

# INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA GESTALT

**M<sup>a</sup> Carmen Jerez Álvarez**  
**Psicóloga Clínica de la USM del Hospital General**  
**Universitario de Ciudad Real**  
**Febrero 2018**

# ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. La escucha**
- 3. El darse cuenta**
- 4. Polaridades**
- 5. Neurosis y mecanismos neuróticos**
- 6. La técnica gestáltica**

# INTRODUCCIÓN

- **Antecedentes: fuentes de la Terapia Gestalt**
  - Psicoanálisis
  - Psicología de la forma
  - Teatro.
  - El psicodrama de Moreno
  - Otras influencias
- **Preceptos básicos**

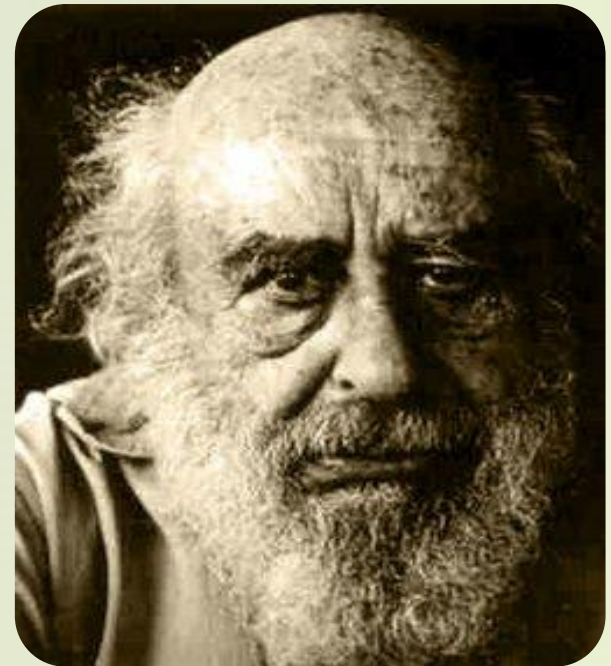
# FRITZ PERLS

- El creador de la TG es Fritz Perls (1893-1970)

*“Por más que han sido muchos e importantes sus colaboradores, la TG no existiría tal como la conocemos hoy sin su presencia, su talante y su genialidad”*

(Peñarrubia, 1998)

- La TG nace en los años 50, encuadrada dentro de la **Psicología Humanista o Movimiento del Potencial Humano**, como la tercera fuerza en psicoterapia, alternativa al psicoanálisis y al conductismo, imperantes hasta entonces.



# TERAPIAS HUMANISTAS

Otras terapias humanistas:

**Maslow** (1908-1970)

Padre del humanismo.  
Creador de la pirámide de  
las necesidades humanas.  
*"Todo individuo tiende  
hacia la autorrealización"*



**Rogers** (1902-1987)

Terapia  
centrada en  
la persona



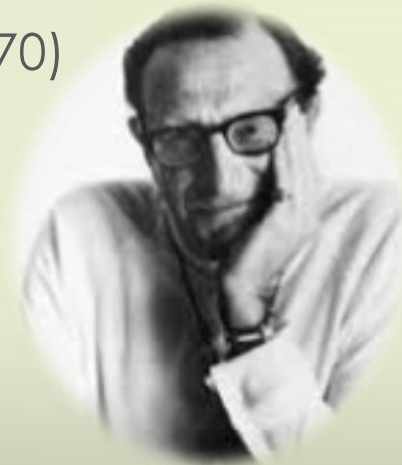
**Frankl** (1905-1997)

Logoterapia



**Berne** (1910-1970)

Análisis  
transaccional



# ANTECEDENTES: FUENTES DE LA TG

- El psicoanálisis
- La psicología de la forma
- El teatro y el psicodrama de Moreno
- El pensamiento diferencial de Friedlander
- La filosofía fenomenológica y existencial



# FUENTES DE LA TG EL PSICOANÁLISIS

- F. Perls fue psicoanalista hasta los 50 años (aunque desde muy pronto muy cercano a los psicoanalistas neofreudianos, que dan más importancia a la cultura y al ambiente en el desarrollo de la neurosis).
  - Funda el Instituto Sudafricano de psicoanálisis
  - Es analizado por K. Horney, C. Happel, E. Harnik y W. Reich
  - Supervisado por O. Fenichel y H. Deutsch.
- Finalmente, Perls se opuso a muchos de los puntos fundamentales de la teoría y técnica de Freud.

# FUENTES DE LA TG EL PSICOANÁLISIS

- Principales **divergencias de la teoría y técnica de Freud**:
  - Forma de abordar el inconsciente
  - No acepta la primacía de la sexualidad infantil ni de la represión en el origen de la neurosis
  - La transferencia no es el motor de la cura. Frente a la neutralidad del analista: actitud activa, implicada y comprometida. Presencia transparente y humana
  - La resistencia no es algo a derribar, sino una fuerza creativa a recuperar a favor de la salud.
  - Mayor confianza en lo intuitivo, lo espontáneo y en la emoción, que en la palabra y la racionalización.
  - Entiende la compulsión a la repetición no como impulso de muerte, sino como la tendencia de toda necesidad a completarse.
- Se encuentra **más cerca de otros disidentes del psicoanálisis**



# FUENTES DE LA TG EL PSICOANÁLISIS

## ○ Aportaciones:

### ○ Alfred Adler:

- Funcionalidad de la neurosis
- Interés en el “para qué” más que en el “por qué”
  - La pregunta de evitación
  - Ponerse del lado del síntoma
- Atención a lo no verbal
- Devolver responsabilidad al paciente
- Uso del chiste y el humor

# FUENTES DE LA TG EL PSICOANÁLISIS

## ○ Karen Horney

- “De Horney recibí compromiso humano sin terminología complicada” (Perls, 1970)
- Focalización de la neurosis en el presente
- Responsabilidad del paciente en sus dificultades
- La “tiranía del debería”

Se considera a K. Horney como precursora de la psicología humanista

## ○ Wilhem Reich

- Importancia del “cómo” más que del “qué” o del “por qué”
- Atención al modo de expresión, a lo no verbal, más que a las palabras
- El acento en la sensación, la experiencia orgánica y la expresión inmediata y directa

“Reich fue la primera persona en tener más fe en el instinto que en la civilización actual” (Claudio Naranjo, 1981)

# FUENTES DE LA TG

## LA PSICOLOGÍA DE LA FORMA



- Escuela teórica dedicada al estudio de los fenómenos perceptivos. Wertheimer, Köler y Koffka.
- Analizan las leyes de la percepción humana y la dinámica entre figura y fondo
- Gestalt: “forma” o “configuración”
- “El todo es una realidad diferente a la suma de las partes” (Von Ehrenfel)
- Perls toma de la psicología de la forma dos ideas principales:
  - Figura-fondo
  - Ley del cierre: gestalt incompleta
    - Neurosis como acumulación de asuntos inconclusos
    - Efecto Zeigarnik (Blyuma Zeigarnik)

# FUENTES DE LA TG EL TEATRO

○ **Max Reinhard:** “Fue el primer genio creativo que conocí”

“La terapia que practicaba podía ser vista como un drama donde él, como director, hacía interpretar al individuo con quien trabajaba toda clase de papeles, lo que con frecuencia culminaba en instantes cargados de emoción. Si no hubiese sido otra cosa, habría sido buen teatro. Pero con mayor frecuencia, era además buena terapia” (Shepard, 1977)

○ **Fritz adquirió del teatro:**

- Técnica de la identificación y del juego de roles
- La escucha del cuerpo, la mirada, la voz
- La mirada hacia el recurso genuino y el potencial del actor/paciente

# FUENTES DE LA TG

## EL PSICODRAMA DE MORENO

### ○ **Jakob Levy Moreno:**

- Énfasis en la espontaneidad y la expresividad
- Insistencia en el “aquí y ahora”
- La expresión espontánea y dramática de los sentimientos
- Importancia de la movilización corporal
- La exploración de las emociones no expresadas a través de la actualización de la escena o de la situación pendiente
- El valor de la catarsis como garantía de un insight no solamente intelectual
- El uso del grupo como contraste, confrontación o ampliación de la conciencia del “protagonista”
- Silla vacía, cambio de roles y monodrama

# FUENTES DE LA TG

## OTRAS INFLUENCIAS

- **El pensamiento diferencial de Friedlander:** “Punto cero” o “indiferencia creativa”: Sustenta la teoría gestáltica de las polaridades y la integración de los opuestos
- **Fenomenología** (Husserl)
- **Existencialismo** (Heidegger, Kierkegaard, Nietzsche, Sartre)



# PRECEPTOS BÁSICOS

La TG, más que una teoría psicológica, es una teoría de la práctica, una filosofía de vida y una forma de estar en el mundo.

## **“Filosofía de la Gestalt” (Claudio Naranjo, 1989)**

- Vive ahora, es decir, preocúpate del presente más que del pasado o del futuro
- Vive aquí: relaciónate más con lo presente que con lo ausente
- Deja de imaginar: experimenta lo real
- Abandona los pensamientos innecesarios, más bien siente y observa
- Prefiere expresar antes que manipular, explicar, justificar o juzgar

# PRECEPTOS BÁSICOS

- Entrégate al desagrado y al dolor tanto como al placer; no restrinjas tu percatarte
- No aceptes ningún otro “debería o tendría” más que el tuyo propio: no adores a ningún ídolo
- Responsabilízate plenamente de tus acciones, sentimientos y pensamientos
- Acepta ser como eres

# PRECEPTOS BÁSICOS

## ○ **Importancia del presente, del “aquí y ahora”:**

- El neurótico evita o escapa de su presente a través de sus preocupaciones por el pasado o el futuro
- Sólo el presente existe y desviarse de él es restar vitalidad a la existencia y a la realidad
- Como el vivir del neurótico es básicamente anacrónico, cualquier retorno a la experiencia presente es en sí mismo un antídoto de la neurosis

## ○ **La atención y aceptación de la experiencia:**

- La terapia va dirigida a la ampliación de la conciencia o al “darse cuenta”, aceptando cualquier experiencia que surja, sea del carácter que sea

# PRECEPTOS BÁSICOS

## ○ **Evitación de las explicaciones, justificaciones y de la actividad conceptual:**

- La búsqueda compulsiva de causas, significados y antecedentes ahoga la experiencia real del aquí y ahora. La actividad conceptual es un vehículo de despersonalización y de evitación de la experiencia real o emocional

“...En vez de dedicarnos a acertijos intelectuales, preferimos introducir al paciente en su propia experiencia, confiados en que una vez que adquiera un sentido claro de lo que ocurre dentro de él, su propio sentido de dirección le guiará”

## ○ **Acentuación de la responsabilidad personal:**

- La responsabilidad es entendida como una actitud y como un hecho, no como un deber moral
- Liberarse de la responsabilidad por cualquier otra persona
- Orientación “anti-debería”. La “moralidad del organismo” o “moralidad más allá del bien y del mal”

# PRECEPTOS BÁSICOS

○ Hay una invitación permanente a que la persona se haga cargo de lo que hace, dice, siente, piensa, desea o evita... Todas las técnicas de la TG, así como la actitud del terapeuta, favorecen esta asunción de responsabilidad.

“Quiero darles a entender cuánto se gana al tomar responsabilidad de cada emoción, cada sentimiento, cada pensamiento. Y deshacerse de la responsabilidad por cualquier otra persona... En su contexto usual, la responsabilidad da la idea de obligación... Pero también puede entenderse la responsabilidad como capacidad de responder, tener pensamientos, reacciones, emociones, en determinadas situaciones”  
(Perls, 1969)

“... Estamos donde queremos estar, estamos haciendo lo que queremos hacer, aún cuando equivalga a una tragedia aparente”

# PRECEPTOS BÁSICOS

## La “oración gestáltica”

“Yo hago lo mío y tú haces lo tuyo.

No estoy en este mundo para llenar tus expectativas  
y tú 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, 1969)



# PRECEPTOS BÁSICOS

- **Transición desde el apoyo ambiental hacia el autoapoyo:**
  - El neurótico manipula el entorno para conseguir apoyo externo
  - “No ayudar” más de la cuenta, no sustituir el propio crecimiento o autoapoyo por un falso apoyo o un exceso de ayuda
- **Fe en la autorregulación orgánica:**
  - Existe una tendencia a la autorrealización
  - Confianza básica en la rectitud de nuestra naturaleza, en la sabiduría del organismo, que si no se interfiere, conduce a la satisfacción de nuestras verdaderas necesidades y se dirigirá hacia su autorregulación (hacia la salud)
- **Confianza en la espontaneidad:**
  - Las acciones apropiadas en cada situación están determinadas más por la intuición que por la razón, por las sensaciones internas que por lo que viene determinado desde fuera

# PRECEPTOS BÁSICOS

- **Actitud de respeto por la la enfermedad, más que intentos por realizar cambios:**
  - El terapeuta contempla y aprecia los aspectos aparentemente indeseables del paciente de la misma manera que otros más positivos
  - No confluir con las exigencias internas del paciente, que ya está lo suficientemente empeñado en mejorar sin aceptarse
- “Una manera de no vivir es decirnos a nosotros mismos lo que deberíamos estar haciendo. Por medio del “debeísmo” perdemos de vista lo que somos... Basta con estar consciente para que se produzca un cambio, no se necesita más que presencia, estar consciente y responsabilidad... El paciente que quiere cambiar, desea lo menos posible ser él mismo... Aprenderá, por medio de la simple experiencia de ser, que no necesita buscar ser lo que no es” (Claudio Naranjo, 1990)
- “El cambio ocurre cuando el paciente se convierte en lo que es, no cuando trata de ser lo que no es” (Beisser, Teoría paradójica del cambio)

# PRECEPTOS BÁSICOS

## ○ El terapeuta es su propio instrumento en la terapia:

- Utiliza sus propias emociones, estados internos y reacciones, su intuición y su escucha interna como instrumentos terapéuticos.
- “Afinar ese instrumento”: Terapia personal del terapeuta
- “Yo no puedo trabajar con un paciente sin que haya una carga de afecto... Es muy sano para el paciente que su terapeuta se desespere, se harte, se canse, si no, no se va a enterar nunca de la verdad. Permitir que se manifieste todo lo que honestamente ocurre es más curativo que negarlo: la verdad no enferma” (Guillermo de Borja)
- Orientación actitudinal: Honestidad confrontativa, implicación emocional, compromiso humano, denuncia de los juegos de manipulación del paciente y apoyo de lo más genuino
- Autoapoyo, conciencia, responsabilidad, capacidad de asumir riesgos y de actuar libremente, como una orientación general en su forma de vivir

# PRECEPTOS BÁSICOS

- Reparto horizontal de la relación: “No diferimos de nuestros pacientes en especie sino en grado... Tal respeto sólo puede ser válido si el psiquiatra comprende que las dificultades de sus pacientes no difieren demasiado de las suyas propias” (F. Fromm-Reichmann)
- Autorrevelaciones: “Revelaré problemas y experiencia propias si con ello puedo contribuir a un comportamiento más cabal... si con ello puedo ayudar a dar el próximo paso” (Laura Perls)
- Despenalización de la expresividad física y emocional del terapeuta
- Transparencia frente a transferencia. No se trabaja la transferencia desde el enfoque clásico: las emociones que surgen entre paciente y terapeuta son auténticas por derecho propio. Si se carga de aspectos simbólicos la relación, se la descarga de los aspectos reales que están apareciendo en el encuentro
- Supervisión: se enfocan no sólo aspectos técnicos, sino también aspectos conflictivos o personales del terapeuta que puedan interferir con la terapia

# PRECEPTOS BÁSICOS

- La terapia es demasiado beneficiosa para limitarla sólo a los enfermos
- Es una oportunidad para el desarrollo y crecimiento de cualquier persona que lo desee
- Educación de actitudes saludables
- Incremento del potencial de vivir plenamente
- Orientación preventiva y dirigida hacia el autoconocimiento
- Generar salud, más que intervenir en la enfermedad

## 2. LA ESCUCHA

### ○ Comprende:

- Escucha interna
- Escucha externa
- La comunicación gestáltica
- La respuesta gestáltica



## 2. LA ESCUCHA

- **Escucha interna:** Capacidad del terapeuta de tomar conciencia de sí mismo (emociones, sensaciones, reacciones...) durante el encuentro con el paciente

“Para llevar a cabo una tarea clínica idónea, los profesionales de la salud mental necesitan tener acceso al flujo de su experiencia interior. El indicio primero y más sutil para entender la angustia, hostilidad, eroticidad, etc. del otro es un estado similar o complementario en uno mismo” (J. B. Enright)

## 2. LA ESCUCHA

**Escucha externa:** Captar al otro desde todos los sentidos:

- Contenido verbal
- Contenido no verbal (el “cómo” más que el qué): gestos, posturas, modulaciones de la voz...

“El cómo, la forma del comportamiento y de las comunicaciones, importaba mucho más que lo que el paciente relataba. Las palabras pueden mentir, el modo de expresión no miente nunca” (Reich)

“Un buen terapeuta no escucha toda la cháchara del paciente sino más bien el sonido de su voz, la música, los titubeos. Por lo general, la comunicación verbal es una mentira... No escuchen las palabras, escuchen lo que la voz les dice, lo que dicen los movimientos, la postura, la imagen... la expresión facial, el lenguaje picosomático. Está todo ahí si es que permiten que el contenido de las frases haga únicamente de segundo violín” (Perls, 1969)

## 2. LA ESCUCHA

### La comunicación gestáltica

- Se recomiendan unos modos de expresión y se trata de inhibir otros que faciliten:
  - Responsabilizarse de lo que se dice
  - Acercarse (y no evitar) la experiencia “aquí y ahora”
- **“Reglas de comunicación”:** Modificaciones del lenguaje propuestas:
  - Hablar en primera persona y en tiempo presente
  - Responsabilizarse de la expresión
  - Sustituir la conjunción “pero” por “y”

## 2. LA ESCUCHA

### ○ Decir el “cómo” en lugar del “por qué”

“En el mejor de los casos, el *porqué* acarrea una explicación ingeniosa, jamás un entendimiento. Si preguntan por el cómo están mirando la estructura, están viendo lo que ocurre, preocupándose por un entendimiento más profundo del proceso” (Perls, 1969).

### ○ Evitar las preguntas y convertirlas en afirmaciones

“La mayoría de las preguntas son simplemente invenciones para torturarnos a nosotros mismos y a los demás. La manera de desarrollar la inteligencia propia es convertir cada pregunta en una observación. Si se hace este cambio, el fondo de donde surgió la pregunta se abre y se dan las posibilidades para que el interrogador encuentre la respuesta por sí mismo...Cada vez que rechazas contestar una pregunta, ayudas a la otra persona a desarrollar sus propios recursos” (Perls, 1969).

### ○ Eliminar las divagaciones, interpretaciones, explicaciones... (“acercadeísmo”)

## 2. LA ESCUCHA

### La respuesta gestáltica

- **Equilibrio apoyo-frustración/confrontación**
- El exceso de un extremo y la carencia del otro supone una respuesta ineficaz
  - Exceso de apoyo: Terapeuta paternalista
  - Exceso de frustración: Terapeuta hostil

“...Tendrá que aprender a trabajar tanto con simpatía como con frustración. Parecería que estos elementos son incompatibles, pero el arte del terapeuta estriba precisamente en su capacidad de fusionarlos de modo que sean una herramienta efectiva. Para poder ser bondadoso tendrá que ser cruel... Y tendrá que sentirse con libertad para expresarlas... Con sólo simpatía, el terapeuta se convierte en paciente, podríamos decir que hace del paciente un malcriado. Con frustración solamente, el terapeuta se convierte en un ambiente hostil, con el cual el paciente sólo puede lidiar de un modo neurótico. En ambos casos, la terapia no da al paciente incentivo alguno para cambiar” (Perls, 1973).

## 2. LA ESCUCHA

- ¿Qué respuesta es más adecuada en cada momento?
- Escucha interna
- Expresión auténtica y genuina del terapeuta de sus reacciones y de lo que percibe ante lo que expresa el paciente



## 2. LA ESCUCHA

### **Un modelo gestáltico de escucha: El Programa Alfa de Albert Rams**

- La buena escucha suele derivar en propuestas útiles de trabajo
- Pasos del modelo de escucha:
  1. Escucha fenomenológica
  2. Toma de conciencia interna del terapeuta
  3. Asimilación: Hipótesis de trabajo
  4. Devolución o experimento: Propuesta de intervención

## 2. LA ESCUCHA

### 1. Escucha fenomenológica:

- Actitud de disponibilidad, apertura, atención e interés por el otro
- Se dirige hacia dos aspectos:
  - **Verbal:**
    - El contenido de lo que se dice
    - **Omisiones, distorsiones...**
      - Del paciente
      - Del terapeuta: Asuntos inconclusos o aspectos conflictivos del terapeuta (pueden afectar la escucha del paciente)
  - **No verbal:** Tono de voz, postura, gestos, alteraciones de la respiración...
    - Más genuino que lo verbal
    - En caso de disonancia: dar más importancia a lo no verbal

## 2. LA ESCUCHA

### 2 . Toma de conciencia interna o “darse cuenta”

- **Escucha interna** del terapeuta, conciencia de sí mientras trabaja
- Dos aspectos pueden dificultarla:
  - **Preconceptos**: ideas preconcebidas sobre el paciente, prejuicios, lo que se conoce de él... (puede no corresponderse con la realidad del aquí y ahora)
  - **Contratransferencia**: sentimientos o resonancia afectiva del terapeuta ante la forma de ser, actuar y sentir del paciente

Es recomendable reconocerlos ante sí mismo o ante el paciente, en función de la personalidad del terapeuta, del paciente y de la situación

## 2. LA ESCUCHA

### 3. Asimilación

- **Hipótesis** de trabajo sobre lo que le pasa al paciente, con base en la reflexión sobre la escucha anterior
- Las hipótesis se apoyan en el presente y en lo obvio
- Ayudan en la elección de la intervención adecuada
- **Riesgo:** Exceso de interpretación (falta de escucha)  
Es posible atenuarlo mediante:
  - La revisión de la contratransferencia y los preconceptos
  - Volviendo al aquí y al ahora

## 2. LA ESCUCHA

### 4. Devolución-diseño del experimento

- Elección del tipo de intervención, respuesta, experimento...
- **Posibles intervenciones:**
  - **“No hacer nada”**: Permanecer neutro o callado para frustrar, para no responder a demandas excesivas, para denunciar la dependencia
  - **Señalamientos**: De lo que se observa en la experiencia del paciente, “cuando me dices tal cosa estás mirando para otro lado”. Otras veces se devuelve el contenido de las palabras del paciente, literalmente u organizadas por el terapeuta
  - **Confrontaciones**.
  - **Expresiones emocionales del terapeuta**, usando sus propios sentimientos en la relación: “me molesta tu tono, no me llega ese agradecimiento que dices sentir, me asusta esto que me dices...”
  - **Ejercicios, experimentos o experiencias** a desarrollar: el terapeuta es compañero y guía del paciente, proporcionándole apoyo, sugerencias u orientación

## 2. LA ESCUCHA

- Todas estas intervenciones van encaminadas a ampliar la conciencia, experiencia y responsabilidad del paciente.

- **Posibles dificultades del terapeuta:**

“Algunas personas no escuchan y enseguida interpretan y proponen, otras escuchan bien al otro pero se olvidan de sí, otras se tienen demasiado en cuenta en sus ideas y sentimientos y desatienden la realidad puntual del paciente. A veces faltan hipótesis o ideas sobre el proceso, a veces se hacen propuestas antes de tiempo. Otras veces se tiene buena percepción de lo que pasa y hacia dónde habría que ir, pero al terapeuta no se le ocurre cómo plasmarlo, sabe lo que habría que hacer, pero no cómo hacerlo (falta de recursos técnicos-creativos). En la medida en que uno se da cuenta de lo que le falta, está en mejores condiciones de ponerle remedio” (Peñarrubia, 1998).

## 2. LA ESCUCHA

# PRÁCTICA

# 3. EL DARSE CUENTA

- TG: “**Terapia del darse cuenta**”

- Darse cuenta (**awareness**): incremento de la conciencia de lo que ocurre, se siente, se hace, se experimenta o se evita en cada instante, en el momento presente y en la situación que tiene lugar. Sería algo parecido a lo que en psicoanálisis se entiende como hacer consciente lo inconsciente.

“La psicoterapia significa: ayudar al paciente a enfrentarse a aquellos hechos que se oculta a sí mismo” (Perls, F., 1942).

- La **neurosis** se caracteriza por un “**oscurecimiento**” de la **conciencia**



# 3. EL DARSE CUENTA

- El darse cuenta como **proceso de restauración de la salud**:
  - Restaura la autorregulación orgánica: el organismo mostrará en cada momento sus necesidades, impulsos, asuntos inconclusos...
  - Ocurre siempre en el aquí y ahora, y es siempre cambiante (un proceso que se renueva a cada momento)
- “El darse cuenta por sí mismo puede ser curativo...uno puede permitir que el organismo se haga cargo sin interferir, sin interrumpir; podemos fiarnos de la sabiduría del organismo” (Perls, 1969).

# 3. EL DARSE CUENTA

- El darse cuenta **incluye tres “zonas”** a las que prestar atención:
  - Zona interna: Darse cuenta de uno mismo
  - Zona externa: Darse cuenta del medio o entorno
  - Zona intermedia o “desmilitarizada”: Está entre las dos zonas anteriores, zona de la fantasía o la imaginación

# 3. EL DARSE CUENTA

## ○ Zona interna:

- Sensaciones, sentimientos, sensaciones kinésicas, estados de ánimo... todo lo que se presente dentro de uno mismo. Es un mirar hacia dentro

## ○ Zona externa:

- Todo lo que tiene lugar en el entorno, que es percibido a través de los sentidos
- Devolver a los sentidos su función perceptiva (“recuperar la vista, el oído, la piel...”), de forma que captemos la realidad en lugar de fantasearla. La realidad se capta sin ser interpretada
- La **neurosis como empobrecimiento sensorial**  
“El objetivo de la terapia y del crecimiento está en olvidar cada vez más la mente y despertar a los sentidos” (Perls, 1969)

# 3. EL DARSE CUENTA

- Zona intermedia, “tierra de nadie” o zona desmilitarizada:
    - Impide que la persona esté en contacto consigo misma y con el entorno: es el filtro con el que, mediante la fantasía o la imaginación, enturbiamos las percepciones de las dos zonas anteriores
    - Incluye juicios, expectativas, temores, paranoias, fobias...
    - Lugar privilegiado para la neurosis: lo dañino es su exceso, en qué medida sustituye la conciencia de lo real
- “Se trataría de sacar al paciente de su atrapamiento en lo imaginario, que no es más que una falta de contacto con lo que es”

### 3. EL DARSE CUENTA

#### Entrenamiento en el continuo de conciencia (continuum of awareness)

- El fenómeno del aquí y ahora como principal foco de atención. Psicoterapia centrada en aquello que ocurre en cada instante

- Instrucción: **“Y ahora me doy cuenta de que...”**

Se trataría de estar atento y abierto a todo aquello que vaya surgiendo, como si respondiéramos a la frase “... y ahora me doy cuenta de que...”, sin juicios, cualquiera que sea la vivencia, tanto de dentro (“estoy inquieto”) como de fuera de uno mismo (“oigo un ruido, veo tu mirada...”), así como de la actividad de la mente (“interpreto tu mirada como de censura”).

“Si usted está vivenciando algo, vivéncielo; si está evitando algo, dese cuenta de que lo está evitando; si está mintiendo, dese cuenta de que está mintiendo; si está imaginando, dese cuenta de que está ocupado con una fantasía”. (Stevens, 1976).

# 3. EL DARSE CUENTA

- Atención que **no trata de manipular o cambiar lo que surja**

“Si resistimos la tentación de convertirnos en manipuladores activos de nuestra experiencia, somos verdaderamente sensibles a donde quiere ir nuestra atención...” (Naranjo, 1989).

- **Similar a:**

- Focusing de Gendling

- Prácticas meditativas, meditación vipassana, “atención desnuda” del budismo (un testigo mudo que no se identifica con lo que va emergiendo, sino que tan sólo lo observa)

- “La práctica del darse cuenta se asemeja mucho a la meditación verbalizada. Más aún, es una meditación llevada a la situación interpersonal como un acto de autoconfesión” (Naranjo, 1989).

- Enfoque del mindfulness

### 3. EL DARSE CUENTA

- Cuando el darse cuenta aumenta, emergen para su resolución los asuntos pendientes o las gestalt incompletas y mejora el funcionamiento de la persona en el mundo
- El terapeuta acompañará fenomenológicamente al paciente en su autoobservación, y en ningún caso interpretará, rotulará o teorizará sobre ello.
- J. Stevens: algunas **maneras en que el terapeuta puede inhibir esta toma de conciencia.**
  - Juzgar la experiencia que tiene el paciente (ésta tiene que ser respetada, sea la que sea)
  - Ayudarle cuando la experiencia es desagradable, acudiendo a “salvarle” cuando se siente incómodo (estas sensaciones deben ser experimentadas plenamente para poder ser asimiladas y aceptadas)
  - Dar explicaciones, razones o causas de lo que se está experimentado (es una evitación de la experiencia en sí).

## 3. EL DARSE CUENTA

**PRÁCTICA**