

SILLA VACÍA: LA REALIDAD PROYECTADA

EMPTY CHAIR: THE PROJECTED REALITY

Irene Poza Rodríguez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6083-9110>

Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. Madrid, España

José M.^a Cales

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6109-6008>

Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. Madrid, España

M.^a Dolores Escarabajal Arrieta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7667-017X>

Universidad de Jaén. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Poza Rodríguez, I., Cales, J. M. y Escarabajal Arrieta, M. D. (2023). Silla vacía: La realidad proyectada. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 165-174. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.35689>

Resumen

En los años 60, del siglo XX, en el marco de la psicología humanista, surge la corriente psicoterapéutica Gestalt, que será creada e impulsada por Fritz Perls, quien dedicaría su vida a darla a conocer. En este trabajo se analiza una de las estrategias psicoterapéuticas más importantes y que más se ha utilizado en la terapia gestáltica, la silla vacía. En este contexto, las polaridades o fuerzas opuestas son un marco de trabajo fundamental en la Gestalt, que tiene como objetivo el equilibrio de partes opuestas que conforman al ser humano y que le dificultan su desarrollo personal (perro de arriba-perro de abajo). La técnica de la silla vacía es un recurso que permite el trabajo terapéutico en multitud de aspectos o situaciones conflictivas que llevan al paciente a terapia. El objetivo de la técnica es establecer el diálogo entre las partes contrarias de su personalidad, para lograr la integración de ambas, pasando por la toma de conciencia ante las dificultades y contratiempos que le supone una vida con ambas partes en conflicto. En este trabajo se desarrolla la técnica de la silla vacía, procedimiento, aplicaciones, consideraciones terapéuticas, etc.

Palabras clave: *psicoterapia gestalt, silla vacía, perro de arriba-perro de abajo, somatización*

Abstract

Gestalt therapy was born during the 60's decade of last century within the frame of humanistic psychology. Fritz Perls outstands as one of the fathers of this current of psychology, and devoted to it most of his professional career. In this paper we analyze one of the most important and frequently used psychotherapeutic strategies of Gestalt therapy, the empty chair. In this context, the polarities or opposing forces are a basic framework in the Gestalt that aims at balancing opposing parts that make up the human being and make it difficult for him to develop personally (dog up-dog down). The technique of the empty chair is a tool that allows a therapeutic action/work regarding the many unsettling issues or situations that motivate patients to seek for a treatment. The main goal of this technique is to promote a dialogue between the opposing parts of the patient's personality, thus achieving the integration of both through the awareness of the difficulties and setbacks that lead to a life with both sides in conflict. This paper exposes its procedure, applications, therapeutic considerations, among others.

Keywords: *gestalt psychotherapy, empty chair, top dog-under dog, somatization*



El paciente solo necesita una experiencia, no una explicación.
—G. Delahanty, Frieda Fromm-Reichmann y la psicoterapia intensiva en la esquizofrenia

Este trabajo analiza la técnica denominada “silla vacía”, su desarrollo histórico, procedimiento y aplicaciones actuales. Integrada en la psicoterapia Gestalt por Fritz Perls, y utilizada más habitualmente a partir de 1964, su objetivo es la apertura del campo de conocimiento sobre uno mismo para entender qué está impidiendo su propio desarrollo personal, con el objetivo de buscar el equilibrio físico y emocional. Es necesario indicar que, habitualmente, se consideran sinónimos los términos “silla vacía” y “silla caliente”, sin embargo, esta última se relaciona más con una situación de riesgo y compromiso en la que el paciente está en el momento de iniciar la experiencia terapéutica (Naranjo, 2017).

Recordemos que la psicoterapia gestáltica es una terapia de orientación humanista que se caracteriza por su estilo vivencial, yendo más allá de la pretensión de que la persona permanezca en el presente (Vásquez-Dextre, 2016). Además, la terapia Gestalt se contempla como un enfoque, que no es un simple conjunto de técnicas que tengan como función eliminar los síntomas, sino que proporciona un enfoque creativo e integrativo, configurando ambas cualidades una actitud que se asienta sobre la capacidad de darse cuenta, el aquí y ahora, y la responsabilidad; siendo estos tres elementos los que guiarán las sesiones (□ Ayala y Martínez, 2020).

Mediante esta técnica la persona se conecta e identifica con lo que realmente siente, más allá de lo que suele expresar conscientemente con palabras (Martín, 2006). Según De Casso (2003), los diálogos conseguidos a través de los sucesivos intercambios de las posiciones del paciente entre ambas sillas (los cambios son indicados por el terapeuta) suponen por lo general la integración de dos aspectos opuestos o la resolución de conflictos. Para Peñarrubia (1998) la silla vacía es la posibilidad vivida en la experiencia de poner y representar allí (en la silla vacía) quién o qué podrá emerger para el trabajo psicoterapéutico.

Perls (1997) explica esta técnica indicando que:

Yo uso seis instrumentos para poder funcionar. Uno es mi habilidad; otro es el pañuelo de papel. Y está la silla caliente, a ella ustedes están invitados, si quieren trabajar conmigo. Y está la silla vacía, que traerá consigo un bocado de su personalidad y la de otros -por ahora lo llamaremos encuentros interpersonales-. Además, tengo mis cigarrillos, ahora mismo estoy con uno muy bueno, es un Shaman; y mi cenicero. Por último, necesito de alguien con ganas de trabajar: alguien dispuesto a permanecer en el ahora. (p. 110)

Algunos autores también han recogido lo que para Perls constituía esta técnica de la silla vacía. Así, para Sinay (1997):

Consiste en pedir al paciente que se instale frente a una silla vacía e imaginar a un personaje (por ejemplo, al padre) con quién se necesita hablar. La silla vacía puede ser también una almohada colocada en una variedad

de lugares de acuerdo con la posición del cliente. (p. 164)

Por lo tanto, mediante los diálogos que el paciente establece con esta técnica, guiada con destreza por el terapeuta, el paciente accede a una nueva visión del conflicto trabajado. Al ampliar su campo de información, obteniendo más contenido racional y experiencial, se incrementan posibles soluciones no disponibles con anterioridad para el paciente.

Procedimiento

Es necesario destacar la importancia de la situación en la que se trabaja. Cada momento terapéutico se produce en un contexto determinado que refleja una experiencia única y va íntimamente acompañada del sentir, la vivencia y la biografía emocional de la persona, en interacción y bajo la dirección del terapeuta. A continuación, se describen sus pasos (Castanedo, 1988).

1.- **Herramientas.** Los elementos que se requieren para esta técnica son dos sillas, también pueden ser dos cojines, que se disponen a una distancia media, dejando aproximadamente 1,5 m. de separación entre ambas en disposición horizontal.

2.- **Inicio de la sesión.** Como primer paso es necesario identificar la situación que queremos explorar, tenemos que decidir qué vamos a situar en la silla vacía, trayéndola al momento presente con la ayuda de la visualización en imaginación que indicaremos al paciente. Como ejemplo para ilustrar el tipo de escenas a trabajar, los aspectos pueden ser muy diferentes, podría ser una persona con la que el paciente tiene un conflicto, una parte de la persona que no acepta, etc.

3.- **Invitación a introducirse en la escena.** Se invita al paciente a que ocupe una de las sillas, la que decide el terapeuta y desde ese lugar se le pide que describa cómo es su estado general. El trabajo del terapeuta, en este punto, es analizar la relación entre el lenguaje corporal y la narrativa del discurso del paciente, su intensidad y frecuencia será un dato de *rapport* para el terapeuta. Todavía sentado el paciente en la primera silla, el terapeuta le explica qué aspecto o personaje debería visualizar en imaginación, posado en la silla que tiene frente a él.

5.- **Observación fenomenológica.** En este momento el terapeuta debe invitar al paciente a comenzar un diálogo con la parte imaginada dispuesta en la silla frente a él. Siendo el terapeuta consciente de los cambios corporales, tono y gestos del paciente, analizando el contenido de la conversación y su foco de atención. Es labor del terapeuta decidir en qué momento el paciente ha expresado un hecho suficientemente concreto que necesita una repuesta, y es en ese momento cuando se sugiere al paciente que cambie a la otra silla.

6.- **Representación del aspecto depositado en la silla vacía.** Una vez el paciente se ha situado en la nueva silla, el terapeuta pone nombre y describe el nuevo aspecto que va a representar, y le pide que describa cómo se siente identificándose con ese aspecto depositado en la silla. A partir de ahí, se indica al paciente que prosiga el diálogo y dé respuesta al aspecto ahora depositado en la silla frente a él.

7.- **Varios intercambios de silla.** A lo largo de la intervención se propondrán

diferentes intercambios entre ambas sillas. El número de intercambios entre sillas dependerá de la cantidad de diálogo que necesite la persona para tomar conciencia de lo que no consigue ver, el objetivo es que en los intercambios pueda hacerse consciente y obtener una nueva visión de la situación.

8.- **Cierre de la experiencia.** Cuando el paciente llega a la nueva información, que le ayudará en una reelaboración de lo que le sucede, la experiencia finaliza. En este momento, el paciente sentado en la silla en la que comenzó y con la despedida en imaginación, mediante imagen y acompañada verbalmente del aspecto o persona con la que se estuvo trabajando, que en realidad no es otra cosa que la vivencia que el paciente, cliente, ha interiorizado de esa persona en la relación con ella mantenida.

Es necesario resaltar que esta técnica no puede utilizarse en las primeras sesiones, ya que requieren una adecuada situación de confianza entre paciente y terapeuta. Este último debe tener una información precisa de la forma en la que el paciente expresa las emociones, porque esto será la guía para decidir el momento de intercambio entre sillas. Tampoco es una técnica recomendable en aquellos pacientes que ya están trabajando en un yo integrado, ya que sería llevarlo hacia un proceso de división que se está tratando de disminuir.

Utilidad en Psicoterapia

Mediante esta técnica se puede indagar de qué manera se crea una persistente alineación de aspectos de nuestro carácter, de las otras personas y del mundo, cómo la persona fractura la experiencia y deja de lado parte de la información.

Tras esta situación hay un proceso básico que subyace en todo procedimiento de establecimiento de identidad o ante la percepción de determinadas personas o situaciones. Cuando la persona describe o explica algún suceso o relación personal o interpersonal, lo que en realidad está haciendo es trazar un límite mental que, en ocasiones, deja sesgado el campo real de la experiencia, de manera que todo lo que queda dentro de ese límite lo percibe y lo puede nombrar, mientras que lo que está fuera del límite queda excluido. Con esta técnica se pretenden integrar aspectos de la identidad, reacciones e interacciones con personas y situaciones; aspectos que dependen totalmente del lugar dónde tracemos el límite, de manera que, con los nuevos datos obtenidos mediante la silla vacía, se hace posible acceder y ampliar información al respecto.

Por lo tanto, la silla vacía posibilita rescatar aspectos excluidos o no aceptados de los que, en mayor o menor medida, la persona no tiene información a nivel consciente. Un ejemplo son las crisis de identidad, se traza una demarcación entre lo que soy y lo que no soy, durante la crisis la persona no puede decir cómo ni dónde trazar la línea (Wilber, 1985).

Distintos usos y propósitos de la silla vacía (Castanedo y Bueno, 2011):

- Una situación o acontecimiento. Un acontecimiento que puede ser traumático o conflictivo en la vida de la persona, bloqueando su desarrollo personal.

- Una persona no disponible. Una persona con la cual hay un asunto inconcluso, presente o pasado, y no se encuentra disponible o no es posible la confrontación.
- Un aspecto de la propia personalidad. Cuando se utiliza para proyectar aspectos de la propia personalidad, como una necesidad, una incapacidad, un sentimiento que la persona no puede manejar, etc.

Como se ha indicado, la finalidad de esta técnica es que la persona pueda transformar la percepción interna que tiene de los hechos, de las interrelaciones y de sus múltiples significados posibles. Se busca favorecer una nueva percepción, una reelaboración del sistema individual de percepción y de representación mental de cada persona (S. Ginger y A. Ginger, 1993).

Perro de Arriba y Perro de Abajo: La Lucha por el Control

Se expone a continuación la polaridad que refleja lo que la terapia Gestalt denomina “perro de arriba-perro de abajo”, que tiene que ver con partes opuestas de la personalidad. Perls (1978) toma el concepto de superyó freudiano y lo transforma en lo que se llama *top dog*. Se plantea que tenemos una parte autoritaria vinculada con un pensamiento introyectado, y también su parte opuesta, el *under dog* o perro de abajo, el oprimido, que es también producto de otra idea introyectada.

Es legado de Perls el trabajo con los rasgos opuestos en la silla vacía. El *perro de arriba* se caracteriza por ser autocrítico y dictador, es la parte de la personalidad que juzga y le dice a la persona lo que tiene que hacer. El perro de arriba es siempre correcto al juzgar, nunca se equivoca, tiene derecho a hacer críticas, a cuestionar y a poner a la persona a la defensiva. A pesar de la fuerza que aparentemente tiene, Perls decía que siempre ganaba la batalla el *perro de abajo*, sirviéndose generalmente del *autosabotaje*, boicoteándose o posponiendo situaciones (De Casso, 2003).

Durante esta dinámica es interesante detectar cuándo estas dos partes comienzan el diálogo ya que, habitualmente, ninguna de ellas escucha a la otra, lo que indica claramente que están funcionando como unidades desintegradas. La explicación de este fenómeno puede ser que una de las dos (perro de arriba/perro de abajo) es a menudo una introyección que la persona no ha incorporado adecuadamente (Castanedo, 1981).

Detectando esta introyección, y una vez reconocida, puede ser reestructurada para equilibrio del paciente. Hay que recordar lo difícil que es modificar algo cuando desconocemos que existe, de ahí la importancia de que la persona sea consciente de esta polaridad en la que se encuentra.

El Otro Imaginado

Otra aplicación de la silla vacía es, como se ha indicado brevemente, su utilización para aquellos casos en que los pacientes tienen un conflicto con otra persona no disponible para su resolución (ausencia geográfica, óbito, etc.) o que estando disponible no sería viable llevar a cabo esta confrontación (Field y Horowitz, 1998).

La posibilidad de disponer imaginariamente de una persona es un potente instrumento terapéutico, y puede transformarse en una vía que ayude al paciente a finalizar situaciones inacabadas, antiguas o actuales, afrontar evitaciones, etc. La hipótesis de partida es que el paciente transfiere a su vida cotidiana las experiencias vividas en terapia, de manera que sus reacciones y comportamientos cotidianos se reproducen también durante las sesiones, comportamientos que tiene como respuestas habituales (Ramírez, 2011).

Perls (1978), utilizaba como concepto en la relación, la polaridad *contacto-retirada*, mencionando que no todo contacto es sano, ni todo retraerse es enfermo, y que esto se debe valorar según la situación. En ocasiones la persona se retira porque no cree que posea las habilidades necesarias para enfrentar la situación, sin embargo, gracias a la silla vacía, puede darse la oportunidad de que el paciente descubra en sí mismo, sin la presión ansiógena que en lo real evoca la persona imaginada, la posibilidad de resolver la escena que se evoca, siendo una actualización de aquello que le pasó, pero siendo en este momento responsable el propio paciente.

El paciente se dirige a la silla vacía para expresar aquello que quiere expresar a esta persona o su conducta en una determinada situación 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 este cambio, el paciente generalmente deja al descubierto la imagen que ha interiorizado de esa persona o de la relación que mantiene con ella; no tanto a la persona en sí misma.

Es común en las diversas situaciones y como ayuda para la eficacia de la técnica que, como primer paso, el paciente sea capaz de visualizar a la persona con la que va a trabajar en imaginación, describiendo aspectos tanto de su físico, como sensaciones que haya percibido, para lo que el terapeuta puede realizarle preguntas como sobre la emoción que percibe de la persona que visualizas enfrente, puede favorecer el buen resultado de esta técnica.

Se puede dar por terminado el diálogo cuando el paciente ha obtenido e integrado la nueva información que aparece en el transcurso de la escena, aumentando así su conciencia y claridad sobre la situación, lo que le permite modificar su escena interior y el significado de la misma. Tras esta propuesta la persona habrá experimentado una situación que estaba sin resolver y al traerla a su presente, del “aquí y ahora”, se deja sentir lo que le viene y se permite expresar lo que necesita (Fernández-Puig et al., 2017).

Somatización

El campo de la somatización dentro de la terapia Gestalt indaga sobre las enfermedades con una actitud de escucha de los mensajes del cuerpo, con el fin de lograr una mejor calidad de vida y lograr el cambio personal. Se trata de escuchar al cuerpo para escucharnos a nosotros mismos, y comprender el sentido de una determinada enfermedad, pero sin luchas omnipotentes con la medicina tradicional

(Schnake, 2001).

Este enfoque busca que la persona entienda que su personalidad puede favorecer, en un momento dado, la aparición de una enfermedad en un órgano en particular. Su hipótesis se basa en el concepto de neurosis, ya que implica que la persona no acepta, o niega, alguna característica propia de sí misma. La continua negación de alguna característica puede ser un campo fértil para que un órgano que, anatómica o fisiológicamente posea cierta vulnerabilidad, pueda dar lugar a una enfermedad (Schnake, 2005).

En este contexto podría ser viable y sanador para la persona una nueva escucha que le ayude a interpretar lo que le sucede. Schnake (2007) se refiere al cuerpo describiéndolo como una conjugación holística, un todo que puede sanar a partir de la comprensión de la sabiduría del cuerpo para expresar el sentido de su transcendencia en la vida vivida. Esta concepción integral del organismo, olvidada durante tanto tiempo en occidente, tiene también su referente en la Neurociencia, gracias a los descubrimientos que, en esta disciplina, se vienen produciendo (Castellanos, 2022).

Perls, tras su paso por el psicoanálisis, sabía que en las distintas heridas del cuerpo no estaban implicados solamente los mecanismos biológicos sino -siguiendo concepciones de Capra (1985)- que en la enfermedad era necesario relacionar, de manera holística, también la condición emocional y relacional del ser humano y de su entorno.

Según Schnake (2005) las insistencias de tradiciones anteriores, al describir el aparato psíquico separado de lo somático, han dado lugar, en general, al olvido del cuerpo para los terapeutas, especialmente cuando muchos de ellos no han experimentado contacto alguno con aspectos biológicos. Perls fue la primera persona en combatir la enajenación del propio cuerpo. Denunció la forma de hablar en tercera persona que el paciente utiliza para referirse a su propio cuerpo o partes de este. Lo que hace falta es que la persona, de mero “informante” pase a ser “actor principal”, es el paciente el que tiene los síntomas, a quien debemos ver; no a la enfermedad.

El acercamiento de esta postura por parte de Stevens (1977), fue lo que impulsó a idear diferentes modos de *hacer sentir al cuerpo*, para que la persona se dé cuenta de qué sensaciones o postura acompaña a nuestro decir, y se vuelva evidente un lenguaje distinto al que expresamos, que está procesado por nuestra corteza y modificado por todos los condicionamientos adquiridos a lo largo de la vida. En la obra de Perls (2004) encontramos la siguiente reflexión (p. 58): “¿De qué técnicas se dispone actualmente para integrar la personalidad de nuestros pacientes, es decir para restaurar el balance organísmico y abrir el camino para la autorrealización productiva?”

El trabajo consiste en un diálogo gestáltico de la persona con su órgano enfermo, en este diálogo la persona puede reconocer y rescatar las características propias de la anatomía y fisiología del órgano que, inicialmente, le cuesta reconocer y aceptar para sí mismo. Según Perls (1978) se puede hablar y dialogar con cualquier objeto y persona. Se trata de que la persona pueda integrar estas cualidades o características

negadas y le sirvan de ayuda en la mejora del órgano, aunque el fin de este trabajo terapéutico es recuperar la integración de la personalidad y disminuir la neurosis. La persona establece un diálogo entre su *yo real* sentado en una silla y su órgano enfermo proyectado en la otra, el terapeuta establece los cambios y la información que aparece y sirve de orientación a este trabajo.

Este diálogo debe mantenerse en el “aquí” y en el “ahora”, la persona así puede revisar de otro modo la situación que había vinculado al inicio de los síntomas. Schnake (2007) señala la forma de conectarse con los mensajes del cuerpo mediante el uso de los diálogos gestálticos en la silla vacía, no se trata de hablar con el síntoma del órgano como se nos ocurra, observaremos si el diálogo que se produce refleja castigo, agresión, etc., hasta que puedan llegar a ser acreedores de dolencias.

El trabajo del psicoterapeuta tratará de conectar a la persona con sus afectos y desafectos, con toda su vida de relación. Este es el máximo momento de enajenación de la persona, cuando se vive a sí misma como un objeto que hay que reparar. Una es la persona que habla y se queja; la otra, la enfermedad que lo ataca, una enemiga de la que hay que deshacerse lo más rápidamente posible.

En este marco, es necesario despojar a los síntomas y a las enfermedades del carácter de enemigos. Se puede lograr que la persona deje de luchar con una parte de sí misma, a la que, en este momento, le atribuye su dolor o limitación. Así, “lo que difícilmente le aceptamos a otra persona se lo aceptamos a nuestros órganos” (Schnake, 2001, p. 203). Al representar el rol del órgano afectado se puede comprender al organismo.

- Para Schnake (2007) hay una serie de pasos esenciales en los diálogos con las partes del cuerpo: Debemos explicar a la persona que se ponga en contacto con la parte de la que se queja, de modo que pueda llegar a darse cuenta del significado de este reclamo.
- Le pedimos que relate con detalle qué le pasa, qué le duele y a qué atribuye su malestar.
- Escuchamos con gran atención para darnos cuenta de a qué parte u órgano se le está haciendo responsable.
- Pedimos a la persona que se siente enfrente y “sea” esa parte. Que se tome unos minutos para tratar de imaginarse como ese órgano o parte, y que se describa. Cuando comience, el terapeuta lo va guiando, con la finalidad de que exprese la máxima información; se le ayuda para que se dé cuenta de las características de esa parte.
- Lo cambiamos a su asiento y le pedimos que exprese, a su parte que habló, lo que siente.
- Volvemos a pedirle que cambie de asiento y el terapeuta se sienta en la otra silla y explica que ahora va a hablar él, escenificando ser el órgano. El terapeuta se describe con toda la información que tiene sobre la parte que se está trabajando y le pregunta al paciente con qué cosas de su dis-

curso ha reaccionado. En esta parte se da el arte del diálogo; gracias a los silencios y a la escucha esa persona que, rechazaba o temía a ese órgano, se conecta con lo que es, con sus límites, etc.

- Cuando la persona responde al órgano (¿en qué nos parecemos tú y yo?), normalmente se conecta con temas personales, con aspectos de sí opuestos a algunos rasgos expresados por el órgano que habló.
- El terapeuta se mantiene en su rol de órgano y el diálogo se sigue desde ahí. En este punto es indispensable una actitud fenomenológica no interpretativa.
- Para finalizar, se cambia a la persona el sitio para que adquiera el rol del órgano y pueda expresar en primera persona, asumiendo su discurso lo mejor posible.

Los pasos descritos son todo un camino que la persona tendrá que recorrer para que integre aspectos negados de sí misma, en ocasiones aspectos polares y desconectados. El conocimiento de la propia estructura, de las características y atributos, anatómica y fisiológicamente se hacen esenciales en el terapeuta para el trabajo desde este modelo. El terapeuta debe poder entregar al paciente el conocimiento, funcionamiento del organismo, y enseñar y devolver la confianza mediante la integración de todos estos conceptos por parte del paciente.

Discusión

La silla vacía es una técnica muy eficiente en trabajos con situaciones inacabadas, de confusión interna y con conflictos interpersonales. No obstante, el terapeuta Gestalt ha de tener la suficiente destreza para percibir que lo que suceda no sea un simple intercambio de una silla a otra; que no sea una tarea que el paciente haga simplemente porque el terapeuta se lo indique. Ha de producirse una implicación de pensamientos y sentimientos, que se pueden apreciar en detalles como la expresión facial, aparición de lágrimas y/o movimientos corporales. El terapeuta estará atento para determinar si el trabajo de la situación es tan rígido o tan incómodo para el paciente que no puede adentrarse en la experiencia, en estos casos no es conveniente su uso.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la gravedad de la disfunción que el paciente presente. En este sentido, la silla vacía no es recomendable con pacientes con trastornos graves como, por ejemplo, el trastorno de personalidad límite, estructuras psicóticas en general, o estados graves de ansiedad. En definitiva, no es aconsejable en pacientes cuya identidad está siendo mantenida con mucho esfuerzo (D'Acri et al., 2015).

En definitiva, el trabajo terapéutico implica *darse cuenta* de lo que se siente y de lo que podría estar *necesitando*, dos pilares fundamentales dentro de la Terapia Gestalt. Así, de todo lo expuesto se desprende que la silla vacía es el lugar donde se deposita el conflicto que trae el paciente y, al mismo tiempo, es el lugar donde aparece la solución al mismo.

Referencias

- Ayala, R. y Martínez, M. C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso y terapia gestalt: Factores de convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263-278. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>
- Capra, F. (1985). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Integral. https://www.academia.edu/24596160/EL_PUNTO_CRUCIAL_Ciencia_sociedad_y_cultura_naciente
- Castanedo, C. (1981). El uso de las polaridades en la terapia gestáltica. *Rev. Cost. Cienc. Méd.*, 2(2), 7-15. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v2n2/art3.pdf>
- Castanedo, C. (1988). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Herder.
- Castanedo, C. y Bueno, J. A. (Coords.). (2011). *Psicología de la educación aplicada* (4ª ed.). Editorial CCS.
- Castellanos, N. (2022). *Neurociencia del cuerpo*. Kairós.
- D'Acri, G. Lima, P. y Orgler, S. (2015). *Diccionario de terapia gestalt*. Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- De Casso, P. (2003). *Gestalt. Terapia de autenticidad*. Kairós.
- Fernández-Puig, V., Farriols, N. y Segura, J. (2017). Aportaciones de las neurociencias a la comprensión de la experiencia psicoterapéutica humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 127-141. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.172>
- Field, N. P. y Horowitz, M. J. (1998). Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief [Aplicación de un paradigma de monólogo de silla vacía para examinar el duelo no resuelto]. *Psychiatry*, 61(4), 279-287. <https://doi.org/10.1080/00332747.1998.11024840>
- Ginger, S. y Ginger, A. (1993). *La gestalt; una terapia de contacto*. El Manual Moderno. https://www.academia.edu/63948344/S_Ginger_1993_La_Gestalt_una_terapia_de_contacto
- Martín, A. (2006). *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. Descleé de Borouwer. https://www.academia.edu/9787155/Ángeles_Mart%C3%ADn_MANUAL_PRÁCTICO_DE_PSIKOTERAPIA_GESTALT
- Naranjo, C. (2017). *Terapia gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateoórico*. La Llave.
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia gestalt. La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.
- Perls, F. (1978). *Aquí y ahora*. Cuatro Vientos.
- Perls, F. (2004). *A gestalt-terápia alapvetése: Terápia testközelből* [Fundamentos de la terapia Gestalt: Terapia de cerca]. Ursus Libris.
- Ramírez, I. (2011). La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista a Claudio Naranjo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 287-296.
- Schnake, A. (1981). Transferencia y contratransferencia en terapia gestáltica. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 27(4-5), 304-310.
- Schnake, A. (2001). *La voz del síntoma*. Cuatro Vientos.
- Schnake, A. (2005). *Los diálogos con el cuerpo. El enfoque holístico de la enfermedad*. Cuatro Vientos.
- Schnake, A. (2007). *Enfermedad, sintoma y carácter: diálogos gestálticos con el cuerpo*. Cuatro Vientos.
- Sinay, S. (1997). *Gestalt for beginners* [Gestalt para principiantes]. Writers & Readers.
- Stevens, J. (1977). *Isto é gestalt* [Esto es Gestalt]. Summus.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Wilber, K. (1985). *La conciencia sin fronteras*. Kairós.