

UNIVERSIDAD DE PALERMO

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TESINA

**LA SUPERVISIÓN CLÍNICA EN LA TERAPIA GESTÁL-
TICA**

AUTOR: MARÍA FLORENCIA LOUSTAU

TUTOR: LIC. ALEJANDRO NAPOLITANO

BUENOS AIRES, OCTUBRE DE 2006

**LA SUPERVISIÓN CLÍNICA
EN LA TERAPIA GESTÁLTICA**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. ENFOQUE GESTÁLTICO. NOCIONES CLAVES DEL ENFOQUE GESTÁLTICO.....	9
2.1.1. Breve trayectoria acerca de la terapia gestáltica.....	9
2.1.2. Darse cuenta.....	11
2.1.3. Contacto.....	14
2.1.4. Relación entre supervisor y terapeuta.....	15
2.1.5. Formas de interrupción del contacto.....	16
2.1.6. Fuerzas polares.....	17
2.1.7. Diagnóstico.....	19
2.1.8. Figura y fondo.....	20
2.2. SUPERVISIÓN CLÍNICA. ASPECTOS TEÓRICOS.....	21
2.2.1. El entrenamiento.....	21
2.2.2. La supervisión.....	23
2.2.3. La supervisión clínica.....	24
2.2.4. Técnicas de la supervisión clínica en el enfoque gestáltico.....	25
2.2.5. Grupo de supervisión.....	27
2.2.6. Aspectos que regulan el proceso de supervisión	28
2.3. SUPERVISIÓN CLÍNICA. PRESENTACIÓN DE CASOS.....	29
2.3.1. Caso P.....	29
2.3.2. Caso A.....	32
2.3.3. Caso J.....	32
2.3.4. Caso C.....	34
2.3.5. Caso L.....	35
2.3.6. Caso C.....	37

2.3.7. Análisis de los casos clínicos.....	40
III. CONCLUSIONES.....	49
IV. AUTOEVALUACIÓN.....	52
V. BIBLIOGRAFÍA.....	54

“Yo hago lo mío y tú haces lo tuyo.

No estoy en este mundo para llenar tus expectativas.

Y tu no estás en este mundo para llenar las mías.

Tú eres tú y yo soy yo.

Y si por casualidad nos encontramos es hermoso.

Si no, no puede remediarse.”

Perls (1974, p. 16)

I. INTRODUCCIÓN

En la presente tesina se desarrollará el **darse cuenta** (*awareness*) en los grupos de supervisión desde el Enfoque Gestáltico. El objetivo del trabajo es dar cuenta de la importancia de la Supervisión Clínica en la labor del psicólogo. Este es un proceso de aprendizaje y guía en el cual el trabajo del supervisor consiste en enseñar el arte de la profesión a los colegas menos experimentados.

Complementariamente, el Enfoque Gestáltico incrementa las potencialidades propias de cada terapeuta promoviendo el estilo personal a través de la toma de conciencia que brinda la supervisión. Con frecuencia, en las sesiones de supervisión se discute la situación del paciente, la relación terapeuta-paciente y el curso de la terapia, llegando a una valoración diagnóstica y a una estrategia de tratamiento.

La residencia se realizó en una institución sin fines de lucro que cuenta con un Servicio de Asistencia a la Comunidad (SAC), cuyo centro de derivación funciona en la sede de la Institución, y consta de una práctica pre-profesional de 320 horas.

Allí se trabaja con una agrupación autónoma de profesionales de la salud que se organizan solidariamente brindando asistencia psicológica a personas de escasos recursos. Además permite a jóvenes profesionales iniciarse en la práctica psicoterapéutica en un clima de contención y supervisión de la tarea, con el beneficio de ser esta práctica rentada.

En sus inicios el gestaltismo fue una escuela psicológica dedicada al estudio de la percepción y luego se extendió a investigar los fenómenos psíquicos en su totalidad. Su creador fue Frederick (Fritz) Perls (1976), quien se inició como psicoanalista y luego integró diferentes corrientes del psicoanálisis: Freud, Reich, Horney, Rank y Jung, principalmente. *Gestalt* es una palabra alemana que carece de traducción al español y que alude a una totalidad de sentido desde una estructura dada. Significa al mismo tiempo forma, figura y estructura.

El estilo de esta terapia es fenomenológico-existencial donde percibir, sentir y actuar es distinto a interpretar y repetir actitudes preexistentes. Fenomenológico-existencial alude a que la naturaleza humana se organiza como una totalidad que actúa en función del medio en condiciones que varían.

El propósito de explorar *el darse cuenta del terapeuta* obedece no sólo a la posibilidad de cambio como profesional de la Psicología, sino también al desarrollo personal, que luego será de vital importancia para comprender al paciente y ayudarlo en su propio crecimiento. Es necesario aclarar que este enfoque enfatiza el *darse cuenta* emocional del terapeuta. Este *darse cuenta* emocional es una de las funciones más importantes del supervisor gestáltico y hace referencia a la auto-percepción del supervisado, de sus sentimientos, pensamientos y acciones que surgen de trabajar con el paciente y con el supervisor.

En Gestalt tomar conciencia significa que un individuo preste atención a su experiencia presente, acentuando el cómo y no el porqué de la misma. En los grupos de supervisión la relación entre el supervisor y el

terapeuta incrementa el registro de toma de conciencia grupal promoviendo el desarrollo responsable del profesional. Este registro luego será transmitido a través del vínculo terapéutico entre psicólogo y paciente.

A partir de lo expuesto se plantean los siguientes objetivos:

- Analizar el proceso de *awareness* (darse cuenta) del propio terapeuta en el contexto de la supervisión.
- Describir la dinámica de la situación vincular entre supervisor, terapeuta y paciente.
- Describir la supervisión grupal y analizar los factores que intervienen en la misma.
- Describir el concepto de Supervisión Clínica desde el Enfoque Gestáltico.
- Dar a conocer la importancia de la Supervisión Clínica en el trabajo terapéutico.
- Definir las modalidades de trabajo de un supervisor gestáltico.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ENFOQUE GESTÁLTICO. NOCIONES CLAVES DEL ENFOQUE GESTÁLTICO

2.1.1. Breve trayectoria acerca de la terapia gestáltica

Fritz Perls figura como el fundador de la Terapia de la Gestalt. El mismo se autocalifica de redescubridor de la misma porque las ideas en que se apoya ya existían desde hacia tiempo, y señala como aportación propia el haber moldeado dichos pensamientos e ideas, en parte muy antiguos, dándoles la forma concreta de la Terapia de la Gestalt.

Según Perls, la Terapia de la Gestalt es, junto con la logoterapia de Frankl y el análisis de la existencia de Binswager y Boss, una de las tres clases de terapia existencial. Perls subraya que su comienzo existencialista y fenomenológico, en contraposición a las restantes filosofías existencialistas, parte del fenómeno de la Gestalt dado en la naturaleza, es decir, Perls buscaba una teoría que no se fundara, a su vez, en otra teoría: “¿No hay entonces posibilidad de una orientación extravagante donde la existencia-el hecho y el medio de la existencia se manifieste a sí misma?”. La solución se encuentra en la psicología de la Gestalt, pues “Gestalt es... algo inherente a la naturaleza”, sostiene Perls.

La terapia gestáltica -tal como fue desarrollada por Perls- se reconoce hoy como una de las influencias más poderosas en la corriente de vanguardia de los enfoques psicoterapéuticos.

Sus técnicas se van asimilando y aplicando, cada día en mayor cantidad y con más éxito, al tratamiento de individuos, parejas o grupos conflictuados por “asuntos inconclusos” y por un exceso de introyecciones psicopatológicas. La terapia gestáltica -orientada hacia la acción- reclama no sólo del paciente sino también del terapeuta una nueva forma de compromiso, cuyas características esenciales son la espontaneidad, la creatividad y la fluidez. (Quitman, 1989)

Respecto de este punto, Yontef (1995) agrega que el Enfoque Gestáltico es un marco totalmente diferente y no sólo otra terapia coloquial, conductual o de encuentro. Es un marco nuevo dentro del cual los terapeutas deben crear su propio estilo de trabajo. Es más que un conjunto de técnicas que facilitan el *darse cuenta*. Por ello recae una gran exigencia en el terapeuta gestáltico cuando trabaja porque debe tener la madurez suficiente para estar espontáneamente más interesado en el *darse cuenta* del paciente que en otras necesidades.

A la terapia gestáltica le interesa la toma de conciencia que ayuda a restablecer el funcionamiento total e integrado del individuo. Para que el paciente pueda modificar de algún modo su conducta, tiene que hacerse conciente previamente de las sensaciones y sentimientos que ella conlleva. Restaurar la aceptabilidad de la toma de conciencia es un paso decisivo en el camino hacia el desarrollo de una conducta nueva. Por el contrario, el in-

dividuo se estanca por algo no resuelto. La energía queda sin salida generando una situación inconclusa. Estas se repiten, quedan molestando y, desde el Enfoque Gestáltico, son consideradas situaciones no asimiladas por el sujeto. La terapia gestáltica apunta a la reconstrucción de estas situaciones inconclusas a través de un proceso de crecimiento personal.

2.1.2. Darse cuenta

Peñarrubia (1998), siguiendo a Perls (1973), sostiene que “La capacidad de darse cuenta (*awareness*) podría describirse como la melliza desdibujada de la atención. El darse cuenta es más difuso que la atención, implica una percepción relajada en lugar de una percepción tensa y es llevada a efecto por la persona total”.

Awareness (darse cuenta) es una palabra inglesa que no tiene traducción al español y que implica tomar conciencia, poder relacionar lo anterior con lo actual y producir un cambio a partir de esta comprensión.

Es una percepción dirigida hacia una finalidad determinada, que en un principio Perls llamó concentración o “darse cuenta focalizado”. Es una función de la conciencia pero no su esencia. El darse cuenta es una herramienta de curación que se logra a través de la toma de conciencia de sí mismo, que brinda una manera diferente de ver el mundo.

Es importante aclarar que estos estados de conciencia que se logran a través del proceso del *darse cuenta* se dan de forma continua y progresiva en el tiempo. Para esto el Enfoque Gestáltico hace hincapié no en lo que no sabe el individuo, sino en lo que sabe. Para aumentar esta capacidad en todos los niveles Perls proponía el entrenamiento en el *continuo de la conciencia* que es tratar de estar abierto a todo aquello que va surgiendo, como si respondiéramos a la frase “ahora me doy cuenta de...”, e incluyéramos aquí tanto sensaciones provenientes del entorno o del mundo interno, como explicitaciones de la actividad de la mente, por ejemplo, un recuerdo. Este entrenamiento requiere esfuerzo personal ya que se logra con la práctica (Peñarrubia, 1998).

Nos damos cuenta de recuerdos, de anticipaciones y de los planes para el futuro pero siempre en el aquí y ahora. Por ello, el poder para este enfoque está en el presente porque promueve el crecimiento personal que se logra gracias al proceso continuo del darse cuenta o *awareness*.

En terapia gestáltica, conciencia significa que un individuo preste atención a su experiencia. Con relación a esto no sólo el paciente se da cuenta de su propia persona sino también el psicólogo, ya que en este proceso descubre su propio registro.

Este proceso puede ser auto-interrumpido generando un desequilibrio que luego será resuelto por la *autorregulación orgánica*. La autorregulación orgánica es el proceso por el cual las configuraciones complejas logran auto-organizarse y desarrollarse en el tiempo, ya que las condiciones cambiantes propuestas por el medio alteran el equilibrio.

Se supone que el terapeuta gestáltico frente a una conducta tiene en cuenta la totalidad del proceso, esto incluye pensamientos, emociones y acciones que fluyen a partir de una necesidad que busca ser satisfecha. En este contacto con el entorno la persona puede bloquearse y volver a respuestas desactualizadas. Es allí donde el terapeuta interviene funcionando como un soporte externo que permita a la persona encontrar creativamente una respuesta adecuada a las circunstancias actuales.

Siguiendo a Robine (1999), el *awareness* o darse cuenta permite el tomar conciencia y supone una actitud de vigilancia. Define *aware* al conocimiento adquirido, ya sea por medio de la percepción o información. El objetivo de este enfoque es que el paciente se dé cuenta de qué está haciendo y cómo lo está haciendo, siempre en el aquí y ahora, o sea, en este presente y con posibilidad de experimentar. Este es uno de los rasgos distintivos de la terapia gestáltica, el trabajar en el aquí y ahora: pasado y futuro se juegan en el presente, “en el vínculo tera-

péutico” y el énfasis se pone en lo que se está haciendo, pensando y sintiendo en el momento, más que en lo que fue, puede o debe ser.

Esto se logra poniendo el acento en el cómo está ocurriendo lo que está ocurriendo y no en el contenido de lo que se está discutiendo. Del *awarenesse* surge una posibilidad de cambio, aceptación y autovaloración. El cambio ocurre cuando el paciente se convierte en lo que es y no cuando trata de ser lo que no es. (Yontef, 1995)

Ambos autores coinciden en la importancia del aquí y ahora para el proceso de la toma de conciencia. A diferencia de Perls (1973), Robine (1999), llama al *awareness* actitud de vigilancia en vez de percepción relajada.

Peñarrubia (1998), en Latner (1994), sostiene que:

- El darse cuenta sólo es eficaz cuando está basado en la necesidad dominante actual del organismo.

Si la persona no sabe lo que necesita, su darse cuenta pierde sentido, poder e impacto.

- El darse cuenta no está completo sin conocer directamente la realidad de la situación y cómo está uno en ella. No es posible hablar de conciencia si el sujeto no se incluye en la situación y no se hace responsable de sí mismo en dicha situación.

- El darse cuenta es siempre aquí y ahora, y siempre cambiando, evolucionando y trascendiendo a sí mismo. No puede ser estático, sino un proceso de orientación que se renueva en cada momento.

Nuevamente Peñarrubia (1998), siguiendo a Perls (1973), sostiene que el desarrollo de la capacidad de conciencia supone por lo tanto enfocar *tres zonas*, una interna, otra externa y una zona intermedia.

Darse cuenta de la *zona interna* es poner la auto-observación en uno mismo: captar las sensaciones térmicas, kinestésicas, los sentimientos que afloran, los estados de ánimo y su evolución, etcétera. Un mirar hacia adentro como antídoto a las distracciones de afuera.

Darse cuenta de la *zona externa* es optimizar los sentidos y devolverles su función perceptiva, de forma que capturemos la realidad del entorno en vez de fantasearlo o interpretarlo. Se trata de recuperar la vista, el oído, la piel y todos los demás canales sensoriales con que nos orientamos en el mundo.

Darse cuenta de la *zona intermedia* es precisamente enfocar este filtro fantasioso con que tamizamos las percepciones internas y externas. Algo así como lo propio y lo ajeno.

2.1.3. Contacto

Antes de continuar es necesario definir la palabra *contacto*, debido a que es un elemento importante en el proceso del *awareness*.

“Contacto es la savia vital del crecimiento, el medio de cambiar uno mismo y la experiencia que uno tiene del mundo. El cambio es producto forzoso del contacto, ya que apropiarse la novedad asimilable o rechazar la inasimilable conduce inevitablemente a cambiar”. (Polster, 2001).

Se supone que el mero hecho de oír o ver no es garantía de un buen contacto, lo que determina que éste se logre es cómo se ve o se oye. Se considera que contacto implica percibir lo que el otro realmente es, no lo que uno lo hace ser (Polster, 2001).

Para poder intercambiar con el ambiente la persona necesita registrarlo, estar presente en el aquí y ahora, permitiendo que en la totalidad que lo rodea surja aquello que podría re-equilibrarlo y se transforme en figura. Foco de atención y actividad para recuperar la salud y el equilibrio. “Darse cuenta es el proceso de estar en contacto, alerta con la situación más importante en el campo ambiente-individuo, con un total apoyo sensorio-motor, emocional, cognitivo y energético, es un medio para orientarse en el mundo”. (Yontef, 1995).

Yontef (1995), pone más énfasis que Perls (1973), en la percepción ambiental. Perls pone el acento en percibir al otro tal cual es.

2.1.4. Relación entre supervisor y terapeuta

Según Holloway (1992), el darse cuenta emocional del terapeuta es de vital importancia para el Enfoque Gestáltico. Para esto es necesario que el supervisor focalice la situación del terapeuta e intente no involucrarse en la misma. La conciencia emocional es la autoconciencia de sentimientos, pensamientos y acciones que surgen del trabajo con el paciente y el supervisor. Asimismo, las respuestas emocionales que surgen de la relación entre terapeuta y supervisor también pueden ser un importante tema para su trabajo personal y en la labor del terapeuta con su paciente. Además, según el autor, el supervisor tiene la obligación de autoevaluarse ya que su labor es algo privada entre él y el supervisado, y no hay quien evalúe desde afuera.

Para Serok (2000), la relación entre supervisor y terapeuta desarrolla cierto compromiso que proporciona al practicante conocimientos relacionados a la práctica. Lo importante es que los terapeutas desarrollen un estilo personal para desempeñarse de manera independiente.

No siempre es necesario encontrar el porqué del bloqueo del terapeuta. Las causas pueden emerger espontáneamente en los grupos de supervisión. Se supone que cuanto más se profundice en nuestra persona, más se incrementará la capacidad para comprender al otro en sus distintas situaciones. “La supervisión clínica en Gestalt es ejercer una revisión consensuada de determinados casos. Explora las dinámicas del sistema paciente-terapeuta y rechaza la esterilidad del sólo “*hablar acerca de pacientes*”. (Serok, 2000).

El conocimiento del paciente, en sus diferentes desempeños de la vida diaria, nos ayuda a tener acceso al darse cuenta y a las funciones de contacto del paciente y el terapeuta.

2.1.5. Formas de interrupción del contacto

Relacionado con el apartado anterior es importante mencionar los mecanismos de defensa o formas de interrupción del contacto para el Enfoque Gestáltico, ya que representan una dificultad para el darse cuenta.

Perls (1976) describe cinco grandes canales de interacción resistente. Cada uno de ellos tiene un estilo expresivo que le es particular. Estos son: Introyección, proyección, retroflexión, confluencia y deflexión, como el nuevo agregado.

A – Introyección: Es el modo de interacción entre el individuo y su ambiente en el cual éste incorpora acríticamente información del entorno. Por ejemplo, la persona ha tragado enteros los valores transmitidos por sus padres, su escuela y su sociedad, y quiere que la vida continúe siempre igual. Cuando el mundo cambia a su

alrededor se deja vencer por la angustia y se encierra en una actitud defensiva. Su energía opera en apoyo de las normas introyectadas y al mismo tiempo procura mantener su conducta lo más integrada posible de acuerdo a las normas éticas que ha recibido. Para trabajar este mecanismo de defensa hay que facilitar la reformulación por parte del individuo de una nueva escala de valores que le sirvan para diferenciar el “yo” del “tú”.

B – Proyección: Este es un mecanismo donde la persona no puede aceptar sus propios actos o sentimientos porque “no debería” actuar o sentir así. El sujeto no reconoce su responsabilidad y la transfiere al afuera. Tiene aguda conciencia de estas características en los demás. La capacidad de proyectar es una reacción natural del hombre.

C – Retroflexión: aquí el sujeto vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle a otro, o se hace a sí mismo lo que querría que otro le hiciera.

D – Confluencia: en este mecanismo no hay diferencia entre el yo y el tú. La persona suele establecer relaciones precarias y confusas. Dos personas no pueden ocupar al mismo tiempo el mismo lugar en el espacio, del mismo modo no se puede tener idéntica forma de pensar. Generalmente las relaciones confluentes son empleadas por personas con sentimientos de culpa o rencor.

E – Deflexión: en este mecanismo se evita el contacto real con el otro. Existen situaciones complicadas donde la persona busca apartarse de ellas. Un ejemplo pueden ser las explicaciones que dan los padres acerca de la sexualidad a sus hijos.

Siguiendo a Latner (1978), las resistencias son conductas que mantienen a la persona fuera del presente, son utilizadas para enfrentar situaciones amenazantes.

En la terapia gestáltica las resistencias son el foco central del trabajo terapéutico pues son los puntos ciegos en que el paciente demuestra su interferencia con el funcionamiento libre. Y el objetivo de la terapia consiste en atraer esta parte a su conciencia.

2.1.6. Fuerzas polares

El proceso de la resistencia incluye las fuerzas polares; por ejemplo, una de las polaridades del ser humano es “la de la estabilidad contra el cambio”. La persona no quiere cambiar se opone al mismo e intenta mantenerse.

Peñarrubia (1998), siguiendo a Polster (2001), sostiene que las polaridades aparecen en diferentes momentos, están ahí y forman parte de nosotros. Se juzga erróneamente a los opuestos como incompatibles, dando como resultado el estrechamiento de la conciencia, que promueve el mirar las cosas desde un único sitio limitando la capacidad del darse cuenta.

Según Peñarrubia (1998), siguiendo Perls (1969), los opuestos existen por diferenciación de lo no diferenciado. En la aplicación terapéutica esta diferenciación es importantísima: la llamamos polarización. Los polos opuestos se definen con claridad (si están indiferenciados no cabe ni dialéctica, ni darse cuenta, ni integración). Por ejemplo, puede existir un conflicto entre necesidades intelectuales y emocionales. Si la cabeza no expresa lo que quiere y si el corazón no explica sus deseos legítimos, difícilmente se podrá establecer un diálogo entre ambos donde se reconozcan, se escuchen, se entiendan y puedan llegar a algún tipo de acuerdo.

La filosofía básica de la terapia Gestalt es la diferenciación e integración de la naturaleza humana. La diferenciación conduce por sí misma a polaridades. Estas polaridades se opondrán y se paralizarán mutuamente. Al integrar rasgos opuestos complementamos nuevamente a la persona, por ejemplo, debilidad y bravuconería se integran como una silenciosa firmeza. Es decir, que el Enfoque Gestáltico intenta integrar los rasgos opuestos a fin de lograr unidad de la persona y no una escisión.

El autor denomina punto cero o la nada a la diferenciación entre opuestos. La importancia de esta experiencia de la nada es que constituye un puente entre la evitación y el contacto.

La renuncia a modificar el propio modo de hacer las cosas, de comportarse como habitualmente suele hacerlo, por comodidad o miedo conduce a bloquear la satisfacción de necesidades. Esto puede conducir a una patología si se mantiene en el tiempo. Por ello en Gestalt se diagnostica.

Siguiendo a Quitmann (1989), Perls (1969), señala en el organismo la tendencia a moverse hacia el “centro cero de los opuestos” que se manifiesta a través de una lucha constante entre la auto-conservación (recogimiento, seguridad, tranquilidad, etcétera), por una parte, y el crecimiento (cambio, movimiento, riesgo, desarrollo, etcétera), por la otra. Todo desequilibrio es experimentado como una necesidad de corregir tal desequilibrio.

2.1.7. Diagnóstico

Penhos y Secadas (1991), han considerado importante aclarar que el diagnóstico preciso es parte integral e indispensable de la terapia gestáltica y del trabajo de supervisión. Categorizar y diagnosticar son parte indispensable de la evaluación. Permite al terapeuta hacer mejores conjeturas acerca de lo que el paciente está experimentando.

La palabra diagnóstico se remonta a dos palabras griegas, que significan “conocer” y “a través o entre”. Es el acto o proceso de decidir la naturaleza de una enfermedad mediante un examen, o una cuidadosa investigación de los hechos para determinar la naturaleza de una cosa, o la decisión u opinión resultante de tal examen o investigación.

Este proceso diagnóstico desde la terapia gestáltica es una búsqueda de significado. Sin embargo, es válida la preocupación acerca de los potenciales efectos negativos de un diagnóstico y es sumamente necesario que se tomen en cuenta los riesgos que ello conlleva.

Siguiendo a Peñarrubia (1998), Yontef (1995) señala que categorizar, evaluar y diagnosticar son parte indispensable de la evaluación y todos los terapeutas competentes lo hacen. El autor explicita un modelo de diagnóstico gestáltico donde el significado de esta estructura se entiende a través de la formación figura-fondo. Complementariamente, el contexto cambia continuamente, cada persona muestra formas únicas de relacionarse, creando diferentes figuras y fondos.

El diagnóstico no es un absoluto sino que se construye en el contacto terapeuta-paciente. Ayuda a esclarecer en qué figura centrarse en la labor terapéutica. El significado en la terapia gestáltica surge de la relación entre figura y fondo, que son una constante en el funcionamiento humano.

2.1.8. Figura y fondo

Según Peñarrubia (1998), siguiendo a Yontef (1995), explicita un modelo de diagnóstico gestáltico donde el significado de esta estructura se entiende a través de la formación figura-fondo: mientras el contexto (campo organismo-ambiente) cambia continuamente, cada persona muestra formas únicas y características de relacionarse (que incluyen conducta, percepción, sentimiento, creencias, pensamientos, etcétera). Es decir, el diagnóstico no es un absoluto sino que se construye en el contacto terapeuta-paciente y ayuda a esclarecer en qué figura, fondo y relación figura-fondo es más recomendable concentrarse en un momento particular.

Siguiendo a Polster (2001), esta figura se destaca del fondo porque emerge de él. En cualquier momento, lo que es figura puede retroceder al fondo y algo del fondo puede convertirse en figura.

La persona percibe la figura como una imagen completa y delimitada y el fondo como algo difuso. La función del fondo es servir de contexto para la percepción de la figura.

Siguiendo a Perls (1973), se tiene una jerarquía de necesidades que están en un continuo proceso de desarrollo, organización de las figuras de la experiencia y desaparición. En terapia gestáltica se describe este proceso como la formación y eliminación progresiva de gestalts preceptuales y motoras. En otras palabras, según Quitman (1989) siguiendo a Perls (1979), esto significa que la necesidad vigente más fuerte, la “situación más apremiante” emerge del fondo de las distintas necesidades como figura, y todo el organismo, cada uno de los órganos, los sentidos, los movimientos, los pensamientos se ordenan bajo esta “necesidad emergente”. Si la necesidad es satisfecha, se diluye de inmediato en el fondo y una nueva necesidad emerge como figura. En un proceso de este tipo no se alcanza nunca el estadio de una satisfacción definitiva, pues el cierre de la Gestalt ocasiona satisfacción pero la simultánea reapertura produce frustración.

Desde este concepto la teoría gestáltica aborda la integración del individuo. Este proceso se sucede de forma continua y sin interrupciones. Constantemente se forman nuevas figuras; cuando las necesidades han sido satisfechas, son eliminadas y reemplazadas por otras, permitiendo que la conducta y la experiencia perceptual sean organizadas por las necesidades que ocupan el puesto siguiente en la jerarquía de dominio.

2.2. SUPERVISIÓN CLÍNICA. ASPECTOS TEÓRICOS

2.2.1. El entrenamiento

Dentro del psicoanálisis, Ferencsi inauguró la conveniencia del *análisis didáctico*, es decir, la propia terapia del candidato a terapeuta. Hoy en día esto se da en todos los abordajes introspectivos y también en Gestalt, donde se considera *la terapia personal* como parte esencial del proceso formativo. Entendida como proceso de autoconocimiento, la terapia dura toda la vida si bien cambia de formato. Los otros dos pilares del oficio del terapeuta son *el entrenamiento y la supervisión*.

Peñarrubia (1998), siguiendo a Naranjo (2002) afirma que Fritz Perls no elaboró ningún método de *entrenamiento*, excepto su propio modelaje: verlo trabajar y trabajar con él, que “la manera de aprender era obser-

varlo”. Y se lo observaba como a un maestro. El modelo de Perls no es tanto el de profesor–alumno como el de aprendiz–maestro, según la vieja tradición del gremio artesanal (modelo criticado por algunos como *introyector*) donde había una transmisión y asimilación de la herencia. “Está el fenómeno de la profunda asimilación de la herencia espiritual que sucede en toda forma de cultura, como en el arte; si me pregunto en qué consiste verdaderamente la herencia de Fritz, me digo que no es su bolsa de trucos, ni sus ideas, sino algo más difícil de enunciar con claridad, algo que se acerca mucho a este tragar todo un modo de ser. Así que hay introyección y hay una receptividad apreciativa que percibe lo que es un modo de ver el mundo, una manera de reaccionar que asimila sanamente”.

Otra anécdota que refuerza esta necesidad de que el aprendiz no imite sino que discrimine, la rescata Naranjo de un relato de Levitsky que dice: “Le comenté mi preocupación a Fritz: *lo que tú haces es maravilloso, pero dudo si alguna vez seré capaz de aplicar tu técnica. Es evidente que deberé adaptarla a mí mismo de una manera u otra*. Me respondió: *estás hablando como un terapeuta gestáltico*”, dice Peñarrubia (1998), siguiendo a Naranjo (2002).

A través de este episodio, podemos destacar otro aspecto de este modelo: es el maestro el que reconoce y acredita al aprendiz o, dicho de otra forma, el que nombra a sus herederos.

Jim Simkin fue quien primero se interesó en dar una estructura al *entrenamiento gestáltico*. Su programa de estudios duraba un mínimo de dos años y consistía en un mes de entrenamiento anual en régimen residencial.

2.2.2. La supervisión

La supervisión así entendida no es sino la *terapia del terapeuta*, aunque hay otras formas de enfocarla. De la literatura gestáltica se rescatan algunos aportes.

- A. Rams (1989) describe las dos modalidades primordiales de supervisión: prácticas supervisadas (*in situ*) o supervisión de prácticas (comentar los casos).

- Harman y Tarleton (1983) señalan áreas problemáticas a supervisar: la falta de conocimientos teóricos del terapeuta, su rigidez e inflexibilidad con pacientes de carácter similar a él y los mecanismos defensivos del terapeuta.

- De Ginger (1992) considera que la supervisión es una anti-formación (ayuda a deshacer los introyectos del aprendizaje y los estereotipos técnicos aprendidos durante el entrenamiento) y su decisión de no supervisar a ningún terapeuta novel que no tenga al menos tres pacientes: al paciente único se lo “sobreinvieste”, ocupa demasiado la mente del terapeuta principiante que tiende a dramatizar las dificultades y a sobrevalorar los aciertos. Además, el terapeuta corre el riesgo de adaptarse al perfil de su paciente y crear actitudes que a la larga se convierten en estereotipos. Con dos pacientes el terapeuta tiende a compararlos en vez de considerarlos a cada uno por separado. Así es que la cifra de tres es la más representativa como punto de partida.

No obstante, cada terapeuta ha de descubrir su manera peculiar de ser gestalista y en ello están comprometidos sus mejores recursos tanto como sus aspectos neuróticos (limitaciones caracteriales), de los que se puede hacer igualmente una herramienta terapéutica.

La supervisión mantiene al terapeuta en permanente revisión de sí a través de su oficio. La supervisión es necesaria siempre, si no con “supervisor” instituido, al menos con inter pares, es decir, compartiendo las dificultades e *impasses* con los colegas.

2.2.3. La supervisión clínica

Naranjo (2000) sostiene que la *supervisión clínica* es de vital importancia para el desempeño competente de los psicólogos en su labor, ya que promueve el darse cuenta del terapeuta como también la capacidad de apreciar el proceso de su propia experiencia. Los temas de supervisión son el análisis de la actitud y *awareness* del terapeuta.

El papel del supervisor es proporcionar un *feedback* al terapeuta acerca de su trabajo, cumpliendo así la función de revisar los conocimientos aplicados por el terapeuta desde una atención distanciada, fruto de la observación. Es necesario que los terapeutas supervisen para que puedan distinguir sus propios mecanismos de defensa, los llamados formas de interrupción del contacto de los de sus pacientes. Posteriormente el profesional deberá trabajar con sus mecanismos de defensa que generalmente están vinculados a los llamados puntos ciegos.

Peñarrubia (1998), siguiendo a Naranjo (2002), dice que los puntos ciegos son las temáticas del paciente que afectan al terapeuta y que al comienzo se trabajan con cierta dificultad, pero luego, con el apoyo de la supervisión, pueden encaminarse.

Por lo general, los puntos ciegos del terapeuta son temáticas conocidas, por ser las mismas que ha trabajado como paciente en su terapia.

Peñarrubia (1998) afirma que la supervisión clínica no es sino la terapia del terapeuta. La supervisión clínica mantiene al grupo de supervisión en una continúa revisión de su persona y de sus resultados. Este proceso conduce al desarrollo profesional y personal de cada integrante. La relación entre supervisor y terapeuta se enriquece a través de las experiencias ajenas.

Siguiendo a Naranjo (2000), Peñarrubia sostiene que la supervisión clínica no sólo es para calmar la angustia de los novatos profesionales, también aumenta la eficacia de la tarea terapéutica por medio de la ayuda del experto. Aquí se comparten las prácticas psicoterapéuticas que promueven a la reflexión profunda, actividad que debería ser periódica en el oficio del terapeuta, ya que se la considera un medio poderoso que promueve el crecimiento mutuo.

La supervisión clínica se basa en una relación de confianza que provee un sostén al terapeuta, lo ayuda a que tome distancia de su paciente para luego reevaluar la situación con cierta objetividad. Asimismo, el terapeuta puede ser capaz de observar de manera atenta al paciente y esperar sus tiempos internos. Para ello, el supervisor gestáltico enfatiza el aquí y ahora porque considera a los supervisados responsables de sus actos presentes. Este aquí y ahora que tanta importancia tiene en Gestalt, también incluye el entorno del momento y los factores que sean o no parte de la actividad de ese momento. Por ejemplo, pueden incluir ambiente físico, temperatura, distancia entre los integrantes, clima emocional, ropaje, actitudes, luz, entre otros.

2.2.4. Técnicas de la supervisión clínica en el enfoque gestáltico

En este punto es interesante añadir las distintas técnicas de *supervisión clínica* que promueven el *dar-se cuenta* en el terapeuta, según el enfoque gestáltico:

Rol playing: es la técnica más tradicional y consiste en reproducir la sesión o situación conflictiva, desarrollándola psicodramáticamente. Su objetivo es amplificar y comprender los sentimientos que están en juego en la relación, aprovechando la mayor objetividad que proporciona la escena psicodramática. Por ejemplo, se le dice al terapeuta: “Imagina que tu paciente está comiendo con un amigo cercano en el que confía y el amigo le pregunta acerca de su terapia, ¿qué es lo que tu paciente diría?”. De esta forma, el ponerse en el lugar del paciente, hace que el terapeuta se observe de manera crítica y pueda hacerse más responsable de sus proyecciones.

Catarsis controlada: es otra técnica muy útil porque facilita al terapeuta la expresión de sentimientos conflictivos que ha acumulado y que bloquean su trabajo. Por ejemplo, se le propone al terapeuta una actitud catártica (verbal o motriz) frente al cojín, donde imaginariamente sitúa al paciente.

Preguntas exploratorias: se realizan a través del interrogatorio del supervisor. Por ejemplo, en vez de investigar sobre lo que no supo hacer o en qué se equivocó el terapeuta, se le pregunta acerca de su actitud, percepciones o fantasías acerca del paciente.

Revisión de la hipótesis de trabajo: se realiza una hipótesis de trabajo luego de una intervención. Aquí es importante estar atento al exceso de interpretaciones como también escuchar las distintas opiniones del grupo ya que éstas enriquecen el trabajo de supervisión clínica.

Terapeuta loco-terapeuta sano: es otra técnica que alivia al terapeuta porque le permite ser, por ejemplo, más neurótico e inadecuado. Esta técnica proporciona una cantidad de respuestas espontáneas y creativas que pueden ayudar al desbloqueo del terapeuta. Por ejemplo, si se juega el papel de terapeuta sano, el supervisor le puede proponer: “Si fueses un terapeuta más maduro por el paso de los años, ¿cómo resolverías esta situación?”.

Frecuentemente, este método amplía el panorama y también otorga la autorregulación orgánica, que es la esencia de la buena Gestalt y del buen terapeuta gestáltico.

La Gestalt ha elaborado muchas técnicas y es un enfoque que se dirige directamente a resultados visibles y verificables. Estas técnicas facilitan el contacto con emociones escondidas, con sensaciones y vivencias latentes, trayéndolas a un primer plano. Sin embargo, las técnicas en este enfoque no son practicables en cualquier momento del proceso de supervisión, ya que deben ser adecuadas en cada caso al momento y a la situación. (Naranjo, 2002).

2.2.5. Grupo de supervisión

Para que un grupo de supervisión se desarrolle es necesaria su cohesión, donde sus integrantes sean capaces de cooperar y respetar a su coordinador. La cohesión puede observarse en la escucha atenta de sus integrantes y en la colaboración que cada miembro manifiesta frente a las necesidades de los otros.

Peñarrubia (1998), siguiendo a Perls (1973), sostiene que este enfoque promueve en los grupos de supervisión la noción de que el paciente es único e irreplicable. Es decir, se debe observar la problemática de cada

uno con sus características particulares para poder establecer un vínculo con el paciente y posteriormente emprender la labor terapéutica.

En este vínculo, muchas veces el terapeuta funciona como soporte del paciente, es decir, como complemento de su sí mismo o *self*. En los comienzos de la terapia, generalmente los pacientes acuden con un sostén débil que será incrementado por el terapeuta a lo largo del proceso. Por ello es clave mejorar el contacto del paciente con sus auténticas necesidades.

La relación es más que un encuentro físico porque su potencial curativo depende de la actitud del terapeuta. El terapeuta debe estar en contacto consigo mismo y también debe estar conectado con su paciente, actitud que refleja el trabajo de supervisión. Si el terapeuta no está presente, no establece contacto con el otro como "persona". Por ejemplo, las propias proyecciones del terapeuta frecuentemente son otra forma de evitar el contacto ya sea por miedo o agresión. Es un mecanismo de defensa empleado por el terapeuta que, como cualquier otro, deberá de trabajar tanto en las supervisiones como en su terapia individual.

Serok (2000) considera que el fortalecimiento y el sistema de auto-soporte son esenciales para el desarrollo de la autoestima profesional y para un estilo de trabajo más eficiente, ya que el sistema de auto-soporte se basa en adquirir conciencia y, por lo tanto, proveer la satisfacción de las necesidades de cada situación.

Además, es muy importante cuidar la atención de las propias necesidades porque cuanto más se las cuide, más se promueve el deseo de que el otro cuide las propias. Cuanto más se interese un terapeuta en sus propias necesidades, más creativa y enérgica será su labor. Asimismo, el propio cuidado genera el contacto en una relación.

De lo anterior surge que Serok agrega -a los conceptos de Naranjo- el cuidado de las necesidades del terapeuta para promover el cuidado del propio paciente.

2.2.6. Aspectos que regulan el proceso de supervisión .

Las modalidades de la supervisión clínica en el contexto de la institución en que se realizó el presente trabajo son las siguientes:

- En el Servicio de Asistencia a la Comunidad (SAC) existen diferentes categorías de terapeuta, de acuerdo a su experiencia profesional. Los principiantes, denominados *Junior*, tienen supervisión obligatoria, facilitada por un arancel preferencial.

- Los encuentros se desarrollaran en un grupo cerrado de hasta cuatro integrantes.

- Cada supervisado elige el supervisor libremente.

- El período de supervisión es de dos años como máximo y el mínimo será establecido de común acuerdo entre el supervisor y el supervisado. Al concluir este período deberá seleccionarse otro supervisor.

- Las supervisiones no son obligatorias para los terapeutas que revisten la categoría de *Staff* (terapeutas avanzados). Sin embargo, si decidieran seguir supervisando a sus pacientes, podrán hacerlo pagando el mínimo arancel y cumpliendo el período máximo de dos años por supervisor; al finalizar deberán cambiar el mismo.

- Los supervisores dejan asentado en la Historia Clínica las observaciones que surjan de la supervisión.

- La coordinación del SAC establece una reunión bimestral con los supervisores y la asistencia es obligatoria.
- Cada supervisor recibe mensualmente de la coordinación del SAC una lista de los pacientes derivados durante ese mes a los terapeutas que ellos supervisen.
- Sólo se supervisan los pacientes pertenecientes al SAC.
- Se ha implementado un sistema por el cual podrá haber un oyente por cada grupo de supervisión que funcione. Se considera oyente a aquel egresado de la Escuela de formación en Gestalt que se encuentra en el año previo al aval.

2.3. SUPERVISIÓN CLÍNICA. PRESENTACIÓN DE CASOS

A continuación, se describen casos prácticos en los que tomé parte en la institución elegida.

2.3.1. Caso P

P tiene 52, es maestro mayor de obras, actualmente se encuentra separado y tiene un hijo llamado M que vive con él.

Psicóloga: Tiene un paciente llamado P, de 52 años, expresa que este paciente la aburre, la irrita y que le tiene poca paciencia porque generalmente se queda callado. Además cuando se expresa es lento y siempre tiene una excusa para no hacerse cargo de lo que le sucede, tanto en su relación con su hijo, con su ex pareja y también con su actual pareja.

En las primeras sesiones el paciente expresó que en su matrimonio no se daba cuenta qué pasaba. Un día su ex esposa (llamada L) se fue de la casa sin darle ninguna explicación. Él no sabía dónde se alojaba su esposa hasta que luego de un año y medio L vuelve a consecuencia de una multa que le hicieron en el auto. Ella estaba en otra provincia y lo llamó a P para pedirle ayuda. P se va a buscarla y se entera que ella estaba conviviendo con un hombre que era un ex compañero de tango.

L regresa a Buenos Aires, P la hospeda en su casa durante siete días. Después ella se marcha nuevamente

El paciente cuenta que se ocupa de la educación de su hijo y que hace de papá y mamá a la vez. Expresa que muchas veces es difícil porque no tiene una buena comunicación con su hijo y esto lo pone mal.

La psicóloga expresa que este paciente no se impone ante los pedidos de su hijo, por ejemplo, el hijo no quiere estudiar porque no sabe qué estudiar. P lo ignora, no lo escucha y lo quiere obligar a estudiar. O sea, P hace lo mismo que hizo con su ex mujer. Según mi parecer, él sólo ve lo quiere ver y no lo que los demás necesitan.

En las sesiones P manifestó que tuvo varias parejas luego de L, y que la actual pareja se llama M, ella está con él hace seis meses. Contó que cuando la llevó a la casa estaban almorzando y su hijo M se retiró de la mesa y se fue de la casa.

Mi parecer es que mi paciente no le dio el lugar a su actual pareja en el momento del almuerzo, que fue lo mismo que hizo con su ex esposa.

La psicóloga dice: “Todo lo que le sugiero en las sesiones para mejorar, responde no”. Por ejemplo, en su relación con su hijo, económicamente, en su relación de pareja. Esta actitud negativa la traslada a su relación con su hijo como también a todos sus ámbitos personales. “Es sumamente negativo” y me molesta caer en su historia de víctima. Además percibo que es una persona pasiva y al mismo tiempo violento porque no quiere escuchar y quiere imponerse con todos los que lo rodean.

Supervisora: Lo importante es que como psicóloga no te enganches en sus historias. Mi parecer es que él está anulado, es decir, no puede expresar sus sentimientos y, por otro lado, tiene registro de lo que le pasa, de lo contrario no buscaría hacer terapia. Hay que tener en cuenta que es un paciente que proviene de una familia con un concepto de “Mi hijo el doctor”. Es hijo único y por ello es exigente consigo mismo y con los demás y le cuesta ser generoso con el prójimo. Es decir, es una historia de mucha vergüenza sobre quienes son sus padres y su mujer.

P construyó su casa con su padre, esto muestra que todo le costó mucho esfuerzo y sacrificio propio. Otro aspecto a tener en cuenta es que un hombre que trabaja en la calle no suele ser cándido y dulce, sino más bien es una persona con cierta cuota de agresividad para abrirse paso en la vida.

En diferentes sesiones le preguntaría acerca de su hijo y de su ex esposa para que de a poco tome conciencia de los demás. Creo apropiado tener una entrevista grupal con su hijo y otra con su novia.

2.3.2. Caso A

A tiene 47 años, es profesora de inglés y está separada desde hace tres años y medio. Actualmente está de novia y en la primera sesión expresó que practica el budismo.

Tiene dos hijos, J y G, que viven con ella.

La psicóloga expresa que “es una paciente resistente” porque en la consulta dijo que “le preocupa no tener una pareja en forma permanente y que todos los hombres la dejan por otra mujer más joven y más linda”.

En la primera sesión la paciente aclaró que consumió droga en su adolescencia y que en su infancia tuvo asma.

Supervisora: En primer lugar considero importante que esta paciente aprenda a depender de la terapia para que tenga algún tipo de soporte. Para ello es fundamental que trabajes en un primer momento la relación terapéutica con tu paciente para establecer un vínculo confiable con ella. El siguiente paso sería trabajar con diferentes ejercicios gestálticos de soportes.

Me da la impresión que es una persona temerosa y controladora porque hasta ahora no ha hecho terapia. Eso me demuestra que es una persona independiente, contrariamente a lo que manifiesta en las sesiones.

2.3.3. Caso J

J tiene 29 años, trabaja en una compañía de seguros. En la primera sesión el paciente dijo que concurre a terapia sólo un mes en toda su vida y luego la dejó. Tiene un hijo que se llama J, tiene dos años y vive con su ex pareja.

Mi paciente expresó: “Quiero empezar a hacer terapia porque me separé en noviembre de mi pareja y no me siento muy bien”. Además aclaró que fue su ex pareja quien tomó la decisión de separarse y que no hubo terceras personas. Tiene un hijo de dos años con ella y trabaja vendiendo seguros de autos”.

J se droga desde hace muchos años, generalmente consume cocaína. Nunca hizo un tratamiento para rehabilitarse.

La psicóloga expresa: “Me preocupa la cantidad que consume y también la frecuencia. Además mezcla la droga con el consumo de alcohol. En las pocas sesiones que tuvimos, él dijo no estar deprimido. También aclaró que su novia no consume droga. En una de las consultas dijo que no puede decir que no cuando le ofrecen droga”.

En cuanto a su historia personal dijo que no conoció a su padre, que lo buscó en un momento de su vida pero no lo encontró y después desechó la idea de seguir buscándolo.

En la primera sesión expresó: “Fui hijo de madre soltera”. Dijo que fue criado por muchos personajes femeninos que trabajaban para su madre en un taller de costura.

La psicóloga le manifiesta a la supervisora: “No sé de qué forma puedo acompañar a J.”

Supervisora: “Pienso que un punto importante es que le propongas que asista a un grupo de adicción para tratar el tema de su consumo. Generalmente, el adicto hace que los demás se preocupen por él y nunca se hace responsable de su propia vida”.

“Yo te preguntaría cómo te sedujo en su historia y cómo pensás que son sus relaciones con las mujeres. Como profesional también me preguntaría: ¿Qué pasó con su ex mujer? ¿Por qué lo dejó? ¿Cómo anda su vida sexual? Indagaría sobre su adicción a las drogas y el alcohol”.

2.3.4. Caso C1

A continuación se describirá un caso de supervisión donde la psicóloga expresa con honestidad sus sentimientos hacia su paciente que sufre el trastorno llamado *Borderline*. Se llama C, vive con su madre y tiene 22 años.

La profesional expone el caso de una paciente llamada C con trastorno *Borderline*. Dice que su paciente consume farmacología para la depresión, ansiedad y para estabilizar su estado de ánimo. Cuenta que C tiene un alto nivel de angustia producto del trastorno. En los momentos difíciles de la paciente ella no puede tener al alcance ninguna herramienta para evitar que se lastime.

C presenta períodos en donde avanza en el tratamiento y está menos angustiada, y en otros momentos del tratamiento presenta un retroceso. Ella se angustia con facilidad y esto la enoja. Pienso que estos son los momentos en que C puede actuar violentamente con ella misma y esto me hace sentir impotente.

Además su madre es esquizofrénica, tuvo varios intentos de suicidio. Creo que esto no ayuda nada a mi paciente.

La psicóloga expresa: “No sé si quiero atenderla, es demasiado para mí. Me supera. Por momentos no sé cómo contenerla, la verdad que este trastorno es difícil de tratar porque varía en el tiempo y la paciente no logra una estabilidad duradera”.

La supervisora dice: “Cuando decís que no sabés si atender a C, considerará que ese *no sé* no es una respuesta clara. Una de las soluciones puede ser que tu paciente asista a un hospital. Otra posibilidad es seguir con el tratamiento siempre y cuando se establezca un encuadre claro. Por ejemplo, le podés decir: *Me podés llamar de doce a diez*, para evitar que te demande permanentemente. De ese modo evitás que se agoten tus energías. Además, con un encuadre claro lograrás que C se sienta contenida y organizada. De esa manera lograrás cierta tranquilidad y orden y tu paciente siente seguridad de parte tuya”.

2.3.5. Caso L

L es una paciente que tiene 25 años, vive con sus padres y actualmente se encuentra sin trabajo.

Psicóloga. “Tengo una paciente llamada L que presenta un cuadro de esquizofrenia y pude observar en la entrevista familiar que todo sigue igual. L sigue peleando con su madre, sigue engordando y sus padres no la apoyan como deberían. Creo que la falta de sostén de parte de sus padres hace que se sienta mal consigo misma”.

Supervisor pregunta: “Toma alrededor de cinco miligramos de dolanzapina, ¿no?”

Psicóloga: Sí.

Supervisor: “Es por causa del medicamento que la paciente engorda y esto la debe tener mal”.

Psicóloga: “Todo sigue igual que antes y no veo ningún progreso. Mi paciente quiere volver a llamar a su ex novio, que se llama P. Busca trabajo pero al poco tiempo lo deja porque se enferma. En realidad no sé cómo continuar con esta paciente”.

Supervisor: “¿Tu impresión es que la familia se comporta con L de la misma manera que siempre? En conclusión no han seguido las consignas que les dijimos, de acompañarla más”.

La Psicóloga expresa: “Siento impotencia con esta paciente porque no veo progresos. Veo que está sola, sin ningún sostén y sus padres no ayudan mucho”.

Supervisor: “Bueno, yo te preguntaría. ¿Para qué sirve ver un paciente esquizofrénico?”.

Otro colega que integra el grupo de supervisión expresa: “Creo que debés darle más tiempo para que las cosas maduren y evolucionen. Estos trastornos son así, cuando uno menos lo piensa el paciente comienza a mejorar”.

Supervisor: “Creo que los objetivos que hay que remarcar con esta paciente son la rehabilitación y reasociación”.

Psicóloga: “Sí, pero con una familia tan rígida es difícil. Considero que el entorno es de suma importancia para el crecimiento personal de un paciente”.

Supervisor: “Sí, estoy de acuerdo. Una posibilidad es incluir siempre sesiones con la familia. Yo te voy a acompañar en un comienzo hasta que se encamine todo”.

Psicóloga: “Sí, por favor, siento que no puedo sola”.

Supervisor: “No estás sola, yo te acompaño. Además, hay que tener en cuenta que estas situaciones familiares son muy tóxicas e invaden el ambiente generando malestar y discordia”.

La Psicóloga expresa: “Quiero aclarar una última cosa. Ya van dos sesiones que esta paciente no me paga, ¿qué hago?”.

Supervisor: “¿Llamaste al padre?”.

Psicóloga responde: “No”.

Supervisor: “Bueno, llamá al padre. Si este martes no te paga las tres sesiones que te debe, le suspendés el tratamiento a la paciente”.

Psicóloga: “Yo creo que es ella que no me quiere pagar, no el padre”.

Supervisor: “Además, te propongo que la próxima sesión concorra su hermana menor para recaudar mayor información”.

2.3.6. Caso C

Psicóloga: “Tengo un paciente del Servicio de Asistencia a la Comunidad, llamado C. Tiene dos hermanos, uno de ellos es su gemelo. Mi paciente y su gemelo viven con sus padres y no trabajan. Su hermano mayor está casado, tiene un hijo y trabaja; parece emprendedor, a diferencia de los hermanos gemelos. En las primeras sesiones C contó que su madre no trabaja. Su padre trabaja en programas de televisión, aparentemente es una persona reconocida en su profesión. Actualmente su padre está sin trabajo”.

La Psicóloga cuenta que C estudió Bellas Artes. No tiene trabajo estable. En este momento está realizando un proyecto propio de ventas pero sus ingresos no le alcanzan para pagar sus gastos.

Psicóloga: “Además, el honorario que establecí para la consulta es de quince pesos. Le dije que este contrato queda fijo hasta fin de año y que luego lo volvíamos a conversar. Lo he visto sólo dos sesiones. En la primera me contó de su familia. Aparentemente es muy tímido y tiene el aspecto de artista, un poco desalineado y su-
cio”.

La psicóloga expresa: “Personalmente siento rechazo por este paciente, rechazo por su inactividad. No puedo entender que un hombre de su edad no trabaje y viva de sus padres. Tiene treinta años y le sigue pidiendo plata a su padre y a su novia”.

Otro integrante del grupo pregunta: “¿Le preguntaste porqué va a terapia?”.

La Psicóloga dice: “Mi paciente dijo que por cuestiones somáticas. Creo que hay algo raro en este paciente. No sé, quizás es obsesivo”.

En la primera sesión el paciente dijo: “Tuve una novia hace dos años más o menos. En ese tiempo me fui de la casa de mis padres y me fui a la costa con mi ex novia. Ella vivía allá. Mi ex me consiguió trabajo”.

La psicóloga continua diciendo: “Lo extraño es que mi paciente contó que en ese trabajo le costaba entender las consignas que le daban. Después de poco tiempo la persona que le enseñaba se cansó de él”.

La Psicóloga expresa: “No sé, es todo muy raro”.

Supervisor dice: “Le pasó lo mismo que a vos, su jefa se cansó de él, igual que lo que te pasa a vos”.

Psicólogo dice: “Además, su aspecto es juvenil y algo extraño”.

Supervisor pregunta: “Algunas cosas que presenta ¿no te parecen síntomas? Por ejemplo, el hecho de que no quiere trabajar”.

La Psicóloga expresa: “No sé, yo rechazo esa bohemia que tiene”.

Supervisor dice: “Hagamos un juego. Imaginá que sos un *terapeuta loco*, ¿qué le dirías a tu paciente?”.

Psicóloga: “Yo le diría, *hombre parecés un parásito*”.

Otro Psicólogo del grupo responde como si fuera su paciente: “A mí me gusta pintar”.

La Psicóloga dice: “Sí, esto me impacienta”.

Supervisor expresa: “Hay que ver si podés percibir que existe cierto grado de manipulación por parte de tu paciente”.

La Psicólogo expresa: “Quiero agregar algo más relacionado a su historia laboral en la costa. C dijo en mi consultorio que sentía que su jefa tenía cierto poder sobre él y eso no le gustaba. Por eso un día no fue más

al trabajo y se volvió a Buenos Aires. Además, ahora recuerdo que sí tiene quejas somáticas. Me comentó que le falta el aire y que a veces le duele el cuerpo”.

Supervisor pregunta: “¿Te parece que estas quejas del paciente son hipocondríacas?”.

La Psicóloga responde: “Sí, además me informé sobre su hermano gemelo. Se llama J, es artista como C. Es bastante mujeriego, no trabaja. Creo que la madre los protege bastante”.

Supervisor dice: “Pienso que esta es una etapa de tratamiento y en todo comienzo hay que crear un vínculo estrecho y de confianza con tu paciente”.

Psicólogo: “De acuerdo. Pero quiero agregar algo más. Este paciente fue derivado por un colega que no lo tomó porque no tenía horarios para él. Y en realidad lo que sucedió, según mi colega, fue que este paciente no podía en ningún horario que el colega le propuso. Este colega me dijo que este paciente toma Alplax, su impresión fue de una persona obsesiva”.

Supervisor pregunta: “¿El paciente intentó cambiar el horario con vos? Te pregunto porque parece que este paciente busca establecer relaciones donde exista el rechazo”.

Psicóloga: “No, no intentó cambiar el horario. Quiero agregar algo, un día trajo las fotos de sus pinturas al consultorio y en ese momento sentí cierta unión entre nosotros”.

Supervisor: “¿Y te gustó? ¿Te resultó gratificante?”.

Psicóloga: “Sí, por supuesto. C me contó, que va a clase de inglés”.

Supervisor: “Creo que estás descubriendo algo importante, que es la responsabilidad en tu paciente. Yo como profesional trabajaría este tema porque parece ser un chico y no un adulto. También trabajaría el proceso de envejecimiento de sus padres. Lo importante es si te orientás hacia un diagnóstico o un tratamiento. Pienso que hay que aclarar si tiene una conducta evitativa, de inhibición y obsesiva; o bien una conducta de tipo manipuladora y psicopática”.

Psicólogo: “¿A vos qué te parece?”.

Supervisor: “Lo psicopático puede ser reactivo de la situación. Más bien parece ser un paciente con rasgos obsesivos, de manipulación, que ha desarrollado algo psicopático. Es claro que esto no te gusta porque intenta manejarte. Creo que lo vas a tener que trabajar en el tratamiento con tu paciente. Por ejemplo, le puedes preguntar: *¿Vos no te das cuenta que manejas a las personas para lograr lo que vos que querés?*”. Además quiero agregar que dos entrevistas es poco tiempo para determinar el diagnóstico. Con el tiempo sabrás si estás frente a un psicópata que manipula el ambiente o un fóbico, evitativo y obsesivo que actúa de víctima”.

Psicóloga: “A mí me parece lo segundo”.

2.3.7. Análisis de los casos clínicos

En el **Caso P**, cuando la psicóloga expresa “me molesta sentirme seducida por su historia, porque es violento y pasivo a la vez, porque no quiere escuchar y quiere imponerse. Me irrita y fastidia su discurso”, esto se relacionaría con la conciencia emocional tan importante para la Gestalt, que implica la autoconciencia de sentimientos, pensamientos y acciones que surgen del trabajo con el paciente y el supervisor. Por el relato de la psicó-

loga, ella se encontraría bloqueada por el discurso del paciente. Las causas de su bloqueo pueden o no emerger espontáneamente en los grupos de supervisión.

En general, la no toma de conciencia se debe al mecanismo de defensa utilizado por el profesional. En este caso sería el no contacto que tiene la psicóloga con su paciente al no comprender sus conductas, este mecanismo de defensa se llama *Deflexión*.

Aquí la supervisora utiliza una de las técnicas de la supervisión clínica llamada *preguntas exploratorias*. Ella expresa que lo importante es que el profesional no se deje seducir por el discurso del paciente. Es decir, que revise sus propios conocimientos en la supervisión para distinguir sus propios mecanismos de defensa, ya que los mismos interrumpen el contacto con el paciente, llamados en el terapeuta, *puntos ciegos*.

Cuando la supervisora le expresa a la psicóloga que es adecuado preguntarle al paciente acerca de su hijo y se su ex mujer, apunta a que paulatinamente él comience a ver el mundo de diferentes maneras y así lograr que tenga más en cuenta las necesidades de los que lo rodean.

Además, cuando la supervisora le aclara a la psicóloga que el paciente no es cándido en su forma de ser, sino más bien agresivo por su propia historia, lo está relacionando con el concepto gestáltico de contacto que implica percibir al otro como realmente es y no como lo que uno lo hace ser.

A través de este caso también puede observarse la relación que tiene con el concepto gestáltico de *polaridades*, ya que el paciente lo expresa cuando dice que cumple el rol de padre y madre como si fuesen incompatibles.

Desde el concepto de *figura y fondo* en este caso, la psicóloga tiene como figura las conductas violentas e inflexibles del paciente en vez de enfocarse en los cambios que debe realizar en el vínculo con su hijo y su pareja actual.

En el **Caso A** la supervisora hace referencia al papel que puede ejercer el psicólogo como soporte. Es decir, que este enfoque gestáltico proporciona al paciente una relación de confianza que provee un sostén al paciente. Además de dar a la terapeuta la capacidad de observar la evolución del proceso del paciente siempre y cuando se respeten los tiempos internos del mismo.

Desde el concepto de darse cuenta o *awareness* expuesto por Latner, cuando la paciente expresa que todas sus parejas la dejan por otra persona, no se está haciendo responsable de sí misma en esas situaciones; en consecuencia, no está siendo conciente de lo que le sucede realmente en los hechos.

Cuando la supervisora destaca a la psicóloga la importancia de establecer un vínculo de confianza con la paciente, apunta a desarrollar el contacto real con A. Este contacto real supone una observación y escucha atenta por parte del psicólogo para que el paciente comience a desarrollar un cambio profundo y verdadero. Para lograr este crecimiento también es necesario estar presente en el aquí y ahora.

Ana debe prestar atención a sus sentimientos, pensamientos y acciones para tener conciencia emocional de su vida, lo que se logra a través de la labor terapéutica. Esta autoevaluación le permitirá ubicarse en un lugar diferente frente a su ámbito afectivo.

La forma de interrupción del contacto que utiliza esta paciente es el mecanismo de defensa llamado *proyección*, ya que proyecta en los otros al decir que todas sus parejas la dejan por otra y de ese modo ella no se hace responsable de sus rupturas afectivas.

Gracias al apoyo de la supervisión la psicóloga puede conducir a su paciente a hacer uso de sus polaridades y de ese modo cambiar algunos aspectos que la llevan al sufrimiento. La supervisora gestáltica hace hincapié en el concepto de *polaridades* para que A pueda usar sus fuerzas opuestas en forma integrada y logre complementarse.

En este caso la supervisora resalta a la psicóloga como figura establecer como primera medida un vínculo de confianza y estabilidad en el tiempo con su paciente. Como expone Perls, la supervisora establece una jerarquía de necesidades relacionadas al caso que irán cambiando de acuerdo a la evolución de A, por ejemplo, que priorice la relación con sus hijos antes que sus vínculos afectivos

En el **Caso J**, cuando la supervisora le pregunta a la psicóloga *¿cómo te sedujo?*, está conduciendo al terapeuta a tomar conciencia de lo que le ocurre con este paciente. La promueve a estar más atenta a sí misma para lograr con el tiempo un continuo de conciencia; para ello es necesario estar abierto a todo aquello que va surgiendo tanto en el consultorio como en el grupo de supervisión. Es decir, requiere un esfuerzo por parte del profesional siempre trabajando en el *aquí y ahora*.

Además, las preguntas que la supervisora le realiza a la psicóloga, como por ejemplo, *¿cómo pensás que son sus relaciones con las mujeres?*, promueve en la profesional una actitud de vigilancia de sí misma y este cambio por parte de la psicóloga será trasladado a la labor terapéutica en su consultorio. Esta toma de conciencia por parte del profesional está ubicada en la zona interna del *darse cuenta*, ya que se trata de una autoevaluación que promueve al profesional al ser conciente de sus sentimientos y estados de ánimo que surgen de su relación con J.

Polster expone que el cambio del psicólogo requiere del contacto. Por esto la supervisora enfatiza la situación objetivamente para promover el darse cuenta emocional en el terapeuta.

Cuando la psicóloga expresa de qué forma puede acompañar a su paciente, la supervisora le proporciona una respuesta emocional al terapeuta que refleja que no es necesario encontrar el porqué del bloqueo del profesional.

El mecanismo de defensa que se observa en el profesional se llama *mecanismo de deflexión* y se evidencia cuando la psicóloga es seducida por la historia del paciente; de este modo la profesional evita el contacto real con el otro que sería en este caso su paciente.

Asimismo, la supervisora destaca como figura el tema de la rehabilitación que debe realizar J. También la supervisora está diagnosticando a través de una evaluación que realizó gracias al juego de figuras y fondos.

En el **Caso C1**, que se refiere a una paciente con trastorno *Borderline*, este enfoque gestáltico otorga suma importancia al darse cuenta en el aquí y ahora; sin embargo, se observa lo contrario cuando la familia de la paciente se comporta del mismo modo con C, es decir, que no realizaron ningún cambio como tampoco siguieron ninguna consigna asignada por la psicóloga.

A través de este caso también puede observarse el registro de sí mismo que tiene el profesional frente a la paciente cuando expresa que no sabe si seguir atendiendo a C.

Así también el proceso de autorregulación orgánica no se da, ya que las configuraciones complejas no logran autorregularse, como tampoco desarrollarse en el tiempo. Estas configuraciones complejas son cau-

sadas por las condiciones cambiantes que provienen del medio y que alteran el equilibrio. En este caso se refleja cuando la profesional cuenta que la madre de su paciente es esquizofrénica y tuvo varios intentos de suicidio. Es decir, que estas situaciones provenientes del medio ambiente no favorecen la evolución y el crecimiento en C.

Además, en el momento que el supervisor le propone al terapeuta objetivos claros, como por ejemplo establecer una rehabilitación y reasociación en relación a su paciente, la supervisora está funcionando como soporte del terapeuta. El concepto de soporte del enfoque gestáltico también puede observarse cuando la supervisora le ofrece a la psicóloga acompañarla en algunas sesiones con la familia.

Desde el concepto del darse cuenta emocional del terapeuta, en este caso es claro cuando el psicólogo expresa el sentimiento de impotencia frente a la familia de C.

Desde el concepto de la *zona del darse cuenta* en Gestalt, en este caso puede observarse que el terapeuta está en una *zona interna del darse cuenta* ya que es conciente de sus sentimientos frente a su paciente.

En todo momento el supervisor refleja una conciencia emocional ya que no se involucra con la situación del terapeuta y es conciente de sus pensamientos, sentimientos y acciones frente al psicólogo. De este modo promueve el estilo personal del psicólogo en su labor terapéutica.

En este caso el mecanismo de defensa utilizado por el psicólogo es denominado *Deflexión* y puede observarse cuando el terapeuta expresa que no sabe cómo continuar con C, ya que está evitando el contacto real con su paciente. Estas son resistencias que en el enfoque gestáltico son el foco central del grupo de supervisión pues son los *puntos ciegos* del profesional.

En este caso el diagnóstico es claro cuando la terapeuta expresa que trata a una paciente con trastorno *Borderline* y aclara la farmacología que consume. El diagnóstico preciso es fundamental para la tarea del terapeuta gestáltico. El aclarar en la supervisión el diagnóstico, luego de investigar con sumo cuidado los hechos, permite organizar detalladamente la labor del profesional como así también brindar un significado al comportamiento del paciente.

En Gestalt el proceso del diagnóstico permite la búsqueda de significado y ayuda a esclarecer en qué figura centrarse en la labor terapéutica. Esta situación central en este caso sería la búsqueda del equilibrio en la paciente, ya sea internándola en un hospital o siguiendo el tratamiento con un encuadre claro.

La supervisora no busca saber el porqué del bloqueo de la terapeuta sino que se enfoca en el cómo y no en el porqué de la situación. Aquí la técnica de la supervisión clínica utilizada por el supervisor se denomina *preguntas exploratorias*. Estas preguntas facilitan a la terapeuta la manifestación de sentimientos conflictivos acumulados que bloquean el trabajo terapéutico impidiendo el darse cuenta del profesional.

La forma de interrupción del contacto utilizado en este caso por la paciente se llama *retroflexión* y se observa en los momentos de angustia que sufre C.

En el **Caso L**, desde el concepto del darse cuenta enfocado siempre en el aquí y ahora, puede observarse lo opuesto cuando la familia se comporta del mismo modo sin tener en cuenta las consignas asignadas por la psicóloga. Como también refleja el registro de sí mismo que tiene el profesional frente a esta paciente.

Desde el concepto del proceso de autorregulación orgánica no se observa en este caso porque las configuraciones complejas no logran auto-organizarse ni tampoco desarrollarse en el tiempo. Estas son causadas por las condiciones cambiantes provenientes del medio y que alteran el equilibrio.

En el momento que la supervisora le propone a la terapeuta objetivos claros, como por ejemplo enfocar una rehabilitación y reasociación, ella está funcionando como soporte del terapeuta. También cuando le ofrece al profesional acompañarlo en un comienzo a las sesiones familiares con su paciente. Aquí se observa claramente el apoyo que recibe el profesional por parte del grupo de supervisión y su supervisor. Esta relación es de vital importancia para el crecimiento tanto grupal como individual que se da entre supervisor, terapeuta y paciente.

Gracias a las preguntas que la supervisora le hace a la profesional, por ejemplo, ¿para que sirve atender un paciente esquizofrénico?, está enfatizando lo que está ocurriendo y no en el contenido de lo que se está discutiendo. Es decir, que en este enfoque gestáltico se enfatiza el cómo y no el porqué de la situación.

Por el relato de la psicóloga muestra que su paciente no quiere tomar conciencia ni hacerse responsable de su vida. Esto se puede ver reflejado cuando el profesional expresa que L llamó a su ex novio para reconciliarse y también cuando contó que sus trabajos duran poco tiempo.

En este caso el supervisor muestra una clara conciencia emocional ya que él no se involucra y puede observar el caso de modo objetivo. Además es conciente de sus pensamientos, sentimientos y acciones frente al terapeuta. De este modo el supervisor promueve el estilo personal de la psicóloga.

Desde el concepto de polaridades, en este caso se refleja cuando el profesional expone que la paciente no le paga las sesiones, el supervisor le propone a la terapeuta suspender el tratamiento, la está invitando a utilizar uno de sus opuestos complementarios.

Desde el concepto de diagnóstico en este caso la psicóloga expone al comienzo de la supervisión que la paciente es esquizofrénica y también que consume la farmacología adecuada al respecto. El proceso del diagnóstico en terapia gestáltica es parte indispensable de la tarea del terapeuta porque permite la búsqueda de significado y ayuda a esclarecer en figura centrarse en cada período de la evolución del paciente.

En el **Caso C**, cuando la terapeuta expresa que siente rechazo por la inactividad de su paciente está reflejando sus sentimientos y pensamientos que hacen referencia, en el enfoque gestáltico, a la conciencia emocional del terapeuta.

Este darse cuenta del profesional muestra una actitud de vigilancia en su labor terapéutica, en el aquí y ahora gestáltico.

Aquí la zona del darse cuenta es denominada *zona intermedia*, ya que en este caso el profesional debe disociar lo propio de lo ajeno, que se refleja en los sentimientos que tiene hacia su paciente.

Desde el concepto de contacto, cuando la psicóloga expresa su sentimiento de rechazo hacia C, ello la lleva a evitar el real contacto con su paciente. Es decir, que este concepto gestáltico promueve percibir al otro realmente como es y no lo que el profesional lo hace ser. Esto último se ve reflejado cuando la terapeuta expresa que no comparte ni entiende que C siga pidiendo plata a su padre y a su novia para vivir.

Contrariamente, se observa cierto contacto entre el profesional y el paciente cuando el terapeuta expresa que sintió cierto acercamiento cuando C llevo las fotos de sus pinturas al consultorio.

La búsqueda de establecer un diagnóstico permite hacer mejores conjeturas acerca del paciente, como también posibilita la organización en la labor terapéutica. Esto se ve reflejado cuando la supervisora le pregunta a la psicóloga si los aspectos y conductas de C no le parecen síntomas y también puede observarse cuando le pregunta si los comportamientos de C le parecen hipocondríacos.

Cuando la supervisora le propone a la psicóloga crear un vínculo estrecho y de confianza con su paciente, está funcionando como soporte del terapeuta porque le está aliviando los sentimientos de rechazo hacia C.

La técnica de supervisión clínica utilizada por la supervisora se denomina *terapeuta loco-terapeuta sano*. Esta técnica le permite al profesional expresar sin prejuicios lo que piensa y siente hacia el paciente. En este caso expresa sentimientos inadecuados que promueven el desbloqueo profesional.

III. CONCLUSIONES

A través de los casos prácticos que se han analizado se observa que en los grupos de supervisión los profesionales desarrollan paulatinamente la capacidad del darse cuenta en relación con sus pacientes.

El crecimiento, tanto profesional como interno que proporciona los grupos de supervisión, evoluciona en forma simultánea tanto para el grupo de profesionales como para el supervisor.

En el grupo de supervisión, el supervisor utiliza herramientas gestálticas (preguntas, ejercicios, etcétera) para satisfacer las demandas propuestas por cada psicólogo integrante del grupo. Por ejemplo, en el Caso C, el supervisor invitó al profesional a utilizar la técnica *terapeuta loco-terapeuta sano* para provocar en el terapeuta el darse cuenta de sus propios sentimientos y pensamientos hacia su paciente.

Por otra parte, en el Caso C1 puede observarse la técnica de *preguntas exploratorias* cuando la supervisora le repregunta a la profesional qué significa ese “no sé” expresado por ella anteriormente; en este sentido buscó despertar una auto-observación que le permitiese ampliar su perspectiva en relación al paciente.

Con el correr del tiempo, en la labor del profesional interactuando en el grupo de supervisión pueden observarse resultados que se trasladan a la relación que se establece entre el psicólogo y el paciente.

Por otro lado, la cohesión que se da en los grupos de supervisión permite satisfacer las necesidades que surgen en relación a la labor terapéutica.

La importancia que tiene el trabajar en grupo se ve reflejada en el último caso cuando otro profesional expresa un comentario cuyo objetivo es ayudar a su colega a esclarecer la situación que tiene con su paciente, teniendo siempre en cuenta las directivas del supervisor.

El enfoque gestáltico acompaña el desarrollo interno de cada paciente en forma singular, respetando las características y rasgos particulares de cada uno. Es decir, que la relación es más que un encuentro físico y, para esto, es necesario que los miembros que integran los distintos grupos de supervisión establezcan cierto contacto consigo mismo. El enfoque gestáltico en los grupos de supervisión funciona como soporte para los psicólogos promoviendo la toma de conciencia o *awareness* en cada profesional.

El grupo de supervisión clínica promueve el proceso de maduración personal hacia el cambio, alivia la frustración y a veces rebeldía depositadas por parte de los profesionales en su labor terapéutica.

La experiencia en un grupo de supervisión clínica, imprescindible en nuestra profesión, constituye el surgimiento hacia la persona auténtica, al verdadero sí mismo, a la persona capaz de experimentar y expresar sus propias emociones y pensamientos como condición previa a su labor.

Personalmente, desde mi participación en los grupos de supervisión, los efectos benéficos producidos por la actividad desempeñada en los mismos, ha mostrado la toma de conciencia de sus integrantes tanto en el pensamiento como también en la práctica ya que la misma se ha trasladado en la labor del terapeuta con sus pacientes.

Pero resulta importante recalcar que el verdadero darse cuenta del profesional se refleja más en las acciones que en las palabras. Por ello es pertinente hacer hincapié en los comportamientos del cuerpo, reacciones

fisiológicas como también ejercicios que ayuden a llegar al origen de la problemática en particular. Teniendo en cuenta que el Enfoque Gestáltico procura tener en cuenta el todo -no sólo la palabra sino también lo no verbal-, es que se logran grandes progresos y cambios cognitivos, emocionales y conductuales, a la vez que promueve el crecimiento espiritual del ser humano.

IV. AUTOEVALUACIÓN

Mi pasantía estuvo centrada en la observación de distintos grupos de supervisión en donde pude encontrar el tema de mi tesina.

En todas las tareas propuestas tuve una participación comprometida y de aprendizaje personal.

Las diferentes actividades me brindaron una idea global de cómo trabaja el Enfoque Gestáltico y cuáles son sus diferencias en relación a otras corrientes. Diferencias como la forma de trabajo centrado en el presente, las diferentes técnicas utilizadas para lograrlo, la importancia de establecer una relación basada en la confianza entre terapeuta y paciente para luego abordar el trabajo terapéutico apropiado, como también el respeto hacia la trayectoria laboral de cada supervisor .

A partir de la observación en distintos grupos de supervisión en la institución mencionada, surgió en mí el interés por investigar en profundidad acerca de la importancia de la supervisión clínica en nuestra profesión, requisito que considero indispensable para adquirir una forma diferente de ver al otro. Este *darse cuenta* que nos conduce a tener mayor flexibilidad, aminorando muchos de los bloqueos propios del ser humano.

El objetivo de la terapia y del crecimiento está en olvidar cada vez más la mente y despertar a los sentidos. Estar más en contacto con uno mismo y con el mundo, en vez de contactarse únicamente con las fantasías, prejuicios, etcétera.

En referencia a los grupos de supervisión considero que la personalidad del supervisor define en gran medida el desarrollo del grupo de supervisión clínica. También pude observar el respeto y silencio de los miembros que integraban el mismo al escuchar atentamente a sus colegas.

Finalmente, en los grupos de supervisión pude rescatar la importancia de aprender de experiencias ajenas que reflejaban los psicólogos participantes al exponer sus casos. Esto me llevo en lo personal a auto-percibirme en el aquí y ahora, es decir, intentar estar presente en el presente; como así también ampliar mi mundo, escuchando distintas experiencias de vida. Tarea para nada fácil de realizar.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Holloway, E. L. (1995). *Clinical Supervision*. USA: Sage Publication.
- Latner, J. (1978). *Fundamentos de la Gestalt*. México: Cuatro Vientos.
- Naranjo, C. (2002). *Gestalt de vanguardia*. España: La llave D. H.
- Penhos, H. S; Secadas, C. C. (1991). *El psicoterapeuta. Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. México: Manual Moderno.
- Peñarrubia, F. (1998). *La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt-Therapy Verbatim*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Perls, F. S. (1974). *Sueños y existencia*. Inglés: Cuatro Vientos.
- Perls, F.S. (1976). *El enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. S. (1979). *Gestalt-Therapy*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Polster, E. (2001). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Quitman, H. (1989). *Psicología Humanística*. Barcelona: Herder.
- Robine, M. J. (1999). *Contacto y relación en psicoterapia*. Santiago de Chile: cuatro vientos.
- Serok, S. (2000). *Innovative applications of Gestalt*. USA: Krieger.
- Shepherd J. F./I. L. (2003). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*.
- Slemenson, M. E. (1996). *Con el prisma de la Gestalt*. Buenos Aires: Asociación Gestáltica.
- Stevens, J. O. (1971). *El Darse Cuenta*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Yalon, I. D; Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de Psicoterapia de Grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Yontef, G. M. (1995). *Proceso y diálogo en Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Zinker J. (1977). *El proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.