buscar el porqué, y centrándose en el cómo y el para qué.

Explica:

El porqué casi no lo usamos, porque el porqué nos lleva a una causalidad y desde lo psíquico la causalidad es completamente múltiple. En vez del porqué, se busca que el otro se pregunte a sí mismo cómo podría hacer lo mismo de otra manera, el cómo. El cómo viene después del para qué me sirve lo que estoy haciendo. Por ejemplo: para qué me sirve el grito, para qué me sirve el golpe y cómo lo puedo hacer de otra manera. Entonces, ahí empieza a surgir desde el mismo paciente, en función de sus posibilidades, cómo podría ir encarando otras rutas, otros caminos e ir resolviendo de a poco. Por eso lo terapéutico es un proceso, es cómo se puede ir dando desde sí mismo las pistas para empezar a salir de la situación traumática. Entonces es interesante esto del porqué, del cómo y del para qué, y tiene que ver con el presente y con el darme cuenta, que tiene que ver con esto de qué me está sucediendo ahora.

En la entrevista de admisión a V, se observó

que se refirió a un problema de celos con su pareja. La admisora G realizó una intervención en la que clarifica lo expuesto anteriormente. Así fue: “Lo
34

importante es que te des cuenta que estás con otra persona, y con otra pareja, y en la vida puede que las cosas no se repitan”. Se consideró el extracto de la entrevista de admisión de V, porque se ve que en la relación dialogal, se hizo referencia al cómo, centrándose en el presente, en su posibilidad de tomar otro camino, junto al concepto del Darse Cuenta.

Cuando G entrevistó a un hombre que llamaremos C, él aludió que su motivo de consulta era

su timidez y su incapacidad para expresar aquello que deseaba. En el transcurso

de la misma, la admisora preguntó acerca de la relación con su presente trabajo

en la compañía, y C dijo sentirse frustrado y poco motivado debido a que la actividad que realizaba le resultaba poco interesante. Luego, la admisora conoció

la situación actual familiar de C, en la que expresó que vivía y mantenía a ambos padres. La madre poseía una discapacidad y el padre había renunciado a

su trabajo de taxista para cuidar a la madre en la casa, luego de haber sido ella operada en reiteradas oportunidades de la columna, sin éxito hasta ese momento.

Llamó la atención que lo primero que la admisora preguntó fue: “¿Cómo fue que

quisiste venir?”, y C respondió: “Vine porque me lo recomendaron mis compañeros de trabajo. Me lo decían hace más de cinco años, pero me decidí en venir ahora”.

La entrevista se llevó a cabo y en el cierre de la misma, C expresó:

“Sucede que me doy cuenta que no puedo evitar ser tímido en todas las circunstancias de mi vida y eso me hace perderme de un montón de cosas. Es como que no me animo a decidir en el momento que pasan, y una vez que

finalmente me decido, la oportunidad ya pasó y me la perdí”. Asimismo, mencionó

que se sentía desbordado por la situación que vivía diariamente en su casa, en la

que no solo destinaba más del cincuenta por ciento de su salario para mantener a

su familia, sino que al arribar del trabajo, se encontraba con su padre que, según

él: “No hace otra cosa que mirar tele”. La admisora intervino y orientó a C con ciertas pistas para que se diera cuenta de su situación traumática, en la que figuraba el hecho que su padre había dejado de trabajar hace años. Recalcó:

“Si

bien tu padre se encuentra en esta situación, podés empezar a pensar en la

35

posibilidad de independizarte de la casa de tus padres, y vivir tu vida sin temor a

que te suceda lo mismo que atravesaron ellos”. La intervención anterior explicitó la

relación dialogal Yo-Tú en la que se orientó a C a elegir tomar un camino diferente en función de sus posibilidades. Una vez finalizada la entrevista, la admisora le comentó al observador no participante: “¡Que deprimido que está este

chico!”.

Si bien no formó parte de los objetivos específicos del presente trabajo, se observó en las entrevistas de admisión que las admisoras utilizaron el concepto del Darse Cuenta, que ha sido expuesto en el marco teórico, en reiteradas oportunidades. Particularmente, las intervenciones que la admisora realizó en las

dos últimas entrevistas que se mencionaron con anterioridad, estuvieron dirigidas

a fomentar el concepto del Darse Cuenta en los consultantes.

Regresando a la definición teórica del presente objetivo específico, se explicó que en la relación dialogal Yo-Tú cada persona tiene la oportunidad de

descubrirse en profundidad a sí mismo sin una manipulación de parte del otro,
y

ambos son catalizadores recíprocos del crecimiento en libertad (Peñarrubia, 1998). En la entrevista, G expresó que: “No es desde el consejo del terapeuta. La habilidad del terapeuta es que el otro descubra, que el otro vaya desarrollando las propias posibilidades de ser, no las que yo me imagino que quiero que tenga esa persona”. Añadió lo que se buscó: “Es descubrirlo al otro, para que pueda descubrirse a sí mismo en sus formas, en sus maneras, y se pueda ir realizando unido con sus posibilidades, con su realidad, y esto abre un montón”. Para T el rol del admisor en la entrevista de admisión fue conciso: “No estamos como terapeutas para complacer el deseo. No sirve el maternaje”. Asimismo, G afirmó: “Mandar nunca, el consejo nunca, el juicio y la crítica nunca”.

En la entrevista de G a S, se destacaron algunas preguntas sobre la amiga que compartía departamento con ella, y a su novio: “¿Cómo es la vida de ustedes?”, “¿cómo se llevan?”, “Y, ¿estás bien con ella?”. “¿El hace cosas parecidas a las tuyas?”. En la entrevista de admisión a F que en explicó que efectuó terapia con anterioridad,

36

sucedió que G preguntó: “Y, ¿Cómo te fue?”, “¿Era un psicólogo mayor o más joven?” y “Ahora, ¿Vos la necesitas o te dijeron que la hagas?”.

En este objetivo se han detallado varias entrevistas de admisión observadas en la práctica. De la manera en que se lleva a cabo el diálogo Yo-Tú,

se destacaron las intervenciones de las admisoras para averiguar el cómo y el para qué de una situación, antes del porqué. Asimismo, se ha visto que se intentó

llevar a cabo una relación libre de interpretación de parte del admisor, libre de intencionalidad, libre del consejo y libre de crítica. Algo más que se vio y guarda

relación con el próximo objetivo específico, fue la constante mención e indagación

de parte de la admisora, de una hecho significativo que se llevó a cabo en el momento presente, en el Aquí y Ahora.

5.4. Objetivo Específico 3: El Aquí y Ahora en la Admisión

En el marco teórico se mencionó que la terapia gestáltica, más que cualquier otra, enfatiza que todo lo que existe está aquí y ahora, y que la experiencia es más confiable que la interpretación (Yontef, 1995). Según Perls (2008), únicamente el ahora existe, el pasado ya no está y el futuro no ha llegado

todavía. La entrevista a las admisoras enfatizó la relevancia del concepto y su utilidad en las admisiones. Teresa, destacó una pregunta que usó en varias admisiones: “¿Por qué piensa que en este momento necesita comenzar una terapia y qué cuestiones le parece que tiene que abordar?”. En su experiencia: Si la persona empieza por cosas del pasado, ahí me doy cuenta donde está parado/a, sin la necesidad de efectuar un diagnóstico. En este encuadre se intenta que delimite aquello que considera el aquí y ahora de su situación actual. En este aquí y ahora lo que se busca es observar proyectos, vínculos actuales y qué de ese proyecto está en juego.

De la observación a la entrevista de admisión de A, que acudió expresando que su motivo de consulta era no poder entablar una nueva relación de pareja, luego de haber tenido una ruptura con un novio con el

que convivió 4 años atrás, aconteció que la admisora T formuló las siguientes
37

preguntas: “¿Qué es lo que te está pasando?” y “¿Tenés una idea por qué te llegó

tanto esta terminación y te afecta hasta este momento?”. Lo que sucedió a continuación fue una descripción de los hechos de la vida de A, sucedidos entre cuatro y aproximadamente ocho años atrás, lapso en que transcurrió su relación de pareja que motivó su consulta actual, para luego situarse en las repercusiones en su vida actual. Poco interés para conocer un nuevo hombre para

formar pareja, desgano en el trabajo, escasos vínculos de amistad son algunos de

los temas que mencionó.

Según G: “Es en el presente aparece toda la historia. No se debe

buscarse como un porqué, sino cómo ésta se da en el presente, en lo situacional,

en este momento”. Y agregó: “La pista es despegarse del por qué y empezar a resolver las situaciones presentes de las personas. En el presente se está resolviendo la historia. El pasado no lo podemos modificar, pero sí podemos modificar las miradas sobre el pasado”.

En correspondencia al párrafo anterior, se destacó una pregunta formulada por la admisor G, en el tramo final de la entrevista de admisión de K, que describió haber comenzado y abandonado tratamiento psicoterapéutico en reiteradas oportunidades y que, según ella, tenía problemas

de ira. A partir de la observación ocurrió que la admisor preguntó: “¿Cuáles te parecen los temas que tenés que trabajar hoy?” y “De estos temas, ¿Cuál es el que más te molesta en este momento?”.

Casi todas las entrevistas de admisión que se han observado contuvieron como pregunta central, alguna similar a las dos recientemente formuladas por la

admisora G en la entrevista a K. Lo que se vió fue que generalmente, las respuestas de los consultantes consistieron en una descripción de gran parte

de los aspectos de su vida al momento presente, en el Aquí y Ahora de la entrevista. Ejemplos: sus relaciones interpersonales, situación laboral o temas referidos a la formación educativa. Proyectos, metas, duelos, temas familiares, de

convivencia y más.

En relación al presente objetivo, sucedió que en numerosos casos, los consultantes pasaban de comentar temas de su situación presente a pasar a

38

hechos significativos de su historia, o ya acontecidos, dentro de los mismos.

Por

ejemplo se han visto, consultantes que como motivo de consulta describieron un

duelo no resuelto, una ruptura de pareja, la mudanza de un hijo al exterior años

atrás. Entonces, lo que se observó fue un pasaje de una situación presente a una

situación pasada. Como dijo la admisoras G al ser entrevistada: “La pista es... empezar a resolver las situaciones presentes de la persona, porque en el presente se está resolviendo la historia”, y “el pasado no lo podemos modificar, pero si podemos modificar las miradas sobre el pasado”.

Se desprendió la relación entre el concepto de Aquí y Ahora con el de Responsabilidad, debido que al aceptar lo que somos aquí y ahora, nos hacemos

responsables de lo que somos (Naranjo, 2002). Por ello los terapeutas gestálticos

creen que es importante que las personas tomen responsabilidad sobre lo que eligen hacer, y ayudan a los pacientes a descubrir qué es moral de acuerdo a sus

propias opciones y valores (Yontef, 1995). Lo que se dice desde la actual perspectiva es que la apertura de uno a enterarse de sí y de su mundo, y la tarea

de responsabilizarse de sus actos, lleva a la sanación (Nadal, 1999). La licenciada

G clarificó: “La responsabilidad como personas las tenemos ahora nosotros.

Nosotros somos nuestro padre y nuestra madre y se busca asumir la responsabilidad, por ello esta es una terapia de la responsabilidad, porque yo me

tuve que hacer cargo de mí”. Continuó:

Entonces, hacete cargo de tu vida. Dejé de sembrar resentimiento,

bronca, odio y de pensar que la culpa la tiene el otro. El otro

generalmente hace lo que puede hacer y lo que sabe hacer, pero elegir

tu vida y hacerse cargo de la misma, es algo que sucede cada día y en

eso consiste la responsabilidad.

En referencia a la sanación expuso: “En la medida que la persona se puede aproximar a un cambio posible para sí mismo, forma parte de lo curativo”.

El último objetivo específico se ha centrado en la aplicación del concepto de Aquí y Ahora en la entrevista de admisión. Se ha mencionado cómo las admisoras

se centraron en la situación presente del consultante. Además explicaron que, si

comenzaba por un hecho del pasado, se buscaba entender qué ámbitos de su vida presente se veían afectados. Asimismo, se asoció el concepto de

Responsabilidad con el de hacerse cargo de la vida en este preciso momento, que, si bien fueron mencionados en las entrevistas a las admisoras, no se han observado en las admisiones.

6. CONCLUSIÓN

La observación de las admisiones y las entrevistas a las admisoras, posibilitaron analizar el rol del terapeuta en la entrevista de admisión, a partir de la

descripción de las metas y objetivos, la relación dialógica Yo-Tú que se generó entre paciente consultante y admisora, y el concepto de Aquí y Ahora.

A modo de resumen del primer objetivo específico, se describió la manera en que las admisoras conocieron al consultante y su motivo de consulta. Se ha visto que la prioridad, al momento de la derivación, ha sido considerar al terapeuta

que mejor se ajustara a la situación del consultante, teniendo en consideración la

especialización del profesional y el departamento al que pertenecía (grupos, parejas, niñez adolescencia y familia, adicciones). Para ello, se ha visto que las admisoras contaban con listas con información detallada de los terapeutas que formaban parte del Servicio de Atención a la Comunidad, y que estaban dispuestos a tomar pacientes.

A partir de las entrevistas de admisión, se pudo observar que la labor de la admisora se basó en conocer al consultante desde sus vínculos interpersonales,

su situación laboral y/o educativa, las relaciones de pareja, proyectos, intereses e

inquietudes, convivencia, historia médica. No solo se buscó acercarse a la persona, sino a su sintomatología, para comprender la gravedad y las posibles alternativas de tratamiento. A su vez, las admisoras intentaron no ahondar y limitar

el decir de los consultantes a la hora de referirse a una determinada situación traumática, debido a que no era ese el propósito de la entrevista de admisión.

Si,

el trabajo de las admisoras estuvo dirigido a identificar puntos nodales de la vida

del consultante. Sin embargo, sucedió que una vez identificado su problema o motivo de consulta, la admisora apuntó a comprender la gravedad de la situación,

y evitó, en la medida posible someter a la persona a ponerse en contacto con
40

aquello que le generaba angustia. Según Díaz Benito (2007), el trabajo del terapeuta en función de adisor es el de buscar al sujeto entre sus dichos sin privarse de la escucha, sin embargo se abstiene de ponerlos a trabajar

El segundo objetivo específico consistió en describir la relación dialogal Yo-Tú que se generó entre admisora y consultante en la entrevista. Lo que se pudo

ver fue el carácter dialógico de la entrevista, en el que las preguntas de las admisoras estuvieron orientadas a generar alternativas en el modo de posicionarse ante determinadas situaciones. Precisamente, se observó la utilización del concepto del Darse Cuenta para que el consultante se descubra desde sus propias posibilidades. Para ello, se vio que las admisoras, apuntaron a

comprender la situación del consultante en el Aquí y Ahora, guardando relación con el tercer objetivo específico del trabajo. Se añade que en la práctica se pudo

observar como la admisora se enfocó en descubrir el cómo y el para qué de una

situación, antes que el porqué, y que se evitó cualquier tipo de interpretación en el

decir del consultante.

La aplicación del concepto de Aquí y Ahora en las entrevistas de admisión, formó parte del tercer objetivo específico. Se observó que en reiteradas oportunidades, las admisoras, al inicio de la entrevista, realizaron una pregunta abierta en relación a la situación del consultante en el Aquí y Ahora. Preguntas

como: “¿Que te trae aquí en este momento?” sirvieron como eje de la entrevista.

Lo que se destacó constantemente de parte de las admisoras, fue el énfasis que

se puso en conocer al consultante, buscando alternativas para resolver la problemática que apareció en el presente. Sucedió que en numerosos casos, los

consultantes comenzaban describiendo parte de su vida actual, para luego detenerse en un punto específico de su pasado. El rol de la admisora, era el de develar que sucesos del pasado o de su historia afectaban a su vida en el Aquí y

Ahora. Un comentario de la admisora T resulta clarificador: “Si la persona empieza por cosas del pasado, ahí me doy cuenta donde está parado/a, sin la necesidad de efectuar un diagnóstico”.

41

A modo de reflexiones personales, sorprende que no se realice un diagnóstico en términos psiquiátricos a fines de derivar a los consultantes. Sin embargo esto es coherente con un contexto gestáltico donde se prioriza la relación

dialógica Yo-Tú en el Aquí y Ahora.

El tema del diagnóstico en psicoterapia es habitualmente un punto polémico debido a que suele estar vinculada a propuestas teóricas definidas, por lo que establecer un diagnóstico significa, a menudo, pronunciarse por una línea o escuela psicoterapéutica en particular (Napolitano, 2007). La terapia Gestáltica utiliza el diagnóstico fenomenológico el cual intenta describir el particular modo de

comportamiento y experiencia de un paciente y su relación con él mismo y con el

mundo (Lazcano Pizarro & Santa Cruz Ausin, 2006). Yontef, Serge y Anne Ginger

(2009) afirmaron que la Terapia Gestáltica tomó de la fenomenología la importancia de describir antes que explicar, y que lo esencial es la vivencia inmediata, tal como es percibida o sentida corporalmente – incluso imaginada,

junto al proceso que se está desarrollando aquí y ahora (como se cita en Muller-

Granzotto & Muller-Granzotto, 2009).

Lo que se vió en las entrevistas de admisión fue las admisoras realizaron preguntas dirigidas a la comprensión de los consultantes, su situación actual y su

problemática, sin necesidad de buscar explicaciones. Se observaron pocas intervenciones y justificaciones de parte de las admisoras, que se centraron en conocer al consultante a partir de los datos que surgieron del diálogo en ese preciso momento.

Con respecto a los instrumentos para realizar este trabajo, se observó que las admisoras utilizaron un anotador para registrar testimonios de los consultantes.

No se ha podido acceder al contenido de estos registros, pero se tuvo en cuenta

que las fichas que fueron completadas antes del comienzo de las admisiones contenían datos personales del consultante y demás. Por lo tanto, se infirió que los

registros sirvieron para asentar datos que fueron surgiendo a partir del diálogo en

la entrevista y resultaron útiles para la derivación. Sin embargo, el autor se pregunta si se realiza en la asociación un tipo de diagnóstico en el que se pueda

tanto explorar a la persona, como medir y analizar las conductas y los fenómenos

42

psicológicos. Por lo visto, parecería ser que no se utiliza herramienta alguna para

realizar un diagnóstico, más allá del diagnóstico fenomenológico y de las anotaciones personales de las admisoras, por lo que se piensa que puede llegar a

ser esta una limitación en la manera de recabar datos que posee la admissora .

Se recalca que se observó que las admisoras, al conducir las entrevistas,

dieron lugar a la descripción de sensaciones corporales a partir de vivencias que

el consultante expresó. Desde dificultades en la respiración, hasta dolencias en diferentes partes del cuerpo. La gesticulación de cada consultante, su tensión corporal, tono de voz, forma de acomodarse en el consultorio, hasta el saludo mismo al ingresar a la sala, fueron otras manifestaciones aprovechadas por las admisoras. Según Albajari (1996), el admisor debe guiarse no solo por el lenguaje

verbal sino también por el gestual, el corporal, ya que informa sobre la vida del consultante y puede entrar en contradicción con el lenguaje manifiesto, con el lenguaje inconsciente. Si bien no se hizo mención de esto en el desarrollo del trabajo, debido a que no formaban parte de los objetivos específicos, se piensa que este fue un recurso con el que contaron las admisoras, y que resultó útil para

aportar datos significativos al diagnóstico fenomenológico del consultante, y a la

entrevista que se llevó a cabo.

En las entrevistas de admisión sucedió que las admisoras no priorizaron trabajar con un concepto importante utilizado en Terapia Gestáltica. Si bien no formó parte de los objetivos específicos, se trató de no haber fomentado en el consultante la Responsabilidad en las acciones y elecciones de las personas que

ingresaron a admisión. A partir de lo mencionado recientemente, cabe pensar que

las metas y objetivos de las admisoras difieren de las metas y objetivos que posee

aquel que lleva cabo el proceso terapéutico Gestáltico. Asimismo, responsabilizar

a la persona por sus actos puede ser bastante intrusivo para el consultante, y ello

que es algo que difiere del propósito mismo de la entrevista de admisión. Este tema, a su vez, guarda relación con los puntos que la admisora prefiere evitar que

sean ampliados por el consultante, puntualmente temas traumáticos. Resulta

revelador un comentario de la admisoras T, citado en el desarrollo: “como

43

terapeuta admisoras no dejen que la persona saque todo, no es bueno ahondar porque ese no es el propósito de la admisión; la persona no volvería”

Ya finalizando este trabajo, el autor se permite dos reflexiones a modo de reflexiones personales sobre el proceso de admisión que presencié.

En primer lugar, autor se pregunta sobre la posibilidad de que sean dos los profesionales que realizan entrevistas de admisión en conjunto, y no una admisoras, como se observó. En el Servicio de Atención a la Comunidad se desempeñaron cuatro admisoras mujeres, y se piensa que podría enriquecer al trabajo de admisiones, la incorporación de uno o dos admisoras hombres para que

realicen las entrevistas de manera conjunta. Se realiza este comentario, ya que a

partir de las observaciones, sucedió que el autor pensó en reiteradas oportunidades que en las entrevistas de admisión efectuadas a hombres, la visión

de una persona correspondiente al mismo sexo podría haber sido significativa.

A

su vez, el autor, es consciente que el trabajo del admisor se limita a efectuar la derivación en función a las diversas especializaciones de los terapeutas de la asociación, teniendo en cuenta al consultante y a su problemática, y esta derivación incluye a admisoras de ambos sexos, dependiendo del caso.

En segundo lugar, el autor se pregunta sobre las deserciones a la primera entrevista de admisión y el bajo costo de la misma. Ello se piensa en función a la

cantidad de consultantes que se observó que no asisten a la entrevista de admisión, a pesar de haber fijado un horario y de haber confirmado su presencia

vía telefónica, horas antes del inicio. Lo que este autor propondría explorar es incrementar el costo de las entrevistas. Si bien el Servicio de Asistencia a la Comunidad fue creado pensado para atender a las personas con honorarios accesibles, se piensa que a veces, la fácil accesibilidad hace que el consultante le

quite valor a la entrevista de admisión. El tema del costo monetario, es pensado

por el autor, como sinónimo de responsabilidad hacia el propio proceso terapéutico

de parte del consultante que asiste a admisión. Se supone que aumentar el costo

monetario de la entrevista, no iría contra el espíritu del Servicio de Atención a la Comunidad y tampoco afectaría significativamente a la economía del consultante,

debido a que se trata de un único encuentro. Se retoma la idea planteada por el 44

autor que piensa que un mayor costo monetario, representa un sinónimo de mayor

seriedad y mayor compromiso hacia la entrevista de admisión.

A modo de cierre, se observó que las terapeutas que se desempeñan como admisoras en el Servicio de Asistencia a la Comunidad de la Asociación elegida, poseen

numerosos recursos tanto profesionales como personales para acercarse al consultante de manera tal, que puedan clarificar la situación que lo motivó a comenzar un proceso psicoterapéutico. Se agradece la muy buena predisposición

hacia el autor de parte de las admisoras y de toda la Asociación, que permitieron

llevar a cabo la observación de las entrevistas de admisión y el presente trabajo.

45

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, M. I. (2001). *Entrevista psicológica: particularidades*. Cipolletti: Universidad

Nacional del Comahue. Recuperado el 10 de septiembre de 2012

de http://face.uncoma.edu.ar/materias_web/evaluacion_psicologica_/imagenes.f.icha_3.pdf

Albajari, V. L. (1996). *La Entrevista en el Proceso Psicodiagnóstico*. Buenos Aires:

Editorial Psicoteca.

Allerand, M. (2000). *Piedra Libre: Apuntes sobre Terapia Gestáltica* (5ª ed.)

Buenos Aires: Omeba.

Baranchuk, J. (1996). *Atención Aquí y Ahora: Terapia Gestalt*. Buenos Aires:

Abadon Ediciones.

Bassan, B. (s.f.) *Terapia Gestalt: recopilación de artículos y demás*.

Recuperado

de <http://es.scribd.com/doc/33423814/Bassan-Bruno-La-terapia-Gestalt>

Bleger, J. (1985) *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires:

Ediciones Nueva Visión.

Bohoslavsky, R. (1999) *Orientación Vocacional: La estrategia clínica*. (21ª ed.)

Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Buber, M. (1984). *Yo y Tú*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Csikszentmihalyi, M. (1998). *Fluir: una Psicología de la Felicidad*. Barcelona:

Kairos.

46

De la Peña, F., Patiño, M., Mendizabal, A., Cortez, J., Cruz, E., Ulloa, R. E., et. al.

(1998). La entrevista semi-estructurada para adolescentes: Características del instrumento y estudios de confiabilidad interevaluador y temporal.

Revista Salud Mental, 21(6). Recuperado de [http://www.inprfcd.](http://www.inprfcd.org.mx/pdf/1998/sm2106/sm210611mkj.pdf)

[org.mx/pdf/1998/sm2106/sm210611mkj.pdf](http://www.inprfcd.org.mx/pdf/1998/sm2106/sm210611mkj.pdf)

Díaz Benito, S. (2007). *Entrevista de admisión*. Recuperado el 10 de septiembre de

2012 de http://www.redpsique.com.ar/entrevista_de_admision-7.html

Fagan, J. & Shepherd I. L. (2008) *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*

(2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

Felman, G. (2008). *Proceso de admisión: una experiencia psicoanalítica*.

Recuperado el 18 de septiembre de 2012

de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11718>

Ginger, S. & Ginger, A. (1993). *La gestalt: una terapia de contacto*. México D.F.: El

Manual Moderno.

Hirsch, H., Piedrabuena, S. & Rosarios, H. (s.f.). *¿Por qué la entrevista de admisión?* Centro Privado de Psicoterapias. Recuperado el 12 de septiembre de 2012 de <http://www.cpp.com.ar/archivos/Porqadmissi%C3%B3n.pdf>

Institut Gestalt (2007). *Programa de Formación en terapia Gestált.* Disponible en el

sitio Web de Institut Gestalt, <http://es.scribd.com/doc/44279785/gestalt>

Kepner, E. & Brien, L. (2008). *Terapia gestáltica: una fenomenología conductista.*

En Fagan, J. & Shepherd, I. L. (Comps.). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica.* (pp.47 – 54). Buenos Aires: Amorrortu.

Latner, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

47

Lazcano Pizarro, P. & Santa Cruz Ausin, S. (2006). *El diagnóstico en la terapia gestáltica.* Recuperado el 12 de septiembre de 2012 de <http://www.euskalnet.net/zimentarri/numero3/art03.pdf>

Muller-Granzotto, M. J. & Muller-Granzotto, L.R. (2009) *Fenomenología y Terapia*

Gestalt. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Nadal, C. (1998). *¿Terapia?* Recuperado el 17 de septiembre de 2012 de <http://www.aulagestalt.com/es/escritos/cristina-nadal/terapia.htm>

Nadal, C. (1999). *Un síntoma, una acción.* Recuperado el 17 de septiembre de 2012 de http://www.aulagestalt.com/es/escritos/cristinanadal/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 de la Cátedra de Psicología Clínica y Psicoterapia II, Recuperado el 12/09/2012 de <http://www.bairesgestalt.com.ar/ficha%20diagnóstico.htm>

Napolitano, A. (s.f.) *Acerca de ese particular fenómeno conocido como Transferencia.* Ficha de la Cátedra de Psicología Clínica y Psicoterapia II disponible en el aula virtual.

Naranjo, C. (2002). *La Vieja y Novísima Gestalt: Actitud y Práctica de un*

- Experiencialismo Ateórico* (6ª ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: La Vía del Vacío Fertil*. Madrid: Alianza.
- 48
- Perls, F. (1982). *Sueños y Existencia* (4ª ed.) Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (2008) Cuatro conferencias. En Fagan, J. & Shepherd, I. L. (Comps.). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. (pp. 24 – 46). Buenos Aires: Amorrortu.
- Rams, A. (s.f.) *Terapia Gestalt: Salud, Enfermedad y... ¿Santidad?* En Bassan, B. (Comp.) *Terapia Gestalt: recopilación de artículos y demás*. (pp. 22-24). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/33423814/Bassan-Bruno-Laterapia-Gestalt>
- Robine, J. M. (2005). *Contacto y relación en psicoterapia* (2ª ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Rolla, E. H. (1981). *La entrevista en psiquiatría, psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Galerna.
- Ruiz de la Rosa, C. (s.f.) ¿Qué es la Terapia Gestalt? En Bassan, B. (Comp.) *Terapia Gestalt: recopilación de artículos y demás*. (pp. 12-18). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/33423814/Bassan-Bruno-La-terapia-Gestalt>
- Schnacke, A. (2003). *Sonia te envió los Cuadernos Café: apuntes de terapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Tárrega, X. (2008). *Historia de la terapia gestáltica*. Recuperado el 10 de septiembre de 2012 de <http://aetg.es/terapia-gestalt/sobre-la-terapiagestalt/historia-de-la-terapia-gestalt/>
- Torres Millayes, E. (2007). *La entrevista de admisión*. Recuperado el 11 de septiembre del 2012 de <http://www.slideshare.net/dratorres/la-entrevista-deadmisin->
- 5
- 49
- Torres Millayes, E. (2007). *Estructura de la entrevista clínica*. Recuperado el 11 de

septiembre de 2012 de <http://www.slideshare.net/dratorres/estructura-de-laentrevista-clinica-1>

Van Dusen, W. (1977). *La profundidad Natural del Hombre*. Nueva York: Editorial Cuatro Vientos.

Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Zinker, J. (2003). *El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.