

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales



TFI

Trabajo Final Integrador

La Supervisión Clínica en el *Enfoque Gestáltico*

Gentile Sarna Macarena

Legajo N° 36201

Índice

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.....	1
2. Objetivos.....	3
2.1. General.....	4
3. Marco teórico.....	4
Supervisión.....	4
3.2. Perspectiva Gestáltica.....	5
3.3. Conceptos básicos implicados en el desarrollo de la terapia gestáltica y labor terapéutica en función de cada uno de éstos.....	6
3.3.1. Fenomenología.....	7
3.3.2. Teoría de Campo.....	9
3.3.3. Existencialismo.....	11
3.3.4. Diálogo.....	12
3.3.5. Otros aportes.....	14
3.4. Algunos conceptos distintivos de la terapia gestáltica.....	15
3.4.1. Aquí y ahora.....	15
3.4.2. Simpatía.....	17
3.4.3. Resonancia.....	20
3.4.4. Supervisiones en terapia gestáltica.....	21
4. Metodología.....	24
4.1. Tipo de estudio.....	24
4.2. Participantes.....	24
4.3. Instrumentos.....	25
4.4. Procedimiento.....	25
5. Desarrollo.....	25
5.1. Observación A.....	30
5.2. Análisis de la observación A.....	34
5.3. Observación B.....	37
5.4. Análisis de la observación B.....	39
6. Conclusiones.....	43
7. Bibliografía.....	46

1. Introducción

El presente trabajo surge de la práctica de habilitación profesional en una Asociación de asistencia con un marco teórico gestáltico (A), , en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta institución brinda formación y asistencia. Ofrece un post grado en Gestalt, de tres años de duración y modalidad vivencial, como también seminarios, cursos, actividades comunitarias, talleres y asistencia a la comunidad.

La práctica consta de 320 horas en las cuales se observarán admisiones y supervisiones, se concurrirá a cursos, seminarios y talleres. Asimismo se realizarán actividades vivenciales en la escuela de post grado. El interés del tema a abordar es esencialmente la supervisión como dispositivo en terapia gestáltica, el cual surge a partir de la observación y participación en supervisiones con diferentes grupos de profesionales a lo largo de la práctica en la institución.

Dadas las particularidades que ofrece el dispositivo de supervisión bajo el enfoque gestáltico, ha sido de gran interés ahondar en la temática para conocer los componentes y dinámica que presenta; su funcionamiento.

Se pretende entonces dar cuenta de lo distintivo del dispositivo, integrando la teoría con lo observado durante la experiencia.

2. Objetivos

2.1. General

Describir y analizar la supervisión como dispositivo en terapia gestáltica, sus componentes y dinámica a través de casos clínicos.

2.2. Específicos

Analizar las características distintivas de las supervisiones según el enfoque gestáltico.

Vincular la supervisión con el concepto del aquí-ahora.

Relacionar la supervisión con el concepto de Resonancia.

Vincular la supervisión con el concepto de Simpatía

3. Marco teórico

Para dar a conocer cuestiones teóricas en relación a la temática del presente trabajo, se considera pertinente presentar de manera amplia, en primer lugar, el concepto de supervisión para luego conceptualizarlo desde el enfoque gestáltico.

3.1.

Supervisión

Lobato Freile (2007) sostiene que el término supervisión deriva del latín y remite a sobre-ver sea cual fuere el campo donde se aplique, siendo utilizado principalmente en Europa después de la segunda guerra mundial, extendiéndose hasta generalizarse y desarrollarse en todo el mundo. Siendo (según Holloway, 1995) desde los años '50, foco de muchas especulaciones en el ámbito de la salud. En parte, debido a que la base del conocimiento acerca de las supervisiones fue desarrollada a través de datos empíricos para crear y así

establecer modelos de práctica, logrando entonces una base de conocimiento diferente.

Lobato Freile (2007) expone que la supervisión refiere a la examinación de un trabajo realizado por una persona que se ha establecido con el tiempo en un modelo de intervención en las organizaciones, como también en el mundo socioeducativo y sanitario para evaluar e inspeccionar la práctica, estando vinculada con la observación global de la tarea, aunque manteniendo cierta distancia.

Parafraseando a Holloway (1995) la supervisión clínica se secciona en dos partes, donde participan dos sujetos: uno de ellos designado como supervisor y el otro como supervisado. Durante la supervisión ambos trabajan acerca de cuestiones clínicas y profesionales como también en relación al crecimiento del supervisado. Esto sirve para reconstruir cada sesión y crear a su vez un contexto de aprendizaje, operando en un primer momento en base a técnicas, deliberando estrategias e intervenciones.

3.2. Perspectiva Gestáltica

Es importante considerar algunos lineamientos básicos acerca de la terapia gestáltica, la cual fue fundada por Frederick Perls y Laura Perls en los años 40 focalizando en lo que se percibe y siente en el presente, haciendo hincapié en el proceso, considerando como fin que los pacientes se acepten y valoren, como también den cuenta de lo que están haciendo, cómo lo hacen y cómo pueden cambiar (Yontef, 1993).

La terapia gestáltica no está orientada hacia la interpretación, a diferencia de otros modelos como el psicoanálisis, sino sobre la experimentación de los sentimientos y la expresión de estos en tiempo presente. Se trabaja, principalmente, sobre lo que se está haciendo, pensando y sintiendo en el *aquí – ahora*, en un proceso de toma de conciencia, no focalizando en la racionalización. Por ende, los terapeutas trabajan en la búsqueda con el paciente,

explorando y descubriendo sus potencialidades bajo esta modalidad (Zimberoff & Hartman, 2003).

Conforme a lo antes mencionado, Perls (1974) expone que el trabajo terapéutico consiste en la trascendencia de un movimiento externo a uno interno, en lograr autenticidad, ser sí mismo; entonces el sujeto desarrollará su potencialidad mientras el terapeuta posibilite un lugar propicio para el crecimiento.

Desde esta perspectiva, Naranjo (1999) acude a las ideas de Perls para manifestar que *ser auténtico*, vivir, existir, se entronca con estar consciente en el presente, en tiempo y espacio, tomar la responsabilidad del propio accionar y sentir, es básicamente la actitud de la Gestalt, la cual no se imprime en quienes estudian terapia gestáltica bajo la predicación de constructos teóricos, sino más bien en el propio entrenamiento mediante la praxis, en consonancia con la toma de consciencia, ser responsable y estar presente, alejándose de los deberes asignados.

Cabe mencionar que en cuanto al ser consciente, Burga (1981) sostiene que esta directamente emparentado con el término gestáltico *Awareness* el cual según Vázquez (2004) y Gaspar (2005) alude a aquello a lo que apunta la terapia gestáltica, que si bien no tiene una traducción exacta del inglés al castellano, refiere a la capacidad de ser consciente, *darse cuenta*. Capacidad que tiene todo sujeto y como tal puede estar estacionada o aumentada, para ello se buscará que el paciente atienda a las percepciones tanto internas como externas e integrarlas, en el aquí-ahora.

A modo de síntesis Latner (1994) sostiene: “La terapia gestáltica es una teoría de la conducta basada en la epistemología holística. Es descriptiva, integral y estructural, y resalta de ella la fenomenología y el presente” (p.19).

3.3. Conceptos básicos implicados en el desarrollo de la terapia gestáltica y labor terapéutica en función de cada uno de éstos

A continuación se articularán los conceptos a desarrollar con la labor del terapeuta para una mayor comprensión de dichos aspectos de la terapia gestáltica y un posterior análisis de la temática más íntegro.

Cabe destacar que la terapia gestáltica ha tomado algunos conceptos para su desarrollo, estos son: la *perspectiva fenomenológica*, la *teoría de campo*, la *perspectiva existencial* y el *diálogo* (Yontef, 1993), nociones que se encuentran totalmente concatenadas entre sí por lo que al describirlos por separado rozan ciertas aristas en común.

3.3.1. Fenomenología

En función de los lineamientos básicos, se concibe necesario mencionar la fenomenología, o filosofía de la esencia, la cual junto al existencialismo (también conocido como filosofía de la vida) surge en contraposición al materialismo y positivismo, pensamiento de principios de siglo (Peñarrubia, 2008).

Quien fue el fundador de la fenomenología, Husserl, proponía adoptar una mirada ingenua, realizando preguntas básicas frente aquello que se percibe, diferenciando entre sujeto, objeto y conciencia, a la vez que propone partir de lo manifiesto, de aquello que aparece conscientemente en un determinado momento (Peñarrubia, 2008).

Ginger & Ginger (1993) nombran a Husserl quienes dicen que las explicaciones son elaboraciones que deforman lo real, lo existente.

A saber, se trata de describir lo que aparece, tal como aparece, sin emisión de juicio de valor ni explicación alguna. Esto es compartido por la terapia gestáltica, en cuanto a los criterios de descripción y no juicio, como también la cuestión objeto-sujeto (Peñarrubia, 2008).

Ginger & Ginger (1993) toman diversos autores como Brentano, uno de los precursores de la fenomenología, quien fue parte de la llamada *psicología descriptiva*. Este autor sostiene que previo a la explicación, debe haber descripción, siendo el cómo precesor del por qué. Asimismo, nombra autores como Scheler, Minkowski, Jaspers y Merleau-Ponty en cuanto a la importancia de

la intuición emocional, del contacto, la consciencia en relación con el mundo y la experiencia en sí como también de las sensaciones en el aquí – ahora.

La terapia gestáltica pone el énfasis en lo fenomenológico en relación a las variables subjetivas, la prevalencia de la consciencia por sobre lo objetivo. De ello se infiere que el trabajo terapéutico fenomenológico en Gestalt no trata de develar verdades ocultas, ni interpretar, sino vivenciar lo que está sucediendo; ver lo obvio ejercitando constantemente la percepción en lo que se haya presente, sin intervención de la razón bajo juicios y nociones preconcebidas acerca de lo que es y no relevante, lo que debería ser y el por qué. Es decir, lo fenomenológico busca descripción clara de lo que es y está (Yontef, 1993).

En consecuencia, el trabajo terapéutico desde la fenomenología implica que el profesional entre en contacto con el lenguaje corporal y verbal de la persona percibiendo si estos condicen o hay un desdoblamiento en el mensaje, donde su cuerpo expresa algo que sus palabras no parecen decir, dado que sucede frecuentemente que las personas crean un repertorio verbal dejando a un lado lo corporal, y de ser así, este último sería un indicador de conflicto (O´Connell, 1993).

Como bien dice Schnacke (2003) y en relación a lo anterior, el terapeuta conoce su tarea y esta es la de facilitador del paciente en el encuentro con quien verdaderamente es, las expectativas en relación a su persona y lo que le sucede en el aquí-ahora.

Schnacke (2003) nombra a Perls quien alegó que el hombre tuvo la necesidad de ver el por qué y armar grandes teorías, alejándose del cómo, de lo puro, evidente y concretamente presente. Según esta autora vislumbrar dichas cuestiones y trabajar en ellas logra el distanciamiento del causalismo, que conlleva a descubrir el por qué de los hechos, sin dar cuenta de qué está sucediendo. De esto trata el proceso terapéutico.

3.3.2. Teoría de Campo

En cuanto a otro de los pilares de la terapia gestáltica, la teoría de campo de Lewin, Yontef (1993) señala que esta noción reemplazaría a la idea de partículas aisladas, entendiendo que las partes (en el campo total) están en correspondencia y relación unas con otras. Esto refiere a que el sujeto en su lugar, y junto a él, conforma un campo.

En terapia gestáltica se entiende al organismo en interrelación con su contexto, en un momento único (aquí-ahora), tomando una postura global en la que las partes se interrelacionan y son interdependientes. Se explica lo individual a través de la totalidad de los factores (Gaspar, 2005). Ese interjuego entre el campo y el organismo es la experiencia en sí, lo que en Gestalt se denomina *contacto* (Robine, 1999).

En este sentido, Burga (1981) retoma la doctrina holística propuesta por Smuts como uno de los principios del enfoque gestáltico, la cual en otras palabras sostiene lo mismo: que el hombre forma parte de un campo, de una totalidad en la cual a su vez está inmerso social y culturalmente. El ambiente posee su campo, y éste forma parte del campo total, el cual conforman conjuntamente el hombre y el medio. Entonces, el interjuego del sujeto con su ambiente será el determinante de la conducta que este posea.

Gaspar (2005) al hablar de holismo y teoría del campo menciona a Latner, quien sostiene que la terapia gestáltica se interesa principalmente en la integración, en la dinámica de las conductas por sobre el análisis. Se habla de procesos, de interacciones y movimientos en un campo determinado.

Siguiendo esta línea, Gaspar (2005) nombra a Yontef y a Haley quienes por separado sostienen que el profesional no puede ser objetivo, ni tomar una postura arbitraria puesto que la realidad está configurada por ambas partes, lo que se percibe y el sujeto que percibe. El terapeuta forma parte de un lugar indisociable del campo al dejar de pensar en el individuo como partícula aislada, tomándolo como unidad social en la cual el terapeuta y el problema se encuentran inmersos.

Por otro lado, Burga (1981) nombra a Perls al decir que pueden verse en el hombre dos niveles de actividad: pensar y actuar, que en principio parecen ser diferentes pero están unificados en ese todo (el campo), del que se viene hablando. Es sobre este campo, sobre la totalidad y no sobre las partes aisladas, dónde va a trabajar el terapeuta gestáltico conjuntamente con el paciente.

El término frecuentemente utilizado al hablar de campo es *contexto*. Y en lo que compete al ámbito del enfoque del cual se está partiendo, sería atender a los elementos del ambiente, aquello que por momentos parece no estar presente, o no se nombra por parecer externo y sin embargo actúa como recurso de aquello que emerge y parece nodal (Starak, 2001).

La actividad del terapeuta gestaltista en relación a este concepto y desde dicha perspectiva, en un primer momento será la de trabajar sobre la organización del campo del paciente que ya tiene determinado modo de percepción y acción en cuanto a cierta necesidad. El terapeuta entonces aislará partículas del campo, acentuando aquello emergente (Polster & Polster, 2001).

Robine (1999) retoma los cinco principios de la teoría del campo de Parlett, que en términos similares engloban todo lo antedicho por los autores ya mencionados. Estos resumidamente son:

- a) Principio de organización: según la posición que se tenga en el campo y la interacción con los elementos en él, será la significación que tendrá un hecho.
- b) Principio de contemporaneidad: lo que sucede en tiempo presente se explica por las influencias en el aquí – ahora. Lo que se anticipa o recuerda se entiende como tal, en el presente.
- c) Principio de singularidad: el campo de cada sujeto es único. Por lo que se privilegia lo particular, más allá de que existan generalidades las cuales serán tomadas en cuenta desde un segundo plano.
- d) Principio de proceso cambiante: la experiencia es dinámica como también la percepción de ésta.
- e) Principio de relación pertinente: nada debe quedar por fuera del campo ni ser considerado no relevante.

3.3.3. *Existencialismo*

Vinculada a la primera disciplina antes mencionada (la fenomenología) se encuentra el *existencialismo*, o perspectiva existencial, centrada en las relaciones que se dan entre las personas y las vivencias directas. Desde este punto de vista, se considera que los seres humanos se encuentran rehaciéndose o descubriéndose a sí mismos permanentemente (Yontef, 1993).

La filosofía existencialista se interesa por lo real y genuino, entendiendo al hombre como un ser en situación, un ser en el mundo. Esta filosofía remite a Kierkegaard y a Nietzsche, quienes a su vez apuntan que no hay verdades absolutas sobre el sentido de la vida y que tanto la responsabilidad como la libertad, posibilitan la dignidad humana (Peñarrubia, 2008). Por ende, dada la actitud anti teórica y experiencialista, al trabajar con la experiencia y no con la interpretación, se confirma que la Gestalt es un enfoque existencial (Naranjo, 2007).

Está direccionada hacia el ser, y la responsabilidad que esto conlleva. Ser por sobre el tener. Se plantea una visión del sujeto como totalidad, no como elementos aislados que pueden ser analizados como tales; esto fue propuesto por Kurt Goldstein, quien considera además que no se puede aislar al ser humano de su medio. Lo que a su vez condice con lo antes mencionado acerca de la teoría del campo, la cual se contrapone al modelo médico, donde por momentos se disocia un órgano del sujeto y surge el tener (a modo de ejemplo, tener un hígado, un corazón) en Gestalt se es, a su vez, esos órganos que configuran el todo (Perls, 1974).

Según Peñarrubia (2008), Rollo May es el mejor representante de la psicoterapia existencial, con la que la Gestalt tiene afinidad. En efecto ésta pretende aumentar la conciencia del cliente respecto de su real existencia, armar una relación auténtica basada en el respeto y el compromiso.

Desde el lugar del terapeuta gestaltista, Nadal (2006) indica que la búsqueda con el paciente, el proceso, debe hacerse bajo el concepto de que cada ser humano es responsable de su propia vida, por ende, de aquellas situaciones

que le generan malestar. Poder asumirlo colabora a que el sujeto se de cuenta de qué está haciendo o hace y cómo, de qué manera. Descubrimiento y reconocimiento, esto sería la base para el buen funcionamiento.

Consecuentemente, Vázquez (2004) sostiene que el terapeuta es quien toma una posición existencial y fenomenológica, describiendo lo que se observa, sin generar una interpretación o análisis, devolviendo los elementos no verbales de su mensaje al paciente, mostrando aquellas conductas y el discurso del paciente. A su vez, presta particular interés en lo relacional, aquello que el paciente hace frente a él. Vislumbrar lo obvio, manifiesto, haciendo hincapié en el cómo por sobre el qué (Gaspar, 2005). Exige, apoyado en la fenomenología, que el sujeto se responsabilice, sobretodo, de su existencia y desde el enfoque, el primer puntapié inicial donde se compromete, es al hablar en primera persona (Perls, 1974).

Que un sujeto sea responsable para la terapia gestáltica no refiere al cumplimiento del deber, sino el poder responder desde su propio lugar como persona, sin hacer análisis o interpretaciones sobre lo que en realidad quiso decir. Estar presente, poder reconocer y responder desde sí mismo, esto es propio del enfoque existencial (Naranjo, 2007)

3.3.4. Diálogo

A tales efectos, es preciso mencionar a Buber (2002) quien señala la importancia de las personas de relacionarse, para lo cual toma el concepto de diálogo o relación yo-tú, retomando el valor de la comunicación y significación a partir del diálogo, de la palabra en el encuentro, como algo que se da en el espacio de relación que no se concibe de otro modo. Consecuentemente lo antedicho podría vincularse a la frase ya antes mencionada: el todo es más que la suma de las partes, propia de la Gestalt, remitiendo a que aquello que se da en el vínculo, en el diálogo, en la relación, y que desprendiendo las partes unas de otras, no se generaría.

El encuentro o diálogo, se produce a través de la palabra en relación con otro; encuentro entre una persona y un otro, a partir del cual se genera esta diferenciación (al decir Yo, se le da existencia a un Tú). Cuestión que no se daría jamás entre objetos, por el contrario, únicamente es posible entre personas (Buber, 2002).

Yontef (1993) ajustándose a lo dicho por el autor antes mencionado, acentúa la importancia de lo relacional, del crecimiento personal a partir del encuentro con otro. Es en dicho espacio donde se comprende a cada persona como un sujeto diferenciado, auténtico y con un fin.

Por consiguiente, cabe mencionar que Buber (2002) remite a la noción de presente en tanto momento existente en función de una relación, encuentro y presencia. Presente no como algo momentáneo, transitorio, sino como algo constante y perdurable; el aquí y ahora gestáltico.

Cabe destacar en función a la labor terapéutica, que en un primer momento el vínculo paciente-terapeuta es el aspecto más importante de la psicoterapia gestáltica. No se pretende ir en busca de un objetivo terapéutico pautado, sino trabajar desde el diálogo para ayudar al paciente a reconocer y alcanzar sus potencialidades. Para ello, a su vez, la terapia prepondera la importancia de darse cuenta de lo que es, en vez de hablar de lo que debe ser, lo cual conlleva a la autenticidad y responsabilidad. Siendo que en el proceso terapéutico el diálogo busca generar y sostener un vínculo comprometido y espontáneo, a no tomar una postura directiva en el proceso del paciente. Esto quiere decir que el terapeuta no toma una posición de poder ni de técnico que únicamente utiliza herramientas en función de cada caso para reparar (Yontef, 1993).

En efecto, Rud (1994) cita a Buber, quien sostiene que el encuentro converge en vivenciar la relación, sin interponer ningún sistema de ideas, desligándose de prejuicios, por ende, fomentando la relación directa. De lo contrario, la relación sería abolida. Esta idea se ajusta al concepto del cual se viene hablando, la ya mencionada noción de encuentro de Buber es utilizada en la Gestalt y complementaria a conceptos tales como *empatía* y diálogo (este último término análogo en terapia gestáltica al concepto de encuentro).

Es entonces el terapeuta gestáltico quien impulsa a que los pacientes puedan decir lo que piensan y sienten, tomando esa posición sin calificar ni analizar, pudiendo situarse en la experiencia inmediata del paciente (Yontef, 1993).

A modo de síntesis, es importante entender el diálogo como algo intangible, generado a través de la palabra, que se produce de ser a ser, donde se pone en juego la totalidad de la persona, sin intermediarios. El hombre es en relación, a través de toda su presencia (Buber, 2002). Por lo tanto surge en el encuentro entre dos. Es un emergente de la comunicación, mientras cada una de las partes está presente. No hay manipulación, no es premeditado ni se prevé un resultado. Es parte de la búsqueda de la autenticidad. El sujeto, de esta manera, da cuenta de quién es en la interacción con otros, donde verdaderamente es (Yontef, 1993).

3.3.5. Otros aportes

Se considera de gran importancia mencionar que existieron otros aportes los cuales contribuyeron al desarrollo del enfoque, por ejemplo el Budismo Zen el cual fue por sobre todas las cosas de gran influencia en la vida de Perls y por ende afectó directa y proporcionalmente a la Gestalt. Esta rama del Budismo oriental se apoya en la transmisión directa de conocimientos, a través de la experiencia, no en los textos teóricos. Se vincula más a la idea de maestro-aprendiz que a lo que se acostumbra y conoce académicamente. Por ello, la Gestalt fue auto-nombrada como *experientialismo ateórico* (Naranjo, 2007). En consonancia, como bien refiere Vázquez (2004) Perls decía que quien quisiera aprender Gestalt tenía que ver y vivenciar la experiencia.

Y en cuanto al trabajo terapéutico, Borja (1997) acuerda con esta idea deduciendo que si el conflicto, que fue vivenciado y nace como experiencia, debe ser solucionado con experiencia, en la experiencia, no intelectualizando el problema ni buscando lo racional desde el pensamiento.

Por otro lado Peñarrubia (2008) sostienen que además de los lineamientos básicos antes mencionados, Jacob Levy Moreno, el creador del Psicodrama,

también dejó su impronta en la terapia gestáltica. Se ha considerado que ésta ha tomado del psicodrama técnicas que para el Psicodrama eran secundarias, implementándolas como básicas y centrales, pero fundamentalmente en el uso del cuerpo, la creatividad y la espontaneidad.

3.4. Algunos conceptos distintivos de la terapia gestáltica

3.4.1. Aquí y ahora

Retomando la experiencia inmediata, Zinker (1999) sostiene que el concepto del aquí y ahora está vinculado con la impronta de la fenomenología y el existencialismo en la terapia gestáltica, la cual procura comprender el estar aquí y ahora del individuo en cada nivel de funcionamiento.

El aquí y ahora, y el cómo, según Perls (1974) son pilares esenciales en los que se apoya la terapia gestáltica.

Como indica Naranjo (1999) la relación de las psicoterapias con el trabajo en el presente, y no únicamente en el pasado, fue parte de un proceso paulatino. Desde el psicoanálisis, el presente era un medio para interpretar el pasado. Esto se fue modificando y enriqueciendo; Klein, quien enfatizó en la comprensión de la relación transferencia; Bion desde lo grupal se enfocó en el presente; Reich, al generar un cambio focalizando en la acción antes que en la palabra, accionar sobre lo presente y por último Horney, gran figura para Perls, que entendía que las perturbaciones actuales fueron originadas en el pasado y eran sostenidas en la actualidad por un proceso de falsa identidad.

Además de la fuerte impronta del psicoanálisis en cuanto al trabajo terapéutico situado en el presente, la terapia gestáltica cuenta con dos fuentes que han colaborado: Los *grupos de encuentro* y el Zen, ya que la base de las disciplinas espirituales más antiguas es el trabajo en el presente (Naranjo, 1999).

Por otro lado, Vázquez (2004) hace una revisión sobre el trabajo gestáltico en el presente y señala que el énfasis en el aquí y ahora proviene tanto del acercamiento de Perls al fuerte movimiento existencialista que se originó en

Europa en los períodos entre guerras, especialmente en la segunda post-guerra mundial, como de su experiencia traumática como médico militar en ambas guerras. Por otro lado, las experiencias con el Taoísmo y luego con el Budismo Zen colaboraron en la concepción de una terapia basada en el presente y el interpretar como resistencias todo intento del paciente de hablar exclusivamente de su pasado o futuro.

En cuanto al trabajo terapéutico, en función de lo antedicho, Naranjo (1999) señala que existe al menos dos formas para centrarse en el aquí-ahora. La primera tiene que ver con atender a lo fenomenológico y a lo que sucede en el propio campo, que el paciente lo exprese sin valorarlo y bajo la indicación de tomar distancia de la intelectualización acerca de lo percibido.

La segunda se vincula al centrarse en el presente. Naranjo (1999) habla en términos de *presentificación* a decir, traer a tiempo presente, como situación actual, algo del pasado o futuro. Cabe aclarar que no se trata únicamente de un hecho al que se le modifica el tiempo verbal en el discurso, sino que se acompaña corporalmente mediante posturas y gestos que representen el momento.

Sólo llevando la experiencia al aquí-ahora (poniendo el acento en el acto de recordar como actividad del presente) se hace tangible, esto se debe al registro del sistema sensorio motor. Al evocar un suceso pasado, físicamente emergen diversas reacciones que dan cuenta de esto en tiempo presente. Es por ello que la experiencia terapéutica es un hecho en sí, donde los temas y actividades pasadas y futuras no son de gran importancia. Es la presencia misma. La persona debe trabajar sobre la realidad, con lo que está allí mismo, en tiempo presente (Polster & Polster, 2001).

Al iniciarse la experimentación del aquí y ahora por la experiencia sensorial, se dirige la atención en un proceso activo de forma simple e ingenua. Es por ello que desde el lugar de terapeuta se emprende una observación acerca del estar del paciente e informa a este en función de lo que percibe, haciendo una descripción, sin interpretaciones, tal como se presenta en situación (Zinker, 1999).

Según Naranjo (1999), sería análogo a una meditación en el plano interpersonal, donde hay verbalización. Esta situación, además, genera una

dificultad en cuanto a sortear la defensividad propia del sujeto, a sostenerlo en tiempo presente. Aquí el terapeuta sirve de guía, orientándolo para evitar el desvío, dirigiendo la atención sobre aquello que hace y que en muchas circunstancias se convierte en automatismo como forma de respuesta. Entonces, el terapeuta nuevamente resalta el cómo.

Para la terapia gestáltica no hay una única verdad, ni está estática y eterna, sino más bien es temporaria. Se centra en las relaciones presentes y los sentimientos que, en este tiempo, emergen (Polster & Polster, 2001).

Naranjo (1999) enfatiza que el presentismo en la terapia gestáltica orienta hacia la existencia real, actual y tangible, y menciona la responsabilidad como habilidad de responder, la cual coopera a estar presentes y ser conscientes. En consecuencia, Vázquez (2004) indica que para la Gestalt todo es presente. Pasado y futuro serán traídos al presente si resulta trascendente para el paciente.

3.4.2. Simpatía

La noción de *simpatía* proviene del término *vínculo simpático* el cual desarrolla Perls (1976) al pensar el vínculo terapéutico gestáltico como particular, siendo que el profesional en su tarea atiende a lo que le ocurre al paciente y al mismo tiempo lo que le sucede a sí mismo (en función del paciente o en cuanto a la etapa de trabajo terapéutico por la que circulan, la temática y demás aristas que puedan rozar con la historia personal), lo peculiar de la simpatía, a diferencia de la empatía, es el uso de la experiencia personal y el atender al propio sentir, como también a lo fenomenológico del momento. Con esto acuerda Nadal (2006) quien habla de un trabajo bidireccional del terapeuta en tanto prestar atención interna (estar atento a lo propio) y atención externa (dirigida hacia el sujeto y al campo), a la vez que utiliza estos datos como herramientas de intervención.

En consonancia, Gaspar (2005) nombra a Ginger quien considera que dicho concepto se diferencia de la *apatía* psicoanalítica y en parte de la empatía Rogeriana, implicando desde el enfoque gestáltico una actitud más activa del terapeuta, haciendo referencia principalmente a sentir con el paciente.

Ampliando lo dicho, esto remite precisamente a lo que expresa Perls (1976) que supone que el terapeuta tiene tres alternativas para posicionarse frente al paciente en una terapia: la primera es la simpatía, la cual refiere a la responsabilidad total del campo, de quién es terapeuta y quién el paciente; la segunda refiere a la empatía, donde sugiere que según esta posición el terapeuta se focalizará en las reacciones del paciente; finalmente la apatía, la cual según este autor no conduce a ningún resultado certero.

Este autor reconoce que la empatía figura como lo que pretende la generalidad, dado el conocimiento de una dualidad en el campo. O se es apático, o empático; por lo que resulta conveniente optar por la segunda opción. Ahora bien, existe también una razón por la cual la simpatía queda reducida a la empatía y el terapeuta entonces se auto-limita privándose de usar la sensibilidad e intuición para ver ese campo, el proceso del paciente, y tiene que ver con la frustración, para que vea aquello que conforma su fondo (Perls, 1976).

Perls (1976) dice que en el vínculo simpático el terapeuta también frustra al paciente en su intento por manipular y buscar apoyo ambiental, para que este pueda valerse del auto-apoyo, o esté en aras de encontrarlo, como también para que integre aquello que no reconoce como propio. Y que en contraposición, no hay un contacto verdadero en la empatía, donde considera que se sostienen y fortalecen aquellos aspectos que colaboran en el neuroticismo del paciente.

Sin embargo hay autores como Naranjo (2007) que sustentan conceptualmente la misma idea, pero habla por momentos de empatía y simpatía sin generar diferenciación, sosteniendo que la terapia sobrepasa el trabajo interno del paciente, las técnicas y estrategias que el terapeuta utilice. Siendo el elemento relacional y la motivación para ayudar al otro partes indispensables e indisociables para la terapia gestáltica.

Sucede que dicho autor, a la vez que sostiene que simpatía tiene que ver con el accionar y vincularse con el paciente desde el propio sentir, menciona a la empatía Rogeriana como el 90% de la terapia. Agregando que no está directamente ligado a lo sentimental, sino a poder posicionarse en el lugar del paciente, saber estar y oír (Naranjo, 2007).

Aunque bajo el término simpatía, con esto acuerdan Burga (1981) y Nadal (2006) quienes fundamentan que sin lograr este tipo de vínculo, el paciente difícilmente pueda exponer su vivencia y el trabajo terapéutico no será eficaz. Es por ello que la relación establecida con el paciente es crucial para el tratamiento, sobrepasando la teoría, el modelo y las técnicas que se utilicen, siendo estas últimas manipuladas para poner en manifiesto aquellos aspectos propios que son evitados. Son herramientas con alta eficacia pero no cubren la totalidad del trabajo.

Bajo el término empatía, aunque asemejándose casi de manera igualitaria con el concepto propuesto por Perls (1976), Polster & Polster (2001) concluyen que el terapeuta es su propio instrumento, dado que utiliza sus sentimientos y estados de ánimo para realizar el trabajo; para ello debe sintonizarse con el paciente y consolidar un buen vínculo terapéutico.

Naranjo (2002) parafrasea a Quattrini quien no menciona el término simpatía pero sí genera diferenciación entre identificación y empatía. Considera que la primera se vincula con vivenciar lo que le sucede al otro, como propio, mientras que en la empatía hay una clara diferenciación de lo que le sucede al otro con respecto de lo propio, tener consciencia de sí, aunque de todos modos se entienda el sentimiento o la emoción que vivencia el paciente.

Nadal (2006) acuerda con lo antedicho y dice que la responsabilidad del vínculo simpático de sostener tal compromiso, tiene que ver con conocer la propia historia, lo personal, trabajar en ello, en lo pendiente, para que de alguna manera el trabajo terapéutico sea realmente comprometido y no intervengan cuestiones que no sean concernientes, para que el trabajo con el paciente no se vea contaminado. Según Yontef (1993) tiene que ver con situarse en el lugar del otro sin perder sentido y noción del propio lugar; atender en paralelo al sí mismo.

Aunque parece reiterarse en todos los autores antes mencionados, cabe poner énfasis en que, de todas maneras, el terapeuta acompañará a cada paso, sabiendo que él ha hecho su trayectoria (lo que de cual desde la simpatía será utilizada como herramienta de intervención), pero será el paciente quien deberá vivenciar su propio camino (Borja, 1997).

3.4.3. Resonancia

En cuanto al carácter activo del terapeuta, otro concepto utilizado frecuentemente en este enfoque, y del cual no se conoce abundante material, aunque es mencionado en relación a otros conceptos, es el de *resonancia*.

Polster & Polster (2001) sostiene que el terapeuta debe sintonizar con la otra persona, siendo una caja de resonancia para el paciente mediante la cual se reflejarán aspectos de éste y del vínculo, aportando material para el trabajo en la terapia. Tanto el paciente como el terapeuta podrán captar los sentimientos, emociones y pensamientos del otro mientras exista contacto y reconocimiento de lo propio.

Robine (1999) menciona el concepto de *campo morfogénico* de Sheldrake, este remite a que en un sistema organizado se generan campos no visibles que funcionan a través del tiempo y el espacio como matriz del comportamiento y que esto puede conocerse a través de sus efectos.

Por otro lado, Robine (1999) toma la noción de *resonancia mórfica*, de la autoría de Sheldrake quien sostiene que dicho término puede ser explicado utilizando analogías, como la musical, para lo cual dice que el efecto de la resonancia en la terapia es similar al de una cuerda cuando vibra sensiblemente ante una onda sonora particular.

De igual modo, Robine (1999) parafrasea a Elkaïm quien alega que la resonancia está formada por lo común o parecido de los diferentes sistemas que se encuentran interactuando. La resonancia aparece entre quien figura y el contexto allí presente, que a su vez descubre esa figura. Esto da lugar a entender que el sujeto puede resonar en cuanto a la similitud que encuentre en el otro como también a la diferencia, y dar cuenta de ello.

De todos modos, no todos los sujetos presentes en interacción con otro dan cuenta de una resonancia, por ello únicamente aquellos sujetos que se encuentren dinámicos consigo mismos, no sean elementos inminentemente fijos, son capaces de resonar por lo que generarán mayor movimiento (Robine 1999).

Borja (1997) menciona la importancia de revelar, exteriorizar, los pensamientos y sentimientos al paciente durante el trabajo terapéutico, dado que considera que es un modo de mostrar autenticidad y confianza, lo que otorgará un mejor panorama para que el paciente haga lo propio. En otras palabras Polster & Polster (2001) al hablar de resonancia, Yontef (1993) al desarrollar la noción de diálogo y Perls (1976) respecto de la simpatía, acuerdan con lo antes descripto.

3.4.4. Supervisiones en terapia gestáltica

En cuanto a las nociones básicas de la terapia gestáltica, teniendo en consideración aquellos lineamientos generales del concepto de supervisión desarrollado anteriormente, es pertinente mencionar a Naranjo (2002) quien señala que existen dos modalidades de trabajo en Gestalt: *co-visión* y supervisión. Ambas proporcionan mayor seguridad al terapeuta y no están necesariamente ligadas a una jerarquía de conocimientos.

Co-visión (también conocida como *Intervisión*) refiere a la revisión del trabajo terapéutico en un grupo de pares, quienes a su vez también presentan casos clínicos. Supervisión, en cambio, se vincula con la presencia de uno o más terapeutas quienes generan señalamientos en función de los casos presentados, el tratamiento, trabajo terapéutico y el rol del terapeuta gestáltico (Slemenson, 1996). Parafraseando a Starak (2001) consiste en la exploración de la frontera entre el sistema del terapeuta y el del paciente, para lograr mayor versatilidad y creatividad en el terapeuta, promoviendo el conocimiento y uso de las propias herramientas.

Considerando la posición de superioridad que suponía la del supervisor, Naranjo (2002) alega que en Gestalt no se encuentra estrechamente vinculada con la jerarquía de conocimientos, sino que tiene relación con las experiencias vividas y el trabajo personal recorrido del terapeuta supervisor en relación con el supervisado, dado que de lo contrario sería *intervisión* o *covisión* donde se logra el intercambio entre colegas en situación de paridad. Intercambio de conocimientos y opiniones inter-pares.

Ahora bien, cabe mencionar que existe la concepción de supervisión como herramienta para cubrir aspectos deficientes en la labor del terapeuta en el inicio del ejercicio profesional, y esta deviene del modelo médico el cual posiciona al supervisor por encima del terapeuta en función de los conocimientos que ambos puedan tener, lo que en general está vinculado a los años de ejercicio profesional (Naranjo, 2002).

Slemenson (1996) acuerda con lo antedicho, afirmando que el primer acercamiento de un terapeuta a supervisión está ligado con la intención de cubrir necesidades técnicas y teóricas, sin embargo, a lo largo del trabajo terapéutico y de supervisión aparecen ciertas dificultades que se reiteran, en la mayoría de los casos, relacionadas directamente con cuestiones personales no percibidas. Estos serían puntos a trabajar en supervisiones bajo el enfoque gestáltico.

Ahondando en la concepción de supervisión como dispositivo bajo este enfoque, Slemenson (1996) expone diferentes modalidades, indicando que las supervisiones pueden ser individuales, de parejas co-terapéutica y de grupos de supervisión; clínicas o institucionales. En el primer caso pueden ser de tratamientos individuales, de pareja, familia o grupos terapéuticos, siendo el estilo de la supervisión democrático, principalmente porque pretende alejarse de la asimetría en la relación entre el supervisado y el supervisor, buscando simetrizar el vínculo.

Naranjo (2002) sostiene que si bien las tareas habituales del supervisor gestáltico están vinculadas con el trabajo sobre el diagnóstico, plan de tratamiento y proponer intervenciones, menciona que autores como Harman y Tarleton destacan de la supervisión el trabajo de responsabilizar al terapeuta del vínculo establecido con el paciente, en tiempo presente, como lo primordial y central. Con esto acuerda Starak (2001) quien sostiene que actualmente, en contraposición a la anterior noción de supervisión como quien tiene mayor conocimiento y sobre ve en una actitud directiva, la labor del supervisor no tiene relación directa, o más bien no es condición excluyente que éste tenga basta experiencia en el ejercicio profesional, ni es quien ve si los supervisados han alcanzado metas establecidas o hayan hecho lo correcto, sino que requiere de una visión aún mayor, integral,

cambiante, siendo quien debe flexibilizarse para trabajar en diferentes niveles en simultáneo.

Según Slemenson (1996) en conformidad con lo antes dicho, una modalidad de supervisión en Gestalt es el trabajo con el grupo de pares. Dado que al participar de supervisiones grupales los terapeutas se darán cuenta de aquellas cuestiones que depositan en el paciente y tienen relación con lo propio, con aspectos personales. Siendo que en muchas oportunidades de supervisiones individuales se discute sobre el caso sin llegar a soluciones, dado que no se cuenta con tantos recursos como en un grupo. Siendo el fin último de la supervisión grupal, la creación de un saber conjunto que agregue nociones técnicas y estratégicas, como también que funcione de soporte y otorgue diferentes visiones.

Emparentado a lo anterior, Naranjo (2002) sostiene que la esencia de la supervisión radica en un espacio de observación, cuestionamiento, descubrimiento y aprendizaje para el terapeuta, por sobre la técnica y teoría. Por otro lado según Nadal (2006) el terapeuta tendrá que trabajar en supervisión aquello que le sucede en cuanto a la transferencia del paciente, lo que se denomina contratransferencia. Lo particular es que desde el enfoque gestáltico se puede utilizar esto con el paciente a modo de intervención.

Cabe mencionar que si bien Holloway (1995) asegura que la tarea del supervisor es la actividad más compleja vinculada a la práctica psicológica, donde debe actuar centralmente como soporte y como agente de cambio, siendo quien sirve de técnicas y estrategias para que el supervisado adquiera actitudes y habilidades y así logre una práctica efectiva, ocurre un doble proceso; cuando el supervisor enseña, el supervisado adquiere habilidades y conocimiento en cuanto al trabajo profesional a la vez que gana conocimiento experimentando y articulándolo en y con su situación interpersonal.

De la misma manera que Yontef (1993) declara los cuatro principios básicos implicados en el desarrollo de la terapia gestáltica (fenomenología, teoría del campo, existencialismo y diálogo), en otras palabras, Starak (2001) considera que estos son los mismos procesos que se ven implicados en las supervisiones.

Repara en la idea de que los terapeutas son quienes promueven y facilitan el camino al autodescubrimiento del sujeto (paciente/cliente) para lo que debe conocer la organización del campo del sujeto, lo cual está vinculado según este autor con la fenomenología y el conocer sin juzgar, ver lo que está y con que se cuenta.

Por otro lado desde la teoría del campo llevada a la Gestalt se manifiesta en términos de *fondo*, o contexto, aquello que esta presente pero de lo que generalmente no se habla, que en oportunidades se pasa por alto como obvio y da lugar a la *figura*, lo que está en primer plano, presente y explícito. Es en ese fondo, que también se debe trabajar por que allí está lo desconocido, está el imaginario, lo intangible, que también es parte del proceso y de donde surge la figura. Por último menciona al existencialismo dialógico, donde se trabaja en supervisión los diferentes aspectos de la relación terapéutica (Starak, 2001).

Para finalizar Slemenson (1996) señala que una vez que los terapeutas que trabajen bajo dicho enfoque hayan logrado atravesar estas situaciones y alcancen la autenticidad en su hacer y ser, hayan pasado por el proceso del darse cuenta, integrando lo que le es propio, el profesional se encontrará en condiciones de trabajar en intervisión, en paridad.

De todos modos, como menciona Holloway (1995), no existe en supervisión clínica un buen ajuste entre lo práctico y lo teórico, dado que hay escaso material sobre la temática.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo.

4.2. Participantes

Este estudio consta de la observación de cinco grupos de supervisión conformados por tres a cinco terapeutas gestálticos de ambos sexos, quienes realizaron el post grado en Gestalt en la Asociación (A) o bien están finalizando el tercer año de formación.

Cada grupo fue supervisado quincenalmente y contó con uno o dos supervisores a cargo (psicólogos o psiquiatras), con mayor experiencia clínica que los terapeutas que presentaron sus casos clínicos.

4.3. Instrumentos

Para el presente trabajo se utilizó como instrumento el registro de observaciones.

4.4. Procedimiento

Se observaron grupos de supervisión elegidos aleatoriamente.

Cada grupo observado mantiene una frecuencia de encuentro quincenal y una duración de dos horas por encuentro, dando un total de veinticinco observaciones, cinco por cada grupo.

Estos encuentros están pautados con antelación y se realizaron en los consultorios de cada profesional-supervisor como también en la Asociación (A).

5. Desarrollo

Teniendo en cuenta que se propone mostrar lo distintivo y particular de las supervisiones bajo el enfoque gestáltico, se considera importante introducir al lector en cuestiones que tienen relación con la formación de un supervisor y supervisado gestaltista en la Asociación (A).

Según dicha entidad formadora, para ser supervisor los profesionales deben tener al menos quince años de recibidos. Haber ejercido cargos institucionales en A, desarrollar tareas de representación, talleres, congresos y

demás actividades de esta índole. A su vez deberán estar avalados por la Escuela de Especialización.

Los psicólogos y médicos formados y avalados por la institución terminan de cursar los tres años de formación (tres días, una vez al mes con modalidad de convivencia) y en un período de diez meses deben realizar una tesina, la que consiste en trabajar sobre un caso y supervisarlo durante seis meses, con determinado formato y normas internas de la institución.

Tienen que completar los trabajos que se le solicitan en tiempo y forma de las materias cursadas y realizar psicoterapia con un terapeuta gestaltista avalado por A. A partir del cumplimiento de los requisitos antes mencionados, reciben o no el aval. En caso de ser avalados pueden pasar luego de un año como socios titulares que los habilita a hacer carrera dentro de la asociación (esto sería acceder a ser profesor, ayudante, director, estar en la comisión directiva, comisión científica, ser presidente).

En el caso en que no sean avalados, pueden ser socios adherentes dado que realizaron la escuela de formación y trabajar para el Servicio Abierto a la Comunidad (SAC) y deben ser supervisados obligatoriamente por cinco años.

Los supervisores no tienen ningún tipo de control como dispositivo institucional. Espontáneamente se comentan casos o se solicita reunión con quienes son supervisores. También sucede que, como bien se menciona en el marco teórico, hay supervisiones entre pares (en cuando a antigüedad y experiencia) las cuales cobran el nombre de intervenciones o covisiones.

Cabe destacar que en la currícula de la formación hay una materia que se dedica a trabajar sobre el dispositivo de supervisión, pero no hay formación especializada para formar supervisores.

Los datos antes mencionados fueron aportados por el presidente de A .

Considerando el objetivo general del presente trabajo el cual pretende describir y analizar la supervisión como dispositivo en terapia gestáltica, sus componentes y dinámica a través de casos clínicos utilizados en supervisión, resulta pertinente la descripción de los encuentros presenciados mediante el registro de observaciones.

Impartiendo una mirada fenomenológica para la descripción de los componentes de las supervisiones observadas, podría decirse que en su totalidad fueron grupales, habiendo dos supervisores hombres (de un total de seis), mientras que quienes supervisaban casi en su conjunto eran terapeutas de sexo femenino.

Los grupos eran flexibles en tanto que podrían agregarse terapeutas que quisieran supervisar algo particular o bien quien no desee formar parte del grupo lo podía llevar a supervisión o conversar con su supervisor. Cabe mencionar que durante las observaciones hubo personas que no continuaron yendo a los encuentros por diferentes razones (embarazo, salud y distancias geográficas).

En cuanto al uso del espacio físico, a diferencia de otros modelos psicoterapéuticos, tanto en los consultorios particulares como en los de la Asociación (A), supervisores y supervisados suelen descalzarse al ingresar al consultorio, ubicándose de manera aleatoria, sin tener lugares asignados (o al menos no explícitamente pautados), en colchonetas con almohadones en el piso, preservando de alguna manera que se mantenga un círculo o similar figura mediante la cual todos puedan mirarse y escucharse. Estos patrones también se repiten en la escuela de formación, el postgrado en Gestalt.

Según algunos profesionales gestálticos de A, el descalzarse representaría dejar en la puerta aquellas cuestiones que no sumen al proceso, ni al estar aquí – ahora presentes.

Sin embargo, dado el estilo democrático que dice tener el enfoque en cuanto a la modalidad de abordaje de las supervisiones, se observaron encuentros en los cuales había sillas y los terapeutas no se descalzaban.

En términos generales, todas las supervisiones observadas constaron de la misma frecuencia y duración, ambas cuestiones pautadas con antelación entre supervisor/supervisores y supervisados.

En cuanto a la dinámica, en la totalidad de las supervisiones observadas, quienes ocupaban el lugar de supervisores, de alguna manera comenzaban preguntando acerca de cómo se sentían, qué traían a supervisar, qué estaban

necesitando, qué esperaban de la supervisión y si había alguna urgencia. Atendiendo al momento, al presente.

El orden en que contestaban era circunstancial en todos los casos, respondiendo todos al conjunto de preguntas, para luego focalizar en algún caso particular.

Esta modalidad parece funcionar así en todos los supervisores observadas, y en concordancia con cuestiones mencionadas en el marco teórico, tiene que ver con situarse en el aquí y ahora, buscar resonancias en el grupo y de alguna manera sobre-ver la situación para focalizar, pensar estrategias y brindar herramientas.

Ante este tipo de preguntas, surgían respuestas vinculadas con la necesidad de estrategias, conocer técnicas o modos de abordar cierta problemática, preguntas desde lo teórico, desde el encuadre, emociones, miedos y preocupaciones en relación a determinados pacientes o al vínculo terapéutico con ellos. Respuestas que se relacionan con la búsqueda de seguridad del terapeuta, la necesidad de técnicas, de apoyo y soporte en otro con mayor experiencia y recorrido personal. Lo cual condice con lo que decían Slemenson (1996) y Naranjo (2002) en tanto la vinculación de la supervisión con las necesidades de los terapeutas que recién comienzan a trabajar bajo dicho modelo.

Una vez que el supervisor consideraba quien daba inicio a la supervisión en sí, surgieron situaciones en las que un supervisado comenzaba hablando de un caso particular y sus limitaciones y esto resonaba en otros supervisados, cambiando entonces el caso que traían por otro vinculado en algún aspecto al de su colega.

Lo antes mencionado tiene que ver con el estar aquí y ahora y atender a las necesidades del momento. Parecía ser figura y preocupación determinada situación o problemática y al escuchar lo que traían sus colegas, con lo que llevaban a supervisar pasaba a ser fondo y asoma como figura otra situación, por lo que atienden (generalmente) a esta última.

Tiene que ver con que la presencia de otro sujeto permitiría despertar aquellas cuestiones que quizás se pasan por alto, o bien dar cuenta de ciertas

cuestiones por contraposición a lo que se presenta. Parecería servir, a su vez, para sostener los límites y dar cuenta de la diferencia con el otro; ver las similitudes y las distintas maneras de entender la realidad, de sentir, de accionar, de abordar un caso, de pensar estrategias.

Por otro lado habla de la configuración del campo presente, el cual influye y modifica las percepciones de los supervisados sobre el trabajo que realizan, a la vez que el supervisor trabaja sobre la organización del campo conformado por el grupo a supervisar, sus casos e historias personales, estableciendo un orden, atendiendo a lo particular y a la generalidad.

Pareciera por momentos que mediante este dispositivo surgiera una especie de efecto dominó doble. La sensación, emoción, pensamiento de un supervisado en respuesta a un determinado caso presentado despierta cuestiones similares en relación a casos de otros supervisados, a la vez que cada profesional atiende a las cuestiones personales que se despliegan a partir de esto, por semejanza o contraste.

Cabe destacar que Naranjo (2007) habla de factor de grupo o energía de grupo para remitirse a aquellas situaciones que se generan dentro de un grupo dimensionándose de otro modo, diferente de la magnitud que cobra en individual. Asimismo sostiene que en la medida en que cada uno de los sujetos que conforman tal grupo aporta desde sí mismo, auténticamente y comprometidamente como elementos que a su vez conforman esa totalidad que es el grupo, aparece el factor de contagio, implícitamente.

Dado que los componentes y modalidad de trabajo, como también ciertos aspectos de la dinámica de las supervisiones fueron expuestas, a continuación se presentarán recortes de observaciones, para ofrecer mayor claridad y lograr articulaciones comprensibles en cuanto al ajuste conceptual – práctico desde las particularidades del enfoque, las cuales fueron propuestas como los objetivos específicos del presente trabajo.

Al tratarse de supervisiones bajo el enfoque gestáltico, es importante no pasar por alto que los cuatro principios básicos de la Gestalt (la fenomenología, la teoría del campo, el existencialismo y el diálogo) se hacen presentes en cada una

de las observaciones, explícita o implícitamente, por lo que habrá momentos en los cuales se vislumbrarán con claridad y otros en los que esto no sucede. De todos modos, se espera alumbrar sobre lo distintivo y particular del dispositivo, y no articular en su totalidad la teoría de terapia gestáltica con la práctica, dado que éste no es el propósito del presente trabajo.

5.1. Observación A

El grupo observado estaba constituido por seis supervisadas y dos supervisoras.

Una de las supervisoras comienza preguntando cómo se encuentran, que necesitan y qué esperan de la supervisión, en el aquí – ahora.

Surgen como respuestas vinculadas con preguntas desde lo teórico, angustia por el caso de un niño de doce años, preocupaciones acerca de estrategias de intervención y necesidad de técnicas.

Todas las supervisadas acuerdan en que comenzar trabajando a partir de casos es más enriquecedor, por lo que una de ellas propone empezar con el del niño y su preocupación.

La supervisada lo presenta. Este llega a terapia a través de la madre, siendo el motivo de consulta: dificultades en la escuela.

Ésta comenta que su hijo fue a cinco psicólogos diferentes pero que ninguno le sirvió, que tuvo que cambiarlo de colegio cinco veces y que según el grupo de orientación del último colegio al que concurría, es peligroso para sí y para terceros, por lo que posee asistencia mitigada (esto quiere decir que únicamente puede concurrir a la escuela dos días de la semana).

Aparecen conductas desafiantes, como acostarse en el escritorio de los docentes y no acatar a las indicaciones que se le dan.

En cuanto a la historia familiar del paciente, tiene un hermano mayor (se llevan menos de un año). La madre antes, durante y después del embarazo consumía cocaína, al igual que el padre del niño.

Actualmente los padres están separados y no se hablan. El padre formó otra familia y tiene otros hijos y la madre estuvo con un hombre con el cual tuvo una hija, pero actualmente se encuentra en pareja con una mujer, con quien convive.

En la entrevista con la madre, ésta dijo que no lo quería a su hijo, luego dudó y dijo que un poco.

La madre del niño, la hija de ésta y su pareja viven en una casa, y el niño con su hermano en otra. Según la madre es un cuarto con baño, el que está ubicado en el fondo del terreno donde está la casa en la cual ella vive.

Según la supervisada él dice que quiere ir a la escuela, que necesita que ella lo ayude. Y comenta que formaron un buen vínculo terapéutico, empático.

Expone que en una oportunidad el paciente se estaba retirando de sesión y le preguntó si ella había sido programada por sus padres, porque él no. A lo que le contestó que ella tampoco. Y luego le preguntó si sus hijos habían sido programados, a lo que respondió que tampoco, pero que sí deseados y queridos.

La sesión siguiente él pide *jugar a ser huérfanos*, indicándole a la profesional que ella debía ser la huérfana y él el terapeuta. Y luego, desde el lugar de terapeuta, el niño le pregunta a qué viene, si a ella nadie la quiere, ni su mamá ni su papá. Entonces la terapeuta, desde el *lugar de huérfana* pregunta si él la quiere, y el niño contesta que sí, que es el único que la quiere.

La supervisada comenta al grupo que la situación de este niño la angustia mucho, que la conecta con el desamparo y con la tristeza. Que sabe que se asemeja bastante a su historia personal y que necesita herramientas porque entiende que es un chico en riesgo.

Entonces las supervisoras intervienen abriendo al grupo preguntando qué les pasaba con lo que traía la supervisada y con qué de todo el caso se quedaron (de esta manera, cada terapeuta, incluidas las supervisoras, hacen una ronda de sensaciones y emociones, pensamientos, en una o dos palabras).

Aparecieron respuestas en cuanto al impacto emocional, dijeron que las asustaba y angustiaba, que habría que diferenciar lo patológico con lo propio de

de su edad. Surgieron palabras como bronca, soledad, enojo, mareo, cuidado y tranquilidad de que se haya encontrado con una terapeuta que lo quiera.

Las supervisoras reafirman lo que la supervisada trae; se trata de un chico en riesgo. Por lo que proponen pensar estrategias en el grupo de supervisión, ver posibilidades, considerar el trabajo en conjunto con el gabinete del colegio y el grupo de orientación, hacer una interconsulta con un psiquiatra.

Preguntan al grupo de supervisión qué creen que sería posible hacer. Cómo armarían el tratamiento si fuese su paciente.

Las terapeutas supervisadas agregan que habría que poner pautas claras, ver quién de la red familiar tiene consistencia, si existen abuelos que puedan responsabilizarse de esto, seguir con la etapa de evaluación diagnóstica para transmitir la seriedad de la situación a los padres, y de ser posible a los abuelos, por ejemplo. Alinearse con el colegio, buscar una maestra particular que vaya a la casa, pensar en alguna otra actividad que él esté interesado en hacer.

La supervisora expone la dificultad que puede aparecer al comunicarle a la madre lo negativo del maltrato cuando lo tienen tan naturalizado.

La terapeuta del paciente en cuestión escucha atentamente, anota, brinda más datos sobre el caso y parece ir cambiando el tono de voz, como mostrando menos angustia. Luego agrega que el hecho de no sentirse sola, de escuchar al grupo y resonar con sensaciones que les produce el caso, atender a las posibles estrategias y el hecho de ampliar el espectro la hace pensar que está haciendo lo correcto, que va por buen camino. *Es trabajo de hormiga, dice.*

Las supervisoras sostienen que entender que una mamá puede no querer a su hijo, no es fácil. Que *no hay medicación para el desamor*. Y que una posibilidad sería preguntarle a esta madre qué hace para cuidar a su hijo. El hecho de que lo lleve a terapia, más allá de que haya sido pedido por la escuela, es un dato.

Todas las supervisadas resonaron desde algún punto con la historia del niño y con la modalidad de abordaje que llevaba a cabo la terapeuta del paciente en cuestión. Aportaron que sería importante trabajar con una rutina clara, reordenarlo dado que es parte de un sistema difícil y vive prácticamente solo. Mirar el campo, las redes.

Una de las supervisoras declara la importancia de reconfirmarle al paciente que pasó por situaciones feas y que es complicado. Agregando que la supervisora debe reasegurarle que lo quiere y que está para ayudarlo, como también que hay faltas muy primarias. La madre consumía cocaína durante el embarazo y mientras él era chico, por lo que dice que habría que rastrear si no hay lesiones por esto, ver el descuido, el desamparo.

Otra de las supervisoras interviene acotando que es un *vínculo sanador* para ambas, dado que la terapeuta trabaja con el paciente reconociendo su historia, las similitudes con esto, y las emociones que despierta. Entiende perfectamente lo que le sucede al paciente. Toca una herida. Esto ayuda en el proceso, al ponerse en el lugar de terapeuta él de alguna manera dijo sentirse querido y cuidado por ella.

La supervisada se emociona y dice estar trabajando desde su *propia herida* con el paciente. Ver el fondo y estar, conocer la oscuridad y el dolor de ese paciente por haberlo vivido.

Las supervisoras enseñan que de eso se trata el vínculo simpático, sentir con el paciente, desde el lugar del paciente y poder resonar con lo que trae y acompañar. Agregan que un trabajo interno para todas las supervisoras presentes es el de no juzgar, para poder resonar. Sino no se puede entrar en sintonía.

Hay que atender a esos sentimientos de bronca que genera la situación, los padres, para que movilicen energía hacia la ayuda. A la vez que hay que trabajar con los padres en paralelo el tema de la responsabilidad.

Luego del trabajo con la supervisada, se retomaron las preguntas del inicio para ver quién continuaba con otro caso, urgencia o bien si aparecían dudas, preguntas y demás.

Se trabajó con la totalidad de las supervisadas, una por una, de la misma manera que se hizo con el caso presentado y finalmente las supervisoras propusieron un ejercicio de relajación, el cual consistía en cerrar los ojos, respirar desde el bajo vientre, estirarse, mover suavemente la cabeza y el cuello con movimientos circulares y hacer lo mismo con los pies. Luego, mientras las supervisadas mantenían los ojos cerrados preguntaron cómo se sentían, si

aparecía alguna emoción, y qué se llevaban del encuentro. Indicando que atiendan a lo primero que aparezca y que cuando consideren, abran los ojos y lo compartan.

5.2. Análisis de la observación A

Nuevamente el encuentro surge a partir de situarse en el aquí – ahora, poniendo en situación a cada uno de los participantes al proponer atender a las circunstancias presentes. Lograr estar en contacto con lo que traen a supervisar o escuchar la necesidad que haga figura y surja en el momento, tomando distancia de la intelectualización de los hechos.

Por otro lado, nuevamente aparecen temores, dudas, necesidad de apoyo y sostén, más allá de una orientación para implementar estrategias terapéuticas.

En este caso, en la observación A, parece emerger con mayor fuerza la noción de resonancia, a la vez que ésta se vincula con la de simpatía.

Como bien fue mencionado anteriormente los conceptos rozan entre sí las aristas frecuentemente, diferenciándolos desde lo teórico y dificultándose la diferenciación por momentos en la práctica. O bien, se podría entender que la resonancia esté comprendida también en la simpatía, siendo un componente más de ésta última.

Cuando el grupo resuena con el desamparo y la angustia, confirma las sensaciones de la supervisada a la vez que parece tranquilizar a la terapeuta. Esto aparece una vez que la psicóloga expone su historia y la vincula con la de su paciente, donde el tono de su voz cambia, su postura corporal parece ser más relajada.

Se acuerda con lo que establece Stevens, (1978) quien refiere que el grupo ve y da cuenta de lo evidente, siendo que ante situaciones con carga emocional, surgen habitualmente reacciones de la misma índole en efecto dominó, concatenadas, donde el grupo en su totalidad se ve involucrado.

Podría considerarse que al tratarse justamente de desamparo, el sentirse acompañada y apoyada (lo cual expresa en el espacio) sea la respuesta del grupo la que genere una disminución de dichas sensaciones.

Aunque en otros términos, Yontef (1993) reafirma el valor de la resonancia y la simpatía al decir que un hombre es confirmado e incluido como tal, en cuanto otros pueden sentir con él, viviendo lo real, al hacer, en ese momento presente la vivencia del sujeto a partir de algo personal.

Como puede notarse, aparece el grupo como elemento clave.

Más allá de que pueda considerarse que esta condición del dispositivo aporte a la visión de la problemática, abra a la multiplicidad de reflexiones, aporte mayores herramientas y disminuya la posibilidad de obviar ciertas cuestiones, en este caso, parece funcionar como elemento de contención, de apoyo y sostén a la vez que reconfirma a la terapeuta como tal y avala su trabajo, sintiendo con ella y entendiendo a su vez las emociones y los sentimientos que derivan en tanto semejanza con su historia personal.

Naranjo (2002) resalta la importancia del grupo por el feedback que se obtiene, lo cual aumenta el espectro y permite notar otras cuestiones que en individual se pierden; por el sostén que genera, para permitir registrar los miedos y aquellas cuestiones que limitan el trabajo terapéutico; y por no hacer de la terapia un espacio hermético-simbiótico, sino contrastar con diferentes miradas.

Si bien no hubo participación en supervisiones de modalidad individual, esto parece ser un elemento a considerar. Creyendo que el grupo enriquece la tarea.

En un momento dado la terapeuta menciona ser empática con el paciente y luego una de las supervisoras aclara que justamente la vivencia que ha tenido y el acompañamiento que se encontraba realizando engloban claramente la noción de simpatía.

Dado que más allá que la supervisada comente que ha establecido un buen vínculo empático, y esto en parte haya sido constatado a través de la propuesta de su paciente cuando *juega a los huérfanos* y cambia el rol de paciente por el del terapeuta, aparece claramente el establecimiento del vínculo simpático cuando el

niño le pregunta si ella fue programada y la terapeuta responde desde su sentir e historia personal.

Aparece el vínculo simpático en conjunto con la responsabilidad, entendida como habilidad para responder, al utilizar su propia historia y lo que en ella despierta como herramienta de trabajo, como también, el compromiso desde profesional de la salud que acompaña al sujeto en su proceso brindando todo lo que tenga a su alcance, inclusive, su vivencia personal.

Más allá de que el vínculo simpático puede no aparecer tan explícitamente, o bien considerando que podría no haber existido dicha situación, en tanto la terapeuta resuena con su historia personal, y logra situarse en el lugar del paciente para entender su sentir, comprender su realidad, y al repensar el acompañamiento y trabajo terapéutico, aparece la simpatía.

Ahora bien, desde el dispositivo también aparece la simpatía a partir de la resonancia y la reconfirmación del sentir de la terapeuta.

Esto puede ser divisado a partir de la resonancia que se genera en el grupo cuando la terapeuta presenta el caso y lo que necesita supervisar, trabajar.

Dada la situación, en este caso las supervisoras no recurrieron al uso de técnicas que podrían aportar datos desde lo fenomenológico del paciente, como también para que la terapeuta experimente el sentir con el paciente, apareciendo esto espontáneamente como fue contemplado anteriormente.

De todas maneras cabe destacar que, si bien por momentos el énfasis parecería estar puesto en la resonancia de la terapeuta con su paciente, y luego en el campo de la supervisión, también surgieron aportes de cada uno de los supervisados en tanto modalidad de abordaje, como indicaciones de parte de las supervisoras para repensar las estrategias, atender también al campo del niño, realizar interconsultas, pensar la derivación a un médico psiquiatra, y demás cuestiones que fueron propuestas a través del dispositivo.

El ejercicio final que proponen las supervisoras para cerrar el encuentro aparece en la mayoría de las supervisiones a las que se concurrió.

Parece funcionar como modo de constatar el trabajo realizado, para que quienes supervisen se centren en el aquí – ahora y lo que en tiempo presente

sucede, en pos de la integración al proceso de supervisión y diferenciar cómo llegaron, desde qué lugar, qué necesitaban y sentían y como se van.

También puede entenderse como forma de dejar en el espacio de supervisión los temas que abordaron y retirarse sin tanta carga emocional.

Es una manera de sobre – ver, de atender al campo y examinar el trabajo realizado. De estar presente, ser consciente y darse cuenta.

5.3. Observación B

El grupo observado constaba de cuatro terapeutas supervisadas y una supervisora.

Una de las supervisadas llevó el caso de un hombre de 62 años el cual se encontraba trabajando sobre su autobiografía (una técnica al parecer, frecuentemente utilizada en este enfoque, donde se recorre la historia personal del paciente).

Este hombre estaba en tratamiento psiquiátrico en paralelo, por episodios depresivos (datos a considerar: murió una hija a los días de nacer, un hijo, un hermano y la madre). Alegando que no sabía qué hacer, que tenía mucho dinero, pero nada lo complacía. Aparece una larga historia de relaciones con mujeres, pero tampoco manifestaba estar tranquilo.

Fenomenológicamente la supervisada describe características físicas del paciente, cuenta que se trata de un señor apuesto, algo libidinoso, que mira mucho y se acerca manteniendo muy poca distancia para hablar, y eso la incomoda. Refiriendo que se dio cuenta de ello por sensaciones físicas, donde sintió que tensaba los músculos.

A su vez, luego de algunas sesiones, el sujeto le habría comentado que al salir de una sesión se cruzó con una paciente que se atendía con ella, una joven de unos 25 años, y que a partir de ahí dijo que por ella *dejaba todo*. Confesando que desde que la cruzó aquel día antes de entrar a sesión, va al café de la esquina para verla pasar. Además, comentó que se había enamorado de la psicóloga de su hijo.

Por otro lado, el paciente habría comentado que le daba *cosa* su propio padre porque era *muy baboso*. Que se habría acostado con la novia de su hijo (el hermano del paciente) el cual falleció de muerte súbita jugando en una cancha de tenis del club que frecuentaban (la misma dónde acostumbra a jugar con sus hijos).

La supervisada sostiene que se ve confluyente. Que necesita trabajar eso e impartir distancia porque tiene temor de que la toque. Y que por otro lado le quedó resonando que en una sesión el paciente le haya dicho que era la primera vez que hablaba con alguien tan inteligente.

La supervisora intervino diciendo que habría que comprender qué entiende por inteligencia y ver qué le pasa a ella con eso. Que sería importante mostrarle al paciente lo baboso en él, cuanto del padre tiene y preguntarle si quiere parecerse a éste.

Por otro lado le indicó a la supervisada que sería fundamental trabajar con qué parte de su historia está dispuesto a ahondar, hasta donde puede, siendo que pareciera tener temas desde la elección de parejas, su vínculo con las mujeres, hasta la muerte. Considerando que el paciente debería ordenarse, volver a ver qué quiere, qué necesita, qué busca.

La supervisora expuso que teóricamente, según Bert Hellinger, tendría un amor desordenado. Pero, agregó, que la terapeuta no puede adelantarse a la búsqueda; la debe hacer él. Añadiendo que el eje sería integrar y que encuentre el sentido de su vida. Teniendo en consideración el momento evolutivo del paciente.

La supervisora además comentó la importancia de marcar bien los lugares y roles, más en casos como estos donde aparecen desdibujados. Por último dijo que la angustiaba y mareaba.

La supervisada expresó que al pensar con qué de su historia personal se vincula se dio cuenta que la inteligencia la remite a su padre, que era un hombre sumamente inteligente, jugador de Bridge, que viajaba muchísimo y que para él ese era el mayor valor que una persona debía tener; ser inteligente. Vincula la inteligencia con ser fuerte.

Por otro lado la supervisora le dijo que le muestre el lado libidinoso a su paciente, a lo que la supervisada respondió que le daba miedo. Que sabía que en un punto aparecía para evitar el dolor, como la oscuridad, pero temía provocar al paciente, incitarlo.

Por consiguiente la supervisora trabajó sobre la situación temida, al preguntarle qué teme y qué haría si sucediera. La supervisada contestó que su miedo era que la toque y que en el caso que pasara lo echaría. La supervisora explicó que de estar claros los límites, difícilmente ocurra.

Seguido de esto, indicó a la terapeuta empleando un tono de voz suave y hablando pausado, que cierre los ojos, se centre en ella, se conecte únicamente con su respiración, su postura y cada parte de su cuerpo, luego que recorra su vida, su hoy, estirando los brazos para marcar el espacio íntimo, como si fuese una burbuja. Aclara que este ejercicio sirve para tener claro los límites, como anclaje. Para así recibir a su paciente desde ese lugar, centrada en ella. Agregando que sería bueno que hiciera ese ejercicio cinco minutos antes de que entre su paciente para delimitar su propio espacio.

Al finalizar, preguntó como se sentía la supervisada y si consideraba que necesitaba algo más.

La terapeuta supervisada parecía haber encontrado lo que necesitaba en aquel aquí – ahora. Refiriendo que le sirvió como terapeuta el delimitar lugares, integrar aquellos elementos que causaron resonancia con su historia personal, tener herramientas para encontrar mayor seguridad, ordenar la historia del paciente y pensar estrategias de trabajo como también posibles intervenciones. Alegó que al exteriorizar los miedos, y trabajarlos, automáticamente parecen disminuir.

5.4. Análisis de la observación B

En función de la observación descrita anteriormente, cabe reconocer que aparece implicada la fenomenología desde describir lo obvio y atender a ello al estar en contacto consigo mismo para entonces reconocer sensaciones corporales

como la tensión en los músculos, la cual declaró como incomodidad. Describir la situación lo más objetivamente posible, sin hacer juicios de valor. Para ello es condición necesaria centrarse en el aquí – ahora para que no interfieran otro tipo de variables, ciertos esquemas racionales que busquen únicamente justificación y pasen por alto datos que puedan obtenerse a partir de lo antes mencionado.

Esto a su vez sería el doble proceso de poder atender a cuestiones del paciente como también a la propia persona, el terapeuta, conformando parte a su vez de la noción de simpatía. Siendo que la terapeuta presta atención a la historia del paciente, a lo obvio observado y a su vez registra sus sensaciones, emociones, pensamientos y conductas para con el paciente. Esto también lo hace la supervisora, dando a conocer aquello que aflora en ella al escuchar lo que lleva a supervisar el grupo, o la terapeuta en este caso.

Parafraseando a Nadal (2006) en supervisión se trabaja con el sentir sobre la situación del paciente, lo que sucede en el vínculo y lo que ese sujeto despierte en el terapeuta. Es un entrenamiento atender al propio sentir.

A su vez en la propuesta de la supervisora, aparece la simpatía, en tanto demostrarle su aspecto libidinoso, surge desde el entender la realidad del paciente y de mostrarle también su fondo (aquellas cosas que no emergen como figura, o bien que el paciente no ve) explicitándole conductas de su padre en él. Aquí se busca la integración, que el paciente pueda ver sus aspectos rechazados, y los que reconoce como propios para aceptarlos como propios y trabajar sobre eso, responsabilizarse. Asimismo que la supervisada pueda reconocer esto para integrarlo en su trabajo y acompañar al paciente en el proceso.

Se podría pensar que ocurre un proceso un tanto más complejo en cuanto a la simpatía desde el lugar del supervisor.

Como ya se vio, es claro el doble proceso en el supervisado, quien atiende a lo propio (pensándose como terapeuta y en cuanto a la historia personal) y a la historia del paciente. Pero en la supervisora, quizás dada la mayor experiencia y trayectoria en el campo, ocurre que parece atender al caso particular que cada supervisado lleva, a la modalidad de trabajo del terapeuta que supervisa y sus deficiencias, limitaciones como también las fortalezas, el estilo; a lo

fenomenológico, a el campo si se tratase de supervisiones grupales (como han sido en su totalidad las observaciones) para abrir al campo de resonancias, y ver con qué de la supervisión de algún colega resuenan, qué les sucede con lo que relata el otro, y a la vez, atender al propio proceso interno en función de lo que sucede afuera, el cual suele explicitarse frecuentemente a través de sensaciones, emociones, sentimientos, pensamientos.

Siguiendo esta línea se destaca la responsabilidad y el compromiso, tanto del supervisor en establecer estrategias y ordenar el campo, dar a conocer sus sensaciones y emociones, ofrecer técnicas y trabajar sobre la seguridad de la supervisada, como también en función de la supervisada al reconocer aquellas cuestiones personales que se veían involucradas a través de la resonancia en función de la inteligencia y el lugar del padre. Lo que, se considera, despeja de alguna manera el camino a seguir con el paciente para no suponer cuestiones que quizás, tengan que ver más con el terapeuta y la importancia que éste le otorga, que con el valor que el paciente realmente le da.

En consonancia Nadal (2006) sostiene que el terapeuta debe hacerse responsable y apropiarse de la historia personal para tener un compromiso real y claro con el paciente y su proceso.

Sin embargo, no se ha trabajado en este caso con alguna técnica desde el posicionarse y pensarse en el lugar del paciente. La supervisión se orientó más bien hacia las necesidades de la terapeuta, sus miedos, fantasías y demás, para lograr seguridad. Como también sobre lo vincular con el paciente desde la simpatía, como bien fue mencionado, y desde lo dialógico – relacional.

Resulta curioso cómo esa sensación que reconoce la supervisada, luego pareciera ser similar a la que dice tener el paciente con respecto a su padre, a la vez que se conecta el miedo y la fantasía de la terapeuta con la historia que lleva a sesión sobre el enamoramiento con la psicóloga de su hijo.

Por otro lado aparece el existencialismo como tema central a trabajar en la terapia con el paciente, dado que el éste no parecía encontrar el sentido de la vida, qué hacer, ya nada lo reconfortaba.

Cabe destacar el uso de técnicas en supervisión para implementarlas luego, entendidas como elemento de promoción de la salud, como así también el trabajo sobre los miedos y las fantasías, y lo que subyace a lo anterior, en el fondo, el aquí – ahora.

Asimismo, el afianzar el vínculo para tener mayor capacidad de maniobra (lo que podría ser un movimiento empático), para sí desde la simpatía mostrarle al paciente aquellas cuestiones que parece estar dejando en el fondo y podría ser lo que posiblemente contribuya en la depresión. Que logre la integración de lo que no reconoce como propio, o de lo que prefiere obviar.

Por otro lado, se considera que el percibir y atender a estas cuestiones que conectan con lo personal, sirve para ampliar el espectro, conocer el campo, para realizar una búsqueda personal más exhaustiva. Y comentarlo al grupo abre a la resonancia, a que otros colegas que no se hayan percatado de algunas cuestiones con sus pacientes, den cuenta al escuchar a otros, o bien reconocer lo personal que se pone en juego, par trabajar en ellos.

El atender a estas cuestiones no parece ser fácil y requiere cierto entrenamiento, desde ya, práctico.

La experiencia, para Borja (1997) es la base de cualquier escuela, teoría y técnica, a su vez estas son exitosas porque son probadas en los propios terapeutas.

Desglosando la supervisión a través de la observación participante, esta modalidad de trabajo bajo el enfoque gestáltico parece ser un modo de enseñanza/aprendizaje vicario y vivencial para poner en práctica como terapeuta en cuanto a la labor con el paciente y aplicarlo como modo de cuidado para la persona, para el profesional que trabaje con la salud.

Como puedo notarse, tanto a través de la observación A como de la observación B pudieron articularse con facilidad los conceptos de resonancia y simpatía, siendo que en ambos casos el aquí – ahora era notable y perceptible como elemento subyacente a las dos nociones antes mencionadas.

6. Conclusiones

La modalidad de trabajo en Gestalt, y en principio de la formación en terapia gestáltica, lleva a alejarse de alguna manera de ciertos modismos académicos o de esquemas de funcionamiento de modelos psicoterapéuticos concebidos previamente, para lograr entender y así poder integrar sin segregar.

La multiplicidad parece ser un dato clave, distintivo. Siendo esto contemplado desde las diversas influencias en el modelo, como también en la formación de los terapeutas supervisores, los diferentes estilos de supervisión debido a la modalidad de trabajo democrática y los factores intervinientes en cada encuentro, el grupo y la variedad de aportes.

Por lo que dada la metodología de enseñanza-aprendizaje que propone el enfoque, hay fenómenos que resultan difíciles de explicar.

Quizás porque simplemente se dan y no hubo quien imparta conocimiento en demasía sobre el tema. O bien, porque quien participó en las observaciones de las supervisiones sólo tuvo acercamiento al enfoque gestáltico desde la modalidad académica dando lugar a una limitación en la comprensión y explicación.

Cabe mencionar que en cuanto a las limitaciones de la investigación éstas se encuentran ligadas a la escasez del material, dado que al ser un enfoque experiencial – atóxico se entorpece la búsqueda.

Esto trae aparejado dificultades en cuanto a delimitar conceptos como los de simpatía y empatía, enlazándose en muchos casos con la noción de diálogo.

En cuanto a lo práctico, probablemente existan ciertos ajustes para realizar o al menos impartir algún tipo de crítica si se hace hincapié en el caso clínico por sobre la supervisión en sí. Sin embargo, al ser observación participante se pudo cuestionar, discernir y reflexionar en el mismo momento en que las intervenciones se realizaban. Considerando, además, que el fin último no refería a indagar acerca de las intervenciones sobre el caso clínico en sí, sino más bien analizar y describir cuestiones que tienen que ver con la dinámica y las particularidades de la supervisión bajo el enfoque gestáltico, focalizando en el espacio de supervisión, el vínculo y el trabajo entre supervisor y supervisado.

Por otro lado, cabe mencionar que en Argentina, existe solo un trabajo escrito acerca del dispositivo bajo el enfoque gestáltico el cual fue presentado en el año 1996 y fue realizado por la Lic. Marta Slemenson. Siendo muy pocos los trabajos presentados en todo Latinoamérica sobre la temática abordada.

Resulta extraño que el término que más apareció durante las observaciones participantes en las supervisiones, el de resonancia (uno de los elementos claves y particulares del enfoque gestáltico), sea el que menos sustento teórico presenta, el que parece estar menos desarrollado en el ámbito a nivel científico y del que escasea material.

Por lo que para trabajar en y con este modelo, comprender, y logra un ajuste entre lo teórico y lo práctico se consideró pensar en el traspaso de conocimientos y saberes de algún arte u oficio, donde haciendo y observando se aprende, siendo el vínculo del supervisor y supervisado, similar al de un maestro – aprendiz.

La Gestalt parece ofrecer un trabajo artesanal, donde la misma comunidad se sirve de esto para aprender.

De dicha manera funcionan las supervisiones, siendo un lugar de encuentro donde si bien cada uno tiene su estilo, hay intercambios productivos integrando las diferencias.

Como el alfarero debe conocer tanto la materia con la que trabajaba, sus manos y movimientos, distintos tipos de presiones para modelar la arcilla, a su vez debe probar diferentes posturas hasta encontrar la que le resulte mejor para no exigirle al cuerpo ni cansarse, el terapeuta metafóricamente hace el equivalente. Siendo que en paralelo a su labor, trabaja consigo mismo de manera de ampliar el recorrido personal y tomar una postura comprometida y responsable con el paciente como también con él mismo, más bien enfocada en la promoción de la salud, no sólo del paciente, sino también del mismo.

Para una profesión que históricamente fue muy intelectual, impartida desde lo racional, pareciera importante comenzar a considerar otros modos de saber. Rescatando la importancia e implicancia del cuerpo y sus manifestaciones, de los

sentimientos y emociones; Lograr la integración de los sentidos, podría ser más fructífero.

El entrenamiento académico, aún intentando desligarse del modelo médico hegemónico, parece responder sólo a las necesidades de los pacientes, descuidando en muchas ocasiones al profesional como ser humano más allá de suministrador de técnicas eficaces.

Dado el poco resguardo y control, este enfoque propone que todos los terapeutas gestálticos supervisen y atraviesen un proceso psicoterapéutico.

Se puede considerar que ésta es una buena manera de darle valor a la institución, a la vez que da cuenta del calibre del terapeuta, que no sólo se preocupa por la calidad de trabajo que aborda con su paciente, sino que se ocupa como también lo hace consigo mismo. De esto parece tratar la responsabilidad y el compromiso del que habla la Gestalt.

Se reconoce que faltan estudios, y que de hacerse, esto legitimaría aún más dicha modalidad de trabajo.

Por otro lado es muy poco conocido y juzgado, y muchos gestaltistas no son partidarios de estandarizar técnicas de tratamiento, modalidades de abordaje y demás, ni de legitimizar para afuera, dado que lo han puesto en práctica con ellos mismos y ven avances en el ámbito clínico (o cual fuere que se desenvuelva el profesional).

En el caso de que se realicen investigaciones y se validen ciertas cuestiones, habría de considerarse la hipótesis de que este dispositivo, bajo esta dinámica, podría tenerse en cuenta para trabajadores de la salud, dado que por las características podría evitar síndromes como del Burn Out u otras patologías donde aparece el desgaste y el estrés como moneda corriente.

El enfoque gestáltico pareciera tener técnicas poderosas, que valen, que enriquecen el trabajo terapéutico, el propio crecimiento, el recorrido personal y profesional. Destacando que las supervisiones no trata de profesionales que ofrecen su tiempo para delegar tareas y repartir técnicas. Es un medio donde se trabaja con quien supervisa en su lugar de persona y profesional de manera conjunta.

Particularmente, no se han conocido trabajos sobre otros modelos que propongan una modalidad similar, donde no sólo se trabaje con el paciente sino con el terapeuta para que éste pueda brindar mejor ayuda y acompañamiento y no se contamine con los dolores del paciente, ni desplace cuestiones personales que interfieran en el proceso.

Se considera evidente que el éxito de la supervisión radica en lograr un buen ajuste entre la teoría, la práctica y el recorrido personal, el manejo de lo propio.

Sin hacer un estudio correlacional, descriptivamente esto parece ser lo distintivo en supervisiones bajo el enfoque gestáltico.

Desde el trabajo fenomenológico descriptivo, la vivencia existencial y el centrarse en tiempo presente, en el aquí – ahora, el lograr desarrollar ese modo particular de percepción en el cual pueden prestar atención a lo que sucede en el paciente (o a otros supervisados), atender a las sensaciones y emociones que aparecen, no bloquearlas, y registrarlas como propias para ver con qué conectan de la historia personal, o con qué resuenan, dado que de esta manera el vínculo parece ser más limpio y se descartan creencias de parte del terapeuta con el paciente y/o del supervisor con el supervisado.

Es preciso señalar el compromiso, ya que no es fácil ni económico en términos materiales, el responsabilizarse de cuestiones con las que los terapeutas como personas cargan, y trabajar sobre ello para tener una conducta pro-salud desde ambos lugares, paciente y terapeuta.

Se considera que ha de tenerse en cuenta esta modalidad de trabajo, dado que podrá enriquecer la tarea y los conocimientos de los terapeutas en general, bajo cualquier enfoque. Como se han tomado técnicas de modelos diferentes al de la terapia en la cual es utilizada, podría tomarse la modalidad de supervisión o al menos la idea de trabajar sobre el vínculo terapéutico, desde la persona detrás del terapeuta.

7. Bibliografía

Borja, G. (1997). *La locura lo cura. Manifiesto psicoterapéutico*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

Buber, M. (2002). *Yo y Tú*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Burga, R. (1981). Terapia Gestáltica. *Revista latinoamericana de psicología*, 13, 85-96.

Gaspar, S. H. (2005). Apuntes de metodología en terapia Gestalt. *Hojas informativas de los psicólogos de Las Palmas*, 76, 26-31.

Ginger, A. y Ginger, S. (1993). *La Gestalt. Una terapia de contacto*. México, D.F: Manual Moderno.

Holloway, E. (1995). *Clinical supervision a systems approach*. Thousand Oaks: Sage.

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

Lobato Fraile, C. (2007). La supervisión de la práctica profesional socio-educativa. *Revista de psicodidáctica*, 12, 29-50. Universidad del país Vasco.

- Nadal, C. (2006). La relación terapéutica en Gestalt. *Boletín de la asociación española de terapia Gestalt*, 26, 35-41.
- Naranjo, C. (1999). La vieja y novísima Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateórico. Chile: Cuatro Vientos.
- Naranjo, C. (2002). *Gestalt de vanguardia*. Argentina: Saga .
- Naranjo, C. (2007). *Por una Gestalt viva*. Vitoria-Gasteiz: La llave D.H.
- O'Connell, V. (1993). Psicoterapia de crisis: La persona, el diálogo y el suceso organísmico. En Fagan J. & Shepherd I. (Eds.), *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 233-245). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Peñarrubia, F. (2008). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza.
- Perls, F. (1974). *Sueños y existencia. Terapia Gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Polster, E. y Poster, M. (2001). *Terapia Guestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Robine, J., M. (1999). Contacto y relación en psicoterapia. Reflexiones sobre terapia gestalt. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Rud, C. A. (1994). La psicoterapia del Acercamiento Centrado en la Persona. En A. Sánchez Bodas (Ed). *Psicoterapias en Argentina. Cómo ayudan los que ayudan*. Buenos Aires: Holos.
- Schnacke, A. (2003). *Sonia te envió los cuadernos café*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Slemenson, M. (1996). De la supervisión a la intervisión: un desafío enriquecedor. *Con el prisma de la Gestalt*, 1, 33-66.
- Stevens, J. O. (1978). *Esto es Gestalt. Colección de artículos sobre terapia y estilos de vida gestálticos*. Chile: Cuatro vientos.
- Starak, Y. (2001). Clinical supervision: A Gestalt Humanistic framework. *Gestalt!*, 5, 14-26.
- Vázquez, M.A (2004). *Tolerando la confusión. Principios básicos de terapia gestáltica*. Salta: Cri-Sol.

Yontef, G. M. (1993). *Awareness dialogue & process*. New York: The Gestalt journal press.

Zinker, J. (1999). *El proceso creativo en terapia gestáltica*. México: Paidós.

Zimberoff, D. & Hartman, D. (2003). Gestalt therapy and heart-centered therapies. *Journal of heart-centered therapies*, 6, 93-104.