

# EL DIAGNOSTICO EN LA TERAPIA GESTALTICA

Pablo Lazcano Pizarro. Psicólogo, U. De Concepción, Chile [birdy\\_xp@yahoo.es](mailto:birdy_xp@yahoo.es)

Sebastián Santa Cruz Ausin. Psicólogo, U. Internacional SEK, Chile.

sebastiansantacruz@gmail.com

Resumen

En el presente artículo se revisan los **planteamientos de algunos autores** que se consideraron relevantes en su aporte sobre la realización de un **diagnóstico** en Terapia Gestalt. Estos diseños abren la **discusión** sobre un tema no exento de polémica dentro del modelo, sobre el cual los autores sostienen que aún se puede investigar más. Esta inquietud permite crear una **propuesta de trabajo integrativa** sobre un posible proceso diagnóstico en esta psicoterapia. Con este trabajo se pretende **sistematizar** lo que se conoce sobre el tema, internándose también en diferentes **áreas de indagación**, que permitan nutrir el modelo Gestáltico.

## Abstract

In the present article are checked the **positions of some authors** that were considered relevant in their contribution on the accomplishment of a **diagnosis** in Gestalt Therapy. These designs open the **discussion** on a topic not exempt polemics within model, on the one which the authors support that yet it can be investigated more. This concern permits to create an **integrative proposal work** on a possible diagnostic process in this psychotherapy. With this work is intended to **systematize** what is known on the topic, being confined also in different **investigation areas**, which permit to nourish the Gestaltic model.

## El diagnóstico en psicoterapia

Aproximadamente hace cien años se comenzaron a confrontar sistemáticamente los problemas de medición psicológica. Uno de los primeros estímulos para el desarrollo de los métodos de medición psicológica lo constituyó el hecho de que

los hombres de ciencia diferían al hacer observaciones simples acerca de los sucesos naturales. Según Fernández (1996), el campo de la medición psicológica se alimentó de dos influencias principales, la primera fue el aprovechamiento de los conceptos e instrumentos que se habían aplicado con éxito en la física, la química y la astronomía. La segunda fue el desarrollo de los métodos de medición psicológica, apoyados por la tradición surgida de la medicina, la psiquiatría y la investigación social.

Etimológicamente, el concepto de "diagnóstico" deriva del griego "diagnosis", el cual implica "distinguir o conocer a través de". El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el concepto de diagnóstico como el "arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos". Esta definición de diagnóstico hace referencia al sentido médico-psiquiátrico, el cual es un diagnóstico dirigido a la exploración de aspectos psicopatológicos, negativos o deficitarios del funcionamiento psicológico.

En el diagnóstico psicológico se consideran una serie de actividades tales como la exploración, medida o análisis de comportamientos o fenómenos psicológicos relativos a un sujeto o grupo de sujetos mediante un proceso de indagación y toma de decisiones. Así, distintas ramas de la psicología han dado lugar a numerosas concepciones de diagnóstico; desde quienes lo enuncian como un saber meramente técnico que permite clasificar a los sujetos por sus rendimientos hasta quienes lo plantean como una teoría de la observación de lo psíquico en sus distintas manifestaciones fenoménicas. En este sentido la conceptualización psicodiagnóstica sería siempre una hipótesis explicativa de lo psicogenético, descriptiva de lo fenoménico - presente, y predictiva de lo patogenético de los sujetos y grupos (Nunnally, 1970).

El mismo autor describe los cuatro principales enfoques diagnósticos en psicoterapia, los cuales se desarrollarán brevemente.

Plantea que el primero es la **psicometría clásica**, que tiene como modelos teóricos el positivismo y el conductismo. Este enfoque intenta medir rasgos de conducta a través de un sistema de causalidad simple, siguiendo como metodología un criterio de verificación, el análisis factorial y la validez empírica concurrente. Utiliza como técnicas específicas los tests psicométricos (Ej. Raven,

MMPI); tests proyectivos (Ej. Rorschach, Phillipson); (Escala de Clasificación); la entrevista clínica; la observación fenomenológica; el examen clínico y la historia clínica.

Un segundo enfoque diagnóstico sería el **método clínico**, el cual basa su planteamiento teórico en la fenomenología, el psicoanálisis y la psicología genética. Este enfoque tiene como objeto de conocimiento el psiquismo y la psicopatología del ser humano total. Esgrime un sistema de policausalidad mecánica o sobredeterminación, siguiendo como metodología clínica el criterio de verificación de validez empírica predictiva y validez de constructo. Este método diagnóstico maneja las mismas técnicas específicas que las de psicometría clásica.

El tercer enfoque es el **psicodiagnóstico funcional**, cuyos modelos teóricos son el funcionalismo, el conductismo y el neoconductismo. Su objeto de conocimiento es la conducta operante del individuo, a lo que se accede a través de un sistema de policausalidad mecánica. La metodología del diagnóstico funcional es la validez empírica y la validez de constructo. Las técnicas específicas de trabajo están relacionadas con el "Análisis Funcional de Conducta", de Lindsley, Kanfer y Saslow.

Por último, el cuarto enfoque principal es el de **diagnóstico vincular**, el cual maneja como modelos teóricos la dialéctica, la fenomenología, el psicoanálisis y la psicología genética. Este enfoque tiene como objeto de conocimiento el psiquismo y la psicopatología del ser humano total en su calidad vincular, utilizando como sistema de causalidad la sobredeterminación. Su metodología para la verificación es la validez empírica predictiva y la validez de constructo. Las técnicas que este enfoque maneja para diagnosticar son: el grupo operativo, una metodología vincular en la entrevista, metodología vincular en la interpretación de las técnicas proyectivas y la historia clínica diagnóstica.

### **El diagnóstico fenomenológico en psicoterapia**

El diagnóstico fenomenológico trata de describir el modo particular de experiencia y conducta de un paciente y su relación con él mismo y con el mundo. Se orienta más a la persona mientras el diagnóstico sintomatológico se orienta más al proceso morboso (Castilla del Pino, 1980). Este último método diagnóstico sigue el esquema de la explicación científica de Hempel y Oppenheim, fundado en el

empirismo lógico del círculo de Viena y en el racionalismo crítico de Popper. Es el que se ajusta al modelo médico de enfermedad.

El mismo autor manifiesta que el diagnóstico fenomenológico no sólo se interesa por la valoración de los síntomas, el curso de la enfermedad, las características biológicas y los factores genéticos, sino por la impresión holística que el terapeuta obtiene de un paciente y su situación, considerando todos los aspectos del contexto. El diagnóstico fenomenológico, con ayuda de la intuición del observador, capta algo del paciente que no se puede encontrar ni en los síntomas individuales ni en la acumulación de estos, es decir, su modo de ser y relacionarse en el mundo. Es, por tanto, un proceso abierto en el que pueden añadirse nuevas experiencias y datos permitiendo que el diagnóstico sea reevaluado. 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 es susceptible de ser investigado científicamente.

Ricardo Capponi (1987) manifiesta que lo que diferencia el método fenomenológico del método descriptivo tradicional de las ciencias naturales es que éste último está preocupado de describir los hechos y acontecimientos externos del fenómeno (signos y síntomas) sin considerar la experiencia subjetiva del que está siendo observado. Sostiene que estas experiencias subjetivas sólo son abordables a través de dos vías: la expresión corporal y el lenguaje. "A través del lenguaje el paciente nos autodescribe su subjetividad, a través de su expresión corporal nos muestra con significantes lo que sucede en su vivenciar. Para captar esta experiencia (comprensión fenomenológica), debemos haber tenido un cierto grado de experiencia similar que nos permita sentir e imaginar con cierta familiaridad lo que el paciente nos muestra" (Ibid, p.45).

El mismo autor plantea algunas variables que se deben tener en cuenta en el momento de una descripción fenomenológica.

En relación al observado: Se debe estar atento a que su relato sea verás, si no lo es, captar la intencionalidad de tal actitud de suplantar sus experiencias subjetivas por fantasías o recuerdos que corresponden a otras situaciones vividas. También se debe promover descripciones espontáneas y detalladas de las experiencias subjetivas. Conviene manejar la reticencia, el negativismo, el oposicionismo y el

escamoteo con habilidad, superando la negación a comunicarse por parte del observado a través de un acercamiento adecuado. A su vez, plantea que hay que tratar que el lenguaje que use el paciente sea apropiado, para que el mal uso de palabras no le quite sentido a una introspección adecuada, y así poder percatarse de aquella introspección que puede estar deformada por limitaciones propias de la perturbación.

En cuanto al observador, Capponi expone que se debe asumir una actitud libre de prejuicios, sin intentar hacer correcciones causales ni construir hipótesis en relación a lo que observa. Al observador le corresponde permitirse sentir experiencias emocionales subjetivas, o sea, que el observado repercute interiormente cuando se está frente a él y reconocer dichas experiencias sin temor ni ansiedad. Manifiesta que hay que estar atento al defecto de proyectar precipitadamente nuestra propia subjetividad frente a un fenómeno que el observado describe, sin que la experiencia subjetiva de éste concuerde con la nuestra. También, debe describir con detalle y textualmente, expresiones corporales y frases del que está siendo observado, evitando términos muy genéricos que puedan aplicarse a muchas situaciones distintas y no nos muestran lo peculiar del fenómeno. El que observa debe usar sin temor recursos casi novelescos, empleando frases contrapuestas, nombres adjetivados, metáforas y párrafos textuales. "En sus descripciones, el fenomenólogo buscará palabras que no velen lo íntimo del síntoma, de tal modo que él conserve su frescura y resonancia original" (Roa, 1973, en Capponi, 1987, p.47). Por último, el autor sostiene que este método se debe cultivar con paciencia y laboriosidad y mantenerlo vigente en un continuo entrenamiento y supervisión con profesionales más experimentados.

### **La visión del diagnóstico desde la Terapia Gestalt**

Encuadrada dentro del movimiento de la Psicología Humanista, la Terapia Gestalt comparte con dicho movimiento la visión del ser humano que tiende a su autorrealización, no como individuo patologizado, sino con recursos saludables para su desarrollo óptimo. Dentro de las teorías del potencial humano, hubo un total rechazo hacia el diagnóstico o todo lo que tuviera relación con caer en categorizaciones que impidieran la libertad del ser humano, y no se escribió mayormente al respecto (décadas del 1960 - 1970) ya que se consideraba

contradictorio con sus bases epistemológicas; en TG la construcción del vínculo remite a lo que Martín Buber llamó "encuentro", "diálogo Yo-Tú", o "diálogo existencial"; en este marco, teorizar al respecto del diagnóstico en psicoterapia se alejaba de esta dinámica y se salía del encuadre epistemológico (Quitmann, 1989).

Como consecuencia de lo anterior, los terapeutas han recibido poca formación en evaluación psicodiagnóstica. En este enfoque, la visión de individuo choca con el diagnóstico psicológico, ya que ve a la persona como un individuo único, irrepetible y responsable de sus actos. Acorde con esta línea ideológica, la TG durante años ha privilegiado la descripción fenomenológica por sobre los rótulos, como una forma de resaltar la idea que los individuos no pueden ser comparados y contrastados entre sí. "Ningún enfoque estadístico puede informar al paciente o terapeuta individual que funciona con él. Lo que ha demostrado funcionar para muchos, no siempre funciona para un individuo" (Yontef, 1995, p.154).

En otras palabras, en TG no se busca clasificar a los individuos dentro de una enfermedad. "Perls se opone, como todos los psicólogos humanistas, a la tradición de la psicología científica que, recurriendo a la exigencia de la objetividad, divide al ser humano y al mundo en muchas unidades separadas claramente unas de otras" (Quitmann, 1989, p.124). Desde este punto de vista, la Gestalt trabaja con la totalidad del individuo, no con una parte enferma.

En TG ha existido una división histórica debido a la diferencia entre los fundadores del modelo. Los seguidores de Perls, Stevens, Simkin, etc. Se asocian al cuerpo Oeste, donde habría un desdén hacia la producción de material intelectual, con énfasis en la relación maestro - discípulo para la transmisión de conocimientos y donde se enfatiza lo técnico en cuanto a técnicas terapéuticas. Al Este se adscribe Laura Perls, Polster, Zinker, Ginger, etc. Aquí se privilegia la producción de material teórico, la formación experiencial y académica, y el énfasis en la relación Yo - Tú en terapia, entre otros.

Esta división, si bien ha mermado hacia una integración teórico - práctica, sigue afectando a la elaboración en TG de algún tipo de diagnóstico psicológico. Diferentes autores han mencionado que no existe un modelo común de diagnóstico en TG, lo que no necesariamente implica que para todos los

terapeutas Gestálticos no existan métodos para realizar el diagnóstico desde este modelo (Yontef, 1995).

Hoy en día la TG tiende a la integración. En este modelo ya no se asocia directamente al diagnóstico con el reduccionismo (es decir, aquellos modelos que reducen los procesos psicológicos a los fisiológicos, es la teoría que defienden buena parte de los psiquiatras practicantes del modelo médico).

El proceso diagnóstico ha sido adecuado a la teoría gestáltica; Yontef (1995) lo entiende como un cuidadoso estudio fenomenológico del proceso de formación de significado figura / fondo de una persona, que permite comprender la organización de su personalidad.

El mismo autor plantea que para el terapeuta gestáltico es de vital importancia comprender en forma precisa y adecuada la fenomenología y la conducta actual de un paciente desde un comienzo de la terapia. Dice que comprender un diagnóstico permite al terapeuta saber que intervenciones, secuencia y tiempo usar, y relacionar esto con experiencias previas de tratamientos similares. Le permite estar prevenido acerca de las precauciones que se deben tomar.

Si bien aún existen discrepancias en relación a la elaboración del diagnóstico en TG, diversos autores ponen de relieve la importancia que para ellos tiene llevarlo a cabo. Por ejemplo: "El terapeuta continuamente evalúa el grado de progreso que el paciente puede hacer en el desarrollo de su conciencia y en que punto se ha de iniciar la experimentación" (Latner, 1994, p.185). El mismo autor plantea que la Terapia Gestalt evita las etiquetas de diagnóstico psiquiátrico y la mentalidad que las acompaña, pero recalca que en la metodología de la Gestalt sí existe una especie de tipología, pero que ésta es del proceso, no del individuo. Sostiene que en TG se caracteriza la conducta y se resaltan los patrones.

Héctor Salama, en 2001, concuerda con Latner y plantea que en psicoterapia Gestalt se evita poner en el paciente etiquetas fijas de diagnóstico dado que éste siempre está en el proceso y no en la persona, por lo que resaltan los patrones de conducta que repite. Sin embargo, acota que el terapeuta debe formularse un mapa mnémico que le servirá para tener un panorama general de las características de personalidad del paciente.

## La Discusión

Frente a la escasez de teoría en cuanto a la realización de un modelo diagnóstico Gestáltico, surge la inquietud en algunos terapeutas, de diseñar un sistema de diagnóstico adecuado a la TG, que tenga como base la apertura hacia el eclecticismo teórico, la convergencia epistemológica y la integración de criterios metodológicos para diagnosticar, desde una plataforma eminentemente humanista y fenomenológica. Pero, ¿para que y por que tener un sistema de diagnóstico propio de la TG? La respuesta a nuestro entender es sencilla: para afinar y complementar al modelo Gestáltico; en esencia, por necesidad. Por necesidad de contar con más y mejores herramientas, para dar un mejor servicio, para "cuidar" a pacientes y a terapeutas, por economía, para hacer más asequible la TG a la gente, para mantener al modelo vigente y reformándose en un continuo crecimiento, para compartir información entre terapeutas del modelo como también interdisciplinariamente, etc.

Se aprecia luego que justamente esta necesidad de realizar una psicoterapia más completa y competente estimula a flexibilizar marcos epistemológicos e integrar elementos.

Según lo analizado para este trabajo, los prejuicios anti diagnóstico tienen que ver con creer que se utilizará una epistemología diferente a la gestáltica y que se deformará el modelo, transformándolo en una especie de "Frankenstein" de la psicoterapia, con diferentes elementos teóricos difícilmente conectables entre sí. Se pensó que herramientas psicoanalíticas no podrían confluir con la TG, pero no resulta así. De hecho, y según lo apreciado en este trabajo, son los nuevos elementos que se podrían incorporar los que tendrían que adaptarse al marco Gestáltico, de manera que si se pretende por ejemplo utilizar el análisis estructural analítico corporalista (por ejemplo, Reichiano o Loweniano), éste debe acomodarse a la visión procesal y dinámica que mantiene la TG, donde el individuo no se clasifica dentro de una estructura estática patologizante, sino que, si bien se puede hablar de la estructura u organización del individuo, ésta debe perfilarse como un estado, no como una condición inalterable.

Los terapeutas en TG se permiten adoptar e integrar diferentes herramientas teóricas para el diagnóstico, pero aún así, promueven la coherencia con los principios de la TG, como también mantienen una estructura proveniente de la teoría Gestáltica para diagnosticar. Es más, según lo apreciado en el análisis de



textos (Yontef, 1995; Salama, 2001; Zinker, 1999; Castanedo, 1983; Latner, 1995), los elementos o herramientas que se sugieren para elaborar el diagnóstico provienen en su mayoría de la misma TG. Por ejemplo, Gary Yontef se permite incluir elementos del psicoanálisis u otras vertientes, dada la necesidad de estructurar un diagnóstico que beneficie al proceso terapéutico y que pueda ser compartido entre pares. Es la necesidad de elaborar un sistema práctico y de utilidad para el terapeuta Gestáltico lo que lo impulsa a integrar teorías y metodologías, ya que su propio método terapéutico no tiene hasta la fecha un sistema propio. Cabe destacar que los autores manifiestan que no podemos hacer dentro de la TG un diagnóstico sintomatológico o estructural sólo por el hecho de necesitar un modelo diagnóstico e integrar teorías; plantean claramente que se debe respetar la postura holística que percibe a los sujetos como totalidades, como también se debe respetar el existencialismo dialogal del proceso Yo - Tu, y la metodología del darse cuenta, que es particularmente fenomenológica.

En esencia, un diagnóstico que mantenga y fomente el encuadre humanista, que amplíe la perspectiva del terapeuta y le permita particularizar el enfoque de tratamiento para cada individuo, rescatando sus características únicas e individuales.

Los autores analizados concuerdan en la necesidad de realizar un diagnóstico de corte fenomenológico en TG, el cual sea una forma de darse cuenta propia del terapeuta, una forma de vivenciar donde el terapeuta esté en contacto alerta con el evento más importante del campo organismo/ambiente, con un total apoyo sensorio motor, emocional, cognitivo y energético. De lo que al parecer no están todos de acuerdo, es en sistematizar un modelo diagnóstico común pero flexible para las características de cada terapeuta.

### ***Bases para una Propuesta***

El diagnóstico concierne a la TG ya que puede ser una herramienta de gran utilidad para el proceso terapéutico, para el terapeuta, para el estudiante en formación, y sobretodo para el paciente.

Diagnosticar fenomenológicamente desde el modelo Gestáltico permite reconocer pautas y procesos del paciente y del terapeuta y por ende actualizar la

relación terapéutica. Permite obtener una mirada global de la estructura del carácter, además de atender y trabajar sobre los bloqueos neuróticos. También permite al terapeuta saber que secuencia, intervenciones y tiempo usar en terapia, y conservar una actitud fenomenológica que le facilite encuadrarse dentro del modelo Gestáltico, que le abra las puertas a basarse en lo descriptivo, a reconocer su intuición, a propiciar la creatividad, humildad y respeto. Permite al terapeuta ser más preciso, discriminativo y coherente en la comprensión de la realidad particular y diferente de cada paciente; hacer mejores conjeturas acerca de lo que éste está experimentando, cómo reaccionaría frente a una intervención particular, reconocer eventos evolutivos claves en su historia, etc.

Más que una conducta fenomenológica que ejecute el terapeuta, nos parece que el diagnóstico (como ya se dejó entrever) es una *actitud* que encuadra la relación facilitador - consultante y que perdura a través del proceso terapéutico. El diagnóstico en TG es siempre una experiencia en el presente, descriptiva y no interpretativa, que intenta captar además de signos y síntomas, la experiencia subjetiva del observado a través de la intuición del observador, pero siguiendo un método de observación fenomenológica. Es principalmente descriptivo de lo fenoménico - presente, y no explicativo de lo psicogenético, ni predictivo de lo patogenético de los sujetos y grupos. Es un estado de disponibilidad interna, en el cual es posible dejarse entrar en contacto con aquello que pueda emerger en la relación. Se trata de una actitud respetuosa de curiosidad, que no compite con el tratamiento sino que lo favorece, y que permite al terapeuta discriminar basándose en el reconocimiento de patrones. Como menciona Joseph Zinker, un continuo gargarizar psicológico sobre el modo que el otro tiene de ser en el mundo, que permite y fomenta el proceso terapéutico.

Es en esencia un diagnóstico aplicado sin actitudes fundamentalistas y con una visión operativa y elástica, que ofrece una mirada útil y una forma activa de obviar caminos vagos e imprecisos que a veces alargan innecesariamente los tiempos de una terapia.

Sin embargo es posible apreciar como en los últimos 15 o 20 años algún interés por integrar formas diagnósticas estructurales (o cuasi), sin mayor discusión teórica acerca de la atinencia de esas concepciones con la teoría de base. Algunas de estas formas vienen del psicoanálisis de la corporalidad, o de tradiciones antiguas usualmente provenientes de oriente,

particularmente valoradas por la vertiente más transpersonal. Hasta ahora, reducen la conducta humana a rasgos esenciales o tipos psicológicos. Frente a las imprecisiones, estos modelos aducen que efectivamente no existen los sujetos puros.

En cuanto a los procedimientos para la implementación del diagnóstico en terapia, se puede mencionar que no existe consenso, ni tampoco mucha producción teórica. Pero según lo analizado en ésta revisión, se puede llegar a una aproximación de lo que podría ser el diagnóstico en TG, lo que es esbozado en la figura N° 1, que se aprecia más adelante.

Para diagnosticar en TG, el terapeuta siempre tiene como fondo la teoría Gestalt, es desde la base donde el terapeuta está parado. No hace figura constantemente sobre los elementos teóricos de la Gestalt que le pueden ser útiles en cada momento, sino que éstos una vez interiorizados, pasan a formar parte de esta actitud del terapeuta. Se podría decir, tal vez algo exageradamente, que el terapeuta vive Gestálticamente el proceso diagnóstico. Con esto, se centra en el presente, para introducirse en la actitud fenomenológica que propicia el diagnóstico, que incluye tanto una postura física, como una disposición del ánimo, que permite despertar la intuición del terapeuta en un contexto respetuoso de la fenomenología del otro, donde se privilegia la descripción, la creatividad y humildad ante la complejidad del campo de observación.

El terapeuta pasa a prestar especial atención a aquello que le impacta, lo que le captura la atención, le intriga, le hace o no hace sentido, le impresiona y así por delante. Esto puede ocurrir en el nivel del discurso del paciente, de su apariencia, de su energía, de su postura corporal, de su afectividad (o bloqueos de ella), de su voz o expresiones de otra naturaleza.

Esta atención y actitud se realiza a través de la relación dialogal, desde la cual el terapeuta observa los patrones corporales y lingüísticos de paciente, la iniciativa con que enfrenta el campo, la coherencia del relato, su vivacidad, emocionalidad, los cambios durante la sesión, su agresión y cómo asimila. También, desde ésta relación el terapeuta presta atención a como se ve afectado él mismo, el nivel de apoyo del paciente y su proceso de darse cuenta de sí mismo y de sus relaciones personales. El proceso de darse cuenta se observa poniendo énfasis en cómo el paciente vivencia su ciclo experiencial, más que en cómo lo relata. Tan fundamental es este tipo de relacionamiento dialogal para el diagnóstico en

TG, que Gary Yontef afirma que el diálogo existencial es a la psicoterapia gestáltica lo que la neurosis de transferencia es al psicoanálisis.

En los años de trabajo con personas en formación profesional, hemos podido notar que existen desafíos importantes de superar. Por ejemplo, una de las actitudes más enraizadas en la formación tradicional es la tendencia a simplificar la conducta del paciente en base a explicaciones lineales. Sin embargo, la visión de ser humano que anima a la TG tiene una fuerte raigambre en la teoría del Campo Complejo de Kurt Lewin. Por lo mismo, la actitud diagnóstica bien haría en ejercitarse en el máximo rigor de esta comprensión. Aún hoy algunos profesionales que trabajan en salud mental piensan que hacen diagnósticos de sus “pacientes” como si sus procesos existieran “en lo real”, es decir, separados de quien los observa. Y esto se explica pues nos parece que la posición fenomenológica es una de las más difíciles de sostener consecuentemente dada nuestra incrustada tradición positivista y nuestra tendencia culturalmente facilitada de simplificar la experiencia reduciéndola a elementos predecibles. La evaluación de la relación terapéutica involucra principalmente a la actitud con la que el/la terapeuta se aproxima al consultante.

En el diagnóstico en TG se escucha en forma empática, realizando lentamente algunas correlaciones con afirmaciones previas del paciente, así éste aumenta su sensación de bienestar, su apertura y la profundidad de su trabajo psicológico. Esta actitud diagnóstica entrega referencias al terapeuta para seguir observando o para dar paso al experimento.

El diagnóstico si bien es un momento, también es una disposición a prestar especial atención al otro en un continuum. Este momento va y viene durante la terapia, de modo que no es específico de una sola fase de ésta, por ejemplo del inicio (donde en variados modelos terapéuticos se lleva a cabo un diagnóstico formal, que entrega las pautas a seguir para todo el tratamiento). El momento diagnóstico, al ser parte de la actitud del terapeuta, puede ser un método interiorizado de observación fenomenológica, que no precisa ser gatillado automáticamente por una etapa de la terapia, sino por la curiosidad del terapeuta, que es una herramienta del terapeuta Gestáltico. Otras disposiciones consecuentes podrían ser la confianza (informada) en los procesos emocionales, cierta apertura a la experimentación, y el uso de la autodevelación como forma de conocimiento.

Como vemos, el diagnóstico, si bien es una actitud del que lo lleva a cabo, también es parte de un proceso, ya que tiene etapas por las cuales el terapeuta pasa. Es procesal

también, ya que aprecia en conjunto las fases sucesivas de un fenómeno. Las etapas o fases del proceso diagnóstico aún no se han sistematizado por completo. Por ejemplo, Yontef no aclara todas las etapas que el terapeuta puede sobrellevar en el diagnóstico. Más bien las menciona alternadamente, sin pasos a seguir, como dentro de un continuo darse cuenta en el cual el terapeuta puede alternar su foco de atención hacia diferentes elementos que le hacen figura, en diferentes momentos. Se considera solamente una primera etapa fija, en la cual el terapeuta se centra en el presente para seguir en el proceso.

A continuación se presenta la figura N° 1, en la cual se aprecia en forma de esquema, gran parte de lo mencionado hasta el momento en estos comentarios. En lo que a relación dialogal se refiere, se ha recapitulado a Yontef (1995) por ser quien dentro de los autores revisados y a nuestro juicio, se ha referido con mayor claridad a esto.

Tomando en cuenta las condiciones citadas, una aproximación diagnóstica básica debiera al menos:

- Respetar la complejidad del fenómeno de campo.
- Contemplar aspectos de la relación terapéutica, en pos de la comprensión del problema de la distinción sujeto/objeto.
- Considerarse procesalmente.
- Integrar elementos estructurales en un discurso consecuente con una aproximación procesal y fenomenológica.
- Permitir la flexibilidad necesaria a la hora de incorporar modelos compatibles y emergentes.
- Apelar a una aproximación integral.
- Estar corroborada en el contacto.

Existe en la siguiente propuesta **elementos valóricos**, relacionados entre si e importantes a la hora de desarrollar un proceso diagnóstico consecuente con el modelo, al instante de elegir una herramienta diagnóstica o un uso alternativo de ella, e incluso al momento de planificar el siguiente paso de la intervención:

*Pauta de no violencia:* Pasa por asumir el peso social y las dinámicas del poder socialmente implícitos en la relación entre evaluador/a y evaluado/a. De esta forma, se hace hincapié al solicitar una actitud conciente por parte del evaluador respecto de cómo el proceso puede constituir formas de estigmatización basadas usualmente en paradigmas científicos de vigencia típicamente relativa.

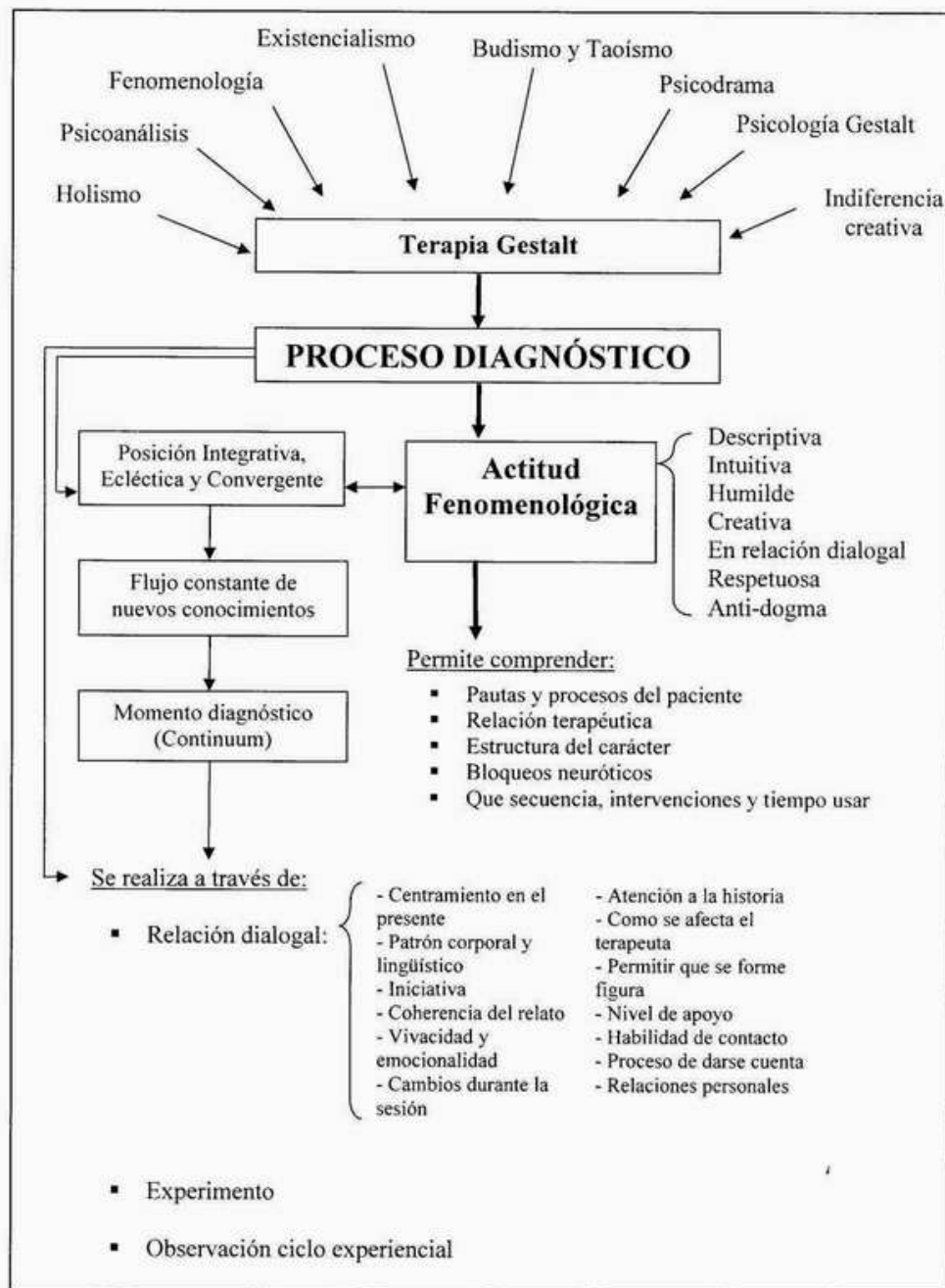


Fig. Nº 1. Actitudes básicas para la comprensión diagnóstica de casos

*Pauta de co-construcción:* Sin duda quien mejor podría comprender el proceso vital es quien lo vive. Desde aquí se estimula la participación del otro en la construcción de los juicios evaluativos. La cooperación del otro pasa por la destreza de los profesionales en construir relaciones de confianza y transparencia.

*Pauta de responsabilidad intersubjetiva:* El rol del evaluador consiste en comprender de la forma más íntegra posible el mundo experimentado por el consultante, accediendo de manera abierta a los propios procesos. Esta es la base de la práctica fenomenológica, y sin duda, la parte más ardua del entrenamiento. La construcción de la realidad suele estar plena de actos preconscientes y elecciones arbitrarias. Pensamos que esto no es *lo malo*, sino más bien *lo natural*. La comprensión de esta relación natural puede ser la base de movimiento para nuestras formulaciones diagnósticas, es decir, hace a la realidad susceptible de ser permanentemente reconocida e incluso reconstruida.

*Pauta de comprensión procesal:* Basado en lo anterior, se sugiere la constante reconstitución de los juicios diagnósticos, y en lo posible, el abandono de la intención de certeza. Normalmente, un marco descriptivo tiene ventajas obvias sobre el explicativo a la hora de formular diagnósticos. El pensamiento tiende a fijar los procesos en conceptos estáticos, a veces demasiado rígidos en comparación a lo que sucede frente a nuestros ojos.

*Pauta de complejidad:* Las explicaciones lineales simples pueden aportarnos un grado importante de tranquilidad frente a la incertidumbre, en acuerdo a las ya clásicas reflexiones buberianas. Más, es poco probable que nos reporten una base particularmente sólida frente a la comprensión de la conducta humana dada su inmersión en fenómenos amplios y cruciales como la cultura.

Observemos entonces la aplicación de estas **reglas básicas en la construcción del discurso diagnóstico** (escrito u oral) de valor fenomenológico:

a) *Sobre la distinción sujeto/objeto:* En este aspecto estamos asumiendo la responsabilidad del evaluador en la construcción del propio proceso fenoménico: Decimos “de acuerdo a quien evalúa”, “según la opinión de los evaluadores”, “en base a la experiencia de quien suscribe”, “según lo observado por nosotros”, etc.

b) *Sobre la relatividad temporal:* Implica hacer explícita la noción de proceso: “por ahora”, “al momento de la entrevista”, “con los recursos que por ahora se dispone”, etc.

c) *Sobre la relatividad contextual:* Aceptando la complejidad del funcionamiento humano, se hace necesario especificar los juicios evaluativos remitiéndolos a contextos específicos sobre los cuales se podría desarrollar una aseveración; por ejemplo, “al menos en cuanto a la relación de pareja se aprecia que...”, “esta resistencia se aprecia específicamente en el marco de la relación terapéutica frente a tal tema...”, “no me es posible extrapolar esta actitud a otra área que no sea a la de nuestra relación en la oficina”, etc.

Continuando, pensamos que hay algunas **áreas de indagación** que nos parecen clave, y podrían recoger la base formativa de cualquier terapeuta gestáltico:

1. Análisis del (los) ciclo(s) relevante(s) de la experiencia, sus interrupciones defensivas y las polaridades involucradas: Esta resulta la línea básica de investigación de procesos terapéuticos. Podemos rescatar que estas herramientas permiten el diseño de facilitaciones terapéuticas, no sin considerar la importancia de evaluar los recursos de los que disponen los beneficiarios. En este esquema se basa la estructura de entrevista propuesta. Para cada Fase del ciclo caben preguntas básicas de acuerdo a los temas específicos que se evalúan (una posición de complejidad implica que la experiencia de la persona no puede resumirse en un ciclo experiencial global, ni puede someterse a extrapolaciones. La herramienta-test propuesta por Salama (2001) es útil en la medida que se contemple este argumento. Las preguntas básicas de la entrevista focalizada a un tema específico pueden ser, entre otras posibles:

*Fase reposo-sensibilidad*: ¿Identifica la persona cuáles son las sensaciones concomitantes al tema tratado? ¿Estas sensaciones se encontrarán sobre o submoduladas debido a la coexistencia de otros ciclos pendientes o de factores toxológicos, musculares o neuroendocrinos? *Forma de la pregunta*: “¿Qué sensaciones tienes en tu cuerpo cuando hablamos de esto?” “¿Dónde lo sientes?” “¿Es como qué?” “¿Agradable o desagradable?”

*Fase sensibilidad-conciencia*: ¿Reporta responsabilidad por la propia experiencia o proyecta? ¿Valora la experiencia sensorial como argumento relevante en la noción de sí? *Forma de la pregunta*: “¿Qué crees que te muestra esto que sientes en relación al hecho que describes?” “¿Significa que esto que sientes depende de lo que el otro diga/haga?” “Ahora que percibes esto que sientes... ¿De qué te das cuenta?”

*Fase Conciencia-Excitación*: ¿Se permite a sí misma la aparición de estados emotivos? ¿Identifica estos estados como motivaciones? *Forma de la pregunta*: “¿De qué tienes ganas?” “¿Cómo te sientes cuando te das cuenta de esto?” “¿Qué te impide sentir esto?” “¿Cuál es el problema con sentirte así?”.

*Fase excitación-acción*: ¿Se permite la expresión directa de un estado afectivo? ¿Tiene coherencia y consistencia la acción expresada? ¿Se constatan actos retroflexivos? ¿Cuál parece ser la intensidad del movimiento energético y cómo esta parece sobrepasar a quien lo experimenta en el sentido del autocontrol? *Forma de la pregunta*: “Finalmente, ¿Qué vas a hacer?” “¿Cómo piensas lograrlo?” “¿Como haces para expresar esto cuando es tu necesidad hacerlo?” “si no resulta, ¿que piensas hacer?”

*Fase Acción-Contacto*: ¿Se dirige la acción hacia el honesto objeto de satisfacción de la necesidad? ¿Es la acción asertiva en el momento del contacto? ¿Es este contacto abarcado honestamente, respecto de la motivación dominante? *Forma de la pregunta*: “Finalmente,



¿Qué hiciste?” “¿A quien más le cuentas estas cosas que te pasan?” “Cuando lo encaraste, ¿Cómo te sientes/sentiste?”

*Fase contacto-retirada:* ¿Resulta satisfactorio y nutritivo el contacto? ¿Parece retirarse pacíficamente la figura hacia el fondo? ¿Sostiene la persona un apego excesivo a la experiencia del contacto, reconociendo otros elementos inconclusos que lo justifique? *Forma de la pregunta:* “Revisemos tus sensaciones frente a lo que ha pasado” “¿Qué crees que va a pasar ahora, después de todo, y cómo te sientes frente a esa expectativa?”.”¿algo más te inquieta?”

2. Recursos del consultante: Los Recursos son aspectos constructivos y significativos de la existencia de una persona, en la cual puede encontrarse apoyo para el proceso terapéutico. Normalmente permiten, soportan o estimulan el proceso de crecimiento. Incluyen aprendizajes, prácticas creativas, relaciones y formas de funcionamiento (también biológico). Usualmente, se desarrollan de manera idiosincrática. Una aproximación estratégica implica la valoración de estos aspectos positivos. Sin embargo y hasta ahora, ha habido poco desarrollo de este argumento al interior de la Terapia Gestáltica. Este se ha dado mayormente en la aproximación al trabajo con niños (Oaklander, 1992; Amescua, 1995), y bastante poco sistemáticamente al trabajo con adultos, a excepción de Zinker y en lo que se refiere al recurso “creativo”. Conocer y valorar los recursos de las personas permite a un terapeuta un campo prolífico de aproximación al otro. La Terapia Gestalt Integrativa cuenta con un grado importante de libertad para estructurar su trabajo. Sin embargo, ella exige un marco de referencia para que su técnica resulte asertiva. Un desafío importante para los facilitadores creativos es que la modalidad de intervención elegida potencie más que inhiba la experiencia del consultante. En la práctica las tareas y las técnicas de intervención pueden dimensionarse e incluso diseñarse en base a estos recursos. Por eso son parte clave del conocimiento previo del otro. La curiosidad y a un genuino interés por descubrir las inspiraciones del otro nos parecen la actitud básica en esta fase del diagnóstico. Muchas veces puede suceder que de esta exploración surjan intereses comunes, los que pueden resultar muy relevantes en la consolidación de la relación terapéutica. Las áreas que a continuación se describen, podrían resultar un base más detallada para la definición del hasta ahora vago concepto de autosoporte. Son áreas a evaluar comunes a cualquier momento evolutivo:

2.1 *Logros en ciclos de la experiencia relevantes:* Las tareas asignadas, sean estos experimentos o actividades a realizar en el ambiente natural del paciente, requieren de una base de posibilidad. Evaluar este aspecto es crucial en el éxito de una tarea. Por ejemplo, es

bastante poco probable que un paciente pueda realizar exitosamente una silla vacía si no tiene la capacidad de tomar conciencia de sus propias sensaciones, o si cuenta con potentes introyectos acerca de la expresión de sus emociones frente al (la) terapeuta. Consideremos además que fracasar en una tarea podría mermar la expectativa de eficacia del beneficiario, de allí el valor de esta indagación. Entonces nos preguntamos qué es lo que la persona “lleva de ganar” respecto de su ciclo experiencial, es decir, qué pasos de un ciclo relevante efectivamente logra concretar.

2.2 *Uso positivo de las defensas*: probablemente toda defensa tienen una ganancia, lo que significa que si bien impiden el libre flujo de la experiencia, representan una forma de adaptación consecuente. Las personas normalmente hacemos lo mejor que podemos de acuerdo a los recursos con los que contamos y al valor que damos (o intuimos) a los sucesos del ambiente. Entonces, la defensa es en sí un mecanismo autoregulatorio que se basa en la sabiduría orgánica (Kepner, 1992). El camino para la disolución de una defensa que impide el crecimiento suele requerir movimientos complejos de la relación organismo/ambiente, y no solo cambios a nivel intrapsíquico (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). En el caso de la resistencia, en una aproximación terapéutica descuidada, puede verse a los (as) terapeutas intentando desenfadadamente “reventar” la resistencia, sumergiendo al consultante en la a veces innecesaria sensación de quedar avergonzado o vulnerable. Si existen alternativas a esta técnica “de choque”, entonces nos parece que la elección puede o no definirse como innecesariamente violenta. En una aproximación basada en la confianza y el respeto es posible muchas veces desarticular la resistencia, por lo que ya no es necesario considerarlo un fin, sino más bien como el curso natural de la evolución positiva de la colaboración consultante-terapeuta. En este sentido, la resistencia del consultante no es vista como un problema del paciente, sino como un desafío para la relación, en donde la tarea para el terapeuta es muchas veces su propia impaciencia y empatía.

2.3 *Aproximación simbólica*: Cada persona posee formas peculiares de comprender su mundo experimentado. Algunos recursos están a la mano, y otros no son parte del funcionamiento cotidiano de las personas. Aquí, más que centrarnos en lo que “falta”, nos apoyamos plásticamente en lo que hay, incluso en lo que sobresale. Por ejemplo, tiene sentido aprovechar los sueños de aquellos consultantes que tienen la capacidad de recordarlos. No todos pueden hacerlo. ¿Cómo construye representaciones de la experiencia de manera favorita? ¿Mediante imágenes? ¿Sonoramente?, ¿Kinestésicamente? ¿Creativa o estereotipadamente? ¿Construye metáforas simples o complejas? En otro aspecto, muchas personas poseen vías de expresión ya desarrolladas hacia formas creativas o artísticas. En vez de someter al consultante a

nuestra técnica plástica favorita, podemos aprovechar que para la persona ya es viable ciertas formas de arte. Es posible que la persona reaccione positivamente frente a material plástico que le sugiere o evoca momentos agradables.

2.4 *Calidad de la relación terapéutica:* En plena consecuencia, estamos asegurando que la evaluación diagnóstica es inevitablemente relacional. No se remite al mero análisis de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, sino más bien, a la evaluación de la cualidad y la cantidad de la energía que se ha invertido en el proceso de construcción de confianzas (o al posible aprovechamiento de lo que naturalmente se ha dado): ¿Qué impresión tengo de la resistencia de mi consultante hacia el proceso y como esto me afecta en la relación? ¿Cómo me afecta frente a la posibilidad de que el consultante se sumerja en un movimiento emocional intenso? ¿Qué hago desde mi cuerpo cuando el/la consultante me confronta?, ¿puedo decir que este es el momento propicio de la confianza para el siguiente experimento? ¿cómo percibe el consultante la tensión que parece experimentar cuando le confronto acerca de un tema? ¿estaremos de acuerdo respecto del ritmo de nuestro trabajo?, etc. Un esquema interesante y complementario de reflexión al respecto lo aportan las actitudes terapéuticas básicas rogerianas.

2.5 *Red social y afectiva:* Es ampliamente aceptado que la condición psicosocial de una persona define en algún grado importante las condiciones de riesgo y vulnerabilidad en las que se encuentra. Si bien la TG promulga la disminución del soporte ambiental en pro del autoapoyo, no hay que confundir esta aseveración con una apología a la autosuficiencia. Algunos autores han propuesto redacciones alternativas a la clásica oración gestáltica para dar más claridad a este aspecto (Zinker, 1999; Robine, 1999). Soporte ambiental se refiere a los condicionantes externos del proceso de toma de decisiones, en donde se asegura una pérdida del recurso de la plena conciencia, por lo tanto, de la libertad de optar. Una red social sólida, en cambio, puede ser valorada conscientemente como una forma de intercambio imprescindible para un contacto nutritivo. Muchas veces hemos visto que la pertenencia a estas redes (por ejemplo, comunitarias o familiares) suelen resultar un poderoso sostén al tratamiento. Nos parece esperable y positivo, que el consultante considere a su terapeuta parte de esa red, e incluso, al menos en un principio, manifieste cierta dependencia a esta relación en pos de la adherencia requerida para el tratamiento. Por cierto que se esperaría que este evolucione hacia el autoapoyo en forma progresiva (Zinker, 1995)

3. Dinámica bioenergética e integración: Aquí apreciamos los estados psicocorporales, usualmente revelados por la respiración, las corazas musculares (aspectos estructurales de la experiencia corporal) y por la presencia de estados corporales transitorios de valor afectivo frente a sucesos de la relación organismo/ambiente. También evaluamos aquí la forma en que la persona

parece integrar o no dicha experiencia a la noción de sí. Este elemento nos parece desafiante en particular, pues algunos de los modelos en los que se forman los terapeutas Gestálticos (Lowen, Reich, Boadella) son originalmente concepciones más bien estructuralistas y suelen basarse en sendas tipologías de la personalidad. Esto puede dictar cierto contrasentido a una posición más bien fenomenológica. En nuestra opinión, nos parece propio al menos sugerir un estudio más acucioso de los alcances y limitaciones de las teorías originales en coordinación con las bases de la TG. Por otra parte, podemos encontrar en la obra de Kepner (1999) una consecuente orientación acerca del fenómeno de la integración psicocorporal. La tesis de este autor es particularmente interesante, pues en algún grado nos parece que rescata la concepción original de Perls, Efferline y Goodman (1951) acerca del funcionamiento integrado y ecológico de la triada (finalmente teórica) cuerpo-mente-ambiente. El consultante iniciaría el proceso terapéutico percibiendo estos tres aspectos como entidades separadas, avanzando a un nivel intermedio de integración en el cual habría la suposición de esta relación y mayor conciencia de sí. Concluiría –en el máximo logro de su funcionamiento integrado- como una *persona* completa, inmediata, menos conciente y más asertiva.

4. Epifenómenos relevantes: Dan espacio a integrar elementos relevantes en términos de la experiencia de cada investigador, de lectura compatible al enfoque, y que permiten a quien lo aplica una aproximación más completa y comprensiva: historia clínica, ciclo evolutivo, condición psicosocial, pautas de alimentación, ambiente y toxicidad, consumo de medicamentos, prácticas de sanación coayudantes, actividad física y mental cotidiana, aspectos vocacionales y laborales, procesos de identidad, funcionamiento sexual, fenómenos sociales contingentes, sentido vital, cosmovisión dominante o fenómenos de victimización; Pueden parecer relevantes otras apreciaciones de tendencias generales, por ejemplo, de acuerdo al análisis de la pirámide de satisfacción de necesidades (Maslow) o patrones de Funcionamiento Óptimo (Rogers).

5. Psicopatología: Hay condiciones médicas o psicosociales que definitivamente pueden resultar fundamentales a la hora de considerar un procedimiento. Este es un aspecto en el que retrospectivamente podemos encontrar frecuentes referencias, más pocas profundizaciones. Un interesante artículo acerca de la relevancia de un adecuado diagnóstico respecto de esta variable la encontramos en Yontef (1995), más, los aportes de Gilles (2000) y Siomopoulos (2004). Yontef nos aporta una interesante y útil descripción de sus procedimientos una vez que el diagnóstico se vincula derechamente a un trastorno de personalidad. En otro ejemplo, Teresa Hunneus (2001) describe la efectividad de una aproximación centrada en el contacto social más que siguiendo la pauta del ciclo experiencial típico en el caso de que los consultantes presenten un cuadro psicótico.

Otras áreas interesantes de estudio son las toxicomanías, la criminología, la violencia y la psicopatología social.

6. Condiciones de Riesgo: A nuestro juicio, las intervenciones teóricamente eficaces son un riesgo en la medida que ignoran la condición específica del paciente. Muchas veces hemos escuchado de personas con una formación imprecisa propuestas de intervención estereotipadas frente a los “clásicos pacientes manipuladores” o “dependientes” que pueden significar incluso riesgo vital para el consultante. Hemos escuchado de terapeutas que piden verdaderas extravagancias a sus clientes, basados en alguna metáfora exótica (que tal vez un aprendiz budista si estaría dispuesto o capacitado para realizar) o basados en el consejo o la imitación de alguno de sus maestros. No pondremos en duda los momentos asertivos que estas prácticas podrían efectivamente lograr. Si ofreceremos algunas bases diagnósticas a considerar como límite a la libre experimentación, esto en base a que una intervención prematura pueda resultar agravante.

6.1- *Riesgo suicida*: de acuerdo a cifras de la OPS a nivel mundial, el suicidio es más alto en hombres que en mujeres. Es mayor en jóvenes, y crece notoriamente en ancianos. Los mayores precipitantes de suicidio parecen ser las *enfermedades mentales*, donde un 60 a un 80% de suicidios consumados se relacionan con depresión. Otras causas serían Enfermedad física, Alcoholismo, Problemas económicos, aislamiento social y disputas interpersonales. En Chile constituye la tercera causa de muerte en jóvenes. En el caso de la depresión, usualmente se trata de consultantes descompensados emocionalmente, y carentes de red social efectiva. Los Hombres propenden a muertes violentas, y las mujeres, al sobreconsumo de medicamentos. En nuestra experiencia, la ideación suicida no es reportada necesariamente desde el primer encuentro terapeuta-consultante, y requiere de un tratamiento de mucho apoyo, usualmente multidisciplinario y calificado. Existen algunos mitos y teorías clásicas acerca de que los intentos de suicidio no son más que juegos manipulativos, o son formas de castigo. El problema de estas teorías puede que no sea su veracidad en sí (algo reñidas con una comprensión compleja de la conducta humana), sino a nuestro parecer y como hemos visto, la actitud simplificadora con la que un profesional mal preparado puede desdeñar señales claras que podrían justificar un procedimiento más apropiado y de final menos catastrófico.

6.2- *Riesgo de violencia física o psicológica*. Las fuentes de violencia pueden ser múltiples: intrafamiliar, racial, sexual, política, maltrato infantil, de género, desplazamiento forzado, etc.. También está la violencia que se ejerce contra los derechos de las personas. Existe aquí un amplísimo campo de estudio y debate, donde constantemente se refutan antiguas teorías explicativas y se plantean otras más integradoras. En los sistemas públicos de apoyo psicosocial contra la violencia de muchos países se aprueba la intervención multidisciplinaria, y se promueven

protocolos de prevención e intervención de emergencia. En muchos casos, los profesionales de la salud mental están en el deber de conocer dichos protocolos, y los recursos de la red de apoyo disponible en su región. El profesional está obligado (o recomendado) a derivar al consultante a un especialista, o a denunciar tal condición de riesgo. Otra fuente de esta categoría tiene que ver con exponer a los consultantes a condiciones riesgosas para su integridad. Hace pocos años nos tocó conocer la trágica experiencia de una mala intervención, en la que un miembro de un equipo de apoyo psicosocial aconseja a una madre un castigo ejemplar para su hijo adolescente -una especie de intervención paradójica- impugnándola a no dejarlo entrar a casa la próxima vez que volviera tarde y ebrio. El joven paso la noche en el jardín exterior de su domicilio. El barrio era reconocido por la violencia callejera. El joven fue asaltado violentamente y muerto en horas de la madrugada de esa noche, imposibilitado de defenderse producto del alcohol. La desafortunada intervención pudo evitarse tras una evaluación sistemática de los riesgos involucrados.

En otros casos, hemos visto la pasmosa facilidad con que algunos profesionales semientrenados recetan y ejecutan técnicas catárticas (por ejemplo, hiperventilatorias) sin ninguna indagación acerca de la salud física del consultante. Otras veces hemos podido presenciar (en desafortunados finales) cómo entusiastas talleristas someten a sus asistentes a técnicas de choque sin contar con previa consulta, ni proveer al menos un aparato de diagnóstico responsable, en el sentido de predecir en algún grado la capacidad de autoapoyo de las personas frente a la intervención. El resultado es que, en el mejor de los casos, los asistentes se alejan del lugar sin posibilidad de que el método termine de probar su potencia, y consecuentemente, pierden la fe en tales contextos. En el peor de los casos, la intervención resultará iatrogénica. Finalmente, lo que está en juego en estos ejemplos son los derechos de las personas, y las creencias, actitudes y acuerdos que tenemos al respecto. Los temas propuestos para una eventual discusión de estos asuntos son los de confidencialidad y de consentimiento informado. Importantes propuestas y reflexiones pueden encontrarse en el campo de la bioética aplicada a las ciencias médicas (Zorrilla en: Casas et Al., 2002; Dides et Al., 2003), más no en las obras gestálticas más importantes, o las consideradas “biblias” del enfoque.

Para finalizar, podemos reconocer que a nuestro análisis han escapado numerosos temas, como el uso de material psicodiagnóstico, temas de psicopatología, corporalidad, emocionalidad, especificidades diagnósticas frente a los casos de daño neurológico, toxicomanías, distinciones entre el proceso diagnóstico infantil y el adulto, etc.. Sin embargo, esperamos haber podido llevar a la reflexión y al avance el asunto.

## **Comentarios**

Los actuales planteamientos se basaron en la revisión de obras consideradas importantes por su alusión a temas como el diagnóstico, de autores distintos, tales como Zinker, Yontef, Salama, y Castanedo, entre otros. Esto nos permite entender el estado y la historia de la discusión acerca del proceso diagnóstico en Psicoterapia Gestáltica. Con el aporte de ellos, y apelando a las bases teóricas del enfoque, se plantean los principios o actitudes básicas diagnósticas, pautas valóricas y algunas áreas de indagación que en base a la práctica y a discusiones relacionadas nos parecen primordiales. Este último punto permite mostrar algunos elementos de discusión susceptibles de ser profundizados, tales como la ética y la pragmática.

Otro aspecto que nos parece importante dejar planteado es la importancia de que los (las) terapeutas dominen o discutan acerca de principios éticos, tomando en cuenta sus propios procedimientos iniciales como punto de reflexión.

## **Referencias Bibliográficas**

- Amescua, G. (1995). *La magia de los niños*. (2ª ed). La Habana: Academia.
- Fernández, R. (1996). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. (1ª ed). Madrid: Pirámide.
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología Psiquiátrica*. (6ª ed). Santiago de Chile: Universitaria.
- Castanedo, C. (1983). *Terapia Gestalt*. (1ª ed). Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Castilla del Pino C. (1980). *Introducción a la psiquiatría*. (1ª ed). Madrid: Alianza Universidad.
- Dides, C.; Guajardo, A.; Pérez, S.; Casas, L. (2003). *Guía de Habilidades para el Consentimiento Informado y la Confidencialidad de la Información en salud Sexual y reproductiva en Adolescentes y Jóvenes*. UNFPA-CORSAPS, Santiago de Chile.
- Fernández, R. (1996). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. (1ª ed). Madrid: Pirámide.
- Ginger, S y Ginger, A. (1993). *La qestalt: una terapia de contacto*. México: Manual Moderno
- Gilles D (2002) *Las perturbaciones de la personalidad: Una perspectiva Gestáltica*. Ediciones CTP, Madrid, 2ª edición
- Hunneus, T. (2001) *La esquizofrenia, Visión Integradota*. Ediciones de la Universidad SEK, Santiago de Chile.
- Kepner, J. (1992) *Proceso Corporal*. México D.F. Manual Moderno
- Latner, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt*. (1ª ed). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Nunnally, C. (1970). *Introducción a la Medición Psicológica*. (1ª ed). México: Paidós.
- Oaklander, V (1992). *Ventanas a Nuestros Niños*. Santiago, Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- O.P.S: Estadísticas de Mortalidad. Ediciones 70.
- Perls, Hefferline & Goodman (1951), *Gestalt Therapy*. Edición de The Gestalt Journal Press, 1ª ed, NY, EEUU, 1994
- Quitmann, H. (1989). *Psicología Humanística*. (1ª ed). Barcelona: Herder.
- Real Academia de la Lengua Española, <http://www.rae.es/>
- Robine, J (1999). *Contacto y Relación en Psicoterapia*. (1ª ed). Santiago de Chile:Cuatro Vientos.
- Salama, H. (2001). *Psicoterapia qestalt. Proceso v metodología*. (2ª ed). D.F. México: Alfaomega.
- Siomopoulos, V. (2004) *La estructura de la experiencia psicopatológica*. Ediciones CTP. Madrid, España.
- Yontef, G. (1995). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. (1ª ed). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Zinker, J. (1999). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. (1ª ed). México: Paidós.
- Zorrilla, S. (2002). Confidencialidad, Autonomía y Derechos de las Personas. Reflexiones en torno al artículo 17 del proyecto ley marco de derechos sexuales y reproductivos. En: Casas, L; Dides, C.; Isla, P. Confidencialidad de la información y consentimiento informado en Salud Sexual y reproductiva. CORSAPS, Santiago de Chile.