

# UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Lic. En Psicología

Trabajo Final Integrador

El rol del psicoterapeuta gestáltico en la práctica  
clínica

Tutor: Juan Lombardini

Estudiante: Fabiana Varela

Legajo: 32342

Fecha de entrega: 25 de septiembre de 2015

## Índice.

1.	Introducción .....	2
2.	Objetivos.....	4
3.	Marco Teórico.....	4
3.2.	Orígenes y fundamentos de la psicoterapia gestáltica.....	5
3.3.	La actitud gestáltica .....	6
3.2.1	Primera entrevista .....	10
3.3.2.	Terapia de parejas .....	12
3.2.3.	Supervisión.....	14
3.4.	Conceptos principales .....	16
3.3.1.	El darse cuenta.....	16
3.4.2.	Figura- fondo .....	18
3.4.3.	El aquí-ahora.....	21
3.4.4.	La atención .....	22
3.4.5.	La responsabilidad .....	23
4.	Metodología.....	25
4.1.	Tipo de Estudio.....	25
4.2.	Participantes.....	26
4.3.	Instrumentos.....	26
4.4.	Procedimiento.....	27
5.	Desarrollo.....	28
5.1.	Funciones del admisor.....	28
5.2.	Dinámica figura-fondo en relación a los co-terapeutas.....	33
5.3.	Actitud del supervisor.....	37
6.	Conclusiones.....	45
7.	Referencias.....	51
8.	Anexo.....	53

## 1. INTRODUCCIÓN

El tema del presente Trabajo Final de Integración surgió de la Práctica Profesional V que se realizó en una institución que trabaja desde el modelo gestáltico.

La institución fue constituida en la ciudad de Buenos Aires en la década de 1980, como una asociación sin fines de lucro. Un primer grupo de psicólogos y médicos completó su formación con la Dra. Adriana Schnake Silva, quien introdujo el enfoque gestáltico en Argentina (Schnake, 2014), luego dicho grupo continuó realizando actividades de autogestión y supervisión. La asociación es hoy una matriz, que con el mismo espíritu fundacional, continúa creciendo y desarrollando actividades asistenciales, de prevención, formativas y difusión del enfoque.

Este trabajo tiene por objetivo dar cuenta de la relación entre algunos conceptos fundamentales de la teoría gestáltica vinculados con la praxis que los terapeutas realizan en diversos marcos psicoterapéuticos.

En el transcurso de la pasantía que se realizó en dicha institución, se asistió a diversas charlas y cursos formativos que se imparten dentro de la misma, sobre: teoría gestáltica, gestalt y coaching, gestalt y adicciones, comunidad, niñez y adolescencia, clínica de adultos, seminario de parejas y familias, etc.. También se ha participado de talleres vivenciales, supervisiones y admisiones que la asociación ofrece a los pasantes. Se ha concurrido a los diversos departamentos que la conforman, tales como: adicciones, clínica de adultos, gestalt y temas sociales, niñez adolescencia y familia, parejas y familia, grupos, comunidad, etc.

De esta manera se tomó contacto con diversos profesionales que integran la asociación con el fin de participar, conocer y observar la forma en que se trabaja en psicología desde este enfoque en particular. Desde allí surgió el desarrollo del presente trabajo.

La elección, por parte de la autora, sobre tema central del Trabajo Final de Integración tiene varios motivos: Uno de ellos es que el paradigma gestáltico tiene una visión holística del ser humano. Lo entiende como una totalidad en constante proceso, evolución y cambio, que a través del intercambio con el medio es capaz de desarrollarse de múltiples formas, incluyendo poder desplegar sus propias potencialidades. Por otro lado la integración de paradigmas y teorías son de sumo interés personal. El enfoque gestáltico tiene raíces en filosofías orientales y en el existencialismo, reúne a muchos psicoanalistas disidentes y se desarrolla en el seno de los movimientos contraculturales.

Se hace eco también del paradigma de la complejidad y diversas teorías postmodernas que enriquecen y amplían la mirada sobre las maneras de concebir la realidad.

Desde el rol de pasante de la práctica y a través de la experiencia que se tuvo en la institución fue enriquecedor observar las formas en la que se desenvuelven los diversos profesionales, cada uno con un estilo particular, aunque todos en su conjunto con una actitud similar en común.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general:

Describir el rol del psicoterapeuta gestáltico con relación a la práctica clínica.

### 2.2. Objetivos específicos:

- Describir las funciones del psicoterapeuta gestáltico en el marco de admisión.
- Analizar los roles de los co-terapeutas gestálticos con relación a la dinámica figura-fondo que se genera en los procesos de terapia de parejas.
- Analizar la actitud (actualidad, atención y responsabilidad) que se observa en el supervisor dentro de los espacios de supervisión.

## 3. MARCO TEÓRICO

El marco teórico que a continuación se desarrolla se divide en tres secciones principales: En la primera se hace una breve síntesis de la historia y los orígenes de la Psicología y la Psicoterapia Gestáltica, describiéndose los fundamentos que sustentan el enfoque teórico y la práctica terapéutica derivada de él.

El segundo segmento da cuenta de algunos autores representativos de la corriente humanística y dentro de ella del enfoque gestáltico, que ofrecen diversas miradas acerca del rol del terapeuta en el ámbito clínico.

En la tercera parte se profundiza sobre varios conceptos primordiales, que por un lado son las coordenadas de la praxis dentro de este paradigma y por otro son las variables concernientes al presente trabajo.

De esta forma se desarrollan los conceptos fundamentales y sus diversos componentes en relación al rol y a la actitud terapéutica de los psicólogos gestálticos en la praxis profesional.

### 3.1. Orígenes y fundamentos de la psicoterapia gestáltica

Peñarrubia (2010) explica que el enfoque gestáltico integra múltiples aportes de diversas filosofías y corrientes de pensamiento, y que sus principios constituyen fundamentalmente una actitud o filosofía de vida. De esta manera, la filosofía gestáltica se vincula con una práctica personal, con una forma de vivir y ser en el mundo más que con una terapia (Stevens & Stevens, 1999).

Así, la psicoterapia gestáltica se erige en base a diversos principios y fuentes: de la psicología de la percepción toma el concepto de figura-fondo que se vincula con la forma particular en la que el acto perceptivo estructura estímulos (Zullinger, 1986). De Goldstein se toma la idea de organismo como una totalidad que existe en interacción con todo lo que la rodea (Perls, 2012).

Del budismo zen incluye la práctica de la vivencia en el aquí-ahora y del budismo tántrico extrae el concepto del continuo de conciencia, como estado dinámico de la atención puesta en el presente. De la fenomenología toma el reconocimiento de lo obvio, haciendo referencia al acto perceptivo en su sentido más puro, sin adjudicarle significado a aquello que se percibe (Zullinger, 1986).

De esta forma la psicoterapia gestáltica es un tratamiento psicoterapéutico que se basa en la filosofía existencial, ocupándose de la persona y del interjuego de sus relaciones, con los demás, consigo misma y con las cosas. Este enfoque psicoterapéutico es creado por Perls en la década del '60 y tiene grandes influencias de psicoanalistas disidentes, principalmente de Jung y de Reich. Jung profundiza en temas vinculados con el conocimiento sensible derivado de experiencias místicas y budistas. Y Reich por su parte, realiza diversos aportes a la psicoterapia dándole gran importancia a las percepciones corporales y a los bloqueos de energía que se generan en el sistema muscular. Concibe a la persona como un todo orgánico capaz de generar bloqueos energéticos, a través de procesos neuróticos, interrumpiendo el flujo natural de su salud (Zullinger, 1986).

Así, la terapia gestáltica intenta comprender la forma que tiene la persona de estar en el presente, deteniéndose en cada nivel del funcionamiento del sujeto como una totalidad orgánica (Zinker, 2006). Por su parte Perls (1999) explica que la psicoterapia gestáltica es una de las fuerzas rebeldes, existenciales y

humanistas de la Psicología, e intenta frenar la presión autodestructiva de la sociedad. Y agrega que ésta psicoterapia es existencial porque hace énfasis en la experiencia personal directa del organismo completo.

En relación con lo anterior y con el rol del terapeuta, Schnake (2014) comenta que la psicoterapia gestalt al estar basada en una visión fenoménica de la realidad, implica principalmente que la mirada del profesional esté puesta en el aquí-ahora de la situación y que observe atentamente lo que se revela a cada momento. Teniendo en cuenta que lo observado es inseparable de quien observa, se intenta hacer una descripción basada en lo obvio sobre lo que acontece, en ningún caso se intenta interpretar o entender.

Asimismo, Zullinger (1986) sugiere que el aporte principal de Perls se relaciona con la posibilidad de recrear en el presente situaciones inconclusas del pasado extendiendo los límites de la psicoterapia más allá del tratamiento de enfermedades. Considera a la persona como un organismo complejo que se encuentra inmerso en un determinado ambiente con el que mantiene constantes interacciones.

De esta manera, las aspiraciones del enfoque gestáltico exceden la intervención sobre la enfermedad y se amplían hacia el objetivo de generar salud, contribuir al desarrollo de las potencialidades de las personas, transformar los vínculos humanos y mejorar la calidad de vida de los seres humanos en sus grupos y comunidades (Naranjo, 2013).

Para lograr con éste cometido es necesario que el profesional tenga determinadas cualidades. Dado que en el proceso terapéutico quien cura y acompaña es el terapeuta, no la escuela a la que adhiere o las técnicas que emplea, sino su actitud, su capacidad de entrega ante la vida y su habilidad para lograr la confianza de los demás. En resumen su esencia, más no otra cosa (Borja, 2011).

### 3.2. La actitud gestáltica

La filosofía de la Gestalt y el estilo de vida que propone han sido descritos por Naranjo (2013), en una serie de valores que caracterizan la actitud gestáltica, una forma de ser en el mundo. Para este autor, la actitud está compuesta por 3 elementos interrelacionados: la actualidad, la atención y la responsabilidad.

1 - El primero tiene que ver con la apreciación de la actualidad temporal y hace

referencia a la valoración del estar presente en el aquí-ahora, en lugar de estar en el pasado o el futuro. De esta manera el ahora es el presente, abarca todo lo existente en este preciso momento, abre la posibilidad a poder vivenciar y a estar comprometido en éste momento.

2- El segundo elemento se relaciona con la apreciación del estar atento. Ser conciente y aceptar la experiencia de lo que sucede. La atención es el compromiso de hacerse responsable por lo que acontece. Prestar atención tanto a lo que ocurre en la propia persona como a lo que ocurre en el espacio que la rodea, ser conciente de ello y responsabilizarse.

3- El tercer elemento hace referencia a la apreciación de la responsabilidad y está vinculada con la habilidad de dar respuestas ante los hechos, está implicado el proceso de darse cuenta y hacerse cargo de la propia existencia.

May (1963) señala que la actitud, en el campo de la psicoterapia se traduce en el esfuerzo por limpiar la mente de los presupuestos que hacen que solo se vea al paciente desde las teorías, o los dogmas de los propio sistemas de creencias. Es el esfuerzo por experimentar los fenómenos en su plena realidad, tal como aparecen en sí mismos. Es la actitud de estar abiertos y listos para escuchar. Por su parte Latner (1999) comenta también que la buena terapia exige que el terapeuta practique lo que predica. El profesional debe estar en contacto con el campo que la rodea, centrado en su propio proceso y también consciente de los sucesos que ocurren en el límite de contacto que se da en el encuentro con el paciente.

En torno a la cuestión Polster y Polster (1991) explican que a semejanza del artista, el psicoterapeuta parte de sus propios sentimientos y utiliza su propio estado de ánimo como instrumento terapéutico. Los autores aluden a que el profesional debe sintonizarse con la persona con quien está en contacto, convirtiéndose de alguna forma en una cámara de resonancia para lo que ocurre entre el paciente y él. Recibiendo y haciendo reverberar todo lo que acontece en esa interacción, ampliándolo internamente hasta lograr incorporarlo en la dinámica de la terapia. Valiéndose de su propia reactividad el terapeuta percibe el lenguaje no verbal del paciente (expresiones, tonos de voz, tensiones corporales, etc.) y los estados de ánimo, más las sensaciones y reacciones que

percibe en él mismo. Todo esto dice algo acerca de él y del paciente, y sintetiza muchos datos vitales de la experiencia terapéutica.

Siguiendo Polster y Polster (1991), para generar éstas experiencias, basta con que el profesional describa la suya propia y siga hasta el fin de los efectos que sus observaciones pueden tener sobre la interacción. Cualquier cosa que ocurra será posible de trabajarlo en ese momento. Otras veces el terapeuta puede alimentar su propia experiencia no articulándola verbalmente, sino actuando sobre ella, por ejemplo dejando fluir sus sentimientos, confronta al paciente con alguna característica importante de su personalidad.

En sintonía con lo anterior, Perls (1959, citado en Peñarrubia, 2010) comenta sobre la autorrevelación del terapeuta, que ella únicamente relata problemas y experiencias propias o de otros pacientes si cree que con ello se puede contribuir a una comprensión más cabal de la posición y potencialidades de un paciente determinado. En otras palabras, si con ello puede ayudarlo a dar el próximo paso.

Por su lado, Petit (2009) comenta que Nevis ha señalado una gama de elementos que constituyen las características esenciales del terapeuta gestáltico, diseñando un cuestionario para poder detectar estas capacidades. Éstas tienen que ver con la habilidad para poder decir las cosas en forma concisa, precisa y directa, siendo claro al momento de dar instrucciones. Poder estar presente y enfocarse en el aquí-ahora logrando diferenciar los datos fenomenológicos observados de la interpretación. Tener habilidad para darse cuenta de dónde está situado el paciente en un momento dado. Y por otro lado ser conciente de los aspectos trascendentales y creativos de su trabajo.

Petit (2009) alude también a la importancia de la sensibilidad sensorial y el funcionamiento corporal, para poder hacer contacto con las emociones propias y servirse de la toma de conciencia, en forma directa y abierta. Logrando así enfrentar y aceptar situaciones emocionales que se dan entre el terapeuta y los otros. Por último explica la importancia de poder centrarse en el continuum del proceso terapéutico.

Asimismo, al hacer referencia al rol del psicólogo, Perls y Baumgardner (1994) nombran varios elementos relevantes como las percepciones del terapeuta sobre los estilos de contacto, la comunicación y la voluntad para trabajar por parte del paciente. Facilitar que el paciente pueda aprender a descubrirse y ampliar su experiencia, aceptando y asumiendo de las responsabilidades de su propia persona.

En torno a la sucesión de evasión, la ansiedad y la percepción, los autores (Baumgarden y Perls, 1994) señalan que la percepción es el medio para descubrirse a sí

mismo y al otro. Lograr observar la ansiedad y evasión del paciente es importante para poder trabajar luego con ellas. También trabajar con el vacío y lograr transformarlo en una experiencia vital y fluida.

Es relevante en el espacio terapéutico que el psicólogo pueda frustrar las posibles manipulaciones del paciente, que esté atento a la verborrea, el sermón y las preguntas que surgen para poder experimentar el fenómeno en lugar de hablar acerca de él, poder actualizarse a uno mismo en lugar de actualizar el concepto de uno y cambiar las preguntas por declaraciones (Baumgarden&Perls, 1994).

En los puntos de paralización es importante alentar el abandono la fantasía y dinamizar los recursos internos hacia la experiencia de la realidad. También acompañar las diversas maneras de seguir adelante, facilitar que el paciente acepte su situación y se movilice asumiendo más responsabilidad sobre sí mismo, logrando así integrar divisiones y polaridades, facilitando la reconciliación de partes opuestas de su personalidad (Baumgarden & Perls, 1994). Por último, los autores destacan la importancia de aprender a oír más allá de las palabras, reconociendo las proyecciones, ansiedades, evasiones y las fantasías del paciente. Asimismo subrayan la riqueza del trabajo con sueños.

Del mismo modo, Zinker (2006) nombra varias características de la praxis profesional del psicólogo, haciendo alusión a que pueda distribuir el tiempo y las oportunidades de trabajo, y que logre advertir el momento en que se puede trabajar profundamente con el paciente. También el autor comenta sobre la posibilidad del terapeuta para activar y conmover diversas partes del paciente, que tenga voluntad para alentar al paciente a que haga su trabajo. Por último señala la importancia de la sabiduría para saber cuándo debe dejarse a la persona en estado de confusión, acompañándola a que encuentre su propia claridad.

En torno al tema Yontef (2002) acentúa la relación dialogal y describe las características del contacto del terapeuta:

- *Inclusión*, tiene que ver con la empatía y con aceptar la experiencia fenomenológica del paciente. Implica una actitud de tolerancia.
- *Presencia* se vincula con la honestidad del terapeuta, con mostrarse tal cual es.

- *Compromiso con el diálogo*, hace alusión a que ninguna de las personas que conforman el proceso terapéutico tome el control, permitiendo que sea la situación, el vínculo, el contacto o el “entre” lo primordial.
- *No-explotación* hace referencia a que la relación terapéutica sea horizontal, sin jerarquías, más allá de diferenciación en la tarea-rol de cada uno.
- *Vivir la relación*, experimentar más que hablar de lo que sucede.

De igual forma, Fagan y Sheperd (1973) señalan diversas variables como parte de las tareas del terapeuta gestáltico:

- *Pautamiento* o recogida de información que le proporciona al terapeuta una idea de la interacción que existe entre los sucesos o hechos ocurridos al paciente y los sistemas de los que forma parte.
- *Control*, tiene que ver con la capacidad del psicólogo para persuadir al consultante a seguir las pautas fijadas por él.
- *Técnicas frente a no-directividad*. Los enfoques no directivos abogan por las relaciones auténticas y utilizan también, cuando es necesario, diversas técnicas, experimentos, instrucciones y sugerencias.
- *Humanidad*, tiene que ver con la implicación del terapeuta en la situación, con el cuidado e interés por el paciente brindándole apoyo y reconocimiento.
- *Compromiso* con su profesión, con el desarrollo de su propia comprensión y capacidad. Compromiso también con los pacientes, con la disciplina y con contribuir de diversas maneras a la misma.

Naranjo (2013) por su parte, detalla una serie de preceptos implícitos en la psicoterapia gestáltica, éstos hacen referencia a: Vivir el presente, no lo que pasó o lo que vendrá; Vivir aquí, en relación con lo presente, no con lo ausente; Experimentar lo real, dejando la fantasía de lado; Sentir y observar, abandonar ideas innecesarias; Expresar, en lugar de manipular o justificar; permitirse experimentar sensaciones de desagrado o displacenteras, no restringir el darse cuenta; Guiarse por lo que uno cree que debe hacer y no por mandatos externos; Responsabilizarse de las acciones, pensamientos y sentimientos; Aceptarse a uno mismo.

### 3.2.1. Primera entrevista en psicoterapia gestáltica

Alcides (1995) comenta que la primera entrevista tiene por objetivo percibir de manera clara la dinámica de la persona, la forma en que interactúa como totalidad orgánica dentro de su medio ambiente, incluyendo los puntos de fluidez e interrupción de la dinámica. Para el autor el proceso de admisión se compone de tres grandes áreas: Una tiene que ver con el tipo de vínculo que se genera entre el terapeuta y el paciente. La segunda se relaciona con la exploración de la información y la tercera con la delineación de un diagnóstico.

Establecer un vínculo tiene gran importancia a la hora de darle continuidad al tratamiento. Aquí se tiene en cuenta la posición que ocupan las personas en el espacio físico del consultorio, se recomienda que el terapeuta se sienta de frente y en diagonal al paciente, dándole al cliente la posibilidad de moverse sin confrontar al terapeuta. Por otro lado es necesario advertir sobre el grado de conciencia que el paciente tiene sobre su propio funcionamiento y la flexibilidad y resistencia que presenta ante los cambios (Alcides, 1995).

El terapeuta aprehende la información a través de sus propias percepciones, afectos y pensamientos sobre las manifestaciones verbales y corporales que expresa el paciente en ese momento. Se observa la manera en que la persona organiza y transmite lo que le ocurre. Aquí el terapeuta debe acompañar al sujeto a clarificar lo que le está aconteciendo para comprender el motivo de consulta. En esta etapa es necesario indagar sobre el material relevante acerca de qué, cómo, cuándo y dónde acontece lo que está sucediendo (Alcides, 1995).

El diagnóstico aquí se vincula con la forma en que funciona la persona, con la interacción del organismo-ambiente en un campo y si esta dinámica llega a satisfacer las necesidades orgánicas del sujeto. Es necesario saber acerca de que se hace para mantener el problema, lo que sucede y la insatisfacción que genera, dado que las acciones que no concluyen en satisfacción generan interrupciones en el patrón de interacciones organismo-medio. (Alcides, 1995).

En relación con esto último, Napolitano (2011) alude a que el diagnóstico en psicoterapia suele ser polémico. Entre los profesionales hay rangos amplios al momento de establecer parámetros diagnósticos, están aquellos quienes se sirven estrictamente de taxonomías y quienes las dejan de lado. En general el

diagnóstico suele estar vinculado con alguna teoría que lo sustenta y con un posicionamiento sobre la misma por parte del profesional.

El autor entiende al diagnóstico como una configuración con diversos niveles, los cuales son: semiológico, nosológico, caracterológico, defensivo y situacional. El diagnóstico semiológico se refiere a la lectura de los signos y síntomas que presenta la persona, a nivel comportamental, afectivo e ideativo. El nivel nosológico se vincula con la agrupación de signos y síntomas conformando un cuadro clínico (Napolitano, 2011).

El diagnóstico caracterológico se refiere a la estructura básica de personalidad, se identifican los rasgos estables y se los entiende como una configuración funcional (gestalten). Estas configuraciones tienen origen en las respuestas defensivas. El diagnóstico de los mecanismos de defensa informa acerca de la manera en que el sujeto evita hacer contacto con la angustia. Desde la Gestalt se los denomina también como formas de interrupción del contacto. Por último, el nivel situacional hace referencia a la situación vital, existencial del paciente y su ciclo vital. Este nivel también se vincula con el diagnóstico de la situación terapéutica, a la calidad y grado de contacto generado en el vínculo (Napolitano, 2011).

Se recomienda que en la entrevista la actitud del terapeuta sea abierta, receptiva y que sostenga una mirada fenoménica, interpretando lo menos posible. Que genere preguntas informativas para obtener datos acerca de la composición familiar y datos generales del paciente y de los tipos de interacciones que mantiene en diversas áreas de su vida. El foco del terapeuta debe estar puesto en la manera en que el paciente se percibe a sí mismo y en cómo organiza el material, dado que las acciones que realiza en su vida se ajustan con la forma en que se percibe (Alcides, 1995).

### 3.2.2. Terapia de parejas y coterapia desde el enfoque gestáltico

Con respecto al proceso terapéutico de parejas y familias Zinker (2005) comenta que el psicólogo deberá realizar un salto cognitivo al trabajar con sistemas complejos. La pareja y la familia son un organismo mucho más amplio con configuraciones totales multideterminadas. Al lidiar con fenómenos complejos el terapeuta debe intentar no reducirlos, sino más bien pensar al sistema como un todo complejo, haciendo uso de metáforas e imágenes. Siempre la atención va a estar enfocada a percibir la forma, al proceso del sistema, más que al contenido. Señala que el trabajo del terapeuta es ayudar

a la pareja o a la familia a darse cuenta de cómo y dónde el sistema se estanca y cómo usar esa consciencia y la energía para atravesar esas limitaciones en sus relaciones. Según el autor el trabajo terapéutico está completo cuando el sistema puede comenzar, desarrollar y completar exitosamente las interacciones.

Zinker (2006) refiere a que el terapeuta, para organizar la complejidad del sistema, se sirve de un marco de referencia vinculado a la observación de la interacción de la pareja dentro del ciclo de la experiencia. Este ciclo hace referencia a la satisfacción de necesidades y a la forma de contacto del sujeto con lo que lo rodea. Comienza con la toma de conciencia de lo que es relevante en un momento dado, si el organismo dispone de energía es capaz de movilizarse dentro del entorno hacia lo deseado, realiza acciones que conducen al contacto, satisfacción, resolución y cierre del ciclo. Por último se produce la retirada, dando lugar al surgimiento de nuevas figuras y necesidades.

Al trabajar con parejas se extiende la toma de conciencia hacia las interacciones íntimas, con el objetivo de generar contactos claros en las fronteras, evitando que éstas se vuelvan débiles o rígidas. El terapeuta debe estimular la curiosidad e interés del sistema por su propio proceso, ampliando el darse cuenta de las interacciones y de las resistencias e interrupciones dentro del ciclo de contacto (Zinker, 2006).

En el proceso, el terapeuta es observador participante. Por un lado observa a la pareja, identificando las habilidades y resistencias del sistema. Y por otro lado participa, organizando la situación terapéutica de manera tal que los miembros de la pareja interactúen entre ellos. Esto último permite al terapeuta observar, evaluar los estilos de relación y seleccionar algún aspecto que sea relevante, para luego intervenir con el objeto de ampliar la mirada que la pareja tiene de su situación y generar nuevas alternativas (Zinker, 2006).

Zinker (2005) sugiere que el terapeuta debe realizar experimentos a lo largo del proceso, en éstos se hará evidente cuando las fronteras se vuelven débiles o rígidas. Los ejercicios ayudan a que la pareja aprenda nuevos tipos de comportamientos y aprendizajes, adquiriendo otras visiones y sentimientos a través de experimentar nuevas vivencias. Asimismo el terapeuta puede verbalizar acerca de lo que experimenta a nivel personal sobre la escena que se desarrolla en el encuentro, puede usar metáforas o imágenes para mirar de otra forma lo que acontece.

Zinker (2006) comenta que los terapeutas gestálticos suelen tener una presencia cimentada y cariñosa. En general afirman, aprecian, reconocen el esfuerzo y las fortalezas de sus pacientes. Son personas compasivas que sirven de modelos para el comportamiento de las parejas.

Por otro lado, en terapia de parejas el estilo de trabajo y encuadre que se adopta mayormente desde este enfoque es trabajar en coterapia, lo cual hace referencia al trabajo en conjunto de dos profesionales a lo largo de un proceso. Un artículo (Asociación Gestáltica de Buenos Aires, 2015) detalla las condiciones que facilitarían la elección del coterapeuta. Por un lado se hace énfasis en los aspectos personales de los profesionales y por otro en los acuerdos éticos y valores morales.

Aspectos personales, tienen que ver con tener la misma actitud frente al trabajo. Esto refiere a al compromiso, la responsabilidad, la empatía personal, el compartir la mirada, el sentido del humor, etc. (Asociación Gestáltica de Buenos Aires, 2015). También tener una capacidad similar para mirar y leer con profundidad las problemáticas.

Asimismo, es imprescindible tener un conocimiento profundo del coterapeuta y de sus experiencias vitales. Dado que ciertas temáticas del paciente van a resonar de diferente manera en cada uno de los profesionales, según su propia experiencia de vida. El conocimiento del otro permite saber quién de los dos puede resonar más y acompañar mejor la problemática del paciente y también saber cuál de los coordinadores necesita quedar de fondo dada su propia vivencia respecto a la temática que se trate (Asociación Gestáltica de Buenos Aires, 2015).

Los acuerdos éticos y valores, se relacionan con el perfil psicológico del paciente que el profesional esté dispuesto a trabajar. También con tener criterios similares en cuanto a la distribución del dinero, honorarios, etc. Aquí se incluye manifestar las limitaciones propias en relación a sus límites morales y haber trabajado problemas existenciales básicos como la soledad, la duda, la agresividad, la sexualidad y la muerte (Asociación Gestáltica de Buenos Aires, 2015).

### 3.2.3. Supervisión en gestalt

Peñarrubia (2010) alude a la complejidad de la práctica del terapeuta concibiéndola como un oficio artístico. Sobre la supervisión del terapeuta el énfasis en supervisar la calidad de la relación terapéutica y evaluar la calidad de la presencia del profesional. Observar los posibles temores del terapeuta, el nivel de tolerancia y la función del contacto. En el espacio de supervisión también se hace hincapié en el uso que el terapeuta hace de sí como instrumento dentro del mismo proceso. Se da importancia a poder afinar el estilo terapéutico personal, considerando cuales son los posibles puntos ciegos del terapeuta y su poder para transformarlos.

Rams (1989) por su parte comenta que los objetivos básicos del proceso de supervisión se vinculan con que el supervisor pueda: Mostrarse como terapeuta profesional de la gestalt; que tenga una devolución de sus compañeros acerca de los aspectos gestálticos presentes y ausentes de su estilo personal profesional; Y que pueda ser lo más conciente posible sobre sí mismo como persona y como profesional.

El autor (Rams, 1989) destaca cuatro aspectos relevantes de la supervisión: El primero se vincula con el área teórica, dándole importancia a la reflexión sobre conceptos gestálticos y a la revisión de hipótesis de trabajo que guían su praxis. El segundo es el aspecto técnico, el cual tiene que ver con el análisis de estrategias, métodos y procedimientos más adecuados para cada caso, observando lo que sucede en la relación terapéutica.

Un tercer aspecto tiene que ver con lo personal, dado que el conflicto profesional tiene una correlación con lo personal es importante hacer elaboraciones sobre ello y puntualizar los aspectos creativos y originales del terapeuta. Por último, Rams (1989) destaca la construcción del estilo personal, usar el espacio de supervisión para observar lo que hay y lo que falta, lo que el profesional puede manejar y cuáles son sus limitaciones, entre otros.

Rowan (1983, citado en Rams, 1989) distingue cinco tipos de supervisión: Uno es el *laissez faire* en el cual el supervisor casi no interviene. Otro estilo es más autoritario donde el supervisor interviene de forma intensa. Hay también supervisores que aconsejan, hacen sugerencias e interpretan, poniéndose en un rol didáctico. Otros profesionales orientan el proceso hacia la responsabilidad del supervisor, motivándolo a que piense y solucione por sí mismo lo que surge. Por último otros supervisores orientan al terapeuta a ser

más concientes de sus sentimientos y respuestas, como medio para resolver dificultades emocionales que se presentan en la relación terapéutica.

Rams (1989) estructura el proceso de supervisión en una tríada, de acuerdo a donde se haga el énfasis. Una parte se vincula con aspectos teóricos y técnicos, donde el supervisor ofrece pautas, consejos y estrategias de trabajo con el fin de mejorar la praxis. Otra parte se enfoca en el estilo personal, aquí se intenta vislumbrar la originalidad del terapeuta y el vínculo que genera con el paciente, teniendo en cuenta que los conflictos profesionales entrañan problemas personales. La tercera forma de supervisar parte es una síntesis de las dos anteriores y se centra en el estilo del terapeuta. La meta aquí es que quien supervisa vaya creando y perfeccionando su estilo propio de trabajo, que sea capaz de generar una expresión creativa y estructurada de su propia manera de ser en el mundo.

### 3.3. Conceptos principales de la Teoría y la Psicoterapia Gestáltica

A continuación se desarrollan varios conceptos fundamentales de la Teoría y la psicoterapia Gestáltica que se vinculan puntualmente con los objetivos del presente trabajo. El primero que se detalla es el darse cuenta, gran eje sobre el que se desarrolla el proceso psicoterapéutico gestáltico. Luego se puntualiza acerca de la dinámica figura-fondo. Por último, se especifica acerca de los componentes de la llamada actitud gestáltica: la atención, la responsabilidad y la vivencia del aquí ahora.

#### 3.3.1. El darse cuenta

Siguiendo a Peñarrubia (2010) una de las maneras de llamar a la psicoterapia gestáltica fue la terapia del darse cuenta. Esto se vincula con las tradiciones filosóficas orientales de las que la gestalt se nutre y con su concepción de despertar. Darse cuenta viene de la palabra original en inglés *awareness* y se relaciona con el significado de percaterse. Implica percibir de manera relajada y desde la totalidad de la persona como una unidad-organismo. El darse cuenta organísmico es una capacidad que puede ampliarse y también es un proceso que permite restaurar la salud.

Por su lado Yontef (2009) define el darse cuenta como una manera de vivenciar. Se refiere al proceso de poder estar en contacto y alerta con la situación que más importa dentro del campo ambiente/individuo, con total soporte sensorio motor, emocional, cognitivo y energético. Y para que sea posible son necesarias tres condiciones: La primera es que la persona pueda distinguir cual es la necesidad dominante de su organismo, de lo contrario su darse cuenta pierde poder y sentido. La segunda es que el darse cuenta se completa al conocer la realidad de la situación y como se encuentra la propia persona en ella, lo cual la lleva a responsabilizarse por lo que sucede. La tercera condición es que la posibilidad del darse cuenta se encuentra solo en el presente y es un proceso que está en constante cambio, evolucionando y orientándose hacia la renovación.

Perls (1974, citado en Peñarrubia, 2010) comenta que en un awareness pleno la persona puede darse cuenta de su autorregulación orgánica, logrando permitir que su organismo se haga cargo, sin interferir sobre él. Según el autor, se puede confiar en la sabiduría que posee el organismo.

Zullinger (1986) por su parte explica que el continuo de conciencia es una herramienta que implica un trabajo permanente de la atención en cada pequeño detalle, sensación, acto, sentimiento e incluso pensamiento. Cuanto más frecuentes sean las interrupciones y bloqueos del flujo de la conciencia, mayor será el grado de neurosis de la persona. Esta autora también detalla que el proceso psicoterapéutico es en sí un proceso de darse cuenta, que tiene por objetivo la integración de la persona, a través de la aceptación de los aspectos rechazados y la liberación de asuntos que van más allá de su voluntad. En psicoterapia gestáltica existen diversos recursos para facilitar la toma de conciencia, estos incluyen generar nuevas formas de expresión que no se limitan exclusivamente a lo verbal.

Schnake (2014) explica que el ser humano además de las necesidades fisiológicas tiene necesidades psicológicas, una de las más importantes es la necesidad de afecto y quienes tengan una gran falta en esta esfera tenderán a enfermarse. Al tratarse de seres sociales, lo que ocurre muchas veces en la criatura humana es una incompatibilidad entre sus necesidades y las del otro, cayendo en la falacia de que sí satisface su necesidad y no la del otro, perderá su afecto y amor. El niño tiene la vivencia subjetiva de estar condicionado

afectivamente y la solución que encuentra de momento es negar sus propias necesidades, si esto es experimentado reiteradas veces a lo largo del tiempo se convierte en una alteración en la capacidad de la autorregulación organísmica.

Perls (2001, citado en Schnake, 2014) alude a que el neurótico no es capaz de percibir sus necesidades dominantes ni de manipular el ambiente para satisfacerlas. Y en psicoterapia se genera un proceso que da lugar a nuevos aprendizajes vinculados con poder descubrir, distinguir y comprometerse con las necesidades imperantes que emergen desde el propio organismo, para luego satisfacerlas permitiendo el cierre de aquello emergente.

De esta manera, Schnake (2014) explica que al entrenar la capacidad del darse cuenta, la persona desarrolla mejores relaciones con otras y los tipos de vínculos se generan desde un lugar más íntegro, con mayor grado de aceptación de sí misma y de los demás. La autora detalla diversos aprendizajes que permiten ir ampliando el darse cuenta, éstos se vinculan con: centrarse en el presente viviendo el momento, reentrenar los sentidos, desarrollar la escucha interna y lograr verbalizar las experiencias subjetivas.

Peñarrubia (2010) por su parte sostiene, que desarrollar esta capacidad implica enfocar la atención en tres áreas: Una tiene que ver con la observación de la interioridad, con la percepción del propio cuerpo, de las sensaciones y sentimientos que se experimentan. La otra área se vincula con percibir el mundo externo, con abrir los sentidos para captar la realidad del entorno. La última se relaciona con enfocar la parte intermedia, la frontera entre las dos áreas anteriores. Es la zona en la cual residen los prejuicios, las fantasías, las ilusiones y las distorsiones de lo que proviene desde adentro o desde afuera.

Por otro lado Yontef (2009) narra la secuencia evolutiva del darse cuenta: Al principio es una conciencia simple, de los problemas cotidianos y de nada más. Luego le sigue la toma de conciencia del mismo darse cuenta, se relaciona con la percepción de lo que se pretende evitar y de las resistencias implicadas en ello. Lo siguiente es el *awareness* sobre la estructura del carácter sobre la que se apoya la propia personalidad y por último poder mantener una actitud fenoménica en la vida cotidiana.

Stevens y Stevens (1999) aluden a que el mensaje más importante de la gestalt es que si las personas pueden observar claramente los hechos y sucesos de su vida, entonces la vida transcurre con menor confusión y sufrimiento innecesario. La vida por

momentos es dolorosa y también gozosa y plena. El darse cuenta permite disminuir el dolor y aumentar las alegrías y satisfacciones.

### 3.3.2. Figura- fondo

Dado que la psicología gestáltica se inspira en la fenomenología, la idea principal que se toma de ésta es la de describir los fenómenos. Así, los primeros estudios que realizaron Wertheimer, Koffka y Kohler, fueron acerca de la descripción de percepciones externas al sujeto, figuras visuales, auditivas, táctiles, etc. Estos precursores de la psicología gestáltica, advirtieron que en el campo perceptivo se diferencian una forma (figura) de un fondo (Sinay & Blasberg, 2012).

Algunos trabajos mostraron como la figura puede ser alternativamente figura o fondo, otros demostraron como el campo puede tomar lugar de figura y viceversa. Un Sutra budista dice: “la forma es el vacío, el vacío es la forma”, lo cual en gestalt puede ser reformulado como “la figura es fondo y el fondo es figura”, ambos están separados aunque interpenetrados (Joslyn, 1999).

A pesar de que se descubrió que las figuras son reversibles y que el fondo es supersensorial, figura y fondo tienden a ser tratados de manera separada, aunque no de forma antagónica. Los estudios posteriores se limitaron sobre todo al fenómeno visual, en el cual la figura se corresponde con estar dentro de la forma y el fondo con el fenómeno fuera de la forma. Fondo del cual emergen las figuras y al cual retornan (Joslyn, 1999).

Asimismo, Polster y Polster (1991) explican que fueron los primeros psicólogos de la gestalt quienes realizaron estudios acerca de la percepción, y las investigaciones que siguieron trataron acerca de la motivación implicada en el acto perceptivo, reflejando en ellas que el sujeto es activo en esta acción, estructurando y ordenando los estímulos provenientes del mundo externo e interno.

De esta manera, la persona organiza el flujo de percepciones sensoriales distinguiendo una figura que se destaca de un segundo plano. Así, la figura es lo que aparece en un primer plano, con mayor grado de detalle y nitidez sobre un fondo. Este último se caracteriza por ser más difuso, amorfo, generando

profundidad y relieve, cumpliendo la función de ser el contexto y soporte del que se sirve la figura para destacarse (Polster & Polster, 1991).

De acuerdo con Zinker (2006) el fenómeno de la figura-fondo se extendió a la relación que tiene con todas las funciones del organismo y cómo se genera la transición de una figura a la otra de acuerdo con las necesidades que van surgiendo en la persona a cada momento, y con cómo la satisfacción de las mismas da paso a la formación de la siguiente figura. De esta manera, el interjuego entre la figura y el fondo es constante, dinámico y se encuentra influenciado por la motivación personal. Donde el sujeto además de estructurar, censura y transforma su percepción de acuerdo a una selección afín a sus necesidades internas (Polster & Polster, 1991).

Siguiendo a Zulliger (1986), la autora explica que es Perls quien toma el concepto de figura fondo de la psicología de la percepción haciendo alusión al foco de la atención cuando se centra sobre algo y el resto retrocede dando lugar a la generación del fondo. En psicoterapia la figura se vincula con diversas necesidades y carencias de la persona, también con lo que se necesita para satisfacerlas y las acciones para lograrlo. Al satisfacer la carencia, se produce el cierre de esa gestalt que vuelve al fondo, desde donde emergen nuevas figuras. Esta alternancia es permanente y dinámica.

Perls (2012) explica que las personas pueden descansar cuando algo concluye, al producirse el cierre de una gestalt. Luego una nueva situación inconclusa aparece y así sucesivamente, esto implica que la vida es una serie de situaciones inconclusas. Desde adentro alguna figura emerge, sale hacia el mundo externo, alcanza lo deseado, retorna, asimila y recibe. Nuevamente algo surge y el proceso se repite. Por esto en gestalt se sostiene que si la persona tiene conciencia de lo que le sucede interiormente y hace algo con ello, se sentirá mejor consigo misma que aquella con menor conciencia de sí, o que suele declinar su satisfacción (Zinker, 2006).

Por otra parte y en relación al rol del psicólogo, Joslyn (1999) comenta un ejemplo de la práctica terapéutica que Perls llevo a cabo. Sostiene que cuando un paciente no recordaba un sueño, el terapeuta en vez adoptar el rol de ayudante o consejero y preguntarle más acerca de ello, usaba alguna técnica como la silla vacía generando que el paciente dialogue con su problemática. De esta manera Perls se excluía como figurando lugar a que la persona, desde un fondo vacío, pudiese traer alguna figura propia, permitiendo el esclarecimiento del problema de sí mismo. Invirtiendo así la relación figura-fondo habitual. Esta práctica ha sido denominada en otras corrientes como “prescripción del síntoma” o “intento paradójico”.

Asimismo, Nigro y Vitale (1999) explican que en una situación de aprendizaje, tanto el profesor como el ayudante juegan los roles de figura fondo. En esta situación ambos enseñan y aprenden al mismo tiempo. El error está en suponer que uno de los dos posee todo el conocimiento. El lugar que ocupa el ayudante en la clase puede ser de poca intervención o también tomar un rol protagónico, convirtiéndose así en la figura dentro de la situación. El intercambio es dinámico, el profesor coordina la experiencia y la teoría, y el ayudante contribuye con observaciones realizando valiosos aportes.

El ayudante puede funcionar como soporte o fondo del profesor y de los estudiantes, siempre centrándose en sí mismo. Y también responder a la situación, teniendo en cuenta su rol y su persona, tomando el protagonismo y convirtiéndose así en figura de acuerdo al momento requerido. Los autores esquematizan el proceso de la clase dando cuenta de la dinámica constante de figura fondo que se genera entre el profesor, el ayudante y los estudiantes (Nigro & Vitale, 1999).

### 3.3.3. El aquí-ahora

Siguiendo a Zinker (2006) el interés por el material fenomenológico de los datos de la experiencia se origina en la filosofía existencialista. Esta corriente se interesó por la condición del ser en el mundo. Y la fenomenología por su parte, intentó describir fielmente la esencia de la experiencia humana. De esta manera el lenguaje fenomenológico es el del pensamiento existencial. En este marco se funda la idea de la vivencia del aquí-ahora, que es adoptada por diversos tipos de psicoterapias modernas, siendo la gestalt una entre ellas. Dándole importancia al desenvolvimiento del ser de la persona en el lugar y momento presente.

De acuerdo con Zinker (2006) la experimentación del presente comienza por las sensaciones. Un sujeto adulto hace uso del lenguaje para nombrar aquello que está vivenciando, muchas veces utilizando las palabras como si fuesen la experiencia misma, aunque lo mejor es que la persona permita que la experiencia real o preverbal llegue a ella.

Percibir las experiencias sensoriales es un proceso activo que se vincula con prestar atención de una manera simple e ingenua a lo que va aconteciendo a nivel orgánico en relación al entorno y en un momento dado (Zinker, 2006).

Lo cierto es que la realidad transcurre solo en el presente, no es posible vivir en el pasado o en el futuro, las personas se encuentran ancladas físicamente cada momento, las experiencias y las percepciones siempre se dan en la actualidad del ahora. Los recuerdos son teñidos por la experiencia actual, son referencias y meras aproximaciones de lo que fue. Estas representaciones tienen la capacidad de convertirse en hechos del presente y no hay que confundirlos con lo que sucede realmente o lo que sucederá. El alcance de la experiencia está determinado por el lugar que la persona ocupa en el espacio donde se encuentra y por todo lo que abarquen sus sentidos, haciendo contacto con los diversos objetos que la rodean (Zinker, 2005).

Zullinger (1986) también explica que la vivencia del aquí-ahora es una experiencia personal con base en la percepción sensorial, de lo que ocurre a cada momento dado en un determinado lugar.

En el caso de sujetos sanos la vivencia que se tiene del paso del tiempo suele experimentarse como fluida, continua y cambiante, en forma de proceso. Cuando hay presencia de trastornos, se interrumpe el fluir y la realidad se divide en segmentos generando un gran estado de incongruencia en la persona (Zinker, 2006).

De forma similar Zullinger (1986) explica que la vivencia del aquí ahora se logra cuando la persona no interrumpe el flujo de lo que está sintiendo y puede experimentar todo lo que le acontece en el tiempo presente y en el espacio actual. Tanto hechos sucedidos en el pasado como acontecimientos aún no ocurridos (sueños, expectativas, fantasías o recuerdos) son tratados en el momento actual con el objetivo de poder ir actualizando aquello que se encuentra inconcluso.

De esta manera, en un proceso terapéutico como primera medida es importante que el paciente vaya registrando las sensaciones corporales o anímicas que le van surgiendo. De acuerdo con la autora, el ahora es el presente y abarca todo lo existente incluyendo recuerdos o expectativas, dado que se generan en el presente. Incluye también el estar aquí, el darse cuenta y la posibilidad de vivenciar (Zullinger, 1986).

Peñarrubia (2010) explica que en psicoterapia gestáltica es importante invitar a la persona a hacer conciente y expresar sus vivencias. Focalizando desde el presente, se realiza una actualización de lo que valla surgiendo espontáneamente del pasado o del futuro, siempre teniendo en cuenta la experiencia que surge en el momento.

#### 3.3.4. La atención

Zullinger (1986) comenta que actualmente las personas viven apuradas, postergando sus emociones, desconectadas del momento que sucede. En gestalt la dispersión es equivalente a la neurosis y enajenación, mientras que la atención es una forma de responsabilizarse, de hacerse cargo de lo que le acontece internamente, de lo que la rodea, y de la relación entre ambas esferas. Ser consciente de la atención abre la posibilidad a que la persona se haga cargo y sea responsable por el hecho de poder reconocer sus sentimientos, actos y pensamientos, y elegir qué hacer con ellos.

La sensación de la duración del paso del tiempo difiere de acuerdo al grado de atención que se preste a cada momento. Si se presta menor grado de atención, la sensación subjetiva será que el tiempo transcurre más rápido. Y viceversa, cuanto mayor es la atención que se presta a cada instante, la percepción que se tiene es que el presente se amplía, se sucede una manera más lenta. De esta forma el tiempo adquiere otra dimensión cuando la persona se detiene en el detalle, al percibir y registrar lo que acontece (Zullinger, 1986).

La atención es la herramienta de la concentración, el foco de la conciencia. Al prestar atención a algo se genera un vínculo dialéctico entre ese algo y la persona, cobrando un nuevo sentido aquello para esta última. La atención es una capacidad que se entrena practicándola, los budistas se refieren al yoga como medio para ejercitar este mecanismo (Zullinger, 1986).

Para Perls (2012) el agente terapéutico se da en la integración de la atención y del darse cuenta. La atención es una manera de ver a la figura que emerge del fondo, puede ser algo agradable o desagradable. Como terapeutas se puede funcionar como un catalizador para que la persona se dé cuenta de sus bloqueos y también para frustrar las evitaciones presentes y se movilicen sus recursos propios.

La simplicidad del enfoque gestáltico se vincula con prestar atención a lo obvio, estar en contacto con lo que se presenta en primer plano. El terapeuta abre sus sentidos, observa a la persona entera, capta lo que le llama la atención y se lo comunica al paciente para incrementar el darse cuenta (Perls, 2012).

### 3.3.5. La responsabilidad

De acuerdo con Zulliger (1986) en gestalt hacerse responsable es no decir ni hacer nada que no se quiera, ni siquiera por error. Lo que siente la persona, lo siente y no se averigua la razón de por qué es así. Puede afirmarse que si el sujeto decide no ser responsable de lo que siente, sí lo es de lo que dice y de lo que hace con aquello que siente, dado que el sentir surge espontáneamente.

Ser responsable tiene que ver también con no atribuir los sentimientos propios a otras personas y con la posibilidad de expresar sentimientos de hostilidad y rechazo aceptando exponerse a su vez, a la hostilidad de los demás (Zullinger, 1986).

Responsabilidad es la capacidad o habilidad de generar una respuesta, haciéndose cargo. Responsabilizarse sobre un sentimiento o emoción tiene que ver con un darse cuenta de la propia existencia, de los propios sentimientos y de lo que se hace con aquello que se siente (Zullinger, 1986).

Perls (1999) por su parte, explica que la sociedad exige sumisión y conformidad, recompensando sólo el desarrollo cognitivo de los sujetos. Cada cultura crea imágenes, conceptos e ideales de conducta, que las personas aprehenden como formas de funcionar. De esta manera, los sujetos responden a través de respuestas prefijadas para poder adaptarse a lo exigido por la sociedad y ser aceptados por ésta. Aprenden a dejar de lado sus propios deseos, emociones y necesidades, separándose de su propia naturaleza, disminuyendo la capacidad de sus sentidos e intuición. De esto resulta la alienación, el bloqueo del propio potencial y la distorsión de la percepción.

La persona responsable pretende actualizar y hacerse cargo de lo que es, en lugar de intentar ser algo que no es y responder a los mandatos sociales a través respuestas prefiguradas. El desarrollo de un sujeto se relaciona con su habilidad para autoactualizarse y desplegar a su propio potencial (Perls, 1999).

De esta manera, Perls (2003) supone a la responsabilidad como una capacidad o habilidad para responder, para tener ideas, reacciones y emociones en determinadas circunstancias. Ser lo que se es se expresa a través de la palabra “yo” y de la frase “yo soy yo”. Por otro lado la responsabilidad más importante tiene que ver con el darse cuenta de las propias proyecciones, con los aspectos rechazados de uno mismo que se

vuelcan sobre lo externo. Es de suma importancia para cada persona el volver a integrar, identificarse y convertirse en aquello proyectado.

Perls(2003) agrega que el sueño representa la expresión más espontánea de las personas y es el mejor camino hacia la integración. Cada una de las partes del sueño se vincula con fragmentos de la personalidad, con proyecciones y conflictos. Lo que debe hacerse es unificar partes, reposer el potencial que se muestra en el sueño e integrarlo.

La terapia gestáltica tiene una mirada existencial, esto implica tener en cuenta la existencia total del ser humano. Y madurar implica hacerse responsable de la propia vida, valérsela por sí mismo trascendiendo el soporte ambiental a través del desarrollo del autoapoyo. Dejar de depender de otros, abandonar comportamientos estereotipados y abrir las posibilidades de despliegue del propio ser (Perls, 2012).

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo de Estudio

Descriptivo.

### 4.2. Participantes

Se tomó una muestra de cuatro profesionales, con los cuales se realizaron seis entrevistas.

El primer entrevistado sobre el área de admisiones, es un psicoterapeuta gestáltico con el que se participó de varios procesos de admisión. El mismo terminó la carrera de psicología en 1998 y su especialización en gestalt en el año 2007. Se dedica al área clínica, en los formatos individual, grupal, familia y parejas. En la institución empezó trabajando en el servicio abierto a la comunidad como terapeuta durante 5 años siendo supervisado y llegando al nivel de Juniors. Luego pasa a ser parte del Staff y trabaja haciendo admisiones hace 4 años dentro del servicio antes mencionado, también es profesor de postgrado en una materia.

Con la segunda terapeuta se realizan dos entrevistas, una acerca de la supervisión y otra sobre la coterapia de parejas. Se asistió a las reuniones de supervisión coordinadas por ella. La profesional finaliza su licenciatura en psicología en el año 1989, realiza una formación en psicodrama y en la línea jungueana. Su formación en gestalt finaliza en el año 1993, también profundiza sus conocimientos en constelaciones familiares. Fue alumna, ayudante, dio clases, trabajó en admisiones y después en supervisiones. Se dedica a diversas modalidades psicoterapéuticas, individual, de parejas y familia.

A la tercera psicoterapeuta que se entrevista se le pregunta acerca de las áreas de admisión y supervisión. La profesional es profesora de filosofía y psicopedagogía, licenciada en psicología, formada en gestalt hace más de 18 años y en técnicas psicocorporales. Es exjefa de un servicio de psicopatología y docente. El encuadre que adopta en psicoterapia es individual y grupal.

El cuarto psicoterapeuta entrevistado terminó la licenciatura en psicología en el año 1985, realizó especializaciones en psicología transaccional durante 10 años, desde 1999 hasta el 2002 realiza su formación en terapia gestáltica. Es docente en diversas universidades y en formaciones de posgrado. También se dedica a trabajar desde varios encuadres psicoterapéuticos, individual, co-coordinación de grupos y coterapia de parejas. Al mismo, se le pregunta sobre su rol en la coterapia de parejas.

#### 4.3. Instrumentos:

- Observación y participación de admisiones y supervisiones.
- Participación en la revisión de casos de parejas con los profesionales que realizaron el proceso.

- Participación de clases sobre el proceso de admisión.
- Observación participativa de procesos de supervisión en la escuela de formación con los alumnos de tercer año.
- Entrevistas semi-dirigidas.

- Ejes de las entrevistas:

Datos relevantes vinculados a la formación profesional del entrevistado, sobre el recorrido personal realizado en la institución, el tiempo de experiencia en el área propia de trabajo, sobre el rol y actividades que cumple dentro de la asociación.

Descripción de las tareas a cumplir por parte del profesional en el marco de admisiones. Análisis de las observaciones que realiza sobre el paciente. Elucidación sobre el motivo de consulta y conceptualización del caso. Elementos a tener en cuenta al momento de realizar la derivación. Vínculo entre el adisor y el terapeuta asignado. Características e importancia del rol del profesional en el espacio de admisión.

Descripción de las características de los roles profesionales en los espacios de supervisión. Actitud del supervisor y del supervisante. Objetivos implícitos y explícitos a cumplir en el proceso de supervisión. Preguntas y temas recurrentes que surgen entre los profesionales dentro del mismo espacio. Foco de atención en del proceso de supervisión.

Descripción de los roles de los profesionales en el marco de terapia de parejas, en relaciona la dinámica figura fondo. Vínculos y alianzas terapéuticas. Sobre el formato de co-terapia y sus razones. Importancia del uso del espacio físico del lugar donde se realiza el proceso. Éxito de la terapia.

#### 4.4. Procedimiento

Se observaron alrededor de quince admisiones y supervisiones de diversos profesionales, de las cuales también se pudo participar. En las mismas se observó cómo trabaja cada uno de ellos. Las admisiones fueron semanales y tuvieron una duración aproximada de veinte minutos por paciente. Las supervisiones tuvieron una frecuencia quincenal y se extendieron alrededor de cuarenta minutos por caso.

Se tuvo acceso a historias clínicas de procesos terminados, realizados en el marco de terapia de parejas. Y también a información relevante sobre el proceder de los profesionales que realizaron el proceso.

Se realizaron entrevistas a diversos psicólogos, las cuales fueron grabadas y desgrabadas, para permitir relacionar las mismas con la temática del presente trabajo.

## 5. DESARROLLO

### 5.1. Funciones del psicoterapeuta gestáltico en el marco de admisión.

Las admisiones fueron realizadas en una sede de la institución, ubicada en el barrio de Villa Crespo. El lugar físico es una casa antigua compuesta de espacios de diversos tamaños, hall de espera, secretaría, baños, cocina, etc.. La habitación donde se

realizan las admisiones es grande, con techo alto, una gran ventana, muy sencilla a nivel decoración, con colchones y almohadones en el piso. Todas las entrevistas fueron semiestructuradas, previamente en la sala de espera el paciente debe completar una ficha con sus datos y breves preguntas tipo *choice* acerca del motivo de consulta, cómo conocía la Institución, etc. La duración de cada entrevista es de 20 minutos aproximadamente.

Al inicio de la admisión, antes de tomar asiento, el profesional pregunta a cada paciente si está de acuerdo con la participación de la pasante durante la entrevista. Todos los pacientes aceptaron la situación dada.

Entonces el terapeuta abre el diálogo, realizando preguntas abiertas, deja hablar los consultantes, hace foco en algunas partes de las biografías. Pregunta sobre diversas áreas de la vida, motivo de consulta, estudios, trabajo, intereses, relaciones sociales, composición familiar, pareja, enfermedades, adicciones, etc.. En relación con esto Fagan y Sheperd (1973) señalan que la recogida de información le proporciona al terapeuta una idea de la interacción que existe entre los sucesos o hechos ocurridos al paciente y los sistemas de los que forma parte.

El admisor también hace uso del humor en la entrevista. Por último, le brinda los datos al consultante del profesional con el que debe contactarse. Luego de despedir a cada entrevistado el psicoterapeuta le pregunta a la pasante acerca de que le pareció la entrevista, de qué manera se sintió, qué resonancias emocionales tuvo. Se conversa sobre lo observado durante la entrevista y luego el profesional comenta la razón o hipótesis por la cual recomienda al paciente a un profesional con un estilo en particular.

Como se expone anteriormente en el respectivo marco teórico, para Alcides (1995) la primera entrevista se compone de tres grandes áreas: Una tiene que ver con el tipo de vínculo que se genera entre el terapeuta y el paciente. La segunda se relaciona con la exploración de la información y la tercera con la delineación de un diagnóstico.

Siguiendo el esquema del mencionado autor, se desarrolla a continuación la relación de cada área con material reunido de las entrevistas a los profesionales.

- Acerca del vínculo en admisiones

Sobre el vínculo entre el admisor y el futuro paciente, ambos profesionales entrevistados aluden fundamentalmente a la importancia de la confianza que se pueda generar en el tiempo que dura la admisión. Dado que establecer un vínculo tiene gran importancia a la hora de darle continuidad al tratamiento (Alcides, 1995).

En torno a la cuestión, el profesional explica que “el vínculo es fundamental, lo que yo genero es, que en tan poco tiempo se pueda lograr un vínculo de confianza para que el paciente se pueda expresar libremente, todo lo que pueda y hacer una buena derivación. La confianza es para que pueda expresarse tal cual es y para que sepa que está siendo derivado con el profesional más apto para su situación. Así se siente elegido y entendido. Que confíe en que la persona con quien lo estoy derivando es la persona idónea para él y pueda empezar con el profesional ya con confianza porque fue derivado, fue elegido. Eso se nota desde la primera vez que es atendido por el profesional con quien fue derivado porque entra sabiendo que con él va a poder trabajar mejor de acuerdo a su problemática”.

Por su parte, la profesional explica también que “tener una actitud de confianza y seguridad, invita a que el otro se muestre. Con una mirada, con una sonrisa, con gestos amables, etc. Cuando el otro se puede empezar a sentir cómodo, empieza a expresarse y ahí es la observación total de ese otro. Y cómo yo me siento, cómo yo resueno con eso que me cuenta, con eso que observo”.

Polster y Polster (1991) aluden a que el profesional debe sintonizarse con la persona con quien está en contacto, convirtiéndose en una cámara de resonancia para lo que ocurre entre el paciente y él. La profesional comenta que lo principal al respecto es “tener una actitud que invita y después dejar, es lo primordial en la admisión, cuando vos te das cuenta o supones lo que le pasa al otro, hay algo que resuena en vos y lo tenés claro, entonces podés compartirlo y transmitirlo”.

En relación con lo precedente, la profesional explica también la importancia de generar un vínculo de tipo simpático con el paciente. Comenta que “Existen tres diferentes niveles de vinculación. El vínculo apático, empático y simpático. El simpático es el que caracteriza a la modalidad vincular del terapeuta gestáltico. La simpatía sería como una danza en la que bailan los dos, ésta sería la relación en el vínculo terapéutico. Es un campo total en el que el terapeuta se incluye. En terapia gestáltica la contratransferencia se explicita para favorecer la toma de conciencia del paciente y tiene valor de provocación y se aprovecha su potencial que es movilizador.

La simpatía es el compromiso con el campo total. Y en la simpatía puede haber frustración también, una relación satisfactoria y sana entre dos personas en donde se puede combinar la simpatía y la frustración. Y esto tiene que ver con el grado de implicancia del terapeuta”.

- Exploración de la información

La búsqueda de información tiene que ver con cómo el terapeuta la aprehende, a través de sus propias percepciones, afectos y pensamientos sobre las manifestaciones verbales y corporales que expresa el paciente en ese momento (Alcides, 1995). En torno a la cuestión, el admisor comenta que “el registro a nivel perceptivo es un instrumento más de información, quizá puedo tener frío, transpirar, bostezar. Te podés emocionar con el paciente, reírte, hacer uso del humor. El humor es una herramienta fundamental, necesaria para generar confianza, un clima más coloquial, más ameno. Las personas vienen con una postura algo rígida, no sabe a dónde viene, con quién se va a encontrar. Entonces incluyo el humor si lo amerita”.

Al explorar la información se observa la manera en que la persona organiza y transmite lo que le ocurre, se clarifica el motivo de consulta (Alcides, 1995). En relación con esto, el profesional comenta que tiene en cuenta “la observación de todo el cuerpo, todos los movimientos, la postura corporal, los gestos, el tono de voz, estar atento a la emoción del paciente y permitirle que la pueda expresar. Porque también eso tiene que ver con la confianza”.

La profesional alude también, a que durante el proceso de admisión observa “Todo, es desde cómo se presenta, cómo está vestido, si es aseada, si está cuidada, el lenguaje corporal, los gestos, la entonación. Entonces se ve la actitud que tiene el paciente, si está nervioso, sereno, tranquilo, si se pone colorado. Esto habla de un cambio, en la temperatura corporal con lo que podés sospechar que hay movimiento emocional. Cómo es su voz, si es baja, suave, fuerte, si responde con monosílabos, si el discurso verbal coincide con lo otro que vos observas, si hay discrepancias”. Así, el terapeuta percibe el lenguaje no verbal del paciente y los estados de ánimo, más las sensaciones y reacciones que percibe en él mismo. Todo esto dice algo acerca de él y del paciente, y sintetiza muchos datos vitales de la experiencia que se está dando en ese momento (Polster & Polster, 1991).

Ambos psicoterapeutas observan y en base a lo que perciben señalan lo obvio del lenguaje no verbal, junto a la narrativa que el paciente sostiene en ese momento. De esta manera, la profesional explica “Lo que se hace es señalar la discrepancia con una pregunta por ejemplo le puedo decir que mientras me está contando algo con tanta firmeza su cuerpo se mueve de manera inquieta y le puedo preguntar lo que siente y si se da cuenta de cómo se mueve su cuerpo mientras lo cuenta.

De manera similar, el admisor expone que se atiene justamente a “la observación de lo físico. A lo que hace corporalmente en el momento, más allá del discurso”. Poder estar presente y enfocarse en el aquí-ahora logrando diferenciar los datos fenomenológicos observados de la interpretación y tener habilidad para darse cuenta de dónde está situado el paciente en un momento dado, son características que nombra Petit (2009) como fundamentales del que hacer psicoterapéutico.

En relación con lo anterior, el profesional da un ejemplo de la observación fenomenológica y comenta que el paciente “puede estar contando que mataron a su papá y justo cerrar los puños. Entonces se marca que hizo eso, se pregunta sobre qué pasó que cuando contaba eso cerró los puños. Es seguir indagando a través de lo fenomenológico, de lo obvio, de los que acontece, de lo que sucede ahí, por eso se trabaja en el aquí-ahora. Lo obvio es que cerró los puños, ahora yo no puedo saber. Si me pongo a jugar con el imaginario, pienso que le quiso pegar al que mató al padre, pero eso es mío, es una interpretación, es mi imaginario”.

En relación con el ejemplo expuesto Schnake (2014) comenta que la psicoterapia gestalt al estar basada en una visión fenoménica de la realidad, implica principalmente que la mirada del profesional esté puesta en el aquí-ahora de la situación y que observe atentamente lo que se revela a cada momento. Teniendo en cuenta que lo observado es inseparable de quien observa, se intenta hacer una descripción basada en lo obvio sobre lo que acontece, en ningún caso se intenta interpretar o entender. El profesional comenta entonces que “antes de jugar con mi imaginario, se le pregunta al paciente ¿Qué pasó que cuando contaste esto cerraste los puños? ¿Qué te pasó, que sentiste? ¿Qué te pasa, qué sentís?, se busca ahondar en eso que sucede en lo fenomenológico del aquí y ahora”.

Zullinger (1986) expone que el reconocimiento de lo obvio, hace referencia al acto perceptivo en su sentido más puro, sin adjudicarle significado a aquello que se percibe. De esta manera, la admisora comenta “Lo que se observa es lo fenoménico, con esto que se va expresando el paciente respecto de su situación, lo que se va consultando

en el campo, esto es fundamental. Luego, otros parámetros que se tienen en cuenta tienen que ver con su presencia, su vestimenta, el modo de hablar, de moverse, etc., van haciendo su aporte”.

Además de la observación fenoménica, en el proceso de admisión es necesario que el profesional haga preguntas informativas para obtener datos acerca de la composición familiar y datos generales del paciente y de los tipos de interacciones que mantiene en diversas áreas de su vida. El foco del terapeuta debe estar puesto en la manera en que el paciente se percibe a sí mismo y en cómo organiza el material (Alcides, 1995).

De esta manera, el psicoterapeuta explica que al momento de la admisión “se pregunta por todas las áreas: trabajo, estudio, familia, pareja, vida social, qué hace con su tiempo libre si es que lo tiene, etc. En función de eso se va armando un esquema de área y el lugar que va ocupando en relación a esas áreas. De esta manera se puede ir teniendo una idea general del paciente en sus diferentes áreas. Es importante saber qué hace, el para qué lo hace, qué viene a buscar, qué lo trae a esta entrevista”. Al explorar la información es necesario indagar sobre el material relevante acerca de qué, cómo, cuándo y dónde acontece lo que está sucediendo (Alcides, 1995).

Así también, la admisoras comenta “voy pasando por las distintas áreas porque quiero saber si está en duelo, crisis económica, emocional o existencial, si hay algo que padece de manera intensa en este momento de su vida. Así voy por distintas áreas. Cuando viene la persona lo primero que hago es anotar sus datos, nombre, dónde vive, teléfono, familia, trabajo, estudio y amistades. Básicamente para tener una idea de su existencia. Si es una persona muy tímida, le pregunto si puedo hacerle ciertas preguntas y ahí hago el recorrido. Si es una persona que viene verborrágica la dejo hablar y veo después de parar y hacer el recorrido”.

- Delineación de un diagnóstico

El diagnóstico se vincula con la forma en que funciona la persona, con la interacción del organismo-ambiente en un campo y si esta dinámica llega a satisfacer las necesidades orgánicas del sujeto (Alcides, 1995).

El profesional alude a que en primer lugar es clave “saber si el futuro paciente está en un proceso psiquiátrico, que medicación está tomando y los datos del psiquiatra que esté atendiendo a la persona. Hay un hilo muy finito en diagnosticar a una persona

en una entrevista de admisión. No puedo diagnosticar. Sí se toma en cuenta para ir teniendo una idea, pero no se rotula al paciente. Yo puedo presuponer, trabajar con una hipótesis, salvo que sea algo muy alevoso, muy notorio. Lo que sí hacemos es tomar en cuenta lo que uno cree, lo que a uno le pasa y lo transmitimos al profesional con quien se derive el paciente, le decimos fíjate por este lado, a mí me pareció esto, pero no como un diagnóstico sino como un sentir, una mirada a tomar en cuenta”.

La admisora alude a que “es fundamental ver si hay síntomas egosintónicos o egodistónicos. Si hay conciencia de enfermedad o de síntomas. También tener en cuenta si hay familia, si tiene sostén, su circunstancia vital. Salvo que vea que está alucinando o delirando puedo llegar a conjeturar que hay alguna psicosis, pero tiene que ser bien claro, sino es una persona común con temas a tratar. Hay algo que tiene que estar estructurado, es importante. Es como si fuera una base rítmica sobre la cual el paciente hace el sonido. Es una base que le das y después el otro se explaye pero hay algo que tiene que haber como estructura”. Napolitano (2011) entiende al diagnóstico como una configuración o estructura con diversos niveles, los cuales son: semiológico, nosológico, caracterológico, defensivo y situacional.

5.2. Los roles de los co-terapeutas gestálticos con relación a la dinámica figura-fondo.

Con respecto al proceso terapéutico de parejas y familias, Zinker (2005) comenta que el psicólogo deberá realizar un salto cognitivo al trabajar con sistemas complejos. La pareja y la familia son un organismo mucho más amplio con configuraciones multideterminadas. Al respecto la profesional comenta que “Es una diferencia bastante importante. La diferencia es mirar lo que pasa entre las personas, el entre y lo vincular. Lo que se va dando en esa dinámica. Es escuchar el entre, ver qué le pasa a la pareja cuando uno de los dos dice algo y el otro escucha. Se trabaja con decirse a ella o con ¿Qué te pasa a vos cuando escuchas eso?”.

La profesional explica que se observa “la dinámica, lo que se da. Y que el otro se haga cargo de lo que se va generando en lo vincular. En la interacción se manifiestan los síntomas, la situación conflictiva. Y éste es el lugar donde se resuelven, el vínculo es la posibilidad de curar. El vínculo cura, éste es el fundamento desde donde trabajamos. Poder ver que quiere decir éste síntoma, porque es una identidad. No te pasa ni a vos ni

a ella, lo que pasa le pasa a la pareja”. En relación con esto, Zinker (2005) señala que el trabajo del terapeuta es ayudar a la pareja o a la familia a darse cuenta de cómo y dónde el sistema se estanca y cómo usar esa conciencia y la energía para atravesar esas limitaciones en sus relaciones.

La profesional profundiza en que “se trabaja en el proceso vincular. La forma se va viendo en el proceso, se va conociendo, la pareja viene con una determinada forma, y en el proceso puede ir tomando otra forma. En ese movimiento también está la posibilidad de curarse, de salirse de esa traba. Que sería la búsqueda de la buena forma”. Zinker (2006) refiere a que siempre la atención va a estar enfocada a percibir la forma, al proceso del sistema, más que al contenido.

Zinker (2006) explica también, que el terapeuta se sirve de un marco de referencia vinculado a la observación de la interacción de la pareja dentro del ciclo de la experiencia. Este ciclo hace referencia a la satisfacción de necesidades y surgimiento de nuevas figuras. Perls (2012) refería a que la vida es una serie de situaciones inconclusas. Desde adentro alguna figura emerge, sale hacia el mundo externo, alcanza lo deseado, retorna, asimila y recibe. Nuevamente algo surge y el proceso se repite.

De esta forma, una figura es lo que se destaca de un segundo plano, aparece en un primer plano con mayor grado de detalle y nitidez sobre un fondo. Este último cumple la función de ser el contexto y soporte del que se sirve la figura para destacarse (Polster y Polster, 1991). En relación a esto y a los roles de los coterapeutas, el profesional comenta “Sí, en la coterapia cuando uno hace una intervención, a ese es a quien llamamos figura, en ese momento toma el rol de figura, él está interviniendo, trabajando y preguntando. Mientras que el otro hace de fondo, que no es quedarse callado y esperar la oportunidad para hablar. Sino es estar trabajando desde ese silencio con lo que está pasando ahí. En general el que trabaja desde fondo termina aportando algo que no se terminó de ver, algo que estaba justamente como de fondo de eso que se estaba hablando, algo que el que está trabajando como figura no puede ver, entonces luego lo puede incluir”.

El intercambio entre figura y fondo es dinámico, quien en un momento está en el lugar de fondo es alguien activo que observa el campo, luego al expresar o intervenir toma el rol protagónico realizando valiosos aportes (Nigro & Vitale, 1999). De ésta manera, la profesional explica que “El fondo siempre es el que sostiene a la figura y entonces trae lo que la figura no está tomando o le da un sentido también, por ejemplo, traducir lo que está trabajando la figura,

puede ser que decodifique, le dé un sentido o trae a la pareja. Se incluye al otro en lo que pasa”. El fondo se caracteriza por ser más difuso, amorfo, generando profundidad y relieve, cumpliendo la función de ser el contexto y soporte (Polster & Polster, 1991).

Ambos profesionales hacen referencia a cómo incluir a la persona que queda en el fondo, el terapeuta cuenta “Por ejemplo puede ser que yo esté mucho tiempo hablando con uno de la pareja y mi coterapeuta me pare y retome incluyendo algo que está pasando, preguntándole al otro que piensa”. Asimismo, la profesional sostiene que “el otro terapeuta puede preguntarle a la otra persona de la pareja ¿Qué le pasa con esto que está escuchando?. Desde el fondo trae a la otra persona, le pregunta y trae a la pareja, esto lo hace el coterapeuta, sino se te va la mitad de la escena”.

En sintonía con lo anterior, Zinker (2006) narra que en el proceso el terapeuta es observador participante. Por un lado observa a la pareja, identificando las habilidades y resistencias del sistema. Y por otro lado participa, organizando la situación terapéutica de manera tal que los miembros de la pareja interactúen entre ellos.

El profesional continúa explicando “Entonces en ese momento el otro pasa a ser figura y el otro se corre y pasa al fondo. Puede ser como una danza en donde uno de los dos va llevando al otro, en este caso es el que está de figura va guiando y luego se alternan, porque el que está en el fondo también sigue la línea que está siguiendo el otro, está presente, siguiendo atento al otro para ver por dónde va. Se va observando, mirando atento a lo que está en el campo, a veces aparecen alianzas y hay que romperla con una intervención”. El interjuego entre la figura y el fondo es constante y dinámico (Polster & Polster, 1991).

Asimismo, la terapeuta comenta “Porque mientras uno ve una parte, el otro ve la otra. Hay un interjuego de los coterapeutas entre figura fondo. Y esto tiene que estar aceitado. Hay mucho trabajo de coterapia en la supervisión de parejas o de familia, hay una parte que es para supervisión de la coterapia. ¿Qué me pasa con el estilo de mi coterapeuta?, si es más agresivo, si es más tranquilo, o cuándo interviene uno o el otro. Vos ya sabes que situaciones al otro le mueven más, esto tiene que ver con la intimidad, o sea si mi coterapeuta paso recién por una situación de duelo o temas familiares, con el dinero, con la sexualidad, ideológicos, etc. Temas que a no todos nos toca de la misma manera”. Desde este enfoque se le da importancia al conocimiento profundo y exhaustivo del coterapeuta y sus experiencias vitales (Asociación Gestáltica de Buenos Aires, 2015).

El conocimiento del otro permite saber quién de los dos puede resonar más y acompañar mejor la problemática del paciente y también saber cuál de los coordinadores necesita quedar de fondo dada su propia vivencia respecto a la temática que se trate (Asociación Gestáltica de Buenos Aires, 2015). El profesional explica al respecto que “a veces yo ya sé que con ese paciente le pasa algo a ella, porque hay algo en su historia personal y resuena fuerte, entonces a ella le toca por algún lado. Ahí cuchicheo y le digo “eh, dejame a mí”, eso lo hago. Entonces ella se calla y yo sigo por otro lado, repreguntando, y listo. Muchas veces pasa, no tanto en las parejas sino más en las sesiones grupales, que de repente se genera un enganche transferencial y contratransferencial entre uno de los terapeutas y uno de los miembros del grupo”.

El terapeuta profundiza comentando que lo anterior tiene que ver también con “estar presente, y presente para cada uno de la pareja y también para mi coterapeuta, en el sentido de poder estar en contacto, mirarlo, estar atento a lo que va haciendo, cómo responde, viendo que hace cuando yo hago alguna intervención. Seguirlo en las intervenciones que él va haciendo y a su vez trabajar como fondo a ver qué pasa con las intervenciones de él y ambos miembros de la pareja. Estar en contacto sería como estar conciente de ésta frontera, del yo y de lo que está pasando ahí afuera. Estar en contacto implica estar presente y conciente de qué le pasa a cada uno. Esto es qué está pasando, fenomenológicamente, si hay algún gesto, un movimiento, un cambio en el tono de voz, en la mirada. Al mismo tiempo que voy registrando lo que me pasa a mí y que me va pasando a mí con mi coterapeuta y qué veo con mi coterapeuta”.

Asimismo la terapeuta explica que “son varias variables al mismo tiempo que hay que mirar, y no quedarse fascinado con uno en particular, esto también se puede supervisar, las identificaciones del terapeuta con el paciente. Hay que tratar de no quedarse polarizados entre los coterapeutas, sino no se puede. Hay que buscar una integración, las dos son partes de una totalidad. No se puede excluir nada, nada de lo que a uno le pasa, está bueno tenerlo escrito o registrado. Darse cuenta de lo que a uno le pasa, con uno y con lo que está pasando. El terapeuta sabe cuándo le suceden determinadas cosas es parte de lo que se va aprendiendo”.

En relación al uso de intervenciones y técnicas, Zinker (2005) sugiere que el terapeuta debe realizar experimentos a lo largo del proceso. Los ejercicios ayudan a que la pareja aprenda nuevos tipos de comportamientos y aprendizajes, adquiriendo otras visiones y sentimientos a través de experimentar nuevas vivencias. Vinculado con esto el profesional comenta que “lo que hacemos es cuchichear. Me acerco al oído y le digo

si le parece hacer determinado trabajo. Muchas veces lo digo en voz alta, ¿Te parece que hagamos este trabajo? ¿Y si los ponemos frente a frente para que se miren? O me gustaría que ella haga una estatua de lo que está contando. O me gustaría que hagan el ejercicio del obvio e imaginario. Si se lo digo primero al oído, mi coterapeuta puede pedirme que espere para dar vuelta un tema, o decirme que sí, que lo haga yo o que lo hace ella. Entonces como es una interna y no quiero que escuche la pareja porque no tiene nada que ver, es algo técnico y se lo digo al oído”.

La terapeuta explica al respecto que “hay ejercicios de contacto de sostener la mirada, de que uno habla y el otro escucha. Hay ejercicios que tiene que ver con trabajar con la familia de origen. Cosas que se están jugando en la pareja, que en realidad cosas que tiene que ver con otra historia. Después se puede dar tarea para que traigan a los 15 días, por ejemplo un ejercicio puede ser escribir la línea de tiempo de esa pareja, cuáles fueron los puntos importantes o los hitos importantes para cada uno, eso lo hacen por separado. Se trae el material y juntos se los ve, puede ser que uno diga una cosa, el otro diga otra. Ya el hecho de escuchar al otro en un espacio vincular también ayuda, se trata de integrar las versiones, es raro que haya una única versión en la pareja”.

5.3. La actitud (actualidad, atención y responsabilidad) que se observa en el supervisor.

En la clase de supervisión de casos, realizada en la escuela de formación, la profesora habló del trabajo terapéutico como un trabajo artesanal. Peñarrubia (2010) alude a la complejidad de la práctica del terapeuta concibiéndola como un oficio artístico.

La profesora a cargo hizo énfasis en la importancia de la mirada, de la observación y del sostén, la posibilidad de generar el espacio terapéutico y armar el lugar para que se dé un proceso curativo. Invitó a pensar en cómo cada uno de los presentes se comunica con el otro, cómo se percibe, qué percibe y con esa información armar una imagen. Para lograr esta tarea lo primero es realizar un centramiento. Respirar y registrar cómo uno se encuentra en ese momento. En relación con lo anterior, Perls y Baumgardner (1994) le dan importancia a las percepciones del terapeuta sobre los estilos de contacto, la comunicación y la voluntad para trabajar.

Luego realizar un registro perceptivo, en la clase se sugiere poder imaginar o recordar a un paciente en relación a uno mismo, dónde se ubicaría y cómo se ubicaría. A continuación la profesora propuso ponerse en el lugar físico que ocuparía el paciente, cambiando de lugar, y desde allí registrar qué se ve en frente, qué y cómo se percibe. Por último sugiere volver nuevamente al primer lugar, el del profesional. Percibir las experiencias es un proceso activo que se vincula con prestar atención de una manera simple e ingenua a lo que va aconteciendo a nivel orgánico en relación al entorno (Zinker, 2006).

Por otra parte la docente comentó acerca de cómo “acompañar y no empujar”. Poder acompañar, facilitando a que el paciente pueda aprender a descubrirse y ampliar su experiencia, aceptando y asumiendo de las responsabilidades de su propia persona. (Perls & Baumgardner, 1994). También hizo énfasis en la importancia de que cada uno se dé cuenta de cómo está con respecto al otro. La posibilidad de estar al servicio de la salud de la persona y no de su neurosis. Aclaró los conceptos de acompañar y ayudar, haciendo énfasis en cómo acompañar a buscar las herramientas en el consultante, sin interrumpir lo que va aconteciendo en el proceso. Para Zullinger (1986) es importante no interrumpir el flujo de lo que está sintiendo y poder experimentar todo lo que le acontece en el tiempo presente y en el espacio actual.

También, se señaló que siempre se debe revisar el propio instrumento, revisar los puntos ciegos a través de la supervisión. Luego del ejercicio cada terapeuta fue comentando lo que sintió y se aclararon dudas de cómo proceder con los casos. En relación con esto Rams (1989) destaca la construcción del estilo personal, usar el espacio de supervisión para observar lo que hay y lo que falta, lo que el profesional puede manejar y cuáles son sus limitaciones, etc.

Por otra parte, las reuniones de supervisión a las que se asistieron fueron realizadas en el barrio de Saavedra, en una casa antigua remodelada, muy amplia y colorida. Las supervisiones se llevaron a cabo en una habitación de la misma, compuesta por sillones, mesa ratona a un costado de los mismos y varias bibliotecas con libros. El lugar es cálido, tiene piso de madera y buena acústica.

A cada reunión asistieron 3 psicólogos formados en la escuela de la institución, la supervisora y la pasante. Dos terapeutas son co-terapeutas de un grupo. Y en la reunión éstos comentaron diversas técnicas usadas en el último encuentro, hablaron de

los movimientos y posturas de los participantes y también sobre los ejercicios realizados grupalmente. Luego cada terapeuta por su parte supervisó un caso individual. En todos los casos los profesionales conversaron sobre la postura de cada profesional y posibles técnicas a implementar para poder acompañar mejor al consultante. En todo momento se tiene en cuenta la resonancia emocional de cada uno de los participantes que se encuentran en ese momento.

Rams (1989) detalla algunos aspectos relevantes de la supervisión vinculados con: lo teórico y la revisión de hipótesis de trabajo, lo técnico, el análisis de estrategias, métodos y procedimientos adecuados al caso, y observar la relación terapéutica. De esta forma, la supervisora C destaca que “el trabajo de supervisión puede estar orientado en áreas. El terapeuta, el caso del paciente que es expuesto, el vínculo que el terapeuta puede tener con el supervisor y las estrategias que se utilizan para acompañar al paciente que se supervisa. Hay veces que el trabajo se centra en lo vincular entre el terapeuta y el supervisor porque es alguna revisión de lo que trabaja con el paciente. El mismo tipo de vínculo. Otras es poder nutrirse con estrategias de recursos para trabajar con determinados casos clínicos. Otras es respecto del diagnóstico y estructura de personalidad del paciente. También la actitud, la responsabilidad y el centrarse en el presente”.

- Actualidad

Para Naranjo (2012) la vivencia que se tiene del lugar y tiempo presente, abre la posibilidad de poder experimentar y de estar comprometido con el momento. Así, la centración en el presente para profesional “A” es “algo unido al pasado y al futuro y trabajo centrada en el presente incluyendo la historia, con el proceso terapéutico y con hacia dónde va, cuál es el futuro o el proyecto. Está el aquí ahora en cuando a lo que piensa y a lo que siente, pero unido a un proceso terapéutico, a una línea de tiempo, a la historia de la persona. Esto depende de la línea del terapeuta también”. Siguiendo a Zullinger (1986), tanto hechos sucedidos en el pasado como acontecimientos aún no ocurridos (sueños, expectativas, fantasías o recuerdos) son tratados en el momento actual con el objetivo de poder ir actualizando aquello que se encuentra inconcluso.

De manera similar, la supervisora “C” comenta “no sé si hay mucha diferencia con otras corrientes porque yo imagino que en todo modelo el terapeuta va a estar en el aquí y ahora, y se encuadra en el presente. Puede ser que hable del pasado, pero el pasado está presente aquí y ahora. El ahora abarca todo lo existente incluyendo

recuerdos o expectativas, dado que se generan en el presente. Incluye también el estar aquí, el darse cuenta y la posibilidad de vivenciar (Zullinger, 1986).

En relación con lo anterior la profesional A comenta “es estar en permanente contacto y conciente de lo que te va pasando. Si bien vos no vas a hablar de vos como supervisado todo el tiempo, pero de alguna manera hay una responsabilidad todo el tiempo de ver vos permanentemente cómo estás. Ser conciente de cómo estoy me va a ayudar a ser espejo del otro. Yo no puedo trabajar aspectos con el otro si conmigo no lo hago. La coherencia es necesaria, es uno de los aspectos más importantes. Si yo trabajo con la responsabilidad del contacto tengo que ser conciente de cómo estoy en este momento, hacer contacto con eso. Latner (1999) comenta también que la buena terapia exige que el terapeuta practique lo que predica. El profesional debe estar en contacto con el campo que la rodea, centrado en su propio proceso y también consciente de los sucesos que ocurren en el límite de contacto que se da en el encuentro con el paciente.

La supervisora A profundiza, “si uno trabaja con hacer conciente la emoción y de decir cómo estás, no lo podemos ocultar. No se interpreta, se trabaja con lo que tiene que ver con el contacto y la responsabilidad de cómo se está en ese momento. El supervisor también tiene que trabajar de esa misma manera, si bien no habla de sí mismo, la verdad es que el contacto y la responsabilidad son valores que uno respeta. Y la conciencia de uno mismo”.

Peñarrubia (2010) sugiere que focalizando en el presente, se realiza una actualización de lo que va surgiendo espontáneamente, del pasado o del futuro, siempre teniendo en cuenta la experiencia que surge en el momento. En relación con esto la supervisora C revela “Yo creo que elijo este enfoque por mi dificultad para centrarme en el presente. Yo no soy una persona que fácilmente estoy en el presente, siempre estoy adelante y entonces vuelvo y eso me hace bien. Vuelvo porque me doy cuenta que no estoy, que me estoy yendo, que estoy evitando el contacto. Me recuerdo de estar en el presente como un ejercicio”.

La profesional también comenta “la meditación aporta un montón para conectarse con el presente y estar en el presente te hace la vida más plena. Stevens y Stevens (1999) aluden que el darse cuenta permite disminuir el dolor y aumentar las alegrías y satisfacciones. La supervisora profundiza sugiriendo que la meditación “es una herramienta muy rica y en sí misma terapéutica y

facilitadora”. La gestalt incluye del budismo la práctica de la vivencia en el aquí-ahora y extrae el concepto del continuo de conciencia, como estado dinámico de la atención puesta en el presente (Zullinger, 1986).

- Atención

Perls (2012) explica que la simplicidad del enfoque gestáltico se vincula con prestar atención a lo obvio y estar en contacto con lo que se presenta en primer plano. En relación con esto la supervisora A explica que “la atención implica ver en principio como está ese terapeuta presentando el caso, que le pasa, que reporte hace del caso. La escucha de lo que trae, del material que trae y cómo está el terapeuta en ese momento. Es como que el terapeuta cuando presenta la situación, ya está metido en ese campo. Entonces generalmente habla con el tono de ese paciente que va a supervisar”.

De esta manera, el supervisor abre sus sentidos, observa a la persona entera, capta lo que le llama la atención y lo comunica para incrementar el darse cuenta (Perls, 2012). La profesional explica que “muchas veces se pregunta, el terapeuta empieza a contar y se observa, si aparece algo ansioso, entonces le preguntas: ¿Vos te estás escuchando cómo estás hablando? ¿Esto tiene que ver con la paciente que estas trayendo?. Generalmente tiene que ver con eso, es como si ya estuviese metido en ese campo. Entonces la atención implica esto, en primer lugar con como cuenta el caso, y ya estás ahí en el relato, en el cómo. En este marco, Peñarrubia (2010) hace énfasis en supervisar la calidad de la presencia del profesional. Darse cuenta de la calidad de la presencia terapéutica, es una forma de responsabilizarse.

En el espacio de supervisión también se hace hincapié en el uso que el terapeuta hace de sí como instrumento dentro del mismo proceso (Peñarrubia, 2010). La profesional A comenta al respecto, “estar conectado uno también es preguntarse ¿Qué me pasa a mí cuando escucho?. Hay como hipótesis que uno ya va teniendo. Yo ya sé por ejemplo, que si me agarra sueño es porque probablemente hay secretos, o sea tengo hipótesis. Hay indicadores, si me agarra humor sádico o negro, puede ser que haya una cosa oculta, etc”.

Siguiendo a Peñarrubia (2010) en este espacio se le da importancia a poder afinar el estilo terapéutico, considerando cuales son los posibles puntos ciegos del terapeuta y su poder para transformarlos. De esta manera la supervisora explica “también es importante no armar una alianza con el terapeuta. Muchas veces el terapeuta queda pegado, establece una alianza con el paciente y no ve lo que el paciente

no ve. Entonces ahí es prestar atención a lo que no se dice, a lo que no se ve. El supervisor tiene esa responsabilidad, la atención tiene que estar puesta en lo que no se trae, porque el terapeuta trae a este paciente, y el supervisor tiene que ver un poco más, y ahí requiere cierta atención. Tengo que ver algo más, Lo que no se trae”.

Por otra parte Zullinger (1986) refiere que al prestar atención a algo se genera un vínculo dialéctico entre ese algo y la persona, cobrando un nuevo sentido aquello para esta última. La supervisora comenta al respecto “me doy cuenta que estoy ahí con esa persona y empiezo a aprovechar lo que está pasando. Es un diálogo porque me fuerzo a volver y me conecto con lo que pasa en el momento. Me traigo, me recuerdo de estar en el presente como un ejercicio. La atención es una capacidad que se entrena practicándola (Zullinger, 1986).

- Responsabilidad

Siguiendo a Zullinger (1986) la responsabilidad es la capacidad de generar una respuesta, haciéndose cargo. Responsabilizarse sobre un sentimiento o emoción tiene que ver con un darse cuenta de la propia existencia, de los propios sentimientos y de lo que se hace con aquello que se siente. Al respecto la profesional C comenta que “la responsabilidad es una categoría importante en la vida, la persona es adulta y se hace cargo de su vida, es la habilidad para responder, esta respuesta es más responsable cuanto más integrada esté. Perls (2012) explica que madurar implica hacerse responsable de la propia vida, trascender soporte ambiental, desarrollando el autoapoyo y el despliegue del propio ser. Y agrega que la responsabilidad más importante tiene que ver con el darse cuenta de las propias proyecciones y la integración que se hace de ellas.

Perls (2003) supone a la responsabilidad también como una habilidad para responder, para tener ideas, reacciones y emociones en determinadas circunstancias. En relación con esto la supervisora A comenta “Sí, el supervisor tiene responsabilidad. Si hay un terapeuta que está atendiendo a alguien con intento de suicidio, el supervisor tiene responsabilidad con ese terapeuta y obviamente con el caso. Hay responsabilidad porque estas cuidando la situación, entonces el terapeuta consulta con el supervisor, con un psiquiatra. Estás muy implicado”.

La profesional A profundiza comentando que “los terapeuta llaman también para hacer consultas, sobre todo con la situaciones en riesgo te ves más implicado, porque los terapeutas preguntan qué hacer. Y con terapeutas que recién empiezan, hay más

implicancia. No sé si tanto una implicancia legal, sino más bien una implicancia ética”. Fagan y Sheperd (1973) hablan de la humanidad, del grado de implicación del terapeuta en la situación, con el cuidado e interés por las personas brindándoles apoyo y reconocimiento.

Así también, la profesional A hace alusión a “ir viendo lo que el terapeuta puede ir procesando. No me puedo olvidar del momento profesional en el que está. No es lo mismo lo que le puedo decir a un terapeuta que recién empieza, que al que trabaja hace 10 años. Eso es responsabilidad del supervisor, porque al que empieza le vas dando el ABC, una indicación y también hay que decirle cómo hacer esa indicación. Al que esta hace 10 años es distinto, eso también se tiene en cuenta”. Esto se vincula con que los enfoques no directivos abogan por las relaciones auténticas y utilizan también, cuando es necesario, diversas técnicas, experimentos, instrucciones y sugerencias (Fagan & Sheperd, 1973).

La profesional A continúa “hay que supervisar sabiendo que el *timing* del proceso lo va llevando el terapeuta. Yo puedo dar una estrategia, pero el que está ahí con el paciente es el terapeuta, con lo cual eso también se tiene en cuenta. O sea, no son indicaciones que se siguen linealmente. El terapeuta se va fijando como va a ir llevando al proceso la indicación, el supervisor es alguien que está atrás y arriba con respecto del terapeuta, no pasándole por arriba. Porque estas como más atrás. También el supervisor tiene mucho respeto por el lugar del terapeuta. Yo puedo supervisar y decir que veo tal cosa pero el que está ahí es el terapeuta, no le sacas la responsabilidad al terapeuta”.

Acerca del compromiso en el proceso de supervisión, la profesional A explica que “es un espacio que requiere mucha confianza y la construcción de una intimidad, tenés que contar con mucho compromiso y saber quién es el otro, que el otro sepa quién sos vos. Yo como supervisada y como paciente viví lo mismo, entonces viene mi supervisora y me dice yo te conozco y por eso te puedo decir esto, a mí no me molesta, al contrario, es enriquecedor. Me parece que es maravilloso, porque uno está más sostenido para poder ayudar. Implica un compromiso fuerte, porque vas armando vínculos también”. En relación con lo anterior, Fagan y Sheperd (1973) hablan de la importancia del compromiso que el psicoterapeuta tiene con su profesión, con el desarrollo de su propia comprensión y capacidad. Compromiso también con los pacientes, con la disciplina y con contribuir de diversas maneras a la misma.

De esta forma, la profesional A profundiza en que “el lugar del supervisor es un lugar de sostén y es un lugar de intimidad. Hay terapeutas que comienzan a supervisar

conmigo, que previamente no conozco y se va abriendo un lugar de intimidad. Surgen temas personales sobre cómo le afecta personalmente un proceso que está atendiendo, cuál es su situación vital. Porque por ejemplo, un terapeuta acaba de tener una situación personal de duelo y tiene que atender el duelo de un paciente, está bueno que abra lo que a él le pasa en este momento. Se trabaja con lo personal del terapeuta, no es un espacio terapéutico. Se construye una intimidad”. Así, Rams (1989) sostiene que un aspecto de la supervisión se vincula con lo personal del terapeuta, dado que el conflicto profesional tiene una correlación con lo personal es importante hacer elaboraciones sobre ello.

La supervisora A concluye “Y si lo pensás desde el lugar del terapeuta esta bueno porque sabes que hay alguien que te está cuidando. Que no te está descalificando sino que te está cuidando. Esto es una manera de ver, una ideología sí, tiene que ver con la responsabilidad, con los espacios muy claros. Hay espacios muy claros, el lugar de supervisor es el del supervisor, no se va a quedar con el paciente del terapeuta. Está muy claro, cada uno tiene su rol y responsabilidad de cada uno”.

## 6. CONCLUSIONES

Como se expone en la introducción del presente trabajo, la elección de la institución y del enfoque que promueve tuvo diversos motivos. Entre ellos, la visión que se tiene sobre el ser humano, siendo entendido como una totalidad en contante proceso, evolución y cambio, capaz de poder desplegar sus propias potencialidades. También la integración de paradigmas y teorías son de interés personal. El enfoque se nutre de filosofías orientales, del existencialismo, de la fenomenología y de la psicología de la forma, reúne a muchos psicoanalistas disidentes y se desarrolla en el seno de los movimientos contraculturales en la década del '60. Integra actualmente al paradigma de la complejidad y diversas teorías postmodernas que enriquecen y amplían la mirada sobre las maneras de concebir la realidad.

A modo de conclusión puede decirse que tanto la práctica realizada en la asociación, como la búsqueda bibliográfica, la realización de las entrevistas y del proceso del presente trabajo superaron las expectativas de quien suscribe.

La práctica tuvo una duración de 280 horas, aproximadamente, en la cuales se conocieron los diversos departamentos que la componen. Se asistió a reuniones de los mismos, lo que permitió poder presenciar debates y charlas de los profesionales que los constituyen, acerca de temáticas específicas de la praxis.

Presenciar las clases y aperturas en la escuela de formación fue muy interesante, experimentar el clima que se vive fue enriquecedor. Fue sorprendente la cálida bienvenida que tuvieron con los pasantes. Fue notorio que la institución es una gran red de personas, estudiantes de la escuela de formación, graduados, profesores y auxiliares, coordinadores de departamentos y profesionales del servicio de la asociación.

También la institución brindó clases especiales a los pasantes con diversos psicoterapeutas, que amablemente se ofrecieron para compartir sus experiencias y conocimiento en áreas específicas de la práctica terapéutica. Fundamentalmente poder presenciar admisiones de pacientes a la institución y asistir en reiteradas oportunidades a reuniones de supervisión, permitió acceder a la observación directa de cómo es el trabajo real que hacen diversos profesionales con esta orientación.

Se pudo ver y conocer la institución casi en su totalidad. Sobre todo se observaron las relaciones entre los profesionales y cómo en la mayoría de las

actividades se le daba importancia a la autopercepción, a tener registro de uno mismo en ese momento. Tener un registro de las sensaciones y compartirlo con los demás, permite obtener un registro de lo que sucede en el campo en ese momento, esto es algo practicado por todos los profesionales en sus diversos ámbitos. De esta manera, pudo observarse cómo se pone en práctica la atención centrada en el presente y el lugar relevante que tiene experiencia de lo que se está sintiendo. A su vez, en torno a esa medida grupal se puede coordinar de acuerdo a lo que está aconteciendo el grupo, amalgamar la actividad que convoca junto con resonancia grupal de ese momento. Entonces es acomodar la temática que se quería tratar de acuerdo a la situación presente de esa totalidad compuesta por tales personas.

El presente trabajo tuvo por objetivo describir el rol del psicoterapeuta gestáltico. Y lo primero que se aclaró al llegar a la institución fue que se iba a poder observar que cada terapeuta tiene su estilo personal de realizar la praxis y a su vez que todos son gestálticos.

Cada profesional se formó en la escuela en diversos momentos, todavía hoy trabajan muchos de aquellos que fundaron la asociación, lo que permite ver que todos tienen un trasfondo en común. Por otro lado, cada uno fue desarrollando con los años de práctica y supervisión su estilo personal, conociéndose más a sí mismo como instrumento terapéutico, y realizando formaciones en otros ámbitos, fuera de la institución. Al compartir sus experiencias los profesionales comentaban acerca de otras herramientas que incluían en la práctica, por ejemplo las constelaciones familiares, el eneagrama, la bioenergética, el uso de animales en procesos terapéuticos, la danza terapia, el teatro terapéutico, el sistema Milderman, entre otras cosas.

De esta manera, desde el rol de pasante y a través de la experiencia que se tuvo fue enriquecedor observar las formas en la que se desenvuelven los profesionales de la institución, cada uno con un estilo particular y todos con una actitud similar.

Con relación al desarrollo del primer objetivo se intentó dar cuenta acerca de las funciones principales que cumple el psicoterapeuta en el área de admisiones de la institución. En el marco teórico se presentan tres áreas

fundamentales que componen la primera entrevista y se las articula con el material observado en la práctica y con el material obtenido a través de las entrevistas. Se asume que el objetivo está cumplido. Se detalla también, parte de las observaciones realizadas en el lugar en presencia del profesional, trabajando *in situ*, para exponer parte de lo que sucedió en las situaciones de admisión.

La primera característica tiene que ver con el vínculo que se genera en las admisiones y ambos profesionales hacen alusión a la importancia de generar un ambiente de confianza y de escucha, teniendo un tiempo breve para lograrlo. La importancia radica en que el paciente cuente lo que le pasa y en que confíe también en el profesional con quien va a ser derivado. Algunos terapeutas hacen uso del humor para generar confianza.

La segunda refiere a la exploración de la información. Por un lado, tiene que ver con el uso que hace el profesional de su registro corporal, observando a través de los sentidos lo que sucede en el campo. Desde lo fenomenológico se observa lo obvio, en este caso el lenguaje no verbal, y se obtienen datos de la experiencia del paciente. En base a esto los terapeutas gestálticos suelen hacer muchas intervenciones. Por otro lado, hay datos específicos que se preguntan, brevemente sobre su historia personal, estudios, trabajos, familia y parejas, etc. Para conocer a la persona y algunas áreas de su vida.

En relación al diagnóstico, claramente los profesionales están formados hace muchos años y tienen conocimientos de diversas taxonomías, aunque no hacen uso excesivo de ellas. Ambos consideran importante distinguir en la primera entrevista si la persona necesita medicación o presenta algún tipo de sintomatología.

El segundo objetivo tiene como finalidad, describir la dinámica de los coterapeutas de parejas vinculada con el interjuego de figura fondo. El cometido se cumple teniendo en cuenta que no se observó directamente un proceso terapéutico, sin embargo se presenciaron exposiciones de casos y sobre todo a través del material de las entrevistas se pudo articular con la teoría del presente trabajo. No se encontró bibliografía específica acerca de este tema en particular, en relación al juego de figura fondo de los coterapeutas.

El concepto figura fondo no es complejo de explicar dado que todos pueden experimentarlo, la figura es lo que se destaca en un primer plano a nivel perceptivo y el fondo es lo que queda atrás, sirviendo de contexto. A su vez figura y fondo son intercambiables, de acuerdo a cuál se esté percibiendo o prestando atención. Esto es lo

mismo que comentan los profesionales en relación a su dinámica. Cuando uno de ellos hace una intervención, cumple el rol de figura, mientras que el otro se encuentra en el fondo, observando lo que acontece, para luego pasar a ser figura interviniendo, aclarando, repreguntando, o exponiendo de acuerdo a su observación.

En torno a lo anterior ambos profesionales comentan cuestiones similares, y también ambos hacen referencia a incluir a alguno de los miembros de la pareja cuando queda de fondo. Se lo incluye en la escena preguntándole por ejemplo, qué o cómo se sintió al escuchar a su pareja.

En el trabajo coterapeutico se le da una importancia muy grande al conocimiento de la persona con quien se trabaja. Sobre todo saber acerca de su historia y sus vivencias, para saber que resonancias puede tener ante determinadas problemáticas.

Por último se comentan algunos ejercicios o intervenciones que se realizan en este ámbito dado que ambos profesionales comentaron acerca de ello y se relaciona con la pareja como figura protagónica al momento de realizar el ejercicio.

El tercer objetivo da cuenta de la actitud (actualidad, atención y responsabilidad) del supervisor en esa área. A través de las observaciones, de las respuestas obtenidas en la entrevista y del marco teórico se logró desarrollar la temática de una manera esquematizada, para poder dar cuenta de una manera clara de la praxis del profesional en este ámbito.

Se comentan observaciones y ejercicios de la clase de supervisión de la escuela de formación y también el lugar en donde se realizan las reuniones del grupo de supervisión.

La actualidad tiene que ver con experimentar el momento presente, teniendo en cuenta al pasado y al futuro. Las profesionales comentaron acerca de cómo ellas trabajan en permanente contacto consigo mismas, haciendo conciente su estar en el aquí ahora.

La atención se vincula con estar en contacto con lo que se presenta en primer plano, con la figura o lo obvio que se presenta ante la persona. En supervisión tiene que ver con prestar atención a cómo el supervisante trae el material del caso, a cuáles son las resonancias que percibe el supervisor al

escuchar al terapeuta. Es estar atento a lo que el supervisor no dice o no logra ver.

El supervisor tiene la responsabilidad de ver lo que el terapeuta no puede ver. Las profesionales aluden a que la responsabilidad es una capacidad para responder, que se vincula con cuestiones madurativas, con integrar las propias proyecciones. Lo ético en lo profesional, al supervisar casos con riesgo de algún tipo, intentar cuidar de la situación lo más que se pueda, brindando apoyo. La responsabilidad se relaciona con las sugerencias que se le dan al terapeuta de acuerdo con la experiencia que tenga como profesional.

En este espacio es necesario generar compromiso y confianza de parte de ambos profesionales, y la construcción de un lugar de intimidad, de conocimiento, dado que quien se supervisa, se supervisa a sí mismo como instrumento. Entonces, parte de la supervisión es conocer lo que le sucede al terapeuta en un proceso terapéutico.

Un inconveniente la hora de desarrollar el presente trabajo fue la escases de bibliografía seria en sitios virtuales o revistas científicas on-line. Si bien hay muchos libros, hay menor cantidad de artículos y publicaciones en revistas. Esto es algo que suele criticarse a la gestalt y desde las personas que la conforman, también. Lo que sucede es que hay otra forma de transmitir conocimientos y tiene mucho más sentido dentro de este enfoque el poder aprehender a través de la experiencia, a través de ejercicios y de lo que se está experimentando en ese momento, eso es más de lo que cualquier libro puede narrar.

Si bien el material que se encontró para la realización de la tesis es suficiente como para dar cuenta de los objetivos propuestos, es decir, de la relación entre la praxis y cuestiones teóricas, a éste enfoque se lo critica por no tener desarrollada la misma cantidad de teoría que otras ramas de la psicología. En opinión, personal muchas veces es preferible la calidad a la cantidad. Y en este sentido la mayoría del material al que se tuvo acceso fue sorprendente, por el nivel de profundidad que tiene.

Una cuestión importante que se observa en este enfoque es que no se enseña solo a través de libros o de teorías y conceptos, dado que las palabras no bastan para describir una experiencia. La gestalt se practica y se transmite al vivirla, por eso es un estilo o filosofía de vida. Es una práctica constante de estar con la atención puesta en el presente. Es estar atento a lo que acontece internamente, externamente y en la zona intermedia donde residen los prejuicios y la fantasía. Es mirar a la realidad desde lo fenomenológico, observando lo obvio sin hacer interpretaciones y conjeturas. Es salirse

de la zona media de la fantasía y de las suposiciones para poder observar lo que acontece, los hechos. Es un modo de estar y de ver el mundo.

Interpele la responsabilidad de cada uno, de lo que quiere hacer con su vida, del darse cuenta de cuál es su experiencia en relación con la realidad. Insta a estar centrado en uno mismo de una forma genuina y a su vez tener una presencia en el mundo de una manera más real, no desde un rol socialmente establecido. Sino es estar conciente de uno, viéndose a uno mismo en relación a ese momento y elegir qué hacer con aquello que viene dado y con lo que se va presentando en diversas situaciones.

Por eso la actitud es algo complejo de describir, porque tiene que ver con la experiencia subjetiva. Narrar a través de palabras lo que sucede en la vivencia, es lo mismo que describir el sabor de una comida o el olor de un perfume, es diferente percibirlo y experimentarlo con todos los sentidos propios que explicarlo con el lenguaje. Las palabras permiten describir algo de lo que acontece, ayudan a tener un código en común, sin embargo no abarcan nada de la realidad misma.

## 7. REFERENCIAS

Asociación Gestáltica de Buenos Aires (2015). *Coterapia, Las condiciones que facilitan la elección del co-terapeuta*. Disponible en el sitio Web de AGBA, <http://www.agba.org.ar/coterapia>

Alcides, I.J. (1995) La primera entrevista en clínica en terapia Gestáltica. *Revista de gestalt Terapia, Instituto Sedes Sapientiae N°4*. Brasil. Traducción Spinetto Nora.

Baumgardner, P.y Perls, F. (1994). *Terapia Gestalt, teoría y práctica*. Mexico D.F.: Árbol Editorial.

Borja, G. (2011). *La locura lo cura* (5ªed.). Barcelona: Ediciones La Llave.

Fagan y Sheperd (1973). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Joslyn, M. (1999) Figura-Fondo: Gestalt-Zen. En J.O. Stevens (ed). *Esto es Gestalt*(231-248). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.

May, R. (1963). *Psicología Existencial*. Buenos Aires: Paidós.

Napolitano, A. (2001). Diagnosticar en Psicoterapia ¿Qué, cómo y para qué?. Ficha interna de la cátedra Clínica II.

Naranjo, C. (2013).*La vieja y novilísima Gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo ateorico*(12ª ed.). Santiago de Chile: Cuatro vientos.

Nigro, M. y Vitale, E. (1999). Modelo para armar: profesor-ayudante. Juego de figura-fondo. *Gestalt: Boletín de la AETG*, 19, 83-85.

Peñarrubia, F. (2010). *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil* (2ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.

Perls, F. (1999) Terapia guesáltica y las potencialidades humanas. En J.O. Stevens (ed). *Esto es Gestalt*(13-19). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Perls, F. (2003) *Terapia Gestáltica, Sueños y Existencia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

Perls, F. (2012). *Sueños y Existencia*. Buenos Aires: Editorial del Nuevo Extremo.

Petit, M. (2009). Características del terapeuta. *La terapia Gestalt*. Buenos Aires: Kairós.

Polster, E. y Polster, M. (1991). *Terapia Gestáltica*. (2da. reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.

Rams, A. (1989). *Reflexiones sobre la supervisión en Gestalt*. AETG., n° 9 et 10, 30 - 33.

Sinay, S. y Blasberg, P. (2012). *Gestalt para Principiantes*. (1ª ed. 6ª reimpresión). Buenos Aires: Era Naciente.

Stevens, J.O. & Stevens, B. (1999), Introducción. En J.O. Stevens (ed). *Esto es Gestalt*(9-11). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Yontef, G. (2009). *Proceso y diálogo en Psicoterapia gestáltica* (6taª ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.

Zinker, J. (2005). *En busca de la buena forma*. Sinaloa: Instituto Humanista de Sinaloa.

Zinker, J. (2006). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós.

Zullinger, J. (1986). *Atención aquí y ahora*. Argentina: Abandon Ediciones.

## 8. ANEXO

### Entrevista al admisor

\*“F” la inicial de quién pregunta, “P” indica la respuesta del profesional.

F: ¿Cuál es su formación como psicólogo?

P: Soy psicoterapeuta gestáltico

F: ¿Estudiaste en la UBA?

P: No, la carrera de psicología la hice en la universidad de Flores y el post grado en AGBA

F: ¿Hace cuánto tiempo te recibiste como psicólogo?

P: Hace 15 años, más, hace 16 años.

F: ¿Y hace cuánto tiempo terminaste la formación en AGBA?

P: Hace 8 años

F: ¿Hiciste siempre clínica?

P: Sí, siempre trabajé en clínica, en terapia individual, grupal, familia y parejas.

F: ¿Cuáles fueron tus trabajos en la asociación?

P: Empecé trabajando en el servicio a la comunidad como terapeuta de servicio y los 5 años de Juniors donde tenía una supervisión obligatoria por diferentes terapeutas. Luego empecé a ser parte del staff y trabajé haciendo admisiones dentro del servicio de la comunidad y ahora soy admisor de la asociación. Además soy profesor del postgrado de una materia.

F: Entonces, ¿cuánto tiempo de experiencia tienes como admisor?

P: 4 años

F: ¿Cuál es el objetivo de los procesos de admisión?

P: Lo fundamental es hacer una adecuada derivación por la problemática que trae el paciente.

F: ¿Qué se tiene en cuenta para hacer una adecuada derivación?

P: Que el paciente pueda trabajar dentro de un contexto de un consultorio particular y no necesite de un contexto de comprensión de alguna institución. Es decir, poder distinguir una patología grave de una neurosis. En base a eso se hace la derivación, de acuerdo al motivo de consulta se le deriva con un determinado profesional de cierto sexo y edad.

F: ¿Sabiendo que el proceso de admisión es un tiempo corto, cómo definirías al vínculo que se genera con el paciente?

P: En el vínculo lo fundamental, lo que yo genero es que en tan poco tiempo se pueda lograr un vínculo de confianza para que el paciente se pueda expresar libremente todo lo que pueda y hacer una buena derivación. Confianza para que el futuro paciente confíe en que la persona con quien lo estoy derivando es la persona idónea para él y pueda empezar con el profesional ya con confianza porque fue derivado fue elegido. Eso se nota desde la primera vez que es atendido por el profesional con quien fue derivado porque entra sabiendo que con él va a poder trabajar mejor de acuerdo a su problemática. Es la confianza para que pueda expresarse tal cual es y para que sepa que está siendo derivado con el profesional más apto para su situación. Así se siente elegido y entendido.

F: ¿Cómo definirías la relación dialogal en las admisiones?

P: Fundamentalmente es trabajar en el aquí y ahora, yo escucho aparte de los oídos con lo que me genera corporalmente lo que me está diciendo el futuro paciente y con la resonancia, con lo que me va resonando con lo que me va diciendo, que me va llegando y en función a eso empiezo a pensar en la derivación, haciendo preguntas adecuadas para llevarlo a un darse cuenta pequeño en ese momento o para ayudarlo a aclarar más lo que trae o el motivo de consulta. Fundamentalmente trabajar con el para qué, el cómo y el qué, es ayudar a la persona para que abra más el tema que trae.

F: ¿A esa persona la vuelves a ver?

P: No, lo que hago es hablar con el terapeuta con quien hago la derivación cuando hay algo que me llama la atención o que creo que merece ser comunicado.

F: ¿Hay algún tipo de ficha sobre la admisión? ¿Cuáles son los datos relevantes de ellas?

P: Antes se usaba una ficha para saber el motivo o que consideraba el futuro paciente, para que venía. Tenía una serie de preguntas que el paciente tildaba. Ho esa hoja ya no se utiliza y la única pregunta que aparece en esa hoja y es clave es sobre si está en un proceso psiquiátrico, que medicación está tomando y los datos del psiquiatra que esté atendiendo a la persona. Es para hacer una primera diferenciación en las dos planillas de admisión.

F: ¿Qué es lo que vos observas en el momento de la admisión?

P: Todo el cuerpo, todos los movimientos, la postura corporal, los gestos, el tono de voz, estar atento a la emoción del paciente y permitirle que la pueda expresar. Porque también eso tiene que ver con la confianza.

F: ¿Qué áreas se tienen en cuenta?

P: Se pregunta por todas las áreas: trabajo, estudio, familia, pareja, vida social, qué hace con su tiempo libre si es que lo tiene, etc. En función de eso se va armando un esquema de área y el lugar que va ocupando en relación a esas áreas. De esta manera se puede ir teniendo una idea general del paciente en sus diferentes áreas. Es importante saber qué hace, el para qué lo hace, qué viene a buscar, qué lo trae a esta entrevista.

F: ¿A qué hace referencia la mirada fenomenológica?

P: A lo físico, a la observación de lo físico. A los que hace corporalmente en el momento, más allá del discurso. Por ejemplo puede estar contando que mataron a su papá y justo cerrar los puños. Entonces se marca que hizo eso, se pregunta sobre qué pasó que cuando contaba eso cerró los puños. Entonces es seguir indagando a través de lo fenomenológico, de lo obvio, de los que acontece, de lo que sucede ahí, por eso se trabaja en el aquí-ahora. Lo obvio es que cerró los puños, ahora yo no puedo saber. Si me pongo a jugar con el imaginario, pienso que le quiso pegar al que mató al padre, pero eso es mío, es una interpretación, es mi imaginario. Entonces antes de jugar con mi imaginario, se le pregunta al paciente ¿Qué pasó que cuando contaste ésto cerraste lo

pañños? ¿Qué te pasó, que sentiste?. O también, a veces cuentan algo triste y se ríen, entonces se pone en palabras y preguntas. A ver, estas contando esto y también te estás riendo ¿Qué te pasa, qué sentís?, pueden responder porque yo no sé llorar, en mi casa nos e permitía llorar. Bueno entonces se busca ahondar en eso que sucede en lo fenomenológico del aquí y ahora.

F: ¿Hacen un diagnóstico?

P: Hay un hilo muy finito en diagnosticar a una persona en una entrevista de admisión. No puedo diagnosticar, sí se toma en cuenta para ir teniendo una idea pero no se rotula al paciente. Yo puedo presuponer, trabajar con una hipótesis, salvo que sea algo muy alevoso, muy notorio. Lo que sí hacemos es tomar en cuenta lo que uno cree, lo que a uno le pasa y lo transmitimos al profesional con quien se derive el paciente, le decimos fíjate por este lado, a mí me pareció esto, pero no como un diagnóstico sino como un sentir, una mirada a tomar en cuenta.

F: ¿Cuáles son las preguntas básicas que no pueden faltar en una admisión?

P: Si hizo otros tratamientos, o procesos terapéuticos. Recorrer todas las áreas, si en alguna me dice “cero” le pregunto porqué. Investigo un poquito. Cada paciente tiene una historia diferente. Porque puede ser que yo en mi cabeza tenga un modelo y que el paciente no aplique para ese modelo. Entonces en función de lo que trae voy a recorrer las áreas, dejando fluir al paciente, de ahí me voy metiendo en lo que trae, en función a lo que trae.

Se parte preguntado qué lo trae a la consulta, cómo llegó a la institución, en qué cree que se le puede ayudar, etc. Y también algo importante es si viene por cuenta propia o la mandaron, porque si viene por terceros hay que tener en cuenta que no está la demanda propia, el deseo propio no existe, viene por el deseo de otros, entonces eso hay que tenerlo en cuenta, porque puede ser que el paciente se instale en el consultorio como puede ser que no se instale nunca, porque considera que no necesita terapia.

F: ¿Cómo es el uso del cuerpo del terapeuta?

P: Es un instrumento más de información. El registro es a nivel perceptivo, quizá puedo tener frío, transpirar, bostezar. Te puedes emocionar con el paciente, reírte, hacer uso del humor. El humor es una herramienta fundamental, necesaria para generar confianza, un clima más coloquial, más ameno. Las personas vienen con una postura algo rígida, no sabe a dónde viene, con quién se va a encontrar. Hay veces que hay

pasantes y presencian la mirada de otro desconocido. Entonces incluyo el humor si lo amerita.

F: ¿En las admisiones tenés la oportunidad de confrontar al paciente con algunos de sus problemas?

P: Depende de si sé para qué, si no se para qué, no lo hago. Porque ahí mismo también puedo abrir algo, y puede llegar a pasar algo que no voy a poder manejar en ese tiempo corto. Lo escribo en la hoja de admisión y si hay algo quizá selo paso al terapeuta como algo que observé y que no abrí.

F: ¿En las admisiones suele haber autorrevelación por parte del admisor?

P: En mi caso no. Porque el paciente viene a ser escuchado, no a escuchar mi historia personal. En un proceso si lo hago en forma de devolución, siempre y cuando sepa para qué se lo estoy contando, sino tiene sentido no. Hay paciente que no les gusta que le cuentes cosas personales y te lo dicen, también hay paciente que quieren saber todo del terapeuta y no les cuento.

F: ¿Eso tiene que ver con la frustración de la manipulación?

P: Ahí yo pregunto para qué quieren saber y qué quieren saber puntualmente. Y en función a eso yo les puedo responder o no. Y si le voy a responder en ese momento o en otro momento, para qué le sirve preguntarme eso a mí en este momento cuando está hablando de él.

F: ¿Tiene que ver con los mecanismos de defensa?

P: Con todos, con la evitación, con la proyección, con un montón de cosas. En la entrevista es fundamental observar el nivel de ansiedad o si cuando se le pregunta algo y se va por las ramas lo traigo. Lo traigo y le muestro cual era mi pregunta, pregunto si puede responder. Si viene muy ansioso, se le pregunta por eso, por cuando empezó y eso suma datos, te da parámetros.

F: ¿Solés cambiar las preguntas por afirmaciones?

P: Más bien convertir la interpretación en una pregunta. Entonces pregunto ¿Puede ser que esto te genere tal cosa?. Lo obvio sí es afirmación.

F: Sobre la empatía y la tolerancia ¿Cómo haces cuando alguien no te cae bien?

P: Sobre todo trato de conectar con la persona que necesita ayuda, más allá de que tenga empatía o no. Trabajo con la persona y con el motivo de consulta. Son 20 minutos o media hora, no se llega a generar algo negativo. Salvo que venga con algún rasgo muy violento o algo bizarro muy marcado. Trabajo con el dolor de la persona, conectas con la compasión.

F: ¿Te desgasta emocionalmente hacer admisiones?

P: A mí me encanta hacer admisiones, me gusta y disfruto muchísimo haciendo admisiones, porque es en poco tiempo, todas historias diferentes. Las disfruto un montón. Es muy rico hacer admisiones. Para mí lo fundamental es disfrutar, si no lo disfruto, no lo hago.

F: ¿Cómo es tu vínculo con los terapeutas a los cuales derivás?

P: A la mayoría los conozco hace bastante tiempo, porque algunos fueron docentes, porque nos conocemos del servicio y a los más nuevos los conozco porque seguramente los tuve como alumnos en la escuela de formación.

### Entrevista a la admisora

\*“F” la inicial de quién pregunta, “P” indica la respuesta de la profesional.

F: ¿Qué puedes decir del vínculo en la terapia gestáltica?

P: Existen tres diferentes niveles de vinculación. Está el vínculo apático, empático y simpático. Que lo que dicen los gestaltistas es que el vínculo simpático es el que caracteriza a la modalidad vincular del terapeuta gestáltico. La apatía es de una distancia tal que no me llega a mí el sentir o el sufrimiento del otro. La empatía, sí puedo resonar con el sentir del otro pero con cierta indiferencia, no sé si cierta indiferencia pero sí con cierta distancia, como si el otro siguiera siendo un objeto de estudio. La simpatía sería como una danza en la que bailan los dos y esta sería la relación en el vínculo terapéutico. Es un campo total en el que el terapeuta se incluye. En la apatía el terapeuta se mantiene emocionalmente distante del paciente. En la empatía se cuestiona la supuesta neutralidad del terapeuta y busca el darse cuenta del paciente pero es centrado en el paciente. En terapia gestáltica la contratransferencia se explicita para favorecer la toma de conciencia del paciente y tiene valor de provocación

y se aprovecha su potencial que es movilizador. La simpatía es el compromiso con el campo total mientras que en la empatía el terapeuta está centrado en el paciente excluyéndose del campo. En la simpatía puede haber frustración también, una relación satisfactoria y sana entre dos personas en donde se puede combinar la simpatía y la frustración. No tiene que ver con que frustre o no frustre, tiene que ver con el grado de implicancia del terapeuta.

F: ¿En un espacio tan corto como lo es el espacio de admisión, cómo haces para generar este vínculo simpático al que te refieres?

P: Básicamente es fenomenológico, lo que primero hago es tener una actitud de confianza, de seguridad que invita a que el otro se muestre, que tendrá con una mirada, con una sonrisa, con gestos amables, etc. Cuando el otro se puede empezar a sentir cómodo empieza a expresarse y ahí es la observación total de ese otro y cómo yo me siento cómo yo me resueno con eso que me cuenta con eso que observo. Luego tengo que ver si eso que siento tiene que ver conmigo, exclusivamente personal o si es algo de la emoción del otro que yo también estoy sintiendo y resonando, si puedo tenerlo claro y creo que es beneficioso para darlo como una devolución lo hago sino me lo guardo y lo sigo revisando. Primero tener una actitud que invita y después dejar es lo primordial en la admisión, cuando vos te das cuenta o supones lo que le pasa al otro y hay algo que te resuena en vos y lo tienes claro puedes compartirlo y transmitirlo.

F: ¿Qué aspectos ves u observas además del discurso del paciente?

P: Todo, es desde cómo se presenta, cómo está vestido, si es aseada, está cuidada, el lenguaje corporal, los gestos, la entonación. Entonces se ve la actitud que tiene el paciente, la vestimenta, el cuidado, si es una vestimenta llamativa o no, sus movimientos corporales, si está nervioso, sereno, tranquilo, si se pone colorado, que esto también habla de un cambio en la temperatura corporal con lo que puedes sospechar que hay movimiento emocional. Cómo es su voz, si es baja, suave, fuerte, si responde con monosílabos, si el discurso verbal coincide con lo otro que vos observas, si hay discrepancias. Tampoco para decirle que está mintiendo o que no se le cree lo que dice, lo que se hace es señalar la discrepancia con una pregunta por ejemplo le puedo decir que mientras me está contando algo con tanta firmeza su cuerpo se mueve de manera inquieta y le puedo preguntar lo que siente y si se da cuenta de como se mueve su cuerpo mientras lo cuenta. Hay que ablandarlo lo más que se puede para que la

persona se muestre lo más posible en ese corto tiempo. No se puede conocer todo en una admisión, vas a conocer lo que la persona pueda mostrar.

F: ¿Cómo es una admisión guesáltica tomando en cuenta el aquí y ahora?

P: No sé si hay mucha diferencia con otras corrientes porque yo imagino que en todo modelo el terapeuta admisor va a estar en el aquí y ahora. Sería como que la admisión se encuadra en el presente, puede ser que hable del pasado pero el pasado está presente aquí ahora. Un psicoanalista por ejemplo en una admisión no va a ir al pasado, sino que hará ciertas interpretaciones que él verá si las compartirá o no, pero no creo que haya diferencias. Sí hay diferencias teóricas pero la manera de ver y entender a un paciente es básicamente lo mismo en un espacio de admisión. Lo importante es que se arme un buen vínculo más allá del modelo terapéutico, que el profesional sea responsable, que tiene ética, que es cuidadoso de sí, del paciente y del espacio terapéutico, eso es lo que realmente importa.

F: ¿Qué implica para vos la responsabilidad?

P: La responsabilidad es una categoría importante en la vida, la persona es adulta y se hace cargo de su vida, es la habilidad para responder, esta respuesta es más responsable cuanto más integrada esté. Para un admisor es invitar a que el otro se exprese, escucharlo, a partir de la escucha poder intervenir, a veces es poder bajar el nivel de angustia, clamar y dejar abierta la posibilidad de una salida de una mejora. Esto es a lo que se limita un admisor como consecuencia de lo que voy sintiendo y pensando con esa persona que tengo al frente, pero teniendo claro lo que me pasa y saber que decir y que no. La palabra tiene tanto peso, hay que ser cuidadoso con lo que se dice. Un admisor tiene que ser muy responsable en este sentido, porque hay que tener cuidado con lo que se dice y cómo se dice. Voy conociendo a la persona y voy analizando quien podría ser la persona ideal para ser su terapeuta, por ejemplo, puede ser una persona insegura con la que sienta que le hace falta tener una figura maternal, entonces pienso en alguien con ciertas características. A veces no puedo saber lógicamente quien es la persona ideal, a veces se me viene como por intuición, se me aparece la persona y me siento segura de que es la persona correcta. Después o pienso lógicamente y sí encuentro razones, es decir pienso en cómo veo a ese profesional, en qué características valoro de él o ella como terapeuta y entonces confirmo que estaba en

lo cierto. Entonces, aunque funciono bien intuitivamente, luego lo confirmo de manera racional.

F: ¿A los terapeutas con los que haces las derivaciones los conoces?

P: Sí, los conozco a todos, por eso conozco sus características. En el momento que estaba como coordinadora conocía a todos, toda la red de terapeutas, a algunos más que a otros claramente.

F: ¿Cuál es tu formación?

P: Yo estudié filosofía, y era profesora de psicopedagogía, además me formé en el postgrado de la asociación gestáltica y luego estudié psicología en la universidad Kennedy.

F: ¿En las admisiones intentas que el paciente se dé cuenta de algunas cosas, de llevarlo a una toma de conciencia mayor?

P: Yo no te diría que es así, a ver, intento poder devolverle como una síntesis armada de lo que trajo, como para que vea su paquete, me alcanza con que el otro pueda expresarse, que pueda decir que le pasa, que se dé cuenta que está pidiendo ayuda, que solo no puede, pero las personas que llegan a una consulta se dan cuenta de esto. Te voy a contar un ejemplo de una persona que yo mandé a un servicio de asistencia de AGBA que es una persona que tiene dificultades con el alcohol. La persona que le hizo la admisión le dijo, vos sos alcohólica, entonces la persona no fue más. Hay que intentar que la persona se dé cuenta, pero hay formas de hacerlo. Decirle directamente que es alcohólico es muy fuerte, y es muy ambicioso pretender que se dé cuenta de esa manera. Hay que ir viendo, poco a poco, además si es alcohólica el tratamiento tendría que ser en alcohólicos anónimos. Entonces en este sentido con la pregunta tuya, si yo intento que el otro se dé cuenta, esto será en su tiempo a su modo, menos en un espacio tan corto. Lo importante es que se dé cuenta que quiere empezar un camino, que solo no puede y que yo estoy acá para ayudarlo a derivarlo con alguien ideal.

F: ¿Qué pasa si sientes hostilidad o excitación sexual en una admisión?

P: Bueno, me pasó con un paciente que era muy lindo, era más o menos de mi edad, un ropero, era perturbadormente bello, me quedé como una boluda mirándolo, desde lo visual era muy llamativo, entrenado con anabólicos, era perfecto, la cara todo

era perfecto, pero no viene a conquistar, viene para recibir un tratamiento y entonces después no lo veía de esa manera, lo veía como una persona muy débil, como un niño. Estas cosas pasan, somos personas, te puedes sentir atraído y si lo repeles no sirve. Lo primero que hago es ver que tiene de mí, que cosas mías estoy poniendo en esa persona que las debe tener también y ahí ya me baja, porque yo ya me estoy corriendo de lugar, cuando veo por ejemplo que esos aspectos que esa persona tiene también los tengo yo, me corro de ese lugar.

F: ¿Pero eso se lo dices al paciente?

P: En un proceso de admisión me parece que no, pero en un tratamiento sí puede ser dependiendo si creo que es útil o no. A veces esa sinceridad es un elemento bisagra en la terapia para que sucedan cambios. Pero en una terapia ya hay confianza, ya hay un vínculo construido, hay un colchón que es el afecto que se genera, el amor del vínculo y saber que es útil para el proceso y no es de la propia neurosis del profesional.

F: ¿Vos llegas a un diagnóstico en la admisión, utilizas el DSM, tienes algunas coordenadas para arribar a algún rótulo, o no se usa esto?

P: Lo que se observa es lo fenoménico, con esto que se va expresando el paciente respecto de su situación, lo que se va consultando en el campo, esto es fundamental. Luego con los otros parámetros que se tienen en cuenta que tienen que ver con su presencia, su vestimenta, el modo de hablar, de moverse, van haciendo su aporte. Otras fundamentales es ver si hay síntomas egosintónicos o egodistónicos. Si hay conciencia de enfermedad o de síntomas. También tener en cuenta si hay familia, si tiene sostén, su circunstancia vital. Salvo que vea que está alucinando o delirando puedo llegar a conjeturar que hay alguna psicosis, pero tiene que ser bien claro, sino es una persona común con temas a tratar.

F: ¿Vas pasando por las diferentes áreas de sus vidas, haces algún tipo de recorrido?

P: Sí, voy pasando por las distintas áreas porque quiero saber si está en algún duelo, alguna crisis de tipo económica, emocional, existencial, bueno si hay alguna cuestión por la cual padece de alguna manera intensa en este momento de su vida. Así voy por distintas áreas. Cuando viene la persona lo primero que hago es anotar sus datos, su nombre, dónde vive, su teléfono, su familia, trabajo, estudio y amistades.

Básicamente para tener una idea de su existencia. Si es una persona muy tímida, le pregunto si puedo hacerle ciertas preguntas y ahí le hago el recorrido, si es una persona que viene verborrágica la dejo hablar y veo después de parar y hacerle el recorrido. Hay algo que tiene que estar estructurado, es importante, pero después de esa estructura que haga lo que quiera. Es como si fuera una base rítmica sobre la cual el paciente hace el sonido. Es una base que le das y después el otro se explaye pero hay algo que tiene que haber como estructura. Es una primera vez, es una situación ansiógena, para los dos ah, una vez una persona a mí se me desnudó, yo me asusté, pero por ese mismo susto pude reaccionar y felizmente estuvo todo bien. Él me dijo que le gustaba estar en la calle solo y que cuando pasaba una mujer desnudarse, entonces yo le dije que no estaba en la calle y que tampoco estaba con una mujer porque en ese momento yo era una terapeuta para él. Ahí volvió en sí y dejó de desvestirse, lo hice por el miedo que tenía.. Es muy particular la entrevista de admisión, es una primera vez, es un contacto que no sabes si después vas a seguir teniendo. Tienes que conocer lo mejor posible a esa persona para poder orientarle que es lo que le conviene y le haría bien.

F: ¿Qué tiempo destinas para las entrevistas?

P: Y las entrevistas muy cortas o me parecen, yo me tomo 50 minutos. Si es más corta, bueno es más corta pero no se puede en 20 minutos hacer una admisión, Yo pienso así, ahora si en 20 minutos me doy cuenta que está todo dicho, aunque eso es imposible, bueno la termino ahí. Pero yo concibo 40 o más minutos para poder hacer contacto y crear un vínculo, todo un tiempo para saber con quien derivarla y le digo que cualquier cosa puede volver a hablar conmigo, por cualquier dificultad de horarios con el terapeuta o lo que sea. Hay que estar muy atento a la distancia que se maneja en el vínculo con el otro en el espacio de admisión, porque hay que implicarse pero tampoco tanto para después decir ay que pena que no puedo seguir tratándolo yo ni tampoco para que el paciente se quede tan enganchado que luego no pueda sentirse cómo con el terapeuta con quien lo derivo porque se quedó muy identificado conmigo. Como encontrar un vínculo óptimo, poder escucharla, tener una actitud óptima para poder derivarlo, pero no tanto para que no sienta que no puede dejar esa contención.

### Observación y participación de clases de 3er año de la escuela de formación

Durante la tarde la actividad de la clase fue más de estilo teórico.

Se trataron las posibilidades diagnósticas: Situacional, relacionado con lo que sucede en ese momento; Parámetros clínicos, referido al Eje I del DSM; y el estilo de personalidad, vinculado con el Eje II del DSM y al modelo de Millon.

Se expusieron las diferencias entre personalidad, carácter y temperamento. Entre estilo y trastorno. Ahondando en los diferentes tipos de personalidad y sus características, y en las polaridades de la personalidad que plantea Millon actividad-pasividad, sujeto-objeto, placer-dolor.

Luego se propuso una actividad de representar en una escena cada tipo de personalidad. Se realizó una división de las personas en grupos pequeños y cada integrante del grupo actuó un estilo de personalidad, frente al resto de la clase. El objetivo era poder observar la forma en que se manifiesta la polaridad de cada personalidad y poder reflexionar acerca de dónde se empezaría a realizar el tratamiento terapéutico de acuerdo a la personalidad del paciente.

### Entrevista a supervisora "A"

F: Te voy a preguntar acerca de tu rol y de tu mirada en éste espacio.

A: En realidad se da todo junto, el rol del supervisor unido al rol del vínculo. O sea el supervisor mira el vínculo entre el supervisor y el supervisado, y también el vínculo del supervisado con el paciente. Se da en simultáneo.

F:Cuál es tu formación como terapeuta?

A: Me recibí en la U.B.A en el año `89, y empecé directamente con una formación en psicodrama, con toda la línea jungueana con Carlos Menegazzo y después me forme en la escuela de gestalt y también en constelaciones familiares. Toda la línea está bastante centrada en lo vincular, en las escenas. Y sí, de alguna manera el rol como terapeuta y como supervisora creció dentro de la formación gestáltica. Primero fui alumna, después ayudante, después di clases, después pase por admisiones y después por supervisiones. Es como que todo eso va enriqueciendo el rol del terapeuta.

F: Cuándo egresaste de la escuela de gestalt?

A: En el `93.

F: Desde ahí te mantuviste dentro de la asociación?

A: Claro, primero fui ayudante. Después dimos una materia. Al mismo tiempo hacer las jornadas de la escuela te permite ir aprendiendo a co-coordinar con otros, entonces después puedes coordinar grupos con otro terapeuta de la escuela y vas armando mucho en red. Hice psicoterapia, la materia en la escuela y también armamos "Tramas Familiares". Se fue armando. Entonces el rol del terapeuta está muy unido al aprendizaje, todo el tiempo. O sea a la supervisión también está unida, como en donde termina un rol y donde empieza el otro, donde termina el rol del terapeuta y el rol del supervisor, en mi caso te diría que es un crecimiento que se da todo junto, supervisar acá y en otro contexto también, se da un trabajo en red.

F: Claro, un trabajo en red donde cada terapeuta trae lo suyo. Supervisas eso también?

A: Sí, el estilo se va construyendo a partir de lo que uno ve. En mi caso se dio que me interesó y vi siempre más todo vincular. La mirada se fue hacia lo vincular desde el principio, como no poder ver individualmente, siempre hacia lo vincular. Entonces a partir de lo que ves empezás a construir con quienes querés trabajar. Yo empecé trabajando con familias, con parejas y no tanto en individual. Y si era individual siempre mirando a la familia, la red. El estilo es algo que se va construyendo, y el espacio de supervisión te permite ver y mejorar el estilo. Por ejemplo si vos tenés el estilo muy suave, bueno tendrás que trabajar la firmeza. La supervisión ayuda a ampliar el estilo, mi estilo yo creo que es el que tuve siempre, sin embargo vas ampliando en función de lo que vas viendo, al ir enfrentándote a situaciones. Poder ponerte firme y límites, cuando sean necesarios. En mi caso, siempre tuve un estilo más bien suave y

quizá lo que fui aprendiendo más es la firmeza, se podría decir. El corte, los límites, nunca tuve un estilo autoritario. El estilo yo creo que es algo que permanece, y también va creciendo y mejorando. El rol también se va construyendo, porque tampoco sirve tampoco todo el tiempo el mismo estilo.

También me gusta mucho trabajar de a 2. Hace 20 años que trabajo en psicoterapia, en grupos terapéuticos, y en coterapia el estilo se complementa. Vas trabajando todo el tiempo la figura-fondo. Yo tenía un estilo más bien de fondo, con mi coterapeuta tenemos estilos muy diferentes, sin embargo es muy complementario. Es algo que si miro para atrás, es algo que va creciendo todo el tiempo, porque todo el tiempo es aprender de lo que no ves, y tratar de ir mejorando a partir de la experiencia que se va dando con el terapeuta o con el paciente. El rol del terapeuta por suerte no es algo fijo ni estático, que una vez que ya lo aprendiste, ya está. Es algo que se va adquiriendo, cada vez tenés más seguridad y más recursos.

Creo también que todo el terapeuta debe ser supervisado. Porque tiene que ver lo que no ve, esto implica ampliar su mirada. Entonces si yo le cuento un caso a mi supervisor, siempre el otro va a ver más de lo que veo solo yo, todo tenemos un punto ciego, algo que no vemos. Entonces al verlo con otro, se amplía la mirada.

Al principio se supervisa más la técnica, los recursos, el rol, las incongruencias entre terapeuta y el paciente. Y no quedarse muy pegado al caso, porque entonces no puede trabajar. Después con el tiempo lo que se va supervisando es la sombra del terapeuta o lo que el paciente le despierta al terapeuta, lo tiene que trabajar.

Desde la gestalt trabajamos un montón con la resonancia. Con lo que siente el terapeuta y de acuerdo al momento y la experiencia que tenga el terapeuta, va a trabajar con esa emoción. Por ejemplo si vos sos la terapeuta y estás con un paciente que emocionalmente no se conecta, vos vas a sentir lo que ese paciente no está poniendo en juego. El supervisor lo que le enseña al terapeuta es como poner en juego eso que le está pasando, por ejemplo que le diga al paciente, si yo estaría en tu lugar, sentiría tal cosa. Como poder incluir esa resonancia, y eso también hay que enseñarlo porque no es fácil, transformar el impacto emocional en una indicación o en una estrategia terapéutica es un recurso que se usa mucho.

Bueno también en supervisión se supervisan las coterapias, entonces supervisas el grupo, el vínculo entre los coterapeutas, lo que le pasa a uno, lo que le pasa al otro. El

proceso terapéutico, y las sesiones del proceso terapéutico, de un paciente o de un grupo. De un grupo cual es la temática y la etapa por la cual está pasando ese grupo.

La supervisión es muy gratificante, muy enriquecedor. Hay mucho dar y recibir. Poder dar lo que vos vas aprendiendo y recibiendo todo el tiempo. Es como muy vivo el proceso, dinámico y es muy movilizante también.

Y por otro lado no es lo mismo que el espacio del terapeuta, porque estas como más atrás. También el supervisor tiene mucho respeto por el lugar del terapeuta. Yo puedo supervisar y decir que veo tal cosa pero el que está ahí sos vos, hay que supervisar sabiendo que el timing del proceso lo va llevando el terapeuta. Yo puedo dar una estrategia pero el que está ahí con el paciente es el terapeuta, con lo cual eso también se tiene en cuenta. O sea, no son indicaciones que se siguen linealmente. El terapeuta se va fijando como va a ir llevando al proceso la indicación, el supervisor es alguien que está atrás y arriba con respecto del terapeuta, no pasándole por arriba.

F: ¿Esto tiene que ver con la responsabilidad?

A: Claro, porque no le sacas la responsabilidad al terapeuta. Y si lo pensás desde el lugar del terapeuta esta bueno porque sabes que hay alguien que te está cuidando. Que no te esta descalificando sino que te está cuidando.

Esto es una manera de ver, una ideología sí, tiene que ver con la responsabilidad, con los espacios muy claros. Hay espacios muy claros, el lugar de supervisor es el del supervisor, no se va a quedar con el paciente del terapeuta. Está muy claro, cada uno tiene su rol y responsabilidad de cada uno.

Sí, el supervisor tiene responsabilidad. Si hay un terapeuta está atendiendo a alguien con intento de suicidio, el supervisor tiene responsabilidad con ese terapeuta y obviamente con el caso. Hay responsabilidad porque estas cuidando la situación, entonces el terapeuta consulta con el supervisor, con un psiquiatra. Estás muy implicado. Los terapeuta llaman también para hacer consultas sobre todo con la situaciones en riesgo te ves más implicado, porque los terapeutas preguntan qué hacer. Y con terapeutas que recién empiezan, hay más implicancia. No sé si tanto una implicancia legal, sino más bien una implicancia ética.

Entonces el lugar del supervisor es un lugar de sostén y es un lugar de intimidad también. Hay terapeutas que comienzan a supervisan conmigo y que previamente no los conozco y se va abriendo un lugar de intimidad, surgen temas personales sobre cómo le

afecta personalmente un proceso que está atendiendo, cual es su situación vital. Porque por ejemplo un terapeuta acaba de tener una situación personal de duelo y tiene que atender el duelo de un paciente, está bueno que abra lo que a él le pasa en este momento. Se trabaja con lo personal del terapeuta, no es un espacio terapéutico. Se construye una intimidad.

Hay también terapeutas que son parte del equipo de terapia de parejas y familia, entonces supervisan conmigo y algunos también realizan terapia conmigo. Es un espacio que requiere mucha confianza y la construcción de una intimidad, no todos quieren o están dispuestos, es como que tenés que contar con mucho compromiso y saber quién es el otro, que el otro sepa quiénes vos. Es como una cosa de mucha confianza. Yo como supervisada y como paciente viví lo mismo, entonces viene mi supervisora y me dice yo te conozco y por eso te puedo decir esto, a mí no me molesta, al contrario, es enriquecedor. A mí me parece que es maravilloso, porque se van abriendo como capas y uno está más sostenido para poder ayudar. Implica un compromiso fuerte, está buenísimo. Porque vas armando vínculos también.

F: En torno a la actitud del terapeuta, una de las patas es la atención, qué implica para vos que la atención esté puesta en el presente?

A: implica ver en principio como está ese terapeuta presentando el caso, que le pasa, que reporte hace del caso. O sea, la escucha de lo que trae, del material que trae y como está el terapeuta en ese momento. Si está ansioso o como está. Es como que el terapeuta cuando presenta la situación, ya está metido en ese campo, generalmente ya está. Entonces generalmente habla con el tono de ese paciente o la paciente que va a supervisar. Muchas veces se pregunta, el terapeuta empieza a contar y se observa que aparece algo ansioso, entonces vos le preguntás: Vos te estás escuchando cómo estás hablando? Esto tiene que ver con la paciente que estás trayendo? Generalmente tiene que ver con eso, es como si ya estuviese metido en ese campo. Entonces la atención implica esto, en primer lugar como cuenta el caso, y ya estás ahí, en el relato, en el cómo.

Y estar conectado uno también, es preguntarse, qué me pasa a mí cuando escucho? Si me voy durmiendo. Yo ya sé por ejemplo que si a mí me agarra sueño es porque probablemente hay secretos, o sea tengo hipótesis. Hay indicadores, si me agarra humor sádico o negro, puede ser que haya una cosa oculta o secretos. Hay como hipótesis que uno ya va teniendo.

También es importante para dónde vas, que del relato tiene más fuerza. Y no armar una alianza con el terapeuta. Si en una entrevista una mujer habla de su hijo o de su hija y nunca nombra al padre, entonces viene el terapeuta y casualmente le preguntas sobre cómo se llama el padre y no lo sabe. Muchas veces el terapeuta queda pegado, establece una alianza con el paciente y no ve lo que el paciente no ve. Entonces ahí es prestar atención a lo que no se dice, a lo que no se ve. El supervisor tiene esa responsabilidad, la atención tiene que estar puesta en lo que no se trae de alguna manera. Porque el terapeuta trae a este paciente, y el supervisor tiene que ver un poco más, y ahí requiere cierta atención. Tengo que ver algo más. Lo que no se trae.

F: Cómo es la supervisión grupal?

La supervisión grupal, si bien es más pesado está bueno porque vos vas levantando la resonancia grupal. Si vos contás un caso, el otro ya se va a quedar con algo del fondo, el otro también y también el supervisor. Al levantar ese fondo o al ponerlo en evidencia, se trae lo que no se dice. Y esta bueno tener un tiempo de tirar hipótesis y no frenar. No frenar porque no son certezas, pero son hipótesis a partir de emociones y de sensaciones o de imágenes, ideas. Está bueno no frenar eso y darle lugar.

También por otro lado hay que prestarle atención a no aturdir al terapeuta, si el terapeuta cuenta un caso hay que ir viendo lo que el terapeuta puede ir procesando. La atención va también a lo que el terapeuta puede en ese momento, no me puedo olvidar del momento profesional en el que está ese terapeuta. No es lo mismo lo que yo le puedo decir a un terapeuta que recién empieza, que al que ya trabaja hace 10 años. Eso también es responsabilidad del supervisor porque al que empieza le vas dando el ABC, le vas tirando una indicación y también hay que decirle cómo hacer esa indicación. Al que esta hace 10 años ya es distinto, eso también se tiene en cuenta.

F: Sobre la centración en el presente que implica?

A: Quizá en esto también encontrás diferencias en los supervisores. La centración en el presente para mí, es algo unido al pasado y al futuro. No lo trabajo separado. Sé que hay terapeutas dentro del as gestalt que sí, que trabajan más en el aquí-ahora. Yo trabajo centrada en el presente incluyendo la historia, con el proceso terapéutico y con hacia dónde va. Cuál es el futuro o el proyecto. Esta el aquí ahora en cuando a lo que piensa y a lo que siente, pero unido a un proceso terapéutico, a una

línea de tiempo, a la historia de la persona. Esto depende de la línea del terapeuta también.

F: Que es la presencia terapéutica?

A: La presencia tiene que ver con un compromiso, con el contacto y las resonancias. No se puede trabajar si no hay una cierta empatía. Sino le toca algo de lo que el paciente trae. Si el terapeuta no está conectado es difícil, es lo primero que se marca. El nivel de conexión. Es importante estar atentos al nivel de implicancia y empatía. Al límite, al nivel de conexión, porque no tiene que haber falta ni exceso o quedarse atrapado. Es como muy delgada la línea.

Creo que esto se va dando, si pienso en terapeutas que superviso. Esto es un entrenamiento, es una práctica. No es que todas las veces tenés que volver a empezar, es como que una vez que el terapeuta encuentra el lugar, ya lo va ocupando. Es como un arte, es algo que va estando. Si bien es difícil porque ahora lo estamos teorizando y poniendo en palabras, es un arte, se va dando. Es difícil ver cómo, pero se va dando. Por supuesto que hay tendencias, hay terapeutas que tienden más a la confluencia otros que tienden más a la desconexión. Entonces se va trabajando en lo que a cada uno más le cuesta. Y la presencia del terapeuta es como un paso necesario, no hay terapia o proceso terapéutico sin la presencia del terapeuta. Y la presencia incluye e implica un compromiso emocional.

Nosotros cuidamos bastante el lugar del terapeuta. Si hay un terapeuta que está pasando por una situación de crisis personal o que no está en condiciones de atender, lo tenemos en cuenta, no es algo mecánico el trabajo. Uno sabe que ese terapeuta está en un estado en particular, no es que entra al consultorio y ya está y se transforma, se pone el disfraz. Eso se tiene en cuenta también. La persona del terapeuta. Esto me parece que es distinto a otras líneas. Porque no es solo técnico el lugar de la supervisión, es mucho más que la técnica.

F: Se observan también los temores del terapeuta?

A: Se parte de que en el espacio de supervisión se va a ir trabajando los temores del terapeuta, por ejemplo si viene un terapeuta y muestra su temor a quedar atrapado en el vínculo terapéutico y se trabaja. No es que se interpreta como una limitación. Se trabaja, se parte de que el espacio de supervisión es un espacio de iluminar la sombra del terapeuta, entonces de alguna manera también es un espacio

terapéutico. No es que ese temor es un límite para no atender, es como que le da a elegir si quiere o no atender a tal persona, si puede o no, si se siente en condiciones. Si dice que sí, se trabaja con ese temor.

Esta bueno, porque es una mirada que no limita, que incluye y toma lo que va sucediendo, toma eso también. Al trabajarlo, el terapeuta puede tratarlo con el paciente. Muchas veces lo que dicen los terapeutas después de una supervisión es: justo lo que hablamos acá es lo que se da en el espacio terapéutico. No es milagroso, es que se abre un campo, se trabaja con el campo. El campo de la supervisión abre el campo del terapeuta y el paciente.

F: Esto mejora el vínculo entre terapeuta y paciente?

A: Sí, claro. La idea es que mejora y crece. En el espacio de supervisión va a trabajar justamente lo que en ese vínculo está trabado. No puede haber un proceso terapéutico si lo que no mejora es el vínculo entre el terapeuta y el paciente. El proceso terapéutico de un paciente mejora, si mejora el vínculo terapéutico. Y mejora quiere decir que mejora en función del paciente.

Hay veces que el terapeuta no puede creer los cambios que se dan después de una supervisión. Porque es ver, mirar. Cuando atendés desde un lugar sin supervisar, yo creo que atendés desde un lugar más mecánico, ni siquiera me paro a mirar desde otro lugar. En cambio a la supervisión te da la posibilidad de mirar esa situación, focalizar, ver desde otros puntos de vista, te da la posibilidad de profundizar. En esta profesión creo que una de las peores cosas es cuando crees que te las sabes todas ya, entonces paras de aprender y es un peligro. Entonces se vuelve como mucho más cansador, porque puede aparecer como una desconexión, el riesgo de que “ya lo sé todo” de alguna manera te lleva a desconectar. Trabajás como de taquito y se pierde la magia del contacto y del crecimiento. De todo lo que a uno lo lleva a estar más vivo. Algo se va deteriorando y en cadena. Se hace fría la cosa.

Me parece que el espacio de supervisión, y estar en contacto con otros que también están aprendiendo también promueve a esto, es un aprendizaje permanente.

El terapeuta siempre tiene que estar en el lugar de enriquecerse y de nutrirse. Si estás en un lugar en el que te crees que sabes todo, te quedás como muy solo también. Entonces ésto te genera mucho desgaste, es una profesión con mucho desgaste. Pero la única manera es primero enriquecerse uno e ir reciclando esa energía. No quedarse solo

con “me las sé todas”, porque si actúo de esa manera va a llegar un momento que voy a tener que desconectar, porque no es real.

F: Tiene que ver con la autoactualización esto que estás diciendo?

A: Sí, con la omnipotencia. Con los riesgos de ser terapeuta, con la soberbia, porque todo esto está en la sombra del terapeuta o de todo curador. El riesgo de estar ahí arriba, pero se trabaja esto también. Hay lugares, como la co-terapia, lugares donde todo el tiempo uno va viendo posibilidades de trabajar. Y al trabajar en red, sino lo ves vos, te lo marca el otro, si hay confianza te lo marca. Yo creo que lo mejor es armar una red, armar intimidad y poder ir creciendo con otros y los otros con vos.

F: Ir creciendo y cambiando. Y en relación al terapeuta como instrumento de cambio?

A: Sí, es eso. Es estar en permanente contacto y conciente de lo que te va pasando. Si bien vos no vas a hablar de vos como supervisado todo el tiempo pero de alguna manera hay una responsabilidad todo el tiempo de ver vos permanentemente cómo estás. Como ser conciente de cómo estoy me va a ayudar a ser espejo del otro. Yo no puedo trabajar aspectos con el otro si conmigo no lo hago. La coherencia es necesaria, acá no hay mucho donde esconderse, entonces la coherencia es uno de los aspectos importantes. Si yo trabajo con la responsabilidad del contacto tengo que ser conciente de cómo estoy en este momento, hacer contacto con eso, por ejemplo si yo maltrato a un supervisor, esperemos que no, pero si yo estoy enojada o con un asunto personal, puedo pensar bueno hoy estoy triste o lo que sienta, hacer conciente eso y luego seguir trabajando.

F: Eso tiene que ver con la transparencia?

A: Y de alguna manera hay una cosa de muy. Si uno trabaja con hacer conciente la emoción y de decir cómo estás, no podemos ocultar. O sea no se interpreta, se trabaja con lo que tiene que ver con el contacto y la responsabilidad de cómo se está en ese momento. El supervisor también tiene que trabajar de esa misma manera, si bien no habla de sí mismo, la verdad que el contacto y la responsabilidad son valores que uno repeta. Y la conciencia de uno mismo.

Después está por supuesto, la práctica. La práctica, el rol y la disociación instrumental te llevan a ocupar el lugar y aunque estés en crisis podés trabajar igual. Pero siempre tenés que estar en contacto con lo que te pasa, dándote cuenta. Es

suspender por un momento eso que te pasa, sabiendo que estás ahí y que en ese momento estás tocado por esa situación y bueno, hacer una disociación. Sabiendo que eso está, no negándolo.

¿Está relacionado también con el darte cuenta de la emoción que estás percibiendo a través del relato que hace el terapeuta? ¿Qué se hace con eso?

Ahí depende de lo que ese terapeuta necesita en ese momento. Muchas veces uno puede mostrarle al terapeuta que lo que tiene que hacer con un paciente. Y es esto, poner en palabras, decirle “esto que me estás contando a mí me da mucha bronca, ¿A vos que te pasa con esto?”. Entonces ahí el terapeuta entra en contacto con lo que le pasa, y puede responder “no, a mí no me da bronca, me da .... O me conecta con tal situación” Ahí depende, puedes abrir o no.

Lo podés contar o también transformarlo en imagen, “porque veo a un chico pequeño y maltratado”, el terapeuta pone esa imagen ahí, entonces esa imagen se la lleva al proceso terapéutico. Después hay que ver como se puede usar, pero siempre tiene que ver. Es muy raro que no tenga que ver lo que aparece en la supervisión con el proceso terapéutico, por lo menos no me pasó. Pasa que tenés que contar con que el supervisor esté abierto y que el terapeuta este abierto. No me paso como terapeuta supervisando, yo supervisando con un supervisor y no me paso como supervisora. Como terapeuta tenés que estar abierta a que el material que te trae el supervisor te va a servir para algo, o sea es como que aunque te parezca que no tiene nada que ver, tenés que estar abierto. Y como supervisor, si uno respeta el lugar del terapeuta y se lo das desde un lugar “bueno fijate, mirá yo vi esta escena o sentí tal cosa” en general tiene que ver, entonces el terapeuta lo une. Es importante el vínculo entre el terapeuta y el supervisor. Yo lo veo como que es transitivo, si se enriquece acá también se enriquece en el proceso.

#### Entrevista a supervisora “C”

F: ¿Cómo es la actitud guesáltica en la supervisión? ¿Cómo es tu actitud con una terapeuta que viene a supervisar?

C: Mirá, la actitud del supervisor la fui descubriendo en la marcha misma. El trabajo básicamente puede estar orientado a tres áreas. El terapeuta que te consulta, el

caso del paciente que es expuesto, más de tres, cuatro creería, el vínculo que el terapeuta puede tener con el supervisor y las estrategias que se utilizan para acompañar al paciente que se supervisa. Entonces hay veces que básicamente el trabajo se centra en lo vincular entre el terapeuta y el supervisor porque es alguna revisión de lo que trabaja con el paciente. El mismo tipo de vínculo. Otras es poder nutrirse con estrategias de recursos para trabajar con determinados casos clínicos. Otras veces es respecto del diagnóstico y estructura de personalidad del paciente. La actitud, la responsabilidad, el centrarse en el presente.

F: Es un ejercicio para vos el centrarse en el presente?

C: Uff, todos los días, yo creo que elijo este enfoque por mi dificultad para centrarme en el presente. Yo no soy una persona que fácilmente estoy en el presente, siempre estoy adelante y entonces vuelvo y eso me hace re bien porque me baja los decibeles. Bueno por eso y por muchas otras razones.

F: ¿Y cómo haces para volver?

C: Vuelvo porque me doy cuenta que no estoy, que me estoy yendo que estoy evitando el contacto y digo bueno a ver, nadie sabe lo que pasa allá así que volví acá, es como si fuera un ansiolítico natural, me recuerdo de estar en el presente como un ejercicio, no soy una persona melancólica si estoy en el pasado recuerdo cosas felices pero sí acelerada entonces me traigo. Me pasa en las admisiones, pienso me faltan tres más y me voy y me doy cuenta que estoy ahí con esa persona y empiezo a aprovechar lo que está pasando pero me cuesta mucho. La meditación aporta un montón para conectarse con el presente y estar en el presente te hace la vida más plena. Es un diálogo porque me fuerzo a volver y me conecto con lo que pasa en el momento. Esto es más sencillo cuando hay entusiasmo y quiero que pase algo. Es una herramienta muy rica y en sí misma terapéutica y facilitadora.

En la supervisión hay dos vínculos porque está por un lado el del supervisor y supervisorante y, por otro, el terapeuta paciente. ¿Cómo son estos vínculos y cuál es el vínculo que el supervisor incita que se dé entre el terapeuta y su paciente?

A veces, vienen a supervisar y pasa algo en ese vínculo entre el terapeuta y el supervisor que hace sospechar que esa matriz vincular se repite con el paciente y si esto perjudica o no en el tratamiento con el paciente. Pero es cierto son dos vínculos. Pero también todos tenemos determinadas modalidades de vincularnos. A mí me ha pasado como supervisada que repito cuestiones más con el paciente.

F: ¿Qué pasa cuando el terapeuta se encuentra superado por algún tema del paciente?

C: Se trabaja terapéuticamente, se trabaja ese aspecto difícil porque siente que no puede, en ese seno de la supervisión, pongamos que se destine dos o tres supervisiones para ver si se puede continuar o si a lo mejor habría que cambiar de terapeuta porque no es beneficioso para el paciente ni para el terapeuta.

F: Acerca de la contratransferencia del terapeuta con el paciente. ¿Cuál sería la guía del supervisor en este sentido?

C: Mirá, si el terapeuta no sabe claramente lo que siente y si no sabe para qué dice algo de lo que siente al paciente no sirve si no lo tiene claro. El supervisor aprueba en relación al trabajo contratransferencial todo aquello que pueda aportar luz al paciente, que puede ser beneficioso para contribuir al darse cuenta y al cambio de la conducta. Esto es importante, no alentar ni frustrar que se digan en pos de la verdad y de la transparencia y de la posición del terapeuta, sí es verdad que la honestidad es importante pero hay que tener en cuenta si va a servir, si el paciente está preparado para recibirlo, le puede servir, para qué, si no tengo en claro todo esto mejor no pronunciar y seguir trabajándolo conmigo. No se trata de decir en nombre de la transferencia algo que solo va a generar sufrimiento. Muchas veces me pasa todo el tiempo que en el trabajo de terapeuta me llega gente que está pasando por circunstancias a las que yo estoy viviendo o voy a empezar a vivir.

F: ¿Cuáles son los temas recurrentes en la supervisión?

C: Por ahí la sensación de impotencia del terapeuta frente a determinado punto del tratamiento. En general lo toman como hábito y no hay algo que les preocupe. Es poder explayar determinado caso y poder observar la mirada de otro profesional para evaluar su proceder como terapeuta. Tal vez también si hay aspectos personales que no se está dando cuenta de la terapia con el paciente.

F: ¿Cómo definirías los roles del supervisor y el supervisante? ¿Asimétrico?

C: No, totalmente simétricos, somos compañeros de camino. Mi supervisora es también mi terapeuta y cuando voy como paciente no me da café, pero cuando voy a supervisar si me lo da. Esto para que vean las distribución de los roles. Igual esta persona no es guesaltista porque decidí hacer mi terapia con alguien por fuera de la asociación donde creo que están los mejores terapeutas guesálticos pero me resulta difícil porque ya nos conocemos mucho.

F: ¿Hay determinados objetivos en la supervisión?

C: Lo que creo es que si viene con una duda, inquietud, pregunta o consulta que sea evaluada y se vaya con un darse cuenta para ampliar la mirada. Eso sería un objetivo implícito. Es un mirar juntos, porque yo tengo que recibir una consulta de alguien que es un profesional, escucharlo, valorarlo, puedo criticarlo, tomarlo y devolverle la propia mirada, es realmente una cosa muy simétrica.

F: ¿Hay un estilo personal de cada terapeuta?

C: Creo que cada uno de nosotros tenemos algún talento, alguna fortaleza y aspectos más débiles o que nos cuestan y tienen que ver con nuestra propia vida. Entonces viene un terapeuta que es astróloga y para ella es una apoyatura y entonces yo esto lo valido porque es un recurso más con el que ella cuenta y yo puedo saber o no y si no lo se le pregunto y puedo también entenderlo desde otro prisma de observación. Por ejemplo mi supervisora me dice a ver vos tenés talento con el movimiento corporal y cómo podes hacer algo con esto. Y si no, si no es tu habilidad el movimiento entonces podes trabajar de una manera diferente, de acuerdo a cómo uno es.

F: ¿Cómo se supervisa el vínculo que tiene el terapeuta con su paciente?

C: Es a partir de lo que el terapeuta cuenta, es fenomenológico a partir de lo que va contando. Puede que manifiesta cierta dificultad o puede ser lo contrario como un embelesamiento que es como un atrapamiento contratransferencial y también puede obturar el proceso. Si me dice lo odio, lo odio, lo odio, no puedo trabajar más, lo rechazo. Entonces vamos entrando por ahí terapéuticamente, fijate que es eso que a vos no te gusta, cómo lo denominarías. Y te dice soberbia. Entonces le preguntas, qué te pasa a vos con la soberbia, es algo que vos rechazas o lo reconoces en vos y ahí empiezas primero con él y luego para ver como lo lleva con el paciente. Todo esto para aumentar la conciencia del terapeuta que se produzca un click que es un darse cuenta de aquellos que está obturando el proceso terapéutico. Siempre observando el cuerpo, lo fenomenológico.

F: ¿Hay algún tipo ideal de vínculo?

C: Es lo mejor que pueda ser, que haya contacto, que haya fluidez, armonía, transparencia en una relación dialogal, cuando esta fluidez o armonía se altera es donde se refiere las dificultades en el vínculo. Es volver otra vez a ver la piedrita que está obstruyendo este proceso y se trabaja que puede ser algo del rechazo, de la atracción y puede pasar también sentimientos o emociones en donde me quedo conectado, por ejemplo en un apoderamiento y me salgo del nivel, yo siento más poder respecto del otro y esto obviamente que altera, si le tengo miedo también altera, si me siento más

poderoso altera, si hay embelesamiento se altera, si hay rechazo también se altera y pierdo mi poder en potencia, como agente de transformación. Esto porque me posiciono en un lugar de no contacto, el vínculo es desde una posición transparente en una relación dialogal yo-tu.

F: ¿Hay estilos de supervisores?

C: Hay diferentes estilos como hay diferentes personas.

F: ¿Hay estrategias, se fijan metas, hay algo que sea más estructurado?

C: A veces sí, por ejemplo yo puedo recibir una paciente que venga con dificultades para rendir exámenes, entonces puede establecerse como metas trabajar el miedo para que a fin de año hay un logro claro. O un obeso que tiene que adelgazar para una cirugía, bueno se trabaja sobre eso como un meta clara.

## Entrevista al terapeuta de parejas

\*F es para quien pregunta y P para el profesional que responde.

P: Hay conceptos diferentes en la práctica, la contranferencia es que me pasa a mí contranferencialmente con esa persona, como el negativo de la tranferencia del terapeuta. En cambio la resonancia es lo que a mí me despierta el tema que se está hablando o alguno de los miembros de la pareja, o esa pareja o el vínculo que tienen en particular. Yo todo el tiempo estoy conciente de esa resonancia y veo como la uso, cuando la uso. Pero no necesariamente tiene que ver con la cuestión tranferencial. Se da en todo vínculo terapéutico, pasa en el proceso individual, con parejas y con grupos. Todo el tiempo el trabajo nuestro como terapeutas es registrar y tomar conciencia de eso que esta resonando en mí. Y cómo usarlo y cuándo usarlo, eso depende mucho del contacto, está más en relación con establecer el contacto aquí ahora con el campo y con lo que está pasando. Si yo estoy en contacto voy a encontrar la forma y la manera de decirlo. En general, si bien no hay una formula, las intervenciones en mi caso tienen que ver con la pregunta, si lo que yo estoy registrando en mi resonancia es incomodidad, a lo mejor no le digo yo me siento incomodo, a lo mejor les digo ¿Cómo se sienten ustedes con esto? ¿Cómo se están sintiendo ahora con esto que están contando? A lo mejor no aparece el tema de la incomodidad pero aparece otra cosa vinculada con la incomodidad. Entonces es menos directivo y menos posibilidad de que encuentre resistencia. Si yo les digo que yo me estoy sintiendo incómodo cuando ustedes hablan de esto, ellos pueden decir “esto es un problema tuyo” o encontrar otra manera de resistirse. Si yo se los devuelvo en forma de pregunta, para ver que les esta pasando con esto, alguna respuesta van a dar, porque es como entrar por el costado.

F: ¿Qué sería estar en contacto para hacer uso de la resonancia?

P: Es estar presente, y presente para cada uno de la pareja y también para mi coterapeuta, en el sentido de poder estar en contacto, mirarlo, estar atento a lo que va

haciendo, de cómo él responde, viendo que hace cuando yo hago alguna intervención. Seguirlo en las intervenciones que él va haciendo y a su vez trabajar como fondo a ver qué pasa con las intervenciones de él y ambos miembros de la pareja. Estar en contacto sería como estar conciente de ésta frontera, del yo y de lo que está pasando ahí afuera. Estar en contacto implica estar presente y conciente de qué le pasa a él cuando habla ella, que le pasa a ella cuando habla él. Y esto es que le está pasando en el sentido fenomenológico de la palabra, fenomenológicamente, si hay algún gesto, un movimiento, un cambio en el tono de voz, en la mirada. Al mismo tiempo que voy registrando lo que me pasa a mí y que me va pasando a mí con mi coterapeuta y qué veo con mi coterapeuta.

Fenomenológicamente tiene que ver con ponerse en los zapatos del otro. Y la mejor manera de ponerse en contacto es chequeando, preguntar qué le pasa con esto que dice el otro. Decir “noté que cuando él dijo tal cosa, vos te cruzaste de brazos ¿Te pasó algo?”. Esto sería como usar la fenomenología, en vez de interpretar y decir “me parece que cuando él te dice tal cosa vos te enojás”, se usa lo descriptivo, lo fenomenológico, lo que yo puedo ver para ir metiéndome adentro de ella, ver qué le pasa a ella, cual es la experiencia de ella. Eso es la fenomenología, meterme en ella para ver cómo es su experiencia, cómo ella vive eso. Cuando yo intervengo y pongo esto en palabra y hago que ella lo ponga en palabras, ella también toma conciencia y se da cuenta de que le pasa cuando el marido le dice tal o cual cosa, que le pasa que mueve el pie, abrió los ojos, cerro el puño o lo que haga automáticamente, como reflejo.

F: ¿Existe un tipo de vínculo óptimo o propicio?

P: El vínculo es un vínculo de respeto, donde yo estoy respetuoso incluyendo lo que le pasa al otro. También empatizando, con una actitud aceptante de lo que el otro trae, sin juzgar. Yo adhiero bastante a las condiciones de Rogers, la aceptación incondicional, dentro de todo lo incondicional que puede ser uno en ese instante, ser congruente tiene que ver mucho con esto de la transparencia.

El vínculo sería eso, después creo que cada uno tiene un estilo de cómo llevar adelante a ese vínculo. Yo sé que la gente que elige trabajar conmigo, lo que le engancha de mí es como una cosa de mucha calidez, de sentirse contenidos, no juzgados o aceptados y el humor. Me parece que esas cosas son las que enganchan o por lo menos son las que yo recibo. Cuando pregunto porque me eligieron a mí, si me eligieron, si lo

derivan ya está. Yo sé esto de mí sobre todo por las terapias individuales, cuando gente del ámbito me elige, sobre todo los alumnos, entonces sé que mi estilo va por ese lado. Como hay otra gente que el estilo va por ser punzantes o un estilo más agresivo en el buen sentido de la palabra, mas confrontador. Entonces son diferentes estilos en función de lograr el mismo vínculo, aun ese que es confrontador, si pierde el respeto por el otro, si no acepta lo que el otro está diciendo y si no lo incluye, incluir significa que si el otro tiene una manera de pensar, querer torcerla por ejemplo en vez de incluir que el otro piensa de esta manera, bueno el vínculo no se arma. No ese vínculo, no esa clase de vínculo que es con el que nosotros trabajamos. De hecho en otras líneas no es tan importante el vínculo, es más importante armar una buena técnica, estrategia, hacer un buen diagnóstico del proceso terapéutico y ya está, es otra historia.

Yo trabajé muchos años en transaccional y seguramente yo tenía sentido del humor y muchas otras cosas, pero la verdad que no me importaba eso. Importaba como armaba la sesión o el proceso con ese cliente o consultante y tenía objetivos, metas y estrategias para lograrlas. Era otra historia, mucho más directivo, mucho más conductista si querés.

F: Entonces vemos porque te eligen los pacientes ¿Cómo se eligen los coterapeutas?

P: Hay que diferenciar dos cosas, por un lado lo que es una pareja terapéutica o una coterapia armada de lo que es trabajar en coterapia con otra persona. Por ejemplo en el departamento de parejas y familia, y ahí he trabajado con la mayoría de ellas, ahora con la mayoría no he armado una coterapia. Nos elegimos en el momento por una necesidad, para atender, para asistir, para tomar a una determinada pareja en un conflicto. Entonces tomábamos la derivación, nos conocemos porque somos colegas pero a lo mejor nunca habíamos trabajado juntos, nos juntamos para trabajar con esa pareja y trabajamos con esa pareja pero no hay un vínculo armado entre nosotros, no trabajamos el vínculo. Entonces por ahí no queda armada una coterapia, no se arma una pareja terapéutica, trabajamos para ese proceso y nada más.

En cambio tengo otras personas donde está más armado. Primero porque somos amigos, nos conocemos mucho más, segundo porque tenemos un estilo de trabajo que nos gusta a los dos, trabajar el uno con el otro, nos complementamos bien y a su vez tenemos cierto parecido, en el sentido de que ninguno de los dos tiene un estilo muy

confrontador. Tenemos los dos un estilo más bien respetuoso y tranquilo, y en otras cosas somos más complementarios. O con mi coterapeuta que hace trece años que trabajo en grupos, somos una pareja coterapéutica, levanta la ceja y yo ya sé que quiere decir, me rasco la nariz y ella sabe es que tal cosa. Ya nos conocemos tanto que... y ahí está muy trabajado el vínculo.

Entonces primero diferencio eso. Después hay otra gente que tiene mucha experiencia e idoneidad y perfectamente puedes trabajar con esa persona. Pero no es lo mismo, porque no se juega toda la persona de cada uno, ni del oro ni mía. La cosa funciona, pero funciona más por una cuestión de idoneidad, de cintura, de otros elementos, pero no se aprovecha la riqueza que tiene la coterapia. La riqueza que tiene la coterapia es esto de conocer a fondo las fortalezas y debilidades de cada uno y también mantener un vínculo sano y limpio todo el tiempo, no guardar cosas y supervisar. Si a mí hay algo que me molesta del otro, poder trabajarlo y esto lleva tiempo. La riqueza de la coterapia tiene que ver con generar un vínculo más íntimo, más fuerte. Igual para que funcione tiene que darse lo mismo que se da en el vínculo con la pareja, con el sistema, con el consultante, lo mismo tiene que darse en la coterapia. Si yo no incluyo, no respeto, no acepto aspectos de mi coterapeuta, no va a funcionar esto y lo más probable es que tendamos a actuar lo que le pasa a la pareja por ejemplo.

F: Si el vínculo está afianzado entre los terapeutas, ¿Cómo son los roles y la dinámica?

P: Sí, en la coterapia cuando uno hace una intervención, a ese es a quien llamamos figura en ese momento, toma el rol de figura, y él está interviniendo, trabajando, preguntando. Mientras que el otro hace de fondo, que no es quedarse callado y esperar la oportunidad para hablar. Sino es estar trabajando desde ese silencio con lo que está pasando ahí. En general el que trabaja desde fondo termina aportando algo que no se terminó de ver, algo que estaba justamente como de fondo de eso que se estaba hablando, algo que el que está trabajando como figura no puede ver, entonces luego lo puede incluir. Por ejemplo puede ser que yo esté mucho tiempo hablando con uno de la pareja y mi coterapeuta me pare y retome incluyendo algo que está pasando, preguntándole al otro que piensa. Entonces en ese momento el otro pasa a ser figura y el otro se corre y pasa al fondo. Puede ser como una danza en donde uno de los dos va llevando al otro, en este caso es el que está de figura va guiando y luego se alternan,

porque el que está en el fondo también sigue la línea que está siguiendo el otro, no está pensando en otra estrategia sino que está presente, siguiendo atento al otro para ver por dónde va. Se va observando, mirando atento a lo que está en el campo, a veces aparecen alianzas y hay que romperla con una intervención.

F: ¿Cómo harías eso, con una pregunta también?

P: Claro, por ejemplo haciendo una pregunta que corte esto que estaba pasando. Supongamos que la alianza es entre ella (paciente) y yo, entonces me la agarro con vos (paciente masculino). La alianza es con ella, entonces me la agarro con vos y me pongo a discutirte, a confrontar sobre ¿Qué es eso que decís? ¿No la escuchas a ella cuando...? Entonces mi coterapeuta se pregunta ¿Qué pasa acá?. Entonces a lo mejor hace alguna intervención como para rescatar lo a él.

F: ¿Sin decirte nada a vos?

P: Puede ser, hay diferentes maneras. Puede hacer una intervención como para rescatarte y entonces yo mismo me voy a dar cuenta de que está dando vuelta la torta porque está viendo algo que yo no veo. O la puede incluir a ella (paciente), con lo cual cuando la incluye a ella también corta, se mete ella (terapeuta) ahí. Digo ella porque siempre trabajo con mujeres en coterapia. Ella se mete en esa alianza y la termina cortando.

Y otras veces lo que hacemos es cuchichear. Me acerco al oído y le digo si le parece hacer determinado trabajo. Sino en general muchas veces lo digo en vos alta, ¿Te parece que hagamos este trabajo? ¿Y si los ponemos frente a frente para que se miren? O me gustaría que ella haga una estatua de lo que está contando. O me gustaría que hagan el ejercicio del obvio e imaginario. Entonces ahí se lo digo primero al oído, mi coterapeuta puede pedirme que espere para dar vuelta un tema, o decirme que sí, que lo haga yo o que lo hace ella. Entonces como es una interna y no quiero que escuche la pareja porque no tiene nada que ver, es algo técnico y se lo digo al oído.

Otras veces lo hago en vos alta, decir que me da la impresión de que ella (paciente) siente mucha culpa con esto que está diciendo y la coterapeuta puede decir que sí por esto y lo otro. Esto lo decimos en vos alta justamente para que escuchen, esto

es una intervención en sí misma. En el otro caso es un cuchicheo para armar algo, y en este caso es una intervención. Y a veces en el cuchicheo puedes decir algo, no con parejas, lo hago más en grupo, decirle a mi coterapeuta “me parece que te estás ensañando” porque a veces se la agarra con uno y le da, y yo ya sé que con ese paciente le pasa algo a ella por un tema X, porque hay algo en su historia personal y resuena fuerte, porque es un machista terrible y entonces a ella le pega por algún lado. Entonces ahí cuchicheo y le digo “eh, baja un cambio, me parece que te estás enganchando, dejame a mí” eso lo hago. Entonces ella se calla y yo sigo por otro lado, repreguntando, y en vez de hablar yo si es en grupo, le pregunto al grupo a ver qué les pasa con eso que dijo fulano. Y listo, no me expongo ni dejo que se exponga ella (coterapeuta).

F: Entonces hay mucho cuidado hacia el coterapeuta.

P: También, claro. Muchas veces pasa, no tanto en las parejas sino más en las sesiones grupales, que de repente se genera un enganche transferencial y contrettransferencial entre uno de los terapeutas y uno de los miembros del grupo. Me paso el otro día y se genera una situación de mucha tensión y donde se enoja mucho el paciente. Entonces yo cuando me doy cuenta, yo estoy protegido por el rol, entonces me acomodo, pero el otro se queda enganchado con la bronca y entonces no lo puedo trabajar y lo trabaja ella (coterapeuta). Entonces le dice “fulanito ¿qué estás sintiendo?” “no, nada, estoy enojado porque al final siento que no me entienden” “¿quién no te entiende?” “el no me entiende, porque me interrumpe” “bueno, miralo un poquito a ver qué te pasa, a ver fijate, a ver si se lo puedes decir”. Entonces va trabajando ella. Y yo ahí me quedo mudo y dejo que trabaje ella (terapeuta), hasta que trabaje con él (paciente) la transferencia. Entonces bueno se le sigue preguntando ¿con quién más podría estar sintiendo esto? ¿a quién más le podría estar diciendo esto? ¿Quién más te interrumpe o te interrumpió en la vida?. Entonces ahí terminamos, el tipo llorando, yo abrasándolo y soy como el papá en ese momento, por ejemplo. Entonces ahí también es una manera de laburar figura y fondo.

F: ¿Cómo es eso del rol?

P: Y yo estoy protegido por el rol de alguna manera, porque yo no voy a hablar de lo que me pasa contratransferencialmente. Por ejemplo, en este caso este tipo tenía algún tema con su hijo y yo rápidamente resoné con el hijo y al grupo le pasa lo mismo que al hijo, que no lo pueden confrontar al tipo este, que no le pueden decir las cosas,

que lo cuidan y lo sobreprotegen. Le dijeron sarasa todos, ninguno se animó. A lo ultimo algunos se animaron, se quedaron medio tibios y entonces yo le terminé diciendo algo, hice una intervención un poco fuerte, confrontativa y el tipo reaccionó mal. Entonces cuando el reacciona, yo lo sigo hasta cierto punto, y el sigue mal y luego se saca. Bueno yo ahí me corro y dejo que trabaje mi coterapeuta. Ya está. Y cuando ella (coterapeuta) termina de limpiar y laburar, le pregunta al paciente si hay algo más que quiera decir, que quiera limpiar. Entonces ahí ya está, ya te das cuenta.

Entonces ahí yo no voy a hablar y decirle “mirá, porque yo con tu hijo resueno de determinada manera”. Yo estoy laburando, aunque por un instante me haya ido un poco más. Entonces lo que digo es que el rol me protege, yo puedo rearmarme y preguntarme por lo que pasó ahí. Darme cuenta de que identifiqué con el hijo, y ver cómo uso esto. Entonces al tipo le viene bien esto, porque lo que yo le dije en definitiva es lo que el hijo nunca le iba a decir. Es ver como uso lo que me pasa para la terapia, sin que el paciente se sienta mal, sin que se sienta atacado o criticado, o herido. Entonces ahí labura mi coterapeuta y yo retomo, yo puedo llegar a hacer alguna autocrítica o decir que mi modo pudo haber sido agresivo y que fue de buena leche. Y lo puedo laburar desde ahí.

F: ¿Te cansa esto? ¿este trabajo?

P: Vos sabes que no. Este tipo de situaciones pasa una vez cada 4 meses ponele. Como esas tan fuertes te puede pasar una vez cada muerte de obispo.

Pero el hecho de estar presente no me cansa, me permite ser yo mismo. Cuando hacía transaccional me cansaba más porque tenía que estar trabajando en función del problema, en función del objetivo y todo el tiempo pensando que hacer en la sesión. Sobre lo que está trabajando, los contratos y las metas a las que tenía que llegar. Ver el contrato, ver que hacer, armar las estrategias. Todo el tiempo pensando, eso me daba mucho más laburo.

Acá como laburo confío en mí que va a aparecer lo que tenga que aparecer. Algo más natural. En sima laburando en coterapia es mucho más fácil. Yo te diría que es al revés, con este encuadre estoy mucho más descansado que con un encuadre directivo. Me puedo ir apoyando en mi coterapeuta y en el curador/sanador del paciente, también me apoyo ahí. O cuando de repente cuando falta mi coterapeuta y yo se que el grupo va

a trabajar como apoyo de soporte, entonces me relajó en cierto sentido y lo uso, fulano trae un tema medio complicado para mí y no está mi coterapeuta. Entonces uso al grupo, preguntándoles que les pasa con esto que dijo fulano. Díganle que sintieron, como se sintieron, si alguien resonó y con qué resonaron. Entonces yo ahí me relajó en el sentido de que no estoy tan expuesto en quedar atrapado en ese tema que por ahí me saca de mi eje. Para mí es mucho más relajado.

Es muy movilizante también, con los grupos en general es más energizante, con las parejas depende cuales ahí puede ser un poco más trabajoso o desgastante. Pero aun así como trabajas siempre con un nivel de tensión alto y mucha energía, igual te mantiene arriba. Quizá en la individual es un poco más complicado porque trabajas con un nivel de tensión y de energía más bajo. Entonces si estas más cansado lo sentís más, no tenés mucho de donde agarrarte. En el grupo te puedes apoyar en el grupo, en las parejas, bueno las parejas no te dejan, si estás cansado las parejas te meten un shot y te despiertan al toque. Y después también son años de entrenamiento.

F: ¿Cuál sería el éxito en la terapia de parejas?

P: Esa es una pregunta difícil, a ver. Porque me parece que claramente el fracaso, para plantearlo al revés porque me resulta más fácil. El fracaso tendría que ver para mí con que la pareja interrumpa el proceso y con que la estructura o la dinámica original que traían, no se haya modificado en nada. Como que no hayan entendido nada, que no se haya movido nada, hasta fenomenológicamente que no haya habido ningún movimiento. Ese para mí sería el fracaso más importante.

Después si interrumpen y no continúan, pero algo se modificó, yo digo algo se logró. Paso algo bueno. Y supongo que el éxito tendría que ver con una serie de cosas, encontrar la buena forma de esa pareja. Y tiene que ver con eso que dice Zinker de pasar del sí mismo al optimismo, de que aprendan a escucharse, de que haya un reparto de poder en la toma de decisiones, un poco más equilibrado, de que recuperen, si no lo tenían, el respeto mutuo. De que se dé un vínculo de respeto, de inclusión por lo diferente, que aprendan a sobrellevar sus problemas de un modo más efectivo o eficiente, que los lleve a mejores lugares, a mejores resultados. Ahora de ahí hasta fracaso total hay una gama tan grande. Y también puedo pensar que en ese movimiento, también puedo considerar exitoso una separación. Me estoy acordando de un caso de parejas que cuando llegaron estaban muy desparejo, él estaba con la autoestima muy

baja, haciendo cualquier cosa por mantener a flote la relación, ella claramente se quería ir de la relación, aunque no lo terminaba de poner en palabras claras, pero claramente estaba en otra. No lo veía a él y se quejaba pero no quería que él cambiara nada, por miedo a que si cambiaba se quedaba sin excusas para poder irse. Y él no la veía ni cuadrada. Y la verdad que en este caso el éxito fue que él recuperara el autoestima, empezó a hacer cosas que había dejado de hacer, recuperó el respeto por sí mismo. Cierta cuota de dignidad, empezó a plantear sus diferencias, las cosas que no le gustaban. Y ella encontró más espacio desde ahí para poder decir que no quería estar con él. Entonces terminaron separándose, y fue un éxito porque este señor quedó libre y en condiciones de encontrar otra pareja, ellos se habían enganchado desde muy jovencitos, y esta chica quedó libre para poder hacer lo que quisiera de su vida. Por otro lado, los hijos bien porque no quedaron atrapados por este problema y pudieron quedar como a salvo de los problemas entre ellos, porque hicieron además una adecuada separación, se pudieron agradecer lo que cada uno había recibido del otro, lo que habían crecido juntos como personas y la familia que habían armado, ese fue un éxito para mí rotundo. Así como otro éxito fue como una pareja que vino absolutamente estancada, diciendo ella, yo me quiero casar y quiero tener hijos y él decía, yo ya estoy divorciado, no me quiero casar de vuelta, ya tengo hijos, no quiero tener más hijos. Eso en la primera entrevista estaba así, totalmente estancados y ninguno de los dos se movía. Finalmente, después de mucho tiempo de trabajo él terminó aceptando mudarse, convivir con ella, no mudarse pero vivir en una casa en común. Se casaron, y si bien él aceptó empezar a buscar tener hijos, se descubrió que ella no quería tener hijos. Además, mejoró mucho la relación entre ella y la hija de él, con la cual no había una buena relación. Él no la habilitaba a ella para que le pusiera límites y pudiera relacionarse con la hija, entonces empezó a habilitarla, a darle su lugar, eso fue bárbaro, fue un éxito total.

F: ¿La hija era de él?

P: Sí, una hija adolescente de 16 años.

F: Esto debe ser complicado de trabajar.

P: Es complicado, pero es necesario porque si ellos tienen su casa que es de ellos, que conviven, no es que ella fue a vivir a la casa de él, es la casa de ellos y ella no tiene porque tolerar y bancarse algunas cosas de la adolescente, si él no está para

ponerle los límites, ella se los puede poner adecuadamente y él en todo caso los va a sostener, la va a apoyar, no digo que sea fácil pero es necesario, porque así se evitan las alianzas, los juegos, viste esta alianza entre el hijo y el progenitor y eso favorece también a la pareja y también favorece el ensamble, eso es importante también y también la mujer siente que tiene un lugar como pareja, sino que soy, soy tu amante que onda, se siente en casa como una familia. Si somos una familia entonces puedo decir las cosas que me molestan.

### Entrevista a la terapeuta de parejas

F: Diferencia que hay entre atender a una persona individual y a una pareja

P: Es una diferencia bastante importante. La diferencia es mirar lo que pasa entre las personas, el entre y lo vincular. O sea, lo que se va dando en esa dinámica. Al decir algo una paciente una cosa es que lo diga en terapia individual y otra es que lo diga en la sesión con su pareja, es escuchar el entre, ver qué le pasa a la pareja cuando ella dice algo, decirlo con la persona ahí. Se trabaja con decírselo a ella o con ¿Qué te pasa a vos cuando escuchas eso?. Es la dinámica, lo que se da. Y que el otro se haga cargo de los que ese va generando en lo vincular. Se trabaja mucho en lo que se va dando. En la dinámica vincular, que por ahí en la individual no ves esto.

En la interacción se manifiestan los síntomas, la situación conflictiva. Y este es el lugar donde se resuelven, el vínculo es la posibilidad de curar. El vínculo cura, este es el fundamento desde donde trabajamos. Poder ver que quiere decir éste síntomas, porque es una identidad. No te pasa ni a vos ni a ella, lo que pasa le pasa a la pareja.

Se trabaja en el proceso vincular. La forma se va viendo en el proceso, se va conociendo, la pareja viene con una determinada forma, y en el proceso puede ir tomando otra forma. En ese movimiento también está la posibilidad de curarse, de salirse de esa traba. Que sería la búsqueda de la buena forma. Y esto todo en coterapia.

F: ¿Porque en coterapia?

P: Porque mientras uno ve una parte, el otro ve la otra. También hay un interjuego de los coterapeutas entre figura fondo. Y esto tiene que estar aceitado. Hay mucho trabajo de coterapia en la supervisión de parejas o de familia, hay una parte que

para supervisión de la coterapia. Que me pasa con el estilo de mi coterapeuta, si es más agresivo, si es más tranquilo, o cuándo interviene uno o el otro. Vos ya sabes que situaciones al otro le mueven más, esto tiene que ver con la intimidad, o se a si mi coterapeuta paso recién por una situación de duelo o temas familiares, con el dinero, con la sexualidad, ideológicos temas que a no todos nos toca de la misma manera.

Se trabaja el vinculo coterapeutico, en otro espacio, solos o con un supervisor, se trabaja bueno lo que me pasó cuando digiste tal cosa, o tengo miedo de que saltes y seas violento o tengo miedo de quedarme solo y que vos desaparezcas. Hay honestidad siempre, tiene que ver con hacerse cargo de lo que pasa. Por ejemplo, si hay un clima tenso, bueno el terapeuta lo puede decir, que tensión que hay. Se denuncia el clima. O yo me siento tensa etc. Se tiene a abrir y a que salgan las cosas, con un registro de si sirve lo que voy a hacer, porque tampoco es cuestión de tirar todo. Tiene que tener un sentido.

Si son varias variables al mismo tiempo en lo que hay que mirar, y no quedarse fascinado con uno en particular, esto también se puede supervisar, las identificaciones del terapeuta con el paciente. Hay que tratar de no quedarse polarizados entre los coterapeutas, sino no se puede. Hay que buscar una integración, las dos son partes de una totalidad. No se puede excluir nada, nada de lo que a uno le pasa, esta bueno tenerlo escrito o registrado. Darse cuenta de lo que a uno le pasa, con uno y con lo que está pasando. El terapeuta sabe cuando le suceden determinadas cosas es parte de lo que se va aprendiendo en las supervisiones.

F: Al identificarte con una de las personas de la pareja, siendo figura vos, que pasa con el otro?

P: Y el otro terapeuta puede preguntarle a la otra persona de la pareja ¿Qué le pasa con esto que está escuchando?. Desde el fondo trae a la otra persona, le pregunta y trae a la pareja, esto lo hace el coterapeuta, sino se te va la mitad de la escena. El fondo siempre es el que sostiene a la figura y entonces trae lo que la figura no está tomando o le da un sentido también, por ejemplo, traducir lo que está trabajando la figura, puede ser que decodifique, le dé un sentido o trae a la pareja. Se incluye al otro en lo que le pasa, porque eso modifica al vínculo.

La coterapia es como un lugar de mucha riqueza y la sensación es que no estás solo, que no tenes que mirar todo al mismo tiempo sino que hay otro que está mirando con vos, que te complementa y que está. Obviamente hay que trabajar los egos y la

competencia, la confianza, el respeto por el otro y el trabajo vincular. La pareja coterapéutica es un modelo para la pareja, actúa como los padres para los hijos. El terapeuta tiene que cuidarse mucho de no actuar, sino encuadrar. Aclarar que en este espacio no se grita, no entrar en la violencia del paciente.

F: Sobre el uso de metáforas, ¿Cómo es?

P: Muchas veces sí, se hace uso de metáforas o de imágenes. Eso aclara también, completa, es parte del registro y la conexión que hay con esa situación de lo que está pasando, con el campo, y lo que te aparece. Se supone que uno no va a decir cualquier cosa. Por otro lado si decís cualquier cosa no es tomado, pasa. Lo importante es que no haya descalificación en los terapeutas. Lo mejor es hablarlo afuera, no ahí en la sesión.

La riqueza de las metáforas es que dan otra visión, amplían la mirada, te sacan del foco e ilumina, y es otra manera de ver, tiene que ver con otra parte del cerebro, la metáfora es lo analógico, es la imagen y va a otro nivel de conciencia, igual que el juego.

F: Acerca de la interacción de la pareja, se tiene en cuenta el ciclo de la experiencia.

P: Hay un ciclo de la experiencia vincular. Tiene que ver con lo que queda detenido, el ciclo de la experiencia tiene un ritmo, movilización de la energía, acción que lleva a l contacto, resolución y cierre. Eso se puede ver en un apareja, cuando queda implotado en el vinculo o en una de las personas y no hay movilización de la energía, o como cuando una pareja está como en un estado de boicot, estancada. Siempre la movilización de la energía es salud y eso puede estar en algún miembro y puede estar en el vínculo.

F: En relación a los tipos de interacción de la pareja, hay ejercicios que se usan para que la pareja se den cuenta de la forma que tienen?

P: Hay ejercicios de contacto de sostener la mirada, de que uno habla y el otro escucha. Hay ejercicios que tiene que ver con trabajar con la familia de origen. Cosas que se están jugando en la pareja, que en realidad cosas que tiene que ver con otra historia. Después se puede dar tarea para que traigan a los 15 días, por ejemplo un ejercicio puede ser escribir la línea de tiempo de esa pareja, cuáles fueron los puntos importantes o los hitos importantes para cada uno, eso lo hacen por separado. Se trae el

material y juntos se los ve, puede ser que uno diga una cosa, el otro diga otra. Ya el hecho de escuchar al otro en un espacio vincular también ayuda, se trata de integrar las versiones, es raro que haya una única versión en la pareja.

Los distintos tipos de contacto se trabaja más en la familia, si hay un tipo de contacto muy apegado, pero eso ya es más específico porque no es lo mismo un tipo de contacto con un chico de 7 años que con uno de 13, entonces se ve cual es el contacto saludable de acuerdo al momento evolutivo. Se ve el tipo de contacto, si es fuerte, no firme, laxo, tenso, contenedor, nada contenedor. No es tocar solamente, un contacto que da el límite también, no es lo mismo un mimo que un límite. Con eso se trabaja mucho. O por lo menos esta bueno verlo. Eso más con las familias. Con las parejas no se llega tanto por ahí.