

Una introducción a la terapia gestalt

David Picó Vila



terapiados

Centros de Psicología y Terapia Gestalt
Valencia, España

<http://www.terapiados.net>

Una introducción a la terapia gestalt

David Picó Vila

Mayo, 2014

Resumen

Unos apuntes sobre terapia gestalt dirigidos a personas que no conozcan esta línea psicoterapéutica y algunos de sus fundamentos, desde mi aprendizaje y mi comprensión de la Gestalt. El texto contiene una pequeña introducción histórica, una explicación de algunas de las bases teóricas de esta corriente y, por último, unas cuantas consideraciones relativas a la práctica clínica.

Índice general

Índice general	2
Índice de figuras	4
1 Introducción histórica e influencias	5
2 Bases teóricas	10
2.1. El modelo de campo organismo/entorno	10
2.2. La autorregulación orgánica y el contacto	13
2.3. El ajuste creativo y la agresividad sana	15
2.4. El <i>self</i> y sus funciones	17
2.5. El proceso de contacto	19
2.5.1. Fases del proceso de contacto	20
2.5.2. El paso de lo fisiológico a lo psicológico y la emergencia de la emoción	22
2.5.3. Las modalidades de contacto	23
2.5.3.1. La confluencia	24
2.5.3.2. La introyección	25
2.5.3.3. La proyección	26
2.5.3.4. La retroflexión	28
2.5.3.5. El egotismo	29
3 La práctica terapéutica	31
3.1. La sesión de terapia como marco experiencial	31
3.2. La atención al momento presente	32
3.3. El diagnóstico fenomenológico	33
3.4. El uso del sí mismo del terapeuta	34
3.5. Las técnicas	35

<i>Índice general</i>	3
Índice alfabético	37
Bibliografía	38

Índice de figuras

1.0.1. Fritz Perls	5
1.0.2. Laura Perls	6
1.0.3. Paul Goodman	7
2.5.1. Curva de contacto	21

Capítulo 1

Introducción histórica e influencias

La terapia gestalt tiene detrás una historia compleja en la que se suman influencias de muchos ámbitos distintos de la psicología y la filosofía. El protagonista principal es Frederick S. Perls, un psiquiatra y psicoanalista alemán de origen judío que emigró a Nueva York junto a su mujer Laura después de la Segunda Guerra Mundial, con más de cincuenta años de edad, y una amplia formación y experiencia profesional en el campo del psicoanálisis freudiano.

Los Perls acumulan en ese momento un acervo de conocimientos que constituye la base de lo que será la futura terapia gestalt. Laura Perls era doctora en Psicología de la Gestalt y había trabajado en estudios sobre percepción

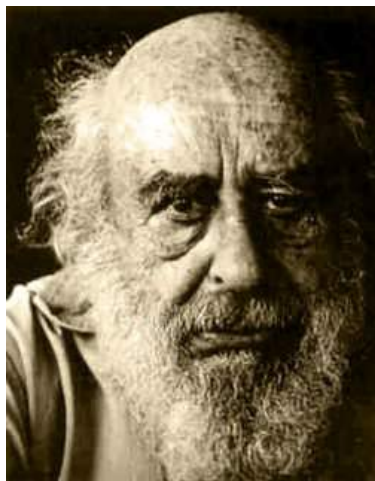


Figura 1.0.1: Fritz Perls



Figura 1.0.2: Laura Perls

en Alemania. Era también conocedora de existencialistas como Paul Tillich y Martin Buber, y sus ideas sobre el ser y sobre la relación yo-tú. Frederick Perls había sido asistente de Kurt Goldstein, un neurólogo y psiquiatra precursor de la neuropsicología moderna que abogaba por una visión holística del organismo influida por la Psicología de la Gestalt y los principios de figura-fondo. Perls también había participado de los movimientos culturales del Berlín de los años 20, en particular de la escuela de teatro de Max Reinhart y del movimiento artístico de la Bauhaus. Conocía asimismo las ideas de J. C. Smuts, un influyente filósofo y político sudafricano que había introducido el concepto de “holismo” para describir una visión global de las relaciones humanas en las que el todo es más que la suma de las partes.

Dentro del propio psicoanálisis, Perls tuvo contacto directo con psicoanalistas como Karen Horney y, particularmente, con Wilhelm Reich, figura disidente que introdujo el trabajo en psicoterapia con los aspectos corporales, con ideas como la de la “coraza muscular” y la de la existencia de una relación entre las estructuras corporales y las estructuras de carácter.

Todas estas influencias convergen en 1942 en la obra “Yo, hambre y agresión”, que se publica como una revisión de la teoría psicoanalítica freudiana tradicional y, de hecho, empieza a separarse de ésta.

Al llegar a Nueva York, Perls entra en contacto con un intelectual norteamericano llamado Paul Goodman, al que solicita para la redacción del que



Figura 1.0.3: Paul Goodman

sería el libro fundador de la terapia gestalt, publicado en 1951 con el título *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* [1]. Paul Goodman era un escritor, ensayista, autor de teatro y poeta. Era un hombre de letras de una gran erudición que estaba interesado en una amplia gama de temas que abarcaban desde la política, el pacifismo o la educación hasta la crítica literaria. Goodman fue quien escribió la parte de desarrollo teórico de *Gestalt Therapy*. Es un libro complejo en el que Goodman hizo mucho más que poner por escrito las ideas de los Perls. Introdujo ideas provenientes del pragmatismo americano de Peirce, Dewey y James, de la “filosofía del acto” del psicólogo social americano George H. Mead, y de la teoría de campo del psicólogo social alemán Kurt Lewin. El libro incorporó también, debido a la presión de los editores, que querían un texto más comercial, una parte de autoayuda con ejercicios prácticos escrita por Ralph Hefferline.

La evolución de la terapia gestalt tras la edición del libro fundador se abrió en diferentes líneas. Por un lado, Laura Perls y otros psicoterapeutas del grupo original continuaron trabajando como terapeutas gestalt en el Instituto de Terapia Gestalt de Nueva York. Continuaron conservando las referencias teóricas y profundizando en ellas. Paul Goodman, por su parte, acabó abandonando la práctica psicoterapéutica para dedicarse a su obra literaria. Llegó, de hecho, a convertirse en uno de los escritores americanos más importantes de la segunda mitad del siglo XX. Frederick Perls, conocido ya en aquel en-

tonces como “Fritz” Perls se separó del núcleo de Nueva York y se instaló en California. Gracias a él, la terapia gestalt se convirtió en un referente importante para los movimientos de Desarrollo del Potencial Humano de los años 60, rebautizada a menudo como “la Gestalt” y planteada en parte como una filosofía de vida. Fritz se dedicó a dar demostraciones públicas de esta forma de hacer psicoterapia y consiguió rápidamente muchos seguidores. Es sin duda el momento en que la terapia gestalt se hizo más conocida y se extendió más.

Por otro lado, Perls se había unido al espíritu de los 60 que despreciaba la teorización como una forma de anquilosamiento o “masturbación” de la mente, y pese a poseer él mismo una profunda base teórica y una larguísima experiencia personal y profesional (en aquel momento rondaba ya los 70 años), fomentó una práctica terapéutica alejada de las bases teóricas, llamada a veces “ateórica”, que hizo que muchos terapeutas formados en aquel contexto llegaran a ignorar por completo la existencia de estas bases.

En la actualidad la terapia gestalt se desarrolla de forma diferente según las influencias recibidas por las diferentes escuelas que hay por todo el mundo. La presencia en el ámbito universitario es en general reducida, aunque está empezando a crecer dentro de los temarios de las carreras de psicología y en másters centrados en esta corriente (por ejemplo en Italia o México). La formación se realiza fundamentalmente en centros privados. La falta de presencia universitaria, y también la falta de interés de los gestaltistas durante mucho tiempo, ha dificultado dotar a la terapia gestalt de un apoyo empírico “homologable” con el que tienen otras psicoterapias, aunque hay un movimiento cada vez mayor de iniciativas en esa línea.

Los ámbitos de aplicación de la terapia gestalt y sus bases teóricas han continuado desarrollándose a finales del siglo XX y principios del XXI, particularmente en Europa. Una línea importante y muy activa en la actualidad, liderada en gran parte por psiquiatras y psicólogos de orientación gestáltica, profundiza en una visión de la psicopatología desde el marco de la teoría de la terapia gestalt, incluidas la experiencia psicótica, la borderline, las dependencias, los trastornos alimentarios, el duelo patológico, etc. Otra línea importante trabaja sobre la aplicación del modelo gestáltico en grupos y organizaciones. Hay trabajos sobre las relaciones de opresión que desarrollan la teoría de la terapia gestalt desde el nivel “micro” de la violencia doméstica hasta el nivel “macro” de la tiranía como sistema político y la opresión social. Otro aspecto que está surgiendo en los últimos años es el paralelismo del modelo gestáltico con los descubrimientos más recientes de la neuropsicología,

como las neuronas espejo y la experiencia intersubjetiva.

Capítulo 2

Bases teóricas

La terapia gestalt, como otras terapias de corte humanista, tiene un modelo teórico que se centra en definir qué se considera lo psicológicamente sano. No pone, por tanto, el acento en la patología, en definir cuadros de síntomas que tengan entidad por sí mismos, como una “enfermedad”, sino que busca más bien una visión de la “salud” psicológica que no sea únicamente la ausencia de enfermedad. Estar psicológicamente sano para la terapia gestalt no es solo no estar enfermo, no presentar síntomas. Es una experiencia que tiene unas características propias: creatividad, espontaneidad, ajuste al entorno, flexibilidad, energía y capacidad de transformación. La psicopatología se concibe como una forma de experiencia que, aunque en origen pudiera ser adaptativa, se mantiene de una forma rígida que ya no presenta estas características propias de un estado saludable. La terapia gestalt tiene como objetivo ofrecer una experiencia transformadora al paciente que le permita recuperar esas cualidades y ponerlas en práctica en su relación con el entorno.

2.1. El modelo de campo organismo/entorno

La terapia gestalt parte de la base de que somos organismos que vivimos en interacción continua con un entorno determinado. Ningún organismo vivo puede realizar ninguna de sus funciones sin realizar intercambios con su entorno. Las células están en un continuo cruce de moléculas a través de la membrana celular. Los animales y las plantas necesitan un intercambio de alimentos, aire y desechos. Los seres humanos necesitamos además un gran número de intercambios de tipo social: atención, cariño, sexualidad, recono-

cimiento, etc. Así como el cuerpo físico y las funciones fisiológicas se desarrollan mediante la incorporación de nutrientes y la expulsión de desechos, los aspectos de interacción social nos construyen como seres sociales y son una necesidad humana tan importante como el comer y el beber.

Si nombramos a esta idea como el “campo organismo/entorno”, vemos que hay una serie de disciplinas que se ocupan únicamente del estudio del organismo (la medicina, la biología o la fisiología) y otras que se ocupan únicamente del estudio del entorno (la sociología, la economía o la historia). La psicología, desde el punto de vista de la terapia gestalt, no se ocuparía ni de una cosa ni de la otra. En la expresión “organismo/entorno” la psicología estudia la barra inclinada, es decir, estudia lo que ocurre en la frontera entre el organismo y su entorno: cómo se producen los intercambios entre ambos, cómo hace el organismo para acceder al entorno y tomar de él lo que necesita, cómo reacciona en función de cómo reacciona el entorno, cómo integra lo que toma del entorno y lo convierte en una parte de sí mismo, cómo expulsa lo que no necesita. Si pensamos en particular en las relaciones interpersonales, todo esto se puede traducir de múltiples formas: cómo nos relacionamos con el otro, cómo pedimos lo que necesitamos de los demás, cómo nos afectan sus reacciones, qué tomamos de los otros y qué no, cómo lo asimilamos para que nos nutra y contribuya a nuestro crecimiento, etc.

Es importante recalcar que la terapia gestalt no concibe al organismo de forma aislada. Un organismo es un organismo y su entorno, de forma indisoluble. Es una idea similar a la expresada por el filósofo José Ortega y Gasset con su célebre frase “yo soy yo y mis circunstancias”. Para la terapia gestalt, no podemos jamás entender a una persona si no tenemos en cuenta su entorno y cómo es afectada por este entorno. Como veremos más adelante, esto tiene un gran número de implicaciones. Por ejemplo, las emociones no se pueden concebir como algo que pertenece únicamente al individuo (que “tiene” tristeza, alegría o ira). Son más bien un fenómeno de la frontera, del intercambio: en la orientación del organismo en su entorno aparecen las emociones como algo que tiene que ver con ambos.

La idea de concebir al organismo/entorno como un *campo* organismo/entorno extrapola un concepto, el de campo, que proviene de la Física. Pensemos por ejemplo en un campo magnético. Llamamos “campo” a algo que ocurre en el entorno del imán y en el propio imán. Si aparecen otros elementos magnéticos en el espacio de alrededor son afectados por el imán y experimentan fuerzas que los reorientan. Asimismo, el propio imán es afectado por fuerzas que provienen de los campos de estos otros elementos. No podemos

comprender el sistema de fuerzas que afecta al imán sin tener en cuenta lo que ocurre en su campo.

La extrapolación de esta idea al ámbito de lo psicológico, concretamente a la psicología social, fue desarrollada por Kurt Lewin. La terapia gestalt recoge ideas similares y habla del “campo organismo/entorno” de forma parecida a como podríamos hablar del campo magnético de un imán. Un organismo afecta a los elementos de su entorno, que están en su campo, y al mismo tiempo es afectado por ellos. El cómo “se siente” el organismo es influido por lo que hay en su entorno, y el cómo “se siente” el entorno es influido por lo que pasa en el organismo.

Un paradigma de pensamiento individualista, por otro lado, tiene un punto de vista centrado en el individuo como una entidad autocontenida, que se puede comprender por sí misma sin dar una gran importancia al entorno que la rodea. La adopción de un paradigma u otro tiene grandes implicaciones en la forma de hacer psicoterapia. Por ejemplo, desde un paradigma individualista, el psicoterapeuta se puede concebir como un profesional que observa al paciente desde una posición externa. Desde un paradigma de campo, la situación terapéutica se ve necesariamente como un contexto en el que se juntan dos campos, el del paciente y el del terapeuta, y es necesario tener en cuenta que el paciente está siendo influido por el terapeuta y el terapeuta por el paciente. El encuentro entre ambos es una co-construcción y tiene características de ambos. Un paciente no es el mismo paciente ante diferentes terapeutas y un terapeuta no es el mismo terapeuta ante diferentes pacientes.

Una consecuencia de esta forma de entender lo que ocurre en la situación terapéutica es que el terapeuta gestalt utiliza sus propios impactos en la sesión (cómo se siente, qué pensamientos le asaltan, qué del paciente despierta su curiosidad) como una importante fuente de información sobre el estado del campo co-construido que orienta su intervención. Por ejemplo, si empieza a sentir tristeza ante el paciente, una tristeza que el paciente no nombra como propia, el terapeuta se puede preguntar qué hace que la tristeza aparezca en el campo compartido. Esto posiblemente le podría orientar hacia explorar los sentimientos de tristeza del paciente, o sus pérdidas, o la inminencia de una separación, por nombrar algunas posibilidades.

Otra consecuencia de adoptar un paradigma de campo es el énfasis en el presente. La realidad de la persona, el lugar donde se puede comprender o explicar su comportamiento, es el campo presente. La transformación de ese campo tiene que tener lugar necesariamente en el ahora. Desde ese punto de vista, los hechos pasados o los planes de futuro sólo interesan en tanto

que cobran interés ahora. Interesan el presente del pasado (cómo se recuerda el pasado ahora) y el presente del futuro (cómo afecta ahora la anticipación del futuro). No hay un énfasis, por tanto, en la reconstrucción de la historia pasada o en la preparación de conductas futuras, excepto si es algo que tiene sentido desde el momento presente.

El trabajo con el modelo de campo implica también que cada situación es única. En consecuencia, el terapeuta gestalt debe sospechar de las generalizaciones. Aunque los conceptos y teorías puedan proporcionar hipótesis que orienten la exploración, la comprensión de cada situación se debe construir en cada situación y de forma individualizada. La experiencia se concibe como algo provisional, en continuo cambio, y la comprensión de esa experiencia ha de estar sometida también a una continua revisión. Lo que parecía no relevante puede volverse relevante y viceversa. Una referencia interesante para profundizar en el modelo de campo en terapia gestalt es *Contacto y relación en psicoterapia*, de Jean-Marie Robine [4].

2.2. La autorregulación orgánica y el contacto

La terapia gestalt considera que el organismo tiene una capacidad de autorregulación. Es decir, el organismo, si se le deja en marcha, tiende a regular sus necesidades por sí solo, tiende a corregir sus desequilibrios e ir hacia la estabilidad. Esta afirmación, aparentemente inocente, es una importante declaración de principios. Significa que, para la terapia gestalt, el objetivo de la psicoterapia no es “reprogramar” al organismo, instruirlo en unas conductas o inhibir otras para conformarse a un criterio preestablecido de “salud”. El objetivo es más bien facilitar la recuperación de la capacidad autorregulatoria del organismo, si ésta está dañada. Es el propio organismo el que encuentra gracias a esto su propio equilibrio.

En el trabajo terapéutico el énfasis está puesto en cómo toma consciencia el paciente de sus necesidades y sus emociones, y en cómo puede encontrar sus propias soluciones desde su propia experiencia y sus recursos, más que en adiestrarlo en habilidades o proporcionarle hábitos de conducta que tengan sentido desde la óptica del terapeuta. El cuestionamiento de fondo es: ¿cómo puede saber el terapeuta qué es más sano para el paciente? La actitud del terapeuta que sabe qué es bueno para sus pacientes puede ser puerta de entrada para prejuicios y estándares sociales que sean tomados como verdades inamovibles sin ser puestos en cuestión. La terapia gestalt advierte contra

esta posibilidad proponiendo una actitud terapéutica de apertura hacia la autorregulación del paciente.

Así, pues, la terapia gestalt centra su atención en el conjunto de fenómenos que se dan en la frontera entre el organismo y el entorno, conjunto de fenómenos que denomina también la “frontera-contacto”. La primera frase del libro fundador, *Gestalt Therapy*, citado al principio de esta sección, dice: “La experiencia tiene lugar en la frontera entre el organismo y su entorno, principalmente en la superficie de la piel y los otros órganos sensores y de respuesta motora.” Ese mismo párrafo dice más adelante: “Usamos la palabra ‘contacto’ –‘en tacto con’ objetos– como algo que subyace tanto a la consciencia por los sentidos como al comportamiento motor.” El contacto es, por tanto, donde tiene lugar la experiencia. Lo que llamamos experiencia nos llega como un conjunto de percepciones sensibles y de movimientos musculares. Por eso, para el organismo el contacto es “la realidad primera, la más simple”.

Sin embargo, como veremos más adelante, el organismo puede reducir su contacto con el entorno. Los seres humanos desarrollan mecanismos para regular su exposición al entorno que reducen la calidad del contacto. Los sentidos pueden desensibilizarse y reducir la calidad de percepción del entorno o de uno mismo. La persona puede moverse por el mundo con ideas preconcebidas de la realidad que no corresponden con la realidad misma. Puede también inhibir su movimiento y su acción para evitar una acción sobre el entorno que lo modifique. Hay múltiples modalidades que consiguen que la energía del organismo (los sentidos, la musculatura) no se movilice hacia el entorno.

Así, la terapia gestalt tiene como objetivo recuperar la capacidad de contacto de la persona para que pueda dirigirse hacia el entorno a satisfacer sus necesidades (fisiológicas y relacionales), confiando en reestablecer así una sana autorregulación. El trabajo en el contacto implica, por tanto, un trabajo sobre la percepción y el movimiento, las emociones, los aspectos cognitivos, relacionales y de vinculación. Cómo percibo al otro y a mí mismo, cómo puedo ir hacia el otro, cómo construimos la relación el otro y yo, por ejemplo, son cuestiones fundamentales en el trabajo terapéutico gestáltico.

Un tema muy importante relacionado con esto es el hecho de que el proceso de contacto es un proceso del campo organismo/entorno. El terapeuta es el entorno del paciente en la sesión de terapia y por tanto gran parte de los temas citados en el párrafo anterior también se van a movilizar en el terapeuta a través de sus momentos de contacto con los clientes. El terapeuta también va a ver como se le hacen figura sus propias capacidades, su percepción de sí

mismo, su forma de construir relaciones o de gestionar la frustración, o su capacidad de percepción del otro y de sí mismo. Si un paciente, por ejemplo, le cuestiona, o le intenta seducir, o le recuerda a alguna persona con la que tiene un conflicto no resuelto, es posible que se despierte una reacción emocional en él o ella que dificulte un contacto sano con el paciente. Esta es una de las razones por las que la terapia gestalt, y en general las terapias humanistas, requieren que los terapeutas hayan pasado por un proceso personal de terapia, en el que revisen su propio sistema de contactos, historias no resueltas, etc., y también que mantengan de forma continuada una supervisión de sus casos que les proporcione un punto de vista externo. Esta supervisión puede ser con terapeutas más experimentados o también con un grupo de compañeros de apoyo que realicen una covisión.

2.3. El ajuste creativo y la agresividad sana

El concepto de ajuste creativo da respuesta a la cuestión de cómo compaginar la realidad existente y la creación de novedad. El ajuste creativo es la unión de ambos aspectos, el ajuste y la creación. El ajuste está relacionado con la adaptación a las posibilidades reales del entorno, a hacer con lo que hay. La creación es la apertura a nuevas posibilidades, a la novedad, las soluciones nuevas, las nuevas estructuras. El ajuste se adapta al entorno, la creación lo modifica. Un ajuste conservador, no creativo, se mueve en el marco de lo ya sabido, de los límites dados, los preconceptos y las posibilidades conocidas del entorno. El entorno se ve como algo inmutable, sin posibilidad de cambio. En el ajuste creativo, sin embargo, se unen ajuste y creación en una actitud en la que la persona atiende a la realidad, adaptándose a ella, pero sin renunciar a modificar su entorno introduciendo novedad y ampliando lo que es posible. Es una adaptación que no da el entorno por sentado sino que contempla la posibilidad de transformarlo para encontrar soluciones nuevas.

El ajuste creativo necesita la posibilidad de “agredir” el entorno. En terapia gestalt se utiliza la palabra “agresividad” con una connotación más cercana a la etimología “ad-”, hacia, “gradio”, andar o ir, es decir, “ir hacia”, que a la definición habitual que implica una actitud violenta. Para la terapia gestalt hay una sana agresividad que significa “ir hacia” el entorno y atreverse a modificarlo.

Es importante observar que para poder asimilar elementos del entorno es necesario ejercer antes una destrucción que haga asimilables esos elementos.

Para comer una manzana, por ejemplo, es necesario morderla y masticarla, separar las pepitas de la carne, quizá quitar la piel, etc., antes de poderla tragar. Para asimilar unas ideas y hacerlas propias, como estáis haciendo ahora al leer este texto, es necesario cuestionarlas, cuestionar quizá al autor, “trocearlas” en conceptos más pequeños, tomar lo que a uno le sirve y rechazar lo que no. De no ser así, uno puede acabar “tragándose” la manzana entera, o el texto entero, de una manera en la que no puedan ser asimilados por el organismo. No hay nutrición, no hay aprendizaje.

En el trabajo psicoterapéutico, los conceptos de ajuste creativo y de sana agresividad dirigen al terapeuta a incentivar la exploración activa por parte del paciente de su entorno y hacia la búsqueda de soluciones creativas que puedan incluir no solo adaptación, sino una agresión sana y creativa del entorno. Por ejemplo, a veces atreverse a cuestionar a los padres, o a la pareja, o al psicólogo, puede ser un ejercicio de agresividad sana muy difícil de sostener para algunas personas, y a menudo una vía necesaria para la creación de nuevas formas de relación más nutritivas.

A menudo, lo que empieza siendo un ajuste creativo con el tiempo acaba convirtiéndose en un ajuste conservador. Por ejemplo, un niño pequeño puede poner en marcha su autorregulación y realizar ajustes inhibiendo la expresión de su tristeza para adaptarse a un entorno que no tolera esa emoción, como podría ser el proporcionado por unos padres que se angustian mucho si ven a su hijo triste. “Si yo no estoy triste nunca mis padres no se preocuparán.” Esta regulación es un ajuste creativo en tanto que el niño pone en marcha habilidades nuevas (disimular su tristeza con una sonrisa falsa, por ejemplo) para ejercer un cambio en su entorno (tranquilizar a sus padres). Con ello consigue probablemente su supervivencia en ese entorno. Si cuando, años después, este niño se hace adulto y continúa utilizando con otras personas el mismo mecanismo (la inhibición de su tristeza), estamos ante un ajuste conservador. Sigue haciendo lo que aprendió a hacer. Además, es posible que las nuevas personas no vayan a reaccionar ante su tristeza como lo hacían sus padres, y aunque lo hicieran, como adulto tiene otros recursos ante esa reacción de los que carecía de niño. Es necesaria una cierta cantidad de agresividad sana para cuestionar ese patrón, por un lado, y, por otro, para arriesgarse a expresar sus sentimientos de tristeza a otras personas. Esto sí sería un ajuste creativo. Habría novedad.

2.4. El *self* y sus funciones

La palabra inglesa *self* se utiliza con frecuencia en la literatura psicológica, en particular en terapia gestalt. Se traduce a veces por “el sí mismo”, pero muy a menudo se utiliza directamente en inglés ya que es difícil encontrar un término en castellano que capte los matices que expresa este término. Según el Oxford English Dictionary, *self* significa “el ser esencial de una persona que le distingue de otras, especialmente considerado como el objeto de introspección o acción reflexiva.” Es el origen de las expresiones *myself*, *yourself*, *herself*, *ourselves*, etc. Es importante destacar que *self* no denota ninguna “cosa” que haya dentro de la persona. La palabra *myself* no quiere decir “mi *self*”. No es un sustantivo sino un pronombre reflexivo. “Mirarme en el espejo” se dice en inglés “to look at myself in the mirror”.

Por tanto, el uso de la palabra *self* no se refiere a ningún objeto (como da a entender la expresión “el *self*”) sino a un conjunto de características “esenciales” de la persona que le distinguen de otras. En terapia gestalt, como explicamos antes, se considera central el concepto de contacto, que nos habla de cómo se da la interacción entre el organismo y su entorno. El *self* de la terapia gestalt, es decir, lo que la terapia gestalt considera “esencial” en la persona, al menos psicológicamente, se define consecuentemente como “el sistema complejo de contactos necesario para el ajuste en un campo difícil. [...] El *self* no se ha de pensar como una institución fija; existe donde y cuando hay de hecho una interacción de frontera. Parafraseando a Aristóteles, ‘cuando el dedo se pincha, el *self* existe en el dedo dolorido.’” ([1], cap.10, sec. 2) Dicho de otra forma, el *self* se entiende como el proceso que regula la interacción del organismo con su entorno, su sistema de contactos.

Si utilizamos un símil actual, podríamos entender el *self* como algo parecido al sistema operativo de un ordenador. Un sistema operativo no es una cosa, es un programa: una secuencia de instrucciones muy compleja que regula todas las interacciones del ordenador con su entorno (pantalla, micrófonos, conexiones a otros ordenadores, etc.) Siendo un programa de ordenador, no tiene sentido más que cuando es ejecutado por la CPU, instrucción a instrucción, y se convierte en un “proceso” que se desarrolla progresivamente a lo largo del tiempo. Los informáticos, de hecho, utilizan continuamente la palabra proceso y saben que los programas solo se pueden entender adecuadamente observando su desarrollo temporal. Si en un momento dado no hay ninguna tarea pendiente de finalización ni interacción con el entorno el sistema operativo se queda latente. Se vuelve a poner en marcha cuando surge

una “necesidad” interna (por ejemplo, hacer copias de seguridad a una cierta hora) o externa (por ejemplo, se recibe una petición de información a través de la red). En ese momento el sistema operativo moviliza los recursos del ordenador y realiza los ajustes necesarios para atender a esa necesidad (en los ejemplos de antes, poner en marcha el disco duro para grabar algo, o recopilar una información y enviarla a través del cable de red).

Los sistemas operativos de los ordenadores necesitan cubrir una serie de funciones como la organización de la memoria y qué se representa en ella, la gestión del tiempo con el uso del reloj interno, la priorización de las tareas a realizar según su urgencia, etc. Estas funciones las llevan a cabo diferentes procesos del sistema operativo y están siempre activas de forma simultánea, aunque unas u otras puedan tener más relevancia en un momento dado según cuál sea la tarea a la que se está atendiendo. La “teoría del *self*” de la terapia gestalt [1] tiene un planteamiento similar (heredado, en parte, del psicoanálisis). Divide conceptualmente el proceso del *self* en tres funciones distintas, la función personalidad, la función ello y la función yo, que explicamos a continuación.

La *función personalidad* es la capacidad del *self* de construir modelos de la realidad. Incluye los procesos de memoria, la elaboración de representaciones, incluida la representación de uno mismo (la respuesta a la pregunta quién soy yo), el lenguaje y la capacidad de simbolización, la moralidad y los valores, los estilos y patrones de relación, las lealtades familiares y de grupo, la historia personal. En el símil del sistema operativo, la función personalidad vendría a ser toda la información grabada en el disco duro. En terapia, el terapeuta apela a la función personalidad cuando hace preguntas como “¿tú qué piensas de eso?”, “¿cómo crees que lo ve tu pareja?”, “¿con qué palabra lo nombrarías?”, “¿qué es para ti ser hombre o ser mujer?”, “¿en qué otros momentos de tu vida te has sentido así?”, “¿de qué te consideras responsable?” o, “si me miras, ¿qué ves en mí?”

La *función ello* se define a menudo como “lo que empuja” hacia la acción, es decir, aquello que lleva al organismo a contactar con el entorno, lo que necesita ser satisfecho. Estarían aquí las necesidades, los deseos, las pulsiones, los apetitos, etc. Estas necesidades pueden activarse por una necesidad que surge del organismo (llevo varias horas sin comer y algo me “empuja” a buscar alimentos) o que surge de la situación (veo un bebé y me siento “empujado” a expresarle cariño mediante gestos y sonidos). La función ello del *self* se percibe fundamentalmente a través de sensaciones corporales. El terapeuta gestalt interpela a la función ello, por ejemplo, cuando hace intervenciones como

“¿qué sientes en el cuerpo cuando me cuentas esto?”, “mientras escuchas esto que digo ¿qué ocurre con tu respiración?”, “¿qué hacen tus manos? (señalando unas manos cerradas en puños)”. La función ello nos lleva necesariamente al presente porque sólo tiene sentido en el presente, como lo que ahora me moviliza en alguna dirección. Hablar de lo que me movilizaba el mes pasado, que ahora no siento, está más bien en el registro de la función personalidad.

La *función yo* es la capacidad del *self* de priorizar y elegir. Priorizamos nuestra percepción cuando hacemos que algo sea figura y el resto sea fondo. Identificamos lo que nos parece relevante en un momento dado y le damos prioridad, y relegamos a un segundo plano (o “alienamos”) aquello que no. La función yo incluye todas las elecciones que realizamos, sean conscientes o no. Elijo emprender una nueva empresa, sincerarme con un amigo, cenar carne o pescado, pintar mi casa, fumarme o no un cigarrillo. También puedo elegir “dejar de sentir” algo, como por ejemplo cuando intento hacer caso omiso a un dolor corporal o a un sentimiento doloroso enfrascándome en actividades distractoras. El terapeuta apela a la función yo cuando pregunta a su paciente, por ejemplo “¿tú qué quieres hacer?” o “¿qué decides hacer?”, o cuando explora cuestiones relacionadas con la responsabilidad.

Estas funciones pueden estar perturbadas de manera que impidan o dificulten una interacción sana con el entorno. Por ejemplo, una persona puede tener una idea de sí misma (función personalidad) que no corresponda con la realidad. Puede no sentir sus necesidades corporales, como el hambre o la saciedad (función ello). Puede no ser capaz de tomar una decisión y además no saber qué necesita para poder hacerlo (función yo). Puede tener sensaciones (función ello) relacionadas con la ira, e interpretarlas como tristeza (función personalidad). En cada caso, las intervenciones terapéuticas desde la terapia gestalt podrían ir dirigidas a explorar cada función para ayudar a reestablecer un contacto sano. Esto, en los ejemplos anteriores, podría ser cuestionar un autoconcepto, resensibilizar el cuerpo, explorar las posibilidades para poder tomar una decisión, o reelaborar la comprensión de “qué estoy sintiendo” para hacerla coherente con la sensación corporal.

2.5. El proceso de contacto

Un modelo fundamental en la terapia gestalt es el del proceso de contacto. Tal y como hemos contado en las secciones anteriores, el *self* es un proceso en acción. El contacto no es algo que “se da” o “no se da”, “se tiene” o “no se tiene”,

sino que es un proceso con un desarrollo en el tiempo. Para llegar a establecer contacto con el entorno el organismo se tiene que activar y ha de movilizar su energía. Aunque solo sea para mirar alrededor, los ojos necesitan orientarse en las órbitas y modificar la curvatura del cristalino para enfocar lo que se está mirando. Solamente eso necesita ya una activación muscular. Si además se mira alrededor buscando algún elemento del entorno habrá más musculatura implicada (músculos de la cara o del cuello), y si se sigue buscando de forma más activa puede llegar a ponerse en marcha el cuerpo entero.

El modelo gestáltico del proceso de contacto hace una descripción de la progresión de esta activación, que va desde el surgimiento de la necesidad, pasando por la exploración activa del entorno, hasta llegar al contacto con el entorno que satisface la necesidad. Como veremos, concibe la emoción como un fenómeno que se da en un cierto punto de este proceso. También describe las diferentes modalidades por las que este proceso se puede modular, o incluso interrumpir. Esta modulación es una capacidad del *self* que permite ajustar la frontera a las posibilidades percibidas del entorno, ajuste que puede ser creativo o conservador.

2.5.1. Fases del proceso de contacto

Vamos a describir en primer lugar las fases en un proceso de contacto “ideal”, sano y sin interrupciones. Usaremos como ejemplo una situación que se inicia de esta forma: una persona llega a una sala donde hay música y gente bailando. Más adelante hablaremos de las posibles alteraciones de este proceso ideal.

Otra referencia para entender la explicación es la figura (ver corba 1). Aquí se representa el aumento de la excitación (eje vertical) a lo largo del tiempo (eje horizontal) en un proceso ideal de contacto, y están indicadas las fases en que se divide este proceso, las funciones del *self* que están más activas en cada fase, la aparición de las percepciones, emociones y sentimientos (ver punto 8.5.2) y la posible entrada en acción de otras modalidades (ver punto 8.5.3).

La primera fase es el llamado *precontacto*. El organismo está en un principio en un estado de poca movilización. La situación empieza a alimentar la emergencia de una necesidad. Esta necesidad se manifiesta como sensaciones corporales: micromovimientos musculares, activación sensorial y percepciones propioceptivas. La persona empieza a “notar” algo que aún no tiene nombre, que pertenece al registro de la percepción sensorial. En el ejemplo

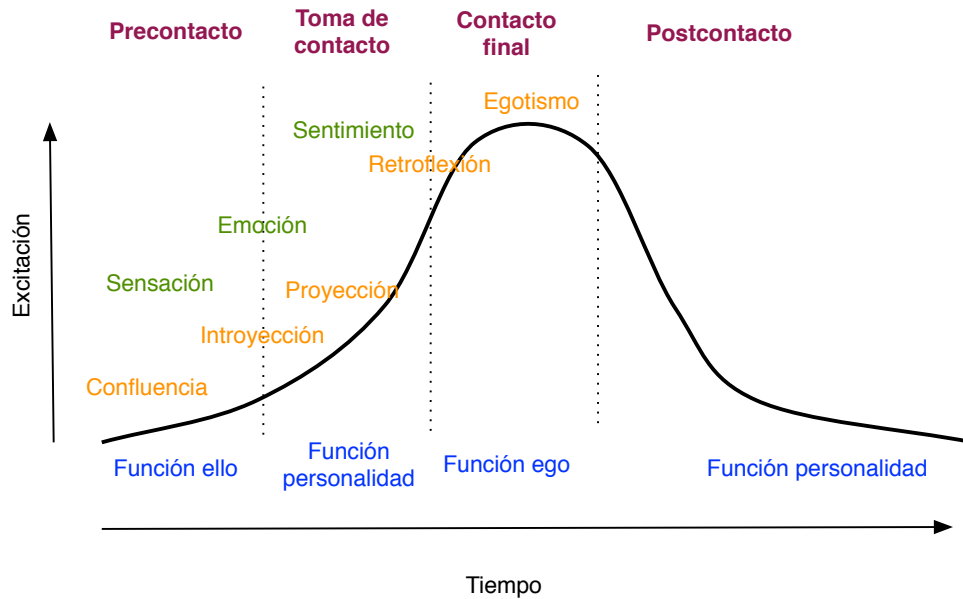


Figura 2.5.1: Curva de contacto

del baile, la persona puede empezar a notar “ganas” de mover el cuerpo, incluso pequeños movimientos musculares. En esta fase la función del *self* más activa es la función ello.

La fase de *toma de contacto* comienza cuando el organismo se moviliza para explorar el entorno. La activación corporal va en aumento y empieza a haber una consciencia de buscar la satisfacción de la necesidad. Comienza una orientación hacia el entorno, para examinar las posibilidades de satisfacción que ofrece. La función personalidad ofrece un “mapa” para explorar ese entorno (qué sé de mí cuando tengo esta necesidad, qué sé del entorno) y la función yo comienza a priorizar las posibilidades, descartando algunas y poniendo de relieve otras. En la terminología gestáltica de figura y fondo, el cuerpo empieza a pasar al fondo atencional y ciertas posibilidades del entorno se van haciendo figura. En el caso del baile, la persona empieza a explorar, por ejemplo, con quién del entorno querría bailar. Una vez seleccionada una persona apropiada, empieza a hacer movimientos de acercamiento para hacer la propuesta de bailar juntos.

La fase del *contacto final* es en la que se realiza el intercambio entre el organismo y el entorno. Ya se ha alcanzado la solución deseada y el organismo

se entrega a la satisfacción de la necesidad. Es el momento culminante, de máxima energía, y al mismo tiempo hay una relajación del control de la fase anterior. En el caso de una relación sexual sería el momento del orgasmo. En un proceso de satisfacción del hambre sería el momento de comer. En el ejemplo del baile, sería el momento de pedir a la otra persona bailar juntos y entregarse en pleno a la danza con la pareja, despreocupado ya del trabajo de búsqueda de la fase anterior.

La fase del *postcontacto* supone una bajada de la activación. Se produce una asimilación de lo tomado del entorno, y, eventualmente un descarte de lo que no es útil (excreción, olvido, etc.) Esta asimilación se produce de forma automática, no intencional, gracias a ella el resultado de la experiencia pasa a formar parte de la función personalidad: “yo soy alguien que ha vivido esta experiencia”. El organismo vuelve así a estar disponible para la emergencia de una nueva necesidad y el comienzo de un proceso de contacto nuevo. En el ejemplo del baile, las personas acaban de bailar, se relajan, cesa la actividad motora, y, con los días, quedan los “posos” de la experiencia, que contribuyen al crecimiento de la persona. La persona ya no es la misma que era. Una parte de ella se ha transformado.

2.5.2. El paso de lo fisiológico a lo psicológico y la emergencia de la emoción

En el proceso descrito anteriormente, hay un inicio que es fisiológico y que incluye percepciones, sensaciones y micromovimientos musculares. Conforme la emergencia de la necesidad va en aumento y la energía crece hay un paso de lo fisiológico a lo psicológico: lo que percibo empieza a tener nombre, las representaciones entran en juego: “quiero bailar”, “tengo hambre”, “estoy enfadado”, “creo que me he dejado algo en casa”, etc.

En la toma de contacto empieza a aparecer la emoción, con una movilización corporal mucho mayor que en la fase anterior y con una orientación respecto del entorno. Las diferentes emociones, de hecho, nos sirven de orientación en el campo. El miedo nos orienta hacia la huida, el enfado hacia la defensa, la tristeza hacia el recogimiento, la alegría hacia el encuentro con el entorno. La emoción es un indicador privilegiado de nuestra necesidad. En terapia gestalt se insiste en que las emociones tienen siempre un destinatario, ya que son un fenómeno que se da en el proceso de contacto. No existe un “estar enfadado” sin estarlo con algo o alguien. No se está triste sin algún tipo

de pérdida de algo o alguien. La emoción no existe per se. Tiene siempre un origen de relación con el entorno, aunque la persona no sea consciente o no lo recuerde. Por ejemplo, alguien puede estar crónicamente triste sin recordar una pérdida que lo haya llevado ahí, o puede estar en un estado de irritación sin ser capaz de localizar con quién está enfadado.

Las implicaciones de estas ideas en la práctica de la psicoterapia son varias. Para empezar, se deriva de ellas que las emociones son algo que se pasa una vez ha encontrado su expresión. Las emociones desaparecen en cuanto cumplen su función de señalar la necesidad del organismo. Por otro lado, el objetivo de la psicoterapia no es “desahogar” las emociones o “liberarlas”, sino más bien explorar qué información nos aportan respecto a la orientación del paciente en su entorno. Es necesario también ayudar a hacer un buen paso de lo fisiológico a lo psicológico (¿a qué emoción corresponden esas sensaciones?) y encontrar una representación adecuada (¿es realmente miedo lo que tengo? ¿es tristeza? ¿es hambre?) y, por supuesto, encontrar el destinatario de esas emociones. Como hemos dicho anteriormente, el objetivo en general es ayudar a completar los procesos de contacto de la persona, la realización de la experiencia y la satisfacción de su necesidad, para que la persona quede así disponible para otros contactos.

Un artículo muy interesante para profundizar en una visión gestáltica de las emociones es Para una desubicación de las emociones de Brigitte Lapeyronnie-Robine, que está disponible online [3].

2.5.3. Las modalidades de contacto

El proceso de contacto que hemos descrito anteriormente con el ejemplo del baile es un caso ideal en el que: emerge una necesidad, se percibe una activación en el cuerpo que se transforma en una emoción, que a su vez lleva a explorar el entorno. Se agrade entonces el entorno (para pedir a alguien bailar), se satisface la necesidad emergente y acaba el proceso con una integración de la experiencia.

La teoría del *self* de la terapia gestalt no solo describe este proceso ideal. Detalla también diferentes cinco modalidades del proceso que pueden hacerlo transcurrir formas muy distintas: la confluencia, la introyección, la proyección, la retroflexión y el egotismo. Estas cinco modalidades se pueden entender como “habilidades” del *self*, que, como ahora veremos, sirven para regular el proceso de contacto. Si estas habilidades están perturbadas pueden interrumpir el proceso e impedir o dificultar un contacto sano con el entorno. El

terapeuta gestalt está muy atento en la sesión de terapia a las variaciones del contacto que despliega el paciente, hasta el punto de que gran parte del diagnóstico que realiza el terapeuta se basa en esto. En una sección posterior de este texto hablaremos con más detalle sobre el diagnóstico en terapia gestalt.

2.5.3.1. La confluencia

La modalidad llamada *confluencia* se da en la fase de precontacto antes de que haya empezado a emerger una figura, es decir, antes de que haya ninguna sensación corporal que reclame atención. La confluencia se define, precisamente, como la no emergencia de una figura. No hay nada que movilice al *self*, no se llega a percibir ningún impulso que empiece a dar orientación. La modalidad confluyente del *self* es totalmente imprescindible porque necesitamos que la gran mayoría de lo que percibimos y hacemos esté en un segundo plano, no reclame nuestra atención consciente. Por ejemplo, ahora que escribo este texto, para mí, que soy un hablante nativo de castellano, el uso correcto de la lengua está en un segundo plano y esto me facilita la expresión de los contenidos que quiero desarrollar. Podemos decir que estoy en confluencia con la lengua castellana. Si estuviera escribiendo esto en inglés, que no es mi lengua materna, el hecho de escribir en esa lengua requeriría de una atención expresa por mi parte que competiría en atención con el desarrollo de los contenidos. Cuando conduzco un coche puedo ir charlando con otras personas que viajan conmigo porque la mayoría de las habilidades de conducción están en confluencia y no requieren de mi atención consciente. Si de repente el coche de delante empieza a pegar bandazos, esta situación pasará a primer plano (saldrá de la confluencia) y yo tendré que dejar de charlar para poner la atención en la conducción.

La confluencia, sin embargo, puede ser también no adaptativa. Es un importante mecanismo que tiene el *self* para dejar de sentir lo que es percibido como demasiado amenazante, y se puede llegar a desconectar de la amenaza real del entorno. En el ejemplo del baile, una persona en una modalidad confluyente podría, por ejemplo, no llegar a percibir siquiera el deseo de bailar que se muestra a través de sensaciones corporales. A partir de ahí el resto del proceso (para llegar a bailar con alguien) no podría tener lugar. La confluencia patológica lleva a una desensibilización del cuerpo y a una sensación de “niebla” que lo embota todo. En la sesión de terapia la confluencia puede estar presente cuando el paciente tiene una experiencia muy marcada por el “no sé”, “no siento nada”, “no sé qué quiero” o manifiesta algo como “siento

una ansiedad vaga, sin una forma precisa”. En un caso así es difícil conseguir que emerja una figura en la sesión, es decir, que llegue a aparecer un tema que realmente capte la atención y que el paciente sienta en su cuerpo como algo presente con una forma definida (con unas emociones asociadas, con unos destinatarios de esas emociones, etc.) La intervención terapéutica necesita dirigirse a una resensibilización del cuerpo que ayude a que la persona se pueda reapropiar de sus propias sensaciones y haga posible la emergencia de una figura. La figura, cuando surja, tendrá que ver con las necesidades de la persona ya que, de hecho, una persona que funciona de forma general en una modalidad confluyente no es muy consciente de sus propias necesidades reales, a veces ni siquiera de las fisiológicas.

2.5.3.2. La introyección

La modalidad de *introyección* es la capacidad del *self* de “tragar” cosas del entorno sin agredirlas, sin cuestionarlas, que permite hacer una elaboración con posterioridad. La introyección se relaciona con capacidades de aprendizaje como la imitación de modelos, la repetición o la memorización. Cuando estudiamos un contenido nuevo (por ejemplo, éste que estás leyendo ahora), hay una fase de introyección consistente en tomar las ideas sin haber llegado aún a hacerlas propias. “Introyectar” significa, etimológicamente, “lanzar hacia adentro”. Es como tragar sin masticar. Esto se puede hacer con comida o con ideas y mensajes. Cuando estudio un texto, me hace falta una primera lectura hasta cierto punto acrítica, un tomar la cosa tal y como viene, “creyéndomela”, para después, si quiero alcanzar un aprendizaje real, retomar el tema, cuestionarlo, ver qué he comprendido y qué no, con qué sí estoy de acuerdo y con qué no, para que llegue un momento en que ya he hecho propias estas ideas (o parte de ellas), y ya no las vivo como algo aprendido “de memoria”. Forman parte de mí y ahora las puedo explicar con mis propias palabras y a mi propio estilo. Son algo mío. Los niños están continuamente introyectando los modelos de comportamiento que ven a su alrededor. Por ejemplo, los modelos de género: qué es ser mujer, qué es ser hombre. Los niños imitan a los mayores para aprender en qué consiste ser adulto. En el proceso de la adolescencia (y también en la época adulta, a veces con la ayuda de la terapia) se realiza el inmenso trabajo de reelaborar esos modelos introyectados, cuestionarlos, y llegar a establecer la propia forma de ser adulto de cada uno.

Las ideas introyectadas se llaman también “introyectos”. Aunque la introyección sea una parte de los procesos de aprendizaje, a veces los introyectos

pueden rigidificarse, quedarse “dentro” sin cuestionar, y generar así una modalidad de contacto deficiente, no satisfactoria. En el ejemplo del baile, una persona puede percibir en su cuerpo las ganas de bailar, que existen, pero ser asaltado a continuación por el pensamiento “yo soy alguien que no baila”. Puede no ser ni siquiera algo pensado conscientemente, sino algo que se da por hecho. Esta idea puede haber llegado en el pasado por diferentes vías: porque soy un hombre y bailar no es viril, porque me considero una chica tímida y las chicas tímidas no bailan, porque soy una persona seria y bailar no es serio, etc. En cualquier caso, es una idea no cuestionada, no contrastada con la realidad. Se acepta “en bloque” e impide que la persona pueda llegar a bailar. La persona vivirá la experiencia de una forma frustrante, como una escisión entre lo que querría hacer y lo que cree que es posible. Terapéuticamente sería necesario un trabajo de “agresión” o de cuestionamiento del introyecto (¿por qué no bailan los hombres? ¿hay una forma viril de bailar? ¿qué quiere decir que eres tímida? ¿qué significa “serio”?) y también una exploración de la procedencia del introyecto (¿quién te ha dicho que eres tímida? ¿dónde aprendiste qué es serio y qué no? ¿cuáles son tus modelos de hombre?).

En el modelo del proceso de contacto la introyección aparece antes de la fase de toma de contacto, es decir, antes de emprender la exploración del entorno. Los introyectos modifican esta exploración en función de lo que la persona se permite o no desde lo que le dicen esos introyectos. Los “deberías”, que son todos los mensajes sobre lo que una persona “debería hacer”, que se viven como una norma interiorizada pero no como una expresión auténtica del propio deseo, están también en la esfera de los introyectos.

2.5.3.3. La proyección

La *proyección* se relaciona con la capacidad del *self* de realizar inferencias, es decir, de añadir información a la percepción para completarla. En general, el campo perceptivo es incompleto y hay mucha información que falta en él. La inferencia permite hacer predicciones y rellenar la información que no está disponible para tener una sensación de completud. Por ejemplo, el bebé desarrolla en un cierto momento de su desarrollo perceptivo la persistencia del objeto. Esto es una inferencia que le permite saber que si un objeto es ocultado por otro eso no quiere decir que haya dejado de existir. El objeto sigue existiendo y hay diversas formas de llegar a él. El niño deja de percibir el objeto pero aprende a añadir información a esa percepción: el objeto sigue existiendo pero está oculto. Esto último puede ser cierto o puede no serlo (el

objeto podría haber dejado de existir realmente) pero en cualquier caso el niño tiene una sensación de “saber” qué pasa. Maneja un modelo de la realidad que produce predicciones que en general son fiables y esto le produce una menor ansiedad. Da menos ansiedad estar en una realidad en la que los objetos son persistentes que en una en la que pueden aparecer y desaparecer sin ninguna explicación.

Todos realizamos inferencias continuamente, por ejemplo cuando hacemos atribuciones a los comportamientos de los demás. Si mi pareja suele llegar a las 7 de la tarde a casa, ya son las 9, no ha llegado aún y no sé nada de ella, probablemente intentaré encontrar una explicación que me complete la información que me falta, como por ejemplo, “habrá ido a comprar”, “se habrá entretenido hablando con alguien”, o “ha tenido un accidente”. La incertidumbre nos produce una tremenda ansiedad. También, como una posible forma de incertidumbre, el no “comprender” los comportamientos de los demás, es decir, que haya comportamientos cuya motivación no podemos ver. En nuestras relaciones interpersonales necesitamos una importante cantidad de certeza, de que los demás se comporten como esperamos que se van a comportar. En ese sentido, a veces las personas preferimos imaginar cosas horribles o desenlaces fatales, lo que llamamos “proyectar”, antes que permanecer en la incertidumbre del no saber.

La proyección como modalidad de contacto aparece al empezar a explorar el campo en la fase de toma de contacto. La persona mira a su entorno y “proyecta”, realiza inferencias sobre él, sobre qué es posible y qué no. Por ejemplo, ¿las personas a quien querría pedir ayuda son de fiar? ¿Estoy en un entorno seguro? Estas inferencias son necesarias e inevitables, porque en la toma de contacto la persona necesita evaluar qué es posible y qué no, y normalmente tiene que hacer esto sobre la base de una información incompleta. Hablamos de una proyección patológica cuando la persona se fija únicamente en su inferencia sin una exploración de la realidad ni una constatación o refutación de la proyección. En el ejemplo del baile, la persona puede haber sentido ganas de bailar, tomar consciencia de ello y decidirse a hacerlo. Pero después mira a su alrededor y piensa: “estas personas me van a rechazar”. La persona puede hacer esa proyección aunque no conozca a esas personas previamente, debido, por ejemplo, a experiencias pasadas de rechazo. Acabará no bailando sin haberse arriesgado a comprobar si esas personas realmente la rechazan o no. Es posible que no llegue siquiera a pensar conscientemente en la idea del rechazo. Puede interpretar lo que percibe en el entorno como señales de rechazo y vivir esto como una realidad (alguien se gira de espaldas, y es porque

no quiere saber nada de mí; dos personas al fondo de la sala se ríen y miran hacia donde estoy yo, y es porque se están riendo de mí, etc.).

El trabajo terapéutico con la proyección incluye, entre otras cosas, la exploración de qué otras posibilidades ofrece el campo que la persona no está viendo. Por ejemplo, ¿qué ves en esas personas que te hace pensar que te quieren rechazar? Puede que se estén riendo de ti, pero ¿qué otras cosas podrían estar pasando? El paciente en terapia puede hacer también proyecciones sobre terapeuta (de segundas intenciones, capacidades curativas desmedidas, intenciones de control o de manipulación, etc.) que hay que explorar para ir esclareciendo cuánto hay de proyección y cuánto de real.

2.5.3.4. La retroflexión

La *retroflexión* es, en cierto sentido, la habilidad del *self* de retirarse en el último momento si el campo no es propicio. Es un mecanismo de seguridad que aparece antes del contacto final y permite, cuando ya está la energía movilizada y el satisfactor de la necesidad localizado, evitar un contacto con un campo que se percibe como no suficientemente seguro. La energía movilizada (que, recordemos, se manifiesta en una activación muscular y sensorial) en vez de ir hacia el entorno necesita encontrar otro destino y se redirige entonces hacia el propio cuerpo. Por ejemplo, alguien me ha hecho enfadar, mi cuerpo se moviliza para atacar a esa persona, pero percibo demasiado riesgo en realizar un ataque físico y me retengo. Sin embargo, algo tengo que hacer con la energía que he puesto en marcha y esa energía no tiene otra salida en el momento que volver sobre mi propio cuerpo: mis puños se cierran, mi musculatura se tensa, muerdo con fuerza, llego incluso a lesionarme dando un puñetazo a algún objeto inofensivo, como una puerta. Esto puede ser un comportamiento adaptativo y saludable si realmente evita que me coloque en una situación de peligro. Otro ejemplo: estoy en una situación erótica que me excita sexualmente, pero por la razón que sea no puedo dar salida a esa excitación en una relación sexual con otra persona. Esa energía se queda en mi cuerpo y puede descargarse, por ejemplo, a través de la masturbación. Otro ejemplo más: estoy movilizado, por ejemplo, porque necesito expresar a una cierta persona mi disconformidad con alguna actuación que ha tenido. Si siento que esa persona no va a estar receptiva a mis palabras, o que hablar con ella de esto me coloca en una posición de riesgo, tendré que hacer algo con esa excitación y, probablemente, el mensaje que necesito decir se quedará dentro de mí como un pensamiento recurrente. Me “diré a mí mismo” las

cosas que no me siento capaz de decirle a esa persona. Por ejemplo, me imaginaré reiteradamente una conversación con esa persona en la que pongo las cartas sobre la mesa, o recrearé dos voces dentro de mí que discuten entre ellas.

En el ejemplo del baile, la persona puede sentir las ganas de bailar, puede no tener ningún problema en que la vean bailando, puede haber localizado en la sala a una persona con la que querría bailar, y sin embargo, finalmente no atreverse a hacerle una proposición por el miedo, por ejemplo, a la vergüenza que le daría que le dijeran que no. La energía movilizada llegados a este punto necesita una salida y la persona empieza a bailar sola. Puede incluso abrazarse o acariciarse a sí misma como una forma de retroflectar su deseo de abrazar y acariciar al otro.

La retroflexión patológica es aquella en la que no hay una constatación de si el entorno puede sostener el contacto o no. Puede estar debida a esquemas rigidificados o a una exploración deficiente de las posibilidades del entorno. El trabajo terapéutico con la retroflexión va en la línea de apoyar la movilización de la energía hacia el entorno y no hacia el propio cuerpo. Esto puede ser ayudar al paciente a encontrar formas de expresar su agresividad, su deseo, sus necesidades de contacto, que sean suficientemente seguras pero al mismo tiempo alcancen al entorno. Un paciente con una experiencia predominantemente retroflectiva necesitará un apoyo específico para poder ir confiando en el entorno (que en el marco terapéutico lo constituye el propio terapeuta) y poder expresarse. El terapeuta puede dar este apoyo, por ejemplo, mostrando su interés por escuchar lo que el paciente tiene que contar y preguntándole activamente por su experiencia. También puede dar apoyo a la expresión de emociones difíciles, como por ejemplo el enfado, explorando cosas que hayan podido enfadar al paciente con él o ella y mostrándose dispuesto a recibir ese enfado sin reaccionar agresivamente, huir o adoptar una actitud condescendiente. La relación terapéutica puede construirse así como un entorno privilegiado de confianza que permita la expresión de emociones y haga menos necesaria la retroflexión del paciente.

2.5.3.5. El egotismo

El *egotismo* es una modalidad de contacto que aparece en el contacto final cuando el entorno sigue percibiéndose como no seguro. El contacto final, como explicamos en secciones anteriores, necesita una relajación del control. En ese momento toda la atención está centrada en el contacto y el entorno se

desvanece por un instante. Un buen ejemplo de esto es el momento del orgasmo en el acto sexual. Esta relajación del control permite una entrega plena a la experiencia pero coloca a la persona en una posición vulnerable. La modalidad egotista de contacto consiste en no relajar nunca ese control, en mantener la vigilancia del entorno incluso en el momento del contacto final. Esto puede ser un mecanismo adaptativo cuando el entorno realmente no es confiable o cuando la relajación del control pudiera poner al organismo en peligro. Pero también puede tener un funcionamiento rígido y desconectado de la situación real. Por decir así, el control se puede escapar al control. La persona nunca llega a entregarse a las experiencias que se le presentan y vive con una sensación de insatisfacción sostenida. En el ejemplo del baile, la persona completa todo el proceso desde que entra en la sala hasta que llega a bailar con alguien, pero no puede entregarse al baile por completo: sigue manteniendo una alerta hacia la otra persona o hacia el resto de la sala. No vive la experiencia de que todo desaparece y solo existe el baile. El precio que se paga por esta alerta continuada es una vivencia incompleta y poco nutritiva. La persona siente que vive “como si” tuviera experiencias intensas y plenas, pero esas experiencias no llegan a ser satisfactorias.

En terapia puede haber también una dificultad para entregarse al proceso terapéutico. El paciente en una modalidad egotista puede querer mantener de forma sistemática el control de la situación, poniendo sus propias condiciones, siendo un “experto” en psicología que sabe siempre más que el terapeuta, rechazando cualquier propuesta porque “ya la ha probado”. El trabajo terapéutico se puede dirigir a explorar los sentimientos de vulnerabilidad del paciente y sus emociones en los momentos de “soltar”, incluidos los que se dan en el marco de la terapia. Un momento así puede ser, por ejemplo, el de despedirse antes de finalizar una sesión.

Capítulo 3

La práctica terapéutica

3.1. La sesión de terapia como marco experiencial

En coherencia con el modelo de campo, la terapia gestalt concibe la sesión de terapia como un marco en el que se da una experiencia real. En ese contexto el terapeuta es el entorno para el paciente y el terapeuta trabaja teniendo en cuenta esto, bajo la hipótesis de que el paciente podrá transferir a su vida cotidiana las experiencias relacionales y los aprendizajes que se dan en la sesión. En sesión el paciente puede incorporar novedad y aumentar su consciencia de sí mismo y de las posibilidades de su campo relacional. Esa consciencia ampliada modifica necesariamente su estar en el mundo, tanto en terapia como fuera de ella. Esto es cierto también con la terapia de grupo, respecto a las experiencias que el entorno del grupo puede proporcionar a cada paciente. Por supuesto, el terapeuta necesita corroborar periódicamente que lo vivido en el proceso terapéutico está produciendo un impacto efectivo en la vida cotidiana del paciente. Si esto no es así la terapia debe explorar a qué se debe.

La hipótesis de que el paciente transfiere a la vida cotidiana las experiencias de la terapia es solo una cara de la moneda. La otra cara de la misma moneda es la hipótesis complementaria: el paciente reproduce en la sesión de terapia (individual o de grupo) esquemas de relación que desarrolla habitualmente en su vida cotidiana. Si, por ejemplo, el paciente tiende a desconfiar de las figuras de autoridad es probable que desconfíe también del terapeuta (si lo percibe como una figura de autoridad). Si su respuesta habitual ante este tipo de figuras es huir de ellas, es probable que reaccione ante el terapeuta

huyendo de él, bien físicamente (no asistiendo a las sesiones), bien psicológicamente (estando ausente o sacando temas que realmente no le implican). En un caso así el terapeuta podría, por ejemplo, trabajar para poner consciencia en esto que ocurre en la relación entre los dos, como un primer paso para ampliar después la consciencia en lo que ocurre con otras figuras de autoridad, en general o con alguna en concreto (padres, maestros, etc.)

3.2. La atención al momento presente

Es importante recalcar que la importancia que da la terapia gestalt al momento presente y a la sesión como marco experiencial no significa, como a veces se ha entendido, que la sesión se tenga que centrar solamente en lo que pasa en la sesión misma entre el terapeuta y el paciente, haciendo caso omiso a la narración que trae el paciente sobre sus preocupaciones. Tampoco significa que la “experiencia” en sesión de la que hablamos tenga que ser algo particularmente aparatoso o teatral.

Por ejemplo, para muchos pacientes el mero hecho de nombrar aspectos de sus preocupaciones o de su vida cotidiana ante otra persona, en este caso el terapeuta, y exponerse así a las reacciones de esta persona y a recibir su feedback puede ser ya en sí mismo una experiencia impactante y extremadamente novedosa. La experiencia de relatar la preocupación del paciente tiene, por tanto, dos niveles: el nivel de los contenidos en sí mismos (qué pasó, con quién, cuándo, qué te preocupa, qué puede pasar, etc.) y el nivel del propio proceso presente (cómo es aquí y ahora la experiencia de contarme esto, qué te atreves a contar y qué no, qué gestos realizas mientras lo cuentas, qué percibes corporalmente, cómo me siento yo escuchando tu relato, a qué me siento llamado como terapeuta, qué me despierta más curiosidad, qué omisiones percibo en el relato, qué uso del lenguaje, etc.) El terapeuta ha de estar atento a estos dos niveles, el primero porque los contenidos son lo que preocupa al paciente y sobre lo que gira la terapia, y el segundo porque lo que ocurre en el presente informa sobre la calidad del contacto que el paciente establece y es posiblemente donde haya más información sobre la posible novedad relacional que se puede introducir.

Cuando el terapeuta propone una actividad en la terapia la propuesta se contempla más como un experimento abierto “a ver qué pasa” que como un ejercicio que deba tener un resultado concreto. Si el terapeuta propone al paciente hacer un dibujo en el que represente alguna emoción o situación, el

terapeuta está abierto a acoger cualquier posibilidad. Si, por ejemplo, el paciente se niega a hacer el dibujo, eso es tan interesante y tan válido como que sí lo haga. El objetivo no es que haga el dibujo a toda costa. Podría ser la primera vez que el paciente se atreve a negarse a atender una petición de alguien, si por ejemplo es una persona con una historia de comportamiento muy sumiso, y puede ser, de hecho, mucho más interesante que se niegue a hacer el dibujo a que lo haga. El terapeuta puede entonces acoger esto (en vez de, por ejemplo, enfadarse con el paciente y acusarlo de boicotear la terapia), ayudar a poner consciencia sobre este hecho y examinar qué emociones ha movido la situación en el paciente y qué ha hecho posible que esta persona haya podido realizar esta confrontación tan novedosa en su experiencia. Otra posibilidad es que la persona se haya negado a realizar el dibujo porque no percibe la relación con su terapeuta como suficientemente segura. No hay suficiente confianza. Esta información es también importante y válida, y motivo de constatación y exploración en la terapia.

Esta atención al proceso terapéutico, momento a momento, y a los matices de lo que vive el paciente en sesión, son otra de las razones por las que las terapias humanistas requieren en sus formaciones que los terapeutas pasen por una terapia personal suficientemente larga, para que puedan tener una medida de primera mano de todo lo que se moviliza cuando uno acude a una terapia psicológica como paciente y ha de exponer aspectos íntimos de su vida a un desconocido.

3.3. El diagnóstico fenomenológico

Tal y como se ha ido adelantando ya en las secciones anteriores, en terapia gestalt se realiza un tipo de diagnóstico, el diagnóstico fenomenológico, que atiende, no a un cuadro de síntomas, sino a las cualidades momento a momento de la propia sesión de terapia y la relación que establecen el terapeuta y el paciente. Este tipo de diagnóstico incluye elementos situacionales como cuál es la atmósfera de la sesión, qué irregularidades ha habido (como por ejemplo, el paciente ha llegado tarde), qué ha sentido el terapeuta, qué actitud corporal tenía el paciente, etc. Este tipo de diagnóstico continuo permite orientar al terapeuta en sus intervenciones de una forma ajustada a cada instante.

El trabajo con diagnósticos de un corte más clásico, en la línea del DSM u otros marcos de referencia en psicopatología, también se utiliza, y cada vez

más, en terapia gestalt. Estos diagnósticos, en su formulación gestáltica, se utilizan como una orientación global que proporciona hipótesis de trabajo al terapeuta. La terapia gestalt entiende la psicopatología desde las perturbaciones de la frontera-contacto, utilizando los conceptos teóricos que hemos ido nombrando hasta aquí. Así, por ejemplo, entender los síntomas paranoicos como una experiencia de proyección da una referencia para el trabajo terapéutico que permite abordar la terapia desde un apoyo específico para el contacto desde la modalidad proyectiva. Entender algunos cuadros psicósomáticos como una forma de retroflexión orienta al terapeuta hacia la exploración de aquello inexpresado en el paciente que retorna hacia el cuerpo y lo lesiona. Estos diagnósticos, en cualquier caso, están siempre sometidos a cuestionamiento y son útiles en tanto que permiten entender mejor la experiencia vital del paciente, afinan el diagnóstico fenomenológico en las sesiones y proporcionan hipótesis sobre posibles intervenciones.

Una lectura interesante para profundizar en la visión de la psicopatología desde la terapia gestalt es el libro de Francesetti, Gecele y Roubal [2] .

3.4. El uso del sí mismo del terapeuta

El modelo de campo tiene como consecuencia concebir al terapeuta como otro organismo que recibe los impactos del campo compartido con el paciente. La terapia gestalt utiliza la propia sensibilidad del terapeuta como herramienta diagnóstica y, en ciertos casos, de intervención. Las emociones que experimenta el terapeuta se ven no solo como un mecanismo contratransferencial (concepto proveniente del psicoanálisis) sino como una indicación de movimientos en el campo compartido. Por ejemplo, si el terapeuta se empieza a aburrir a mitad de sesión podría reaccionar queriendo introducir excitación en la relación que le saque del aburrimiento, o podría plantearse lo siguiente: ¿para qué le sirve al paciente aburrirme? ¿al servicio de qué está este aburrimiento? Esto no significa que le tenga que decir directamente al paciente que se está aburriendo (el paciente, al fin y al cabo, no tiene ninguna obligación de mantener entretenido a su terapeuta). Pero esa sensación puede orientar respecto al proceso del paciente: puede estar evitando tocar un tema difícil, puede ser su forma de expresar malestar con el terapeuta por algún tema no resuelto, puede estar en una modalidad confluyente en la que es posible la emergencia de una figura de interés, etc.

3.5. Las técnicas

La terapia gestalt se ha hecho conocida por algunas técnicas como la de la silla vacía. Las técnicas en sí mismas no tienen sentido sin una orientación teórica que dé sentido a la experiencia que surge con la realización de la técnica. Lamentablemente, entrar en una descripción detallada de diferentes técnicas no tiene cabida en el marco de la presente asignatura. Las formaciones en terapia gestalt entran en el aprendizaje de técnicas, aunque hay que decir que éstas tienen una importancia secundaria en comparación con la adquisición de habilidades como la presencia, la empatía, la atención al proceso, la percepción propia y del paciente o la capacidad de detectar la emergencia de figuras significativas y de apoyar el proceso de contacto.

La técnica de la silla vacía utiliza sillas para colocar elementos de la experiencia del paciente que percibe como desconectados, desintegrados, y llevar a cabo una integración. Un uso clásico de esta técnica es colocar (imaginariamente) en una silla vacía a una persona con la que se tiene un conflicto. El paciente expresa a la silla vacía aquello que quiere expresar a esta persona, y después por indicación del terapeuta, puede, por ejemplo, sentarse en la silla vacía y hacer como si fuera esa persona, imaginar cómo reaccionaría al oír esas palabras, expresar su punto de vista, etc. En otra variante de esta técnica, el terapeuta solicita al paciente que le hable como si el terapeuta fuera esa persona con la que hay un conflicto. Esto permite que el paciente hable a alguien, y no a una silla vacía, lo cual suele aumentar la intensidad de la experiencia y permite también que el terapeuta experimente el impacto que recibe con la comunicación del paciente, impacto que puede ser devuelto al paciente como un feedback. Por ejemplo: “me decías que estabas enfadada pero no yo no sentía que ese enfado fuera real”.

También se utilizan muy a menudo técnicas proyectivas haciendo uso de mediadores artísticos: pintura, escultura, escritura, cuentos, voz, etc. Se da al paciente la posibilidad de expresar algo a través de estos mediadores y se trabaja sobre las proyecciones que se realizan sobre la creación. No se realizan interpretaciones respecto a un modelo que emita un diagnóstico según el resultado de la creación. Más bien se usa el mediador como vía de exploración de la experiencia del paciente (sus proyecciones, sus introyecciones, etc.). A menudo no tiene tanta importancia el resultado final producido sino cómo ha sido el proceso de creación. Si recordáis el tema sobre las funciones del *self*, una creación artística somete a la persona a varias elecciones sobre qué quiere representar, con qué colores, con qué materiales, para enseñar des-

pués a quién, que pone en marcha la función yo y, por tanto, puede poner de manifiesto las dificultades a ese nivel.

El trabajo con los sueños, por ejemplo, se puede plantear al menos de dos formas desde la teoría gestáltica. Una posibilidad es entender un sueño como una proyección de elementos inconexos. El terapeuta entiende que el sueño envía un mensaje existencial al paciente, uniendo de forma aparentemente incomprendible, proyectada, una serie de elementos importantes en su experiencia. El trabajo terapéutico puede consistir, por ejemplo, en poner en sillas vacías los elementos relevantes del sueño y establecer un diálogo entre ellos para extraer ese mensaje existencial y llegar a una integración. Otra posibilidad es entender el sueño como una retroflexión de algo que el paciente quiere comunicar al terapeuta y no se atreve a abordar directamente. Esto es así especialmente si el sueño ha tenido lugar la noche anterior o la posterior a la sesión de terapia. Una referencia interesante sobre este tema es una entrevista a Isadore From, terapeuta del grupo original de Nueva York que introdujo esta forma de trabajo con los sueños, que está disponible online en una traducción al castellano y se puede encontrar en la sección de referencias bibliográficas de estos apuntes[5].

Índice alfabético

- agresividad sana, 15
- ajuste creativo, 15
- autorregulación organísmica, 13, 16
- Buber, Martin, 6
- campo organismo/entorno, 10
- confluencia, 24
- contacto, 13, 19, 23
- contacto final, 21
- diagnóstico fenomenológico, 33
- egotismo, 29
- emoción, 22
- función ello, 18
- función personalidad, 18
- función yo, 19
- Gestalt Therapy, 7, 14
- Goldstein, Kurt, 6
- Goodman, Paul, 7
- Horney, Karen, 6
- introyección, 25
- introyectos, 25
- Lewin, Kurt, 7, 12
- Mead, George H., 7
- Ortega y Gasset, José, 11
- paradigma de campo, 12
- paradigma individualista, 12
- paso de lo fisiológico a lo psicológico, 22
- Perls, Fritz, 5
- Perls, Laura, 5
- postcontacto, 22
- precontacto, 20
- presente, 32
- proyección, 26, 36
- Psicología de la Gestalt, 5
- psicopatología, 8
- Reich, Wilhelm, 6
- retroflexión, 28, 36
- self, 17
- sesión de terapia, 31
- silla vacía, 35
- sistema operativo, 17
- Smuts, J. C., 6
- sueños, 36
- técnicas proyectivas, 35
- Tillich, Paul, 6
- toma de contacto, 21

Bibliografía

- [1] PERLS, F.S., HEFFERLINE, R., GOODMAN, P. (1951) *Terapia Gestalt. Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad de Cultura de Valle-Inclán, Los libros del CTP. Edición original 1951, traducción al castellano 2005. Se puede ver una reseña del libro en <http://gestaltnet.net/documentos/terapia-gestalt-excitación-y-crecimiento-de-la-personalidad-humana>

- [2] FRANCESETTI, G., GECELE, M., ROUBAL, J. (Eds.) (2012) *Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto*. Los Libros del CTP. Se puede ver una reseña del libro en <http://gestaltnet.net/documentos/terapia-gestalt-en-la-práctica-clínica-de-la-psicopatología-la-estética-del-contacto>

- [3] LAPEYRONNIE-ROBINE. B., *Para una desubicación de las emociones*. Revista Figura-Fondo, no 15, primavera 2004. Recuperado de <http://gestaltnet.net/documentos/para-una-desubicación-de-las-emociones>

- [4] ROBINE, J.-M. *Contacto y relación en psicoterapia*. Editorial Cuatro Vientos, 2002. Se puede ver una reseña del libro en <http://gestaltnet.net/documentos/contacto-y-relación-en-psicoterapia>

- [5] ROSENFELD, E. *Entrevista a Isadore From*. The Gestalt Journal, volumen 1, no 2, 1978. Recuperado de <http://gestaltnet.net/documentos/entrevista-isadore>