

El cuerpo como guía hacia el otro

Claudia Fernández Santoyo

En esta etapa que algunos autores denominan pospandémica, Gianni Spagnuolo Lobb y Salvatore Cavaleri (2023), al referirse a determinadas configuraciones psicopatológicas y a la emergencia de nuevos campos clínicos, señalan también la falta de apoyo (ground) en sociedades progresivamente desensibilizadas. Me apoyaré en este marco para presentar un caso clínico: el de una paciente a la que atiendo actualmente y que ha llamado de forma particular mi atención, sobre todo en nuestro intento de alcanzarnos mutuamente o, utilizando la expresión de Antonio Damasio (1989), de sentir lo que sucede. Desde una perspectiva gestáltica, esto implica explorar nuestra experiencia en la frontera entre organismo y entorno.

Describiré algunos ejemplos de nuestra experiencia corpórea que, en ningún caso, pretendo que se interpreten como generalizables. Me referiré a ciertas señales del cuerpo que aparecen reiteradamente y que parecen haber estado «siempre» ahí: dolor de cabeza, fiebre y fatiga, principalmente. En su recorrido médico, cuando acude a consulta, la paciente regresa con respuestas como: «no tengo nada», «me dio fiebre y se me quitó», «mis análisis salieron bien», «estoy agotada, pero nada más».

A estas señales corporales se les puede denominar somatizaciones. Pero ¿qué quiere decir esta palabra? Y cabe aclarar que los ejemplos que describo a continuación no necesariamente entran en esta clasificación. Lo tomo en consideración ya que hay algunos síntomas que reporta esta paciente y que no necesariamente existe una causa fisiológica u orgánica que los justifique generando en ella un gran sufrimiento que la ha hecho decir: «ya no quiero ver a ningún doctor», «ya no quiero hacerme ningún estudio», «no vuelvo a pisar un hospital», «no me creen», «piensan que estoy loca».

Introducción

Ana tiene 18 años. Fue diagnosticada con anorexia nerviosa a los 14 y llega a consulta derivada por su nutrióloga. Pesa alrededor de 45 kilos y mide 1,50 m.

En la primera sesión se sienta lo más lejos posible de mí, en el borde del sillón. No llega a apoyar la espalda en el respaldo. Le pregunto si necesita un cojín.

Dice que no.

Desde esa posición comienza a explicarme por qué está aquí: «He tenido muchos psicólogos y psiquiatras y siempre los dejo, vengo para darle gusto a mis padres, pero de una vez te digo que no quiero mejorar».

Sus palabras se inscriben en mi pecho como una punzada. Aparece dolor. Aparece también un resto de rabia. Retomo una formulación de Gilles Wollants que me resulta

especialmente operativa en clínica: «significar la situación con el cuerpo».

Maurice Merleau-Ponty (1945, citado en Gilles Wollants, 2020) sostiene que la mente es inseparable de nuestra condición corporalmente situada, y que el cuerpo no solo percibe, sino que sabe. *Dans la perception nous confondons avec ce corps qui en sait plus que nous sur le monde* (p. 122). En el acto de percibir nos fusionamos con un cuerpo que sabe más que nosotros sobre el mundo. En el cuerpo vivido, la persona y el entorno no están separados.

La atmósfera en la sala se vuelve tensa. El aire parece densificarse entre nosotras. Desde ahí emerge en mí la necesidad de responder a lo que acaba de decir:

—¿Me estás diciendo que también te irás de aquí?— le pregunto.

Ella asiente. Dice que sí. En ese momento advierto que Ana despierta mi curiosidad. En mi cuerpo aparece información relevante sobre lo que está ocurriendo entre nosotras: un movimiento hacia el encuentro, una experiencia intersubjetiva en acto.

Hay una conexión de nuestra experiencia con algo del mundo, que en este caso somos una y la otra.

La Terapia Gestalt hace de la experiencia del paciente, colaborando con la experiencia del terapeuta, la piedra angular. No puedo conocer todo lo que está afuera, solo puedo saber mi experiencia y descubrir cómo es la *nuestra* considerando la naturaleza de la relación.

Puedo indagar la intencionalidad ya que mi experiencia es con alguien o algo, el respeto por la subjetividad ya que la experiencia del terapeuta está al servicio de la paciente y la experiencia de ella está al servicio de sí misma.

En ese punto me pregunto qué movimientos estamos haciendo para alcanzarnos. Aunque aparece el aviso de una posible



La experiencia terapéutica tiene que hacerse, no está dada, se está haciendo.

retirada del proceso, algo en mí se activa y sostiene la curiosidad.

La experiencia tiene que hacerse, no está dada, se está haciendo. En la mitad, creamos lo que percibimos, no somos recipientes pasivos. Estamos inmersos en un campo que se está abriendo. Si la experiencia se está haciendo, tiene forma. Darle la forma a la experiencia nos dice que la terapia está basada en la estética.

Curiosidad como intencionalidad

A través de la fenomenología se puede despertar la curiosidad del paciente. En ese momento decido no entrar en la controversia de si se queda o se va, ni en qué la ha llevado a interrumpir procesos terapéuticos anteriores. Al mismo tiempo, advierto que en mí emerge el deseo de que se quede conmigo en un proceso terapéutico. Desde ahí le digo:

—¿Qué te haría quedarte conmigo?

Ella me mira fijamente y responde:

—Que no me obligues a quedarme.

Parte de la curiosidad consiste en estar abierto. En ese estar, cada paciente va mos-

trando cómo necesita que seamos su terapeuta. En psicoterapia Gestalt, lo que cuenta es la experiencia relacional que se configura en el aquí y ahora del encuentro terapéutico, en la frontera de contacto.

Ana se enfrenta a una experiencia anoréxica con todo lo que ello implica, incluida la necesidad de prevenir una posible hospitalización. Está siendo atendida por un equipo médico y por su nutrióloga. En nuestro trabajo terapéutico llevamos, hasta el momento, dos meses. Ella no me garantiza que vaya a continuar, pero tampoco dice que se vaya a ir.

En la última sesión me dice:

—Me he quedado porque me hablas directo y porque no te asustaste cuando te dije que no quería mejorar.

En ese momento percibo su curiosidad hacia mí. Me doy cuenta de que ella también me observa: mis reacciones, mis gestos, mis posturas, mi respiración. En esa atención mutua se hace visible nuestra interacción.

Esta interacción es el resultado de la modalidad relacional del paciente (y del terapeuta), de su modo de estar en el mundo, como diría Binswanger¹ (citado por Francesetti, 2010) y lleva consigo de forma creativa todos los fondos constituidos en la trama relacional de su vida.

De esta forma, atrae el mundo del paciente y sus relaciones entran a formar parte del mundo de la terapia. Esta se hace un lugar para tener experiencia de los propios tiempos y modos de entrar en contacto, del estilo personal de construir el entre, de sus límites protectores, de las posibilidades creativas que permitirán una forma nueva de relacionarse con el entorno.

Es importante no quedarnos con la figura pre-contactada que trae el paciente. Apoyar al

paciente a soportar que la ansiedad es parte del trabajo terapéutico así puede salir al mundo, ya que en el mundo está la curiosidad.

Somatizaciones

No quiero dejar de mencionar las somatizaciones. Como señalé al inicio, Ana refiere dolencias corporales que no encuentran correlato en sus estudios médicos. Los análisis de laboratorio, las resonancias magnéticas y las tomografías no ofrecen una explicación orgánica para lo que ella experimenta en su cuerpo.

Para comprender este fenómeno me apoyo en Maurice Merleau-Ponty (2011), quien plantea que la mente es inseparable de nuestra condición corporalmente situada. Desde esta perspectiva, el cuerpo no es un soporte pasivo de la experiencia, sino el lugar mismo donde esta se organiza y se expresa.

El término *psicosomático* fue introducido por Johann Christian August Heinroth en 1818 para dar cuenta de malestares en los que el sufrimiento emocional se manifiesta a través de síntomas corporales. La noción remite, precisamente, a la unidad entre mente y cuerpo, y a la forma en que determinados procesos psíquicos encuentran expresión somática.

En este sentido, una condición psicósomática no implica la ausencia de experiencia corporal real, sino la ausencia de una causa médica que la explique de manera suficiente. Los síntomas están vinculados al estado emocional y al campo relacional en el que la persona se encuentra inmersa. Como señala Vázquez (2014), las somatizaciones se refieren a manifestaciones físicas asociadas a situaciones altamente emocionales y/o estresantes, como sarpullidos, dolores de cabeza o molestias gastrointestinales.

1. Cfr. Binswanger, *Essere nel mondo*, con una introducción crítica a su análisis existencial de J. Needleman, Astrolabio, Roma, 1973.



El cuerpo es nuestro ser en el mundo.

Terapia Gestalt

Fritz Perls y Paul Goodman (2020) señalan en el texto fundacional de la Terapia Gestalt que la separación entre cuerpo y mente constituye una dicotomía neurótica. Esta escisión persiste en múltiples formulaciones aún vigentes: mente-cuerpo, personal-social, *self*-mundo exterior, emocional (subjetivo)-real (objetivo). Dichas divisiones no solo fragmentan el carácter holístico del ser humano, sino que oscurecen su pertenencia a una matriz relacional que co-creamos y que, a su vez, nos crea. Una matriz de la que no podemos separarnos ni desentendernos, ya que es en la frontera de contacto entre el organismo y su entorno donde tiene

lugar la experiencia. Toda función humana es, en este sentido, una interacción en un campo organismo/entorno sociocultural, animal y físico (PHG, 2002, p. 7).

Desde esta perspectiva, las somatizaciones pueden comprenderse como una reversión puntual y temporal de la energía originalmente orientada al contacto con el entorno inmediato. Se produce una interrupción en el proceso de contacto, específicamente en el pasaje de lo fisiológico a lo psicológico, del precontacto a la toma de contacto.

La excitación que inicialmente se dirige hacia el entorno queda detenida por algún

introyecto. Esta interrupción no elimina la excitación, sino que la hace retornar al cuerpo, muchas veces con una intensidad difícilmente tolerable.

La acción fenomenológica que impide este pasaje es la contracción muscular. Como resultado, aparece el dolor, y la conciencia se centra en él. La persona se vuelve consciente del dolor, pero no de la emoción ni del senti-

miento que se están produciendo en la interacción presente, en el aquí y ahora del campo relacional.

Tal como señalan Perls y Goodman: «Así tenemos dolores de cabeza, de estómago, de garganta que impiden la consciencia y la expresión inmediatas» (PHG, 2002, p. 57).

Las somatizaciones pueden comprenderse como una reversión puntual y temporal de la energía.



Significar la situación con el cuerpo

Según Wollants (2020), en la tradición existencial-fenomenológica, «el cuerpo es nuestro ser en el mundo, nuestro ser situado. Es en un momento dado y en un sitio dado que el medio ambiente se convierte en mi mundo y yo me vuelvo alguien en él» (p. 122).

En *Fenomenología de la percepción*, Merleau-Ponty (1945, citado en Wollants, 2020) sugiere que la «mente» es inseparable de nuestra naturaleza corporalmente situada. Continúa: «en el acto de percibir nos fusionamos con este cuerpo que sabe más (sobre el mundo) que nosotros» (p. 123).

De esta manera, podemos entender y explicar que la persona percibe con todo su cuerpo, no con sentidos separados. Nuestro cuerpo es información ambiental; nos informa acerca de cómo nos sentimos en la relación organismo/entorno o persona-mundo.

Para nuestra comprensión, esto es inseparable. Nuestro cuerpo expresa el sentido de muchas más maneras que hablar. Nuevamente, Merleau-Ponty nos dice: «hablar es solo un refinamiento del cuerpo sintiente» (ídem). La sabiduría de nuestro cuerpo es tal que guarda información a la que no es fácil acceder mediante palabras.

Lo anterior resulta un punto de partida para la Terapia Gestalt, pues nuestro trabajo tiene que enfocarse en traer a la consciencia esa información corporal mediante la expresión. Se dice fácil, pero sabemos que esto puede llevar mucho tiempo: se trata de un trabajo terapéutico fino, intrínseco y estético. Esto es, no interpretamos el dolor de cabeza de forma generalizada; exploramos cómo lo vive cada persona en relación con su entorno, cómo lo expresa su cuerpo como una totalidad en una situación determinada, y exploramos su subjetividad.

Conclusiones provisionales

Lo desarrollado a lo largo de este trabajo permite reconocer tanto la complejidad como las posibilidades del abordaje gestáltico de las somatizaciones. Lejos de ofrecer formulaciones generales, las consideraciones que siguen recogen aprendizajes clínicos derivados de la experiencia terapéutica y apuntan a modos concretos de acompañamiento.

1. La experiencia clínica confirma la necesidad de **recuperar la existencia corporal** como eje del proceso terapéutico, reconociendo al cuerpo no como objeto de observación, sino como lugar de sentido. Atender a las tensiones corporales y a sus significados interpersonales en cada situación resulta central para la comprensión del proceso.

2. El trabajo terapéutico requiere **desarrollar una consciencia clara del síntoma**, comprendiendo que este expresa una tensión corporal vinculada al campo relacional, y no un fenómeno aislado ni exclusivamente orgánico.

3. La exploración de las somatizaciones se vuelve clínica y pertinente cuando se sitúa en su **contexto de aparición**, atendiendo al cómo, dónde y con quién se presentan, así como a las condiciones del campo en las que emergen.

4. Finalmente, el abordaje gestáltico permite **acceder a las emociones y sentimientos implicados en el dolor**, entendiéndolos como funciones relacionales que se actualizan en la experiencia de contacto, más que como contenidos intrapsíquicos desvinculados de la situación presente.

Bibliografía

- DAMASIO, A. R. (1989). *Sentir lo que sucede: Cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia*. Barcelona: Andrés Bello.
- FRANCESETTI, G. (2015). De la sintomatología individual a los campos psicopatológicos: Hacia una perspectiva de campo sobre el sufrimiento clínico. *Figura-Fondo*, 38, revista semestral del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.
- FRANCESETTI, G. (2010). El sufrimiento del entre: Una lectura gestáltica de *Colpa e sensi di colpa* de Martin Buber. *Revista de Terapia Gestalt de la AETG*, 30, 29–42. (Traducción de M. C. García de Enterría).
- MERLEAU-PONTY, M. (2011). *La fenomenología y las ciencias humanas*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- PERLS, F. S., HEFFERLINE, R., & GOODMAN, P. (2002). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- SPAGNUOLO LOBB, G., & CAVALERI, P. (2023). *Psychopathology of the situation in Gestalt therapy: A field-oriented approach*. London & New York: Routledge.
- VÁZQUEZ BANDÍN, C. (2014). *Sin ti no puedo ser yo*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- WOLLANTS, G. (2020). *Terapia Gestalt: Terapia de la situación*. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.



Claudia
Fernández
Santoyo

Psicóloga clínica, especialidades en Desarrollo Humano y Terapia Gestalt por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt México, entrenamiento en perturbaciones contemporáneas por el Istituto di Gestalt, HCC Italy; docente en el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt por 20 años, autora, docente y expositora internacional.