

# Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una Aproximación desde la Terapia Gestalt

**David Ceballos Montalvo\***

## Resumen

En este artículo se bosqueja una descripción del Trastorno de Ansiedad Generalizada desde la perspectiva de la Terapia Gestalt, igualmente se trazan las similitudes que dicha conceptualización guarda con los criterios diagnósticos expuestos en el DSM y el CIE-10, a fin de proporcionar un “mapa” diagnóstico de la estructura de la experiencia de este trastorno, sin dejar de tener presente que el mapa no es el territorio y que el diagnóstico es proceso.

**Palabras clave:** trastorno de ansiedad generalizada, diagnóstico gestalt, interrupciones de contacto.

---

\* David Ceballos Montalvo es Licenciado en Psicología Clínica por el Centro de Estudios Superiores “Justo Sierra O’Reilly”. Se ha formado en Terapia Gestalt y Bioenergética. Actualmente se encuentra finalizando la Maestría en Psicología Clínica Aplicada en la Universidad Autónoma de Yucatán, en donde realiza la tesis: Ansiedad Generalizada: Intervención con Enfoque Integrativo Teórico Híbrido de Terapia Cognitiva y Gestalt, presentando este trabajo en diversos foros de posgrado. Sus temas de investigación han abarcado la violencia en las relaciones interpersonales y masculinidades. Ejerce psicoterapia en el Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP) de la Facultad de Psicología de la UADY, en el Centro de Atención al Estudiante (CAE) de la Facultad de Medicina de la misma institución, y en práctica privada.

La experiencia de la ansiedad es ubicua y universal, ésta se extiende a través del tiempo y de las culturas. Por tanto, como concepto, la ansiedad ha ocupado durante mucho tiempo una posición central en las teorías filosóficas y en la psicoterapia (Stein, 2007; Stein, Hollander & Rothbaum, 2009). Sin embargo, en materia de investigación los trastornos de ansiedad tienen una historia relativamente corta.

En el ámbito clínico el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un diagnóstico relativamente nuevo que se definió por primera vez en el *DSM-III*. No obstante, en esta versión era considerado como un diagnóstico residual que se centraba en los síntomas somáticos y que se aplicaba a quienes presentaban síntomas de ansiedad pero que no cumplían con los criterios diagnósticos para otros trastornos de ansiedad (APA, 1980). Es hasta las versiones posteriores del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* que la conceptualización del TAG evolucionó de una categoría residual no específica de ansiedad a su estado actual, como un trastorno independiente y como uno de los principales trastornos de ansiedad. A partir de las ediciones del *DSM-III-R* y *DSM-IV* se empieza a considerar a la preocupación como característica principal del TAG (APA, 1987; 1994).

Si bien el TAG es un diagnóstico relativamente nuevo los orígenes del trastorno se pueden rastrear al concepto de *neurosis de ansiedad* descrito en el *DSM-II*, en el cual se la definía como una neurosis caracterizada por una sobrepreocupación ansiosa que se extiende al pánico y que está asociada frecuentemente con síntomas somáticos. Asimismo, se contemplaba que la ansiedad podía ocurrir bajo cualquier circunstancia y no se limitaba a situaciones u objetos específicos, distinguiéndose de la aprensión o miedo normal que ocurre en situaciones peligrosas reales (APA, 1968).

### **Fenomenología del Trastorno de Ansiedad Generalizada**

En la penúltima revisión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV-TR* (APA, 2000) y en la última edición: *DSM-5* (APA, 2013) el diagnóstico del TAG incluye dos aspectos principales: 1) la ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se manifiestan durante un periodo determinado (seis meses) y que se centra sobre una amplia gama de acontecimientos y situaciones (por ejemplo, en el desempeño escolar, laboral, la seguridad de la familia); y 2) los síntomas somáticos que la acompañan. Otra característica de

la preocupación es la dificultad que encuentra el individuo para controlar este estado de constante preocupación. Aunado a esto se presentan tres o más síntomas asociados de una lista de seis, como la inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de un sueño no reparador). En contraste, las pautas diagnósticas del *CIE-10* (WHO, 1992) hacen énfasis en las manifestaciones somáticas del trastorno y exigen la presencia de cuatro síntomas fisiológicos de una lista de veintidós, de los cuales uno debe pertenecer a los síntomas de activación autonómica.

### **El Concepto de Ansiedad en la Terapia Gestalt**

En la teoría de la Terapia Gestalt coexisten diferentes aproximaciones al concepto de ansiedad; si bien estas fueron desarrolladas durante varios períodos no son excluyentes. Los dos enfoques principales son: primeramente, el que trata a la ansiedad y su relación con la excitación; el segundo, el que ve a la ansiedad relacionada con el tiempo. Una tercera perspectiva es la que vincula a la ansiedad con la pérdida de apoyo (Brito, 2007; L. Perls, 1994; Robine, 1999).

En *Yo, Hambre y Agresión* Perls (1942/1975b) describe la ansiedad con una fórmula: “la ansiedad es igual a la excitación más el abastecimiento inadecuado de oxígeno” (p.100). En esta época el énfasis estaba colocado en los aspectos fisiológicos de la ansiedad. Perls planteaba que la excitación se convierte en ansiedad debido a que “no se permite exhibir la excitación y sus síntomas, especialmente la respiración ruidosa e intensificada” (p. 99). Lo cual genera un conflicto entre el impulso por respirar y el autocontrol que se opone (la resistencia muscular). De manera que el exceso de excitación no puede liberarse y genera un desequilibrio orgánico al bloquear la descarga de la excitación y el organismo permanece inquieto. Sin embargo, no se explica cómo se inhibe la excitación más allá de los aspectos fisiológicos, simplemente se limita a mencionar que en el estado de ansiedad las experiencias pasadas o recuerdos son colocados por la persona nerviosa como señales de peligro en donde quiera que se presienta la posibilidad de riesgo.

Posteriormente, en *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*, Perls, Hefferline y Goodman (1951/2002) consideran la ansiedad como “el resultado de la interrupción de la excitación

del crecimiento creativo (y la sensación de opresión que la acompaña)” (p. 10). En este tiempo el acento estaba puesto en el cómo surge la interrupción de la excitación. Según Perls *et al* (1951/2002) la interrupción del proceso creativo se da por medio de patrones estereotipados que limitan la flexibilidad del proceso de dirigirse hacia la novedad. Lo cual ocasiona que la persona se desconecte del mundo, pierda el contacto con el entorno.

Hacia la década de los sesenta Perls amplió las definiciones previas sobre la ansiedad que había esbozado, añadiendo a éstas la noción de tiempo, expectativas catastróficas y anastróficas, y la representación de roles como elementos esenciales en la génesis de la ansiedad (Perls, 1974, 1975a, 1976). En esta época se distingue la influencia de Goldstein sobre la noción de la ansiedad. Perls la definió como “la brecha que hay entre el ahora y el después.”

En conclusión, y a partir de las definiciones elaboradas por Perls y Goodman se puede decir que en la Terapia Gestalt se considera que la ansiedad no sólo es creada por la falta de apoyo en la respiración sino también cognitivamente. La creación cognitiva de la ansiedad es el resultado de “futurizar” y de no permanecer centrados en el presente. Tanto las predicciones negativas, las interpretaciones erróneas y las creencias irracionales pueden desencadenar la ansiedad (Yontef y Jacobs, 2011).

### **Ansiedad neurótica**

Tal como se ha expuesto la ansiedad para Perls *et al* (1951/2002) es el resultado de la interrupción de la excitación, sin embargo, la inhibición de dicha excitación puede obedecer a una decisión voluntaria, una inhibición funcional, ocasionando una situación inconclusa. No obstante, ni la situación inacabada ni la inhibición voluntaria son los elementos que desencadenan la neurosis (Müller-Granzotto y Müller-Granzotto, 2009). Esta delimitación es importante porque permite establecer una distinción entre ansiedad normal y ansiedad patológica, así como determinar el proceso de cambio de una hacia la otra, y llegar a la conceptualización de un trastorno de ansiedad.

Cabe señalar que en la Terapia Gestalt la ansiedad no tiene una connotación negativa, como síntoma patológico que debe ser eliminado, sino que es considerada como *energía vital* del organismo que ha permanecido estancada y que puede ser recuperada para el sano desarrollo del organismo (Perls, 2006). Así, la Terapia Gestalt tiene como

objetivo identificar en qué punto del ciclo de contacto ocurre la interrupción de la excitación y contactar con los mecanismos que causan dicha interrupción mediante experimentos que permitan hacer tolerable la ansiedad (Perls et al., 1951/2002).

Antes de discutir sobre los diferentes mecanismos que caracterizan al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es necesario exponer de manera breve el proceso de conversión de la ansiedad normal hacia una ansiedad neurótica.

Desde la perspectiva de la Terapia Gestalt los diversos intentos de interrupción de la ansiedad o ajustes neuróticos constituyen la base de la neurosis. En la medida que el organismo de manera *deliberada inhibe* la excitación se va formando un hábito, esta sería una primera etapa de la represión (*formación del hábito*). La inhibición inicial queda asimilada como un patrón de comportamiento pero queda desprovista del contenido original por el cual el organismo, en la situación primaria, decidió inhibir la excitación. Si bien el *hábito* se vuelve crónico y el contenido desaparece, la tensión aún permanece, y debido a que el hábito no es suficiente para minimizar la tensión, la excitación entonces presente se interrumpe y surge la ansiedad neurótica. Ahora bien, cabe la posibilidad de que el organismo al estar en interacción constante con el entorno se halle con un dato en el ambiente que ofrezca la posibilidad de cierre de la gestalt originalmente inhibida, lo cual generaría una nueva tensión pero para esto la excitación tendría que atravesar el hábito inhibitorio de nuevo ante esta situación, es así como la inhibición reacciona contra el self y es cuando ésta se transforma en una fuerza de reacción, la cual es denominada *formación reactiva*. Perls et al. (1951/2002) definen la formación reactiva como “un modo de evitar la ansiedad amenazante ante el fracaso de la represión (aumentando la excitación inhibida o relajando la inhibición), por los intentos posteriores de aniquilar la excitación o por el refuerzo de la inhibición” (p. 278).

Cada ajuste neurótico o mecanismo de defensa tiene una “estructura fija” conformada por una excitación, la inhibición deliberada, el hábito inhibitorio y la formación reactiva; en el fondo del ajuste neurótico hay una gestalt inconclusa que va generando la tensión. Detrás del síntoma hay lo que Perls (1942/1975b) denominaba *gestalt escondida*, la cual describió como:

*La gestalt oculta es tan fuerte que debe manifestarse en el primer plano, la mayor parte de las veces bajo la forma de un síntoma u otra expresión disfrazada. No debemos perder el hilo que conduce desde el síntoma a la gestalt escondida* (pp. 244-245).



En este mismo sentido Perls *et al.* (1951/2002) señalan que “cada ansiedad va a tener su cualidad concreta, determinada por la excitación que se ha bloqueado” (p.464) y por tanto la tarea terapéutica consiste en:

*Descubrir qué excitaciones no se puede aceptar actualmente como propias. Ya que surgen espontáneamente deben estar relacionadas con necesidades genuinas del organismo. Deben encontrarse los modos de satisfacer esas necesidades, sin poner en peligro las otras funciones del organismo. También se debe descubrir exactamente cómo, por medio de las diferentes estructuras de la contracción muscular, se detiene la exhalación completa (p. 463).*

Esta tarea de descubrimiento puede incluso llevar hasta la infancia del paciente, de acuerdo con De Casso (2011) “la gestalt escondida está relacionada con *gestalten infantiles* interrumpidas, las cuales son verdaderas necesidades del niño, del sujeto, que no fueron cerradas en su infancia y que incluyen necesidades fisiológicas, de cariño, de apoyo, de reconocimiento y de expresión que son necesarias para la expansión y desarrollo”. De modo que la ansiedad pudiese estar supeditada a las relaciones con las figuras parentales, ya sea porque éstos no satisficieron la necesidades del niño o porque éste no logró hacerlo debido a que antepuso las necesidades de éstos a las suyas, al respecto Perls *et al* (1951/2002)) señalan que “la ansiedad se despierta cuando la voz que se escucha no es la propia, sino la voz de otro que se ha introyectado. Es la madre o el padre quejándose, gritando o siendo amable” (p. 257).

Para Perls (1978) “la neurosis se caracteriza siempre por una gran cantidad de situaciones incompletas” (p. 56). Es el resultado de la suma de las necesidades interrumpidas, no satisfechas, o bien cuya satisfacción fue prematuramente interrumpida, es decir, la neurosis surge esencialmente de un conflicto entre el organismo y su medio (la madre, el padre, los otros) y es por esta razón que se manifiesta principalmente en la frontera de contacto entre el individuo y su medio (Ginger y Ginger, 1993).

Dado que las diferentes situaciones inconclusas están relacionadas con una excitación específica y éstas pueden tener su origen en diferentes etapas de la vida, cada mecanismo de defensa, aunque genéricamente similar, encierra algo particular para cada persona que lo utiliza. Teniendo presente estas implicaciones a continuación se expone una descripción gestáltica del TAG y los mecanismos neuróticos desplegados en el ciclo de contacto.

### Trastorno de Ansiedad Generalizada e Interrupciones de Contacto

Como se ha mencionado los mecanismos de defensa se despliegan de manera secuencial a lo largo del proceso de contacto. Esta secuencia es invariable y la presencia de un mecanismo en una fase del ciclo de contacto necesariamente implica la presencia de los mecanismos anteriores. No obstante, la persona puede caracterizarse por el empleo predominante de un mecanismo de defensa a otro; asimismo, los trastornos pueden estar caracterizados por uno o la combinación de varios mecanismos neuróticos. Es importante recalcar que lo que caracteriza al trastorno no es el mecanismo de defensa empleado sino el *cómo* éste es utilizado.

#### Confluencia

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada el primer mecanismo que aparece es la *confluencia*. En esta etapa, de acuerdo con Robine (1999), el cuerpo sirve como el fondo sobre el cual se formará la figura, es una etapa de reposo en la cual la emergencia de la gestalt toma la forma de una sensación corporal, una percepción ambiental, necesidad, deseo, apetito, atracción, instinto, situación inacabada que viene a cruzar el momento presente, sin embargo, la simple emergencia de una figura de contacto, aunque sea poco clara, poco definida, a veces se revela ansiógena y al percibirse como amenazante el individuo interrumpe la formación de la figura o su comienzo mediante la confluencia. Una de las funciones para mantener la confluencia está relacionada con la ansiedad de la individuación y diferenciación: el hacerse consciente del deseo es comprometerse en una expresión en primera persona. La confluencia, al mantener una indiferenciación entre el organismo y el entorno, elimina cualquier posibilidad de riesgo a este nivel. La desensibilización permite no tener conciencia de nada y no tener nada que decir (Robine, 1999). Esta interrupción es característica en los trastornos de ansiedad, como en el TAG o los ataques de pánico, donde los síntomas somáticos son predominantes de manera que los individuos son incapaces de reconocer la gestalt interrumpida y su experiencia se centra en los síntomas y no saben por qué están ansiosos.

Igualmente, la confluencia como medio para interrumpir la ansiedad está relacionado con temores infantiles y es característica en los trastornos de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños por el temor de la ruptura del vínculo madre-hijo, de la *confluencia pri-*

maria (Salonia, 2008), en este sentido L. Perls (1994) señala que la ansiedad es la única emoción infantil que surge dentro de una situación de confluencia cada vez que ésta se ve amenazada. La emergencia de una figura es ruptura de la confluencia (Robine, 1999). Esto coincide con las teorías interpersonales que tratan sobre la génesis y mantenimiento de la ansiedad; estas teorías están basadas en las proposiciones hechas por Bowlby, quien sugiere que los cuidadores que no proveen de una base segura tienen la probabilidad de disminuir en el niño la autonomía, la participación en la exploración y la autoconfianza, lo cual puede conducir a un apego inseguro y a estados difusos de ansiedad.

Si bien la confluencia está relacionada con factores interpersonales cabría la posibilidad de incluir en ésta los factores biológicos como fondos dados que sirven como segundo plano en el que se formará la figura. Es decir, el self en su *función ello* se revela desde el fondo, el cuerpo, como una excitación orgánica ansiógena. Recientemente, Akiskal (1998) ha sugerido clasificar al trastorno de ansiedad generalizada como un temperamento de tipo ansioso, enfatizando la constitución de la personalidad ansiosa más en factores biológicos que en los cognitivos. Por tanto, en el caso del TAG es importante tener presente que la ansiedad experimentada puede estar relacionada con la amenaza de la ruptura de la confluencia primaria (pues este trastorno puede ser diagnosticado en niños) o ser de tipo caracterológico.

Los mecanismos siguientes, introyección y proyección, pueden ser catalogados bajo los modelos intrapersonales que hacen énfasis en los factores cognitivos que mantienen el trastorno de ansiedad, como las creencias negativas, la preocupación, la catastrofización, intolerancia a la incertidumbre, interpretaciones negativas, etcétera.

### Introyección

El segundo mecanismo corresponde a la *introyección* en esta etapa del contacto la figura o deseo toma una mejor resolución y la excitación ocupa el primer plano, el objeto es identificado y pasa a la conciencia por medio del proceso de introyección; en esta fase es donde los introyectos (los 'tienes que' o 'debes de'), entendidos como productos del proceso de introyección, se construyen para posteriormente ser proyectados y alimentar las retroflexiones (Robine, 1999).

El contenido de estos introyectos generalmente está caracterizado por las coerciones ejercidas por el entorno y que desplazan el deseo propio, de manera que ya no puede ser reconocido como tal, gene-



rando que la excitación ligada al deseo se inmovilice y surja la ansiedad (Robine, 1999). Y que ulteriormente harán que la excitación no se perciba como propia sino como ajena, proyectada.

### Proyección

El tercer mecanismo relacionado con el TAG es la *proyección*. Debido a que los introyectos negativos incorporados en la fase anterior no han interrumpido plenamente la excitación generada por el deseo aún queda energía suficiente la cual el organismo experimenta en forma de emoción, pues implica un movimiento, es un momento especialmente sensible, ya que la figura permuta de un polo del campo organismo/entorno, del interior al exterior (Robine, 1999). Es en esta fase donde los introyectos bloquean la excitación y no puede satisfacerse la necesidad sino que ocurre una regulación moral o debeísta, lo cual impide que el individuo asuma la responsabilidad de sus actos ya que escucha la voz de otro y desplaza la responsabilidad hacia el entorno, la proyecta sobre el campo, sobre otros o sobre las situaciones de manera que surge la expectativa catastrófica.

En esta fase se podría establecer un símil, con los enfoques cognitivos de la ansiedad, en donde los denominados sesgos cognitivos (introyección) y atribucionales (proyecciones) que tienen lugar durante el procesamiento de información proveniente del entorno y que generan percepciones de amenaza, los cuales luego alimentan los pensamientos automáticos y los esquemas relacionados con la vulnerabilidad y la amenaza; éstos se asocian con la ruptura de la confluencia. También en esta etapa es que surgen las expectativas catastróficas y anastróficas relacionadas con el desempeño de los roles que generan ansiedad. La suposición aquí es que gran parte del pensamiento maladaptativo se debe, ya sea, a la generación de expectativas catastróficas sobre el futuro que producen la ansiedad o la permanencia en recuerdos de eventos pasados que producen emociones que no son útiles para orientar a la situación presente (Greenberg, Safran & Rice, 1989).

### Retroflexión

El cuarto mecanismo involucrado en el TAG es la *retroflexión*. Puesto que el organismo aún no ha logrado contactar con la necesidad o deseo la energía aún permanece en el organismo, en la fisiología pri-

maria, que emplea ésta energía a través de las funciones de contacto. Debido a que la acción para tomar el objeto no ha sido utilizada ésta se vuelve contra las representaciones internas del objeto y de las causantes que impiden dicho contacto, es decir, contra la personalidad y el cuerpo propios. En el TAG la retroflexión es experimentada como los síntomas somáticos de ansiedad, tensiones corporales, hipertensión, etcétera.

### Conclusión

Finalmente se podría pensar en una representación gráfica de la forma que tomaría la curva de contacto en el TAG (Figura 1) como la de una curva sesgada o asimétrica hacia la izquierda que llegaría a la mitad del ciclo de contacto, con una mayor carga energética en las primeras fases las cuales serían experimentadas como los síntomas somáticos y cognitivos de la ansiedad.

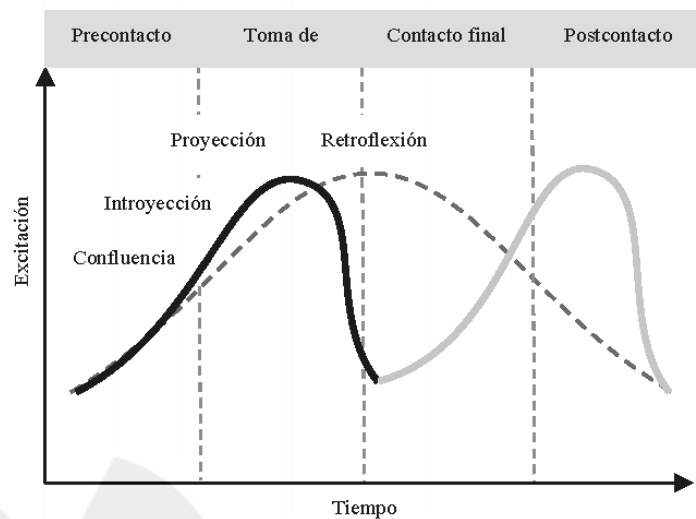


Figura 1. Curva de contacto en el trastorno de ansiedad generalizada.

Lo anterior implicaría que el individuo no logra contactar plenamente con el entorno y satisfacer sus necesidades, generando una acumulación de situaciones inconclusas, de tal modo, que la curva a lo largo del tiempo se vuelve en una especie de onda sinusoidal que se repite recursivamente.

## Referencias

- AKISKAL, H. S. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(s393), 66-73.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition (DSM-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- BRITO, E. (2007). Ansiedade. En G., D'Acari; P., Lima y S., Orgler (Comps.), *Dicionário de gestalt-terapia. Gestaltês* (pp.22-24). São Paulo: Summus.
- DE CASSO, P. (2011, Septiembre 9). *Qué es y qué no es la Terapia Gestalt*. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=aG2KQJgjejo>
- GINGER, S. y Ginger, A. (1993). *La gestalt: una terapia de contacto*. México: el Manual Moderno.
- GREENBERG, L. S., Safran, J. D., y Rice, L. (1989). Experiential therapy: Its relation to cognitive therapy. En A. Freeman, K.M., Simon y L.E. Beutler (Eds.) *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy* (pp. 169-187). New York: Plenum Press
- MÜLLER-GRANZOTTO, M. J. y Müller-Granzotto, R. L. (2009). *Fenomenología y terapia gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- PERLS, F. S. (1974). *Sueños y existencia*. Chile: Cuatro Vientos.
- , (1975a). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. (14a. ed.) Chile: Cuatro Vientos
- , (1978). Teoría y técnica de integración de la personalidad. En J. O. Stevens. (Comp.), *Esto es gestalt* (pp. 49-71). (14a. ed.) Chile: Cuatro Vientos.
- , (1942/1975b). *Yo, hambre y agresión. Los comienzos de la terapia guesaltista*. México: Fondo de Cultura Económica.
- , (1976). *El enfoque guesáltico y testimonios de terapia*. Chile: Cuatro Vientos.
- , (2006). Teoría y práctica. En P. Baumgardner, *Terapia gestalt. Teoría y práctica. Una interpretación* (pp. 132-301) (2a. ed.) México: Pax.
- PERLS, F. S., Hefferline, R. F. y Goodman, p. (1951/2002). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. (3a. ed.) España: Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Los Libros del CTP.
- PERLS, L. (1994). *Viviendo en los límites*. (3a. ed.) México: Plaza y Valdés.
- ROBINE, J.-M. (1999). *Contacto y relación en psicoterapia. Reflexiones sobre terapia gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- SALONIA, G. (2008) Del nosotros al yo-tú: Contribución a una teoría evolutiva del contacto. *Revista Figura-Fondo*, n° 28, p. 18-28.
- STEIN, D. J. (Ed.). (2007). *Clinical manual of anxiety disorders*. American Psychiatric Pub.

CEBALLOS

- STEIN, D. J., Hollander, E., & Rothbaum, B. O. (Eds.). (2009). *Textbook of anxiety disorders*. American Psychiatric Pub.
- YONTEF, G. M. y Jacobs, L. (2011). Gestalt Therapy. En R. J., Corsini y D., Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 342-382). (9a. ed.) U.S.A.: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*.



DOCUMENTO DESCARGADO DE WWW.REVISTAFIGURAFONDO.COM

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN Y/O DISTRIBUCIÓN SIN LA  
AUTORIZACIÓN DEL INSTITUTO HUMANISTA DE PSICOTERAPIA GESTALT