

EL EFECTO TERAPÉUTICO EN GESTALT

Factores que promueven
el cambio

Julio Polanco Ocampo



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
PRÓLOGO <i>Jean-Marie Delacroix</i>	9
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1. Paradigmas de la psicoterapia	23
CAPÍTULO 2. La perspectiva de los elementos humanos como explicación de la efectividad de la psicoterapia	43
CAPÍTULO 3. Bases epistémicas y filosóficas de la terapia Gestalt y su relación con la perspectiva de los elementos humanos en la psicoterapia	61
CAPÍTULO 4. Resultados de la investigación	93
CAPÍTULO 5. Terapia Gestalt, una ética aplicada	111
CAPÍTULO 6. Sobre el concepto de relación en terapia Gestalt	137
REFERENCIAS	169
ACERCA DE AUTOR	175

CAPÍTULO 1

PARADIGMAS DE LA PSICOTERAPIA

En este capítulo se describen las principales perspectivas epistemológicas que, a través de la historia, han dado forma a la concepción y comprensión de la naturaleza de la salud, la enfermedad, los métodos de curación y la forma en que entendemos la relación de ayuda.

Primero se revisa el modelo médico, resultado de la tradición curativa a lo largo del tiempo y que se ha convertido en un esquema general de concebir el proceso de salud-enfermedad y su diagnóstico; además de crear un amplio lenguaje que se extrapola a toda disciplina encargada del cuidado de la salud, delimita la forma en la que se desarrolla la relación médico-paciente. Asimismo, se repasan las implicaciones en la psicoterapia, con especial énfasis en el efecto que tiene el diagnóstico en esta disciplina, y se critica el uso de las neurociencias como único referente explicativo del comportamiento, sin tomar en cuenta los alcances y limitaciones de esta disciplina.

Por otra parte, se ofrece una revisión del movimiento positivista en la ciencia como una de las principales influencias en la concepción de la psicoterapia, revisando las implicaciones que tal movimiento tiene en esta disciplina para, después, abordar las principales críticas posmodernas al paradigma positivista.

Estas críticas dieron lugar a estudios que apoyan la injerencia de la relación humana como agente que repercute tanto en el proceso emocional como en el terapéutico para dar paso a una postura poscartesiana, intersubjetiva y relacional, y que son el origen del desarrollo de formas alternativas para hacer investigación científica en psicoterapia.

CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE AYUDA BASADAS EN EL MODELO MÉDICO

Sin duda alguna, el modelo médico ha ejercido una gran influencia no solo en la psicología, sino en la manera en la que se perciben, enseñan, investigan y llevan a la práctica las profesiones de ayuda en general. Este modelo ha originado una forma de concebir la naturaleza de dicha ayuda, en la que la idea de “enfermedad” y la “técnica” tienen un papel central. Asimismo, ha sido un pilar fundamental en el proceso de institucionalización de los servicios de salud, académicos, políticos y sociales, por un lado y, por otro, ha impregnado el lenguaje coloquial con términos como “médico, síntomas, pacientes, diagnóstico, enfermedad mental, tratamiento” (Elkins, 2016, p. 11). En pocas palabras, podemos decir que el modelo médico se convirtió en el paradigma que permeó la cultura y el conocimiento a partir de los siglos XVIII y XIX.

Menéndez (1988, p. 451) define el modelo médico como:

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Asimismo, señala que el modelo médico posee una serie de características estructurales, entre otras: biologismo, ahistoricidad, asociabilidad, eficacia pragmática, participación subordinada y pasiva del paciente, individualismo, exclusión de los conocimientos del enfermo, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias que inducen al consumo médico. El autor también explicita que el rasgo estructural dominante es el biologismo:

el cual constituye el factor que garantiza no solo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo causal, sin remitir a la red de

relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Lo biológico no solo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos (Menéndez, 1988, p. 452).

LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN EL MODELO MÉDICO

El modelo médico no solo ha ejercido influencia en la ciencia médica, también ha extendido su manera de comprender los procesos humanos a otras áreas dedicadas a la relación de ayuda. La psicoterapia es un ejemplo de eso y, hasta hoy, se deja ver en varios modelos psicoterapéuticos a través de la forma en la que se conceptualizan los procesos humanos; pues es heredero de un sistema de principios y actitudes basados, como se señala en párrafos anteriores, en la técnica y en la comprensión del sufrimiento como enfermedad. Dicha influencia ha logrado que la psicoterapia, como disciplina, no cuente con un consenso de ubicación epistemológica clara como una ciencia de la salud, lo social o las humanidades (Martínez, 2012a). El modelo médico en la psicoterapia se define como:

un esquema prestado de la práctica de la medicina y sobrepuesto a la práctica de la psicoterapia. Este esquema, incluyendo sus supuestos y lenguaje, precisamente describe los procesos y procedimientos de la práctica médica y ha sido altamente útil en ese campo. Sin embargo, el esquema no describe con precisión los procesos y procedimientos de la psicoterapia y ha probado por sí mismo ser problemático cuando se sobrepone a ese campo. En medicina, un doctor [*sic*] diagnostica a un paciente basado en sus síntomas y administra un tratamiento designado para curar la enfermedad del paciente. En psicoterapia, los adherentes del modelo médico dicen que se diagnostica a un paciente basado en sus síntomas y administra un tratamiento designado para curar la enfermedad del paciente. Sin embargo, cuando dicen esto, están superponiendo un esquema médico en la psicoterapia y usando términos médicos para describir lo que es esencialmente un proceso interpersonal que no tiene casi nada que ver con la medicina (Elkins, 2016, p. 6).

Un ejemplo de esta postura, en la que el modelo médico se ve como único camino coherente para colaborar en el alivio de la dolencia del paciente, la podemos encontrar en Freud cuando señala su motivación para estudiar

medicina: “Por mi parte, había seguido a disgusto la carrera de medicina; pero en aquel período existían para mí poderosos motivos de esforzarme en hallar medios de aliviar el estado de los enfermos nerviosos y llegar, por lo menos, a la comprensión de sus dolencias” (Jarquín, 2004, p. 52).

Esta superposición forzada del modelo médico a la comprensión del sufrimiento emocional también la cuestiona Michel Foucault cuando reflexiona:

Si definir la enfermedad y la salud psicológica resulta tan difícil, ¿no será porque nos esforzamos en vano en aplicarles masivamente los conceptos destinados a la medicina somática? [...] Por encima de la patología mental y de la patología orgánica hay una patología general y abstracta que domina a las dos y les impone como elementos previos los mismos conceptos, y les indica los mismos métodos como postulados. Queremos demostrar que la raíz de la patología mental no debe estar en una especulación sobre cierta “metapatología”, sino solo en una reflexión sobre el hombre mismo (Foucault, 1991, p. 10).

Sin duda esta superposición obedece a que históricamente los precursores de la psicología eran médicos y por lo tanto la psicoterapia era una práctica exclusiva de esta profesión (Ortiz, 2016) y al supuesto, resultante de su paradigma referencial, de que la naturaleza de ambas manifestaciones patológicas tenían las mismas formas de origen y evolución.

Ejemplos claros de esta perspectiva se encuentran en la historia misma de la psicoterapia desde los trabajos de Freud quien, en sus primeros años de desarrollo teórico, trató de establecer una psicología basada en la neurología, en la que todos los fenómenos mentales pudieran explicarse con referencia a la fisiología cerebral (Frager y Fadiman, 2001).

Si definimos la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aislamos y reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los fisiológicos, es ante todo porque consideramos la enfermedad mental u orgánica como una esencia natural manifestada en síntomas específicos. Entre estas dos formas de patología no hay, pues, unidad real, sino solo un paralelismo abstracto logrado por intermedio de esos dos postulados: “queremos demostrar, por el contrario, que la patología mental exige métodos de análisis diferentes de los de la patología orgánica” (Foucault, 1991, p. 15), y “una patología unitaria que utilizara los mismos métodos y los mismos conceptos en el dominio psicológico y en el fisiológico entra actualmente en la categoría de mito” (p. 20).

De este punto surgen el cuestionamiento y la necesidad de ampliar la mirada a otras posibles causas del sufrimiento psicológico. Es entonces cuando la mirada del ser humano —como entidad puramente biológica—, debe abandonar el modelo médico y considerar sus relaciones con el entorno que lo rodea: la realidad social y cultural de la patología mental. Este es el este orden de ideas de Foucault (1991, p. 83) cuando dice que “la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal”; es decir, “cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia o reprime” (p. 85).

Implicaciones del modelo médico en el diagnóstico en psicoterapia

Un ejemplo claro de la fuerte influencia del modelo médico es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés), en el que los sufrimientos psicológicos se conceptualizan como “enfermedades mentales” (APA, 2013); sin embargo, los malestares psicológicos no pueden separarse de las formas culturales y contextuales, y aunque el DSM-V incluye un “glosario de conceptos culturales de malestar” con el objetivo de que los clínicos puedan diferenciar tales expresiones culturales y no psiquiatrizarlas, este glosario se emplea poco en ambientes clínicos (Aggarwal *et al.*, 2013). Por otro lado, el DSM-V sigue utilizando conceptos estáticos y homogéneos, lo que perpetúa un enfoque etnocéntrico; la cultura se aborda principalmente en relación con “otros” grupos culturales (como latinos, vietnamitas, etc.), mientras que los síntomas de los trastornos en el DSM se presentan como universales; así, la contextualización de los síntomas se limita a ciertos casos y deja fuera la influencia cultural en los trastornos principales (Bredström, 2019).

En consecuencia, el sufrimiento psicológico se vincula con diagnósticos psiquiátricos, lo que implica un reduccionismo y da una explicación médico-psiquiátrica a experiencias circunscritas en contextos antropológicos, étnicos y culturales específicos. Así lo señala Francesetti (2016, p. 87) cuando dice que “los sistemas de diagnóstico actuales favorecen la patologización de las experiencias normales”, en las que a menudo la tristeza y el cansancio de vivir asociados con la propia situación existencial se diagnostican como verdaderas y reales depresiones de un modo completamente descontextualizado.

Críticas al modelo médico por el uso descontextualizado de las neurociencias como paradigma explicativo único

También podemos ver la influencia del modelo médico a través del peso que se le ha dado en los últimos años a las neurociencias, las cuales se han utilizado continuamente —y se han utilizado mal en muchos casos—, como teoría explicativa para casi cualquier fenómeno humano. Como señala Elkins (2016, p, 55):

es fácil enamorarse tanto de las neurociencias que estamos tentados a pensar que las descripciones neurobiológicas son el único sistema descriptivo legítimo para la experiencia humana. Por ejemplo, es tentador describir fenómenos humanos tales como el amor, la esperanza y el altruismo en términos de estructuras cerebrales, circuitos y química. Aunque tales descripciones son de hecho fascinantes e incluso precisas desde una perspectiva neurobiológica, es fácil olvidar que hay otros sistemas descriptivos, igualmente válidos, que sitúan estas importantes experiencias en un contexto fenomenológico, describiéndolas en términos del significado y valor que tienen para los seres humanos.

Otro error recurrente cuando se usan las neurociencias como sistema explicativo es en el que se incurre cuando no se realiza una clara distinción entre *correlato biológico* y *causa* de la experiencia en cuestión. Situación que Francesetti (2016) señala cuando dice que en las investigaciones biológicas pueden ubicarse esos dos horizontes teóricos; en el primero, no hay problemas epistemológicos de por medio, pues es obvio que cualquier vivencia es un hecho legible en términos biológicos, es decir, no existe un pensamiento que no tenga una manifestación neuronal, no existe un estado afectivo que no sea una oscilación bioquímica; en el segundo habría que tener datos más precisos que indiquen que efectivamente el evento biológico es la causa de la patología y no solamente un correlato biológico —que cualquier experiencia tiene—. El mismo autor señala que es importante hacer una distinción entre patogénesis, que se refiere a la evolución de una enfermedad con todos los factores involucrados en esta, y etiología, que implica el estudio de las causas de la enfermedad.

Sin duda, la medicina ha logrado grandes avances y ha repercutido en la salud de manera favorable, asimismo ha generado conocimiento de muchos procesos biológicos y ha descubierto curas a dolencias diversas. Es un área

en constante crecimiento y replanteamiento de conocimientos previamente dados por sentado; sin embargo, la sensación de certeza que ha creado desde su crecimiento exponencial a partir del siglo XVIII ha dado lugar, como ya vimos, no solo a un gran acervo, sino a una manera de pensar y percibir los procesos humanos en general, incluidos aquellos que explican mejor otras disciplinas más pertinentes dada la naturaleza social, existencial o espiritual del ser humano.

El punto en que hago hincapié es que la crítica no es a la medicina como tal, sino a un modelo de comprensión que emana de esta y que tiene sentido en la medicina, pero que al ser aplicado a una disciplina cuyo objeto de estudio es de diferente naturaleza, como la psicología y la psicoterapia, entonces incurrimos en imprecisiones que tienen consecuencias importantes.

EL PARADIGMA POSITIVISTA Y SU INFLUENCIA EN LA RELACIÓN DE AYUDA

El conocimiento occidental en la Época Clásica estaba dominado por los filósofos. Más tarde, durante la Edad Media, pasó a ser dominio de la Iglesia y llegó, por último, a manos de la ciencia, cuyo auge empieza con la Ilustración, movimiento intelectual surgido en el siglo XVIII. De esta forma, la ciencia alcanza una gran reputación y posicionamiento, resultado de su eficacia cognoscitiva (Martínez, 2012a).

La ciencia moderna, con el científico británico Isaac Newton (1643-1727) y el filósofo francés René Descartes (1596-1650) como máximos exponentes, podía explicar muchos fenómenos desde una postura racionalista y alejada de la visión teológica que impregnaba el conocimiento de los siglos anteriores.

Con la utilización del modelo newtoniano, la física ha realizado un progreso asombroso. Su consistente uso de las matemáticas, su eficacia en la resolución de problemas y el éxito con que se ha aplicado a diversas áreas de la vida cotidiana, han establecido los niveles de la ciencia en general, dando pie a una forma de legitimación científica, que influye en campos menos desarrollados y de mayor complejidad, como la biología, la medicina, la psicología, la psiquiatría, la antropología y la sociología. Inicialmente, su firme adherencia al modelo mecanicista del mundo produjo un efecto positivo en el progreso científico de dichas disciplinas; sin embargo, con el desarrollo posterior, la es-

estructura conceptual derivada del paradigma newtoniano-cartesiano perdió su fuerza revolucionaria y se convirtió en un obstáculo para la investigación y el progreso científicos (Grof, 1994, p. 35).

Grof describe las características que el paradigma, denominado por él newtoniano-cartesiano, posee. La primera característica del universo newtoniano es la naturaleza de la materia, según la cual el universo está formado por materia sólida, átomos, partículas pequeñas e indestructibles que constituyen los bloques de construcción más elementales, pero son componentes esencialmente pasivos e inmutables, cuya masa y forma permanece siempre constante. Otra característica esencial es la distinción entre materia y espacio vacío, la cual se presenta como clara y sin ambigüedades. Aunado a esto, está la idea de que el tiempo es absoluto, autónomo e independiente del mundo material, y se manifiesta como un flujo uniforme e inmutable desde el pasado, a través del presente y hacia el futuro (Grof, 1994, p. 37).

La imagen resultante del universo es la de un gigantesco y perfectamente determinista mecanismo de relojería. El movimiento de las partículas obedece a leyes eternas e inmutables y tanto los sucesos como los procesos en el mundo material consisten en cadenas interdependientes de causas y efectos.

La otra gran influencia de este paradigma que ha dominado la ciencia ha sido la del filósofo René Descartes, cuya principal contribución fue la formulación del dualismo entre mente y materia, “que conduce a la creencia de que el mundo material puede ser descrito objetivamente, sin referencia al observador humano” (Grof, 1994, p. 37).

Asimismo, con la Revolución Industrial en el siglo XIX, la ciencia ha alcanzado un éxito extraordinario y se ha convertido en una poderosa fuerza que moldea la vida de muchos millones de personas. Su orientación materialista y mecanicista prácticamente ha reemplazado a la teología y la filosofía como principios directivos de la experiencia humana y ha transformado el mundo en el que vivimos hasta un punto casi increíble (Grof, 1994, p. 19), ya que ofrece la posibilidad de dominar la naturaleza.

La actividad científica entendida como técnica se asocia a la idea de progreso entendido como confort, como mayor seguridad y comodidad para el ser humano [La ciencia] se convierte en el centro de referencia de la vida intelectual e incluso de la vida social, y surge el positivismo. Más que un movimiento filosófico o una corriente científica, el positivismo es una mentalidad. Es la

CAPÍTULO 3

BASES EPISTÉMICAS Y FILOSÓFICAS DE LA TERAPIA GESTALT Y SU RELACIÓN CON LA PERSPECTIVA DE LOS ELEMENTOS HUMANOS EN LA PSICOTERAPIA

Estas páginas recorren las bases que fundamentan y caracterizan la psicoterapia Gestalt. Asimismo, se establece la relación entre cada una y la perspectiva de los elementos humanos, con el fin de poner en evidencia la relación intrínseca de cada una de las raíces teóricas de la terapia Gestalt y los hallazgos de las investigaciones planteadas en el capítulo anterior, que sostienen que la efectividad de la psicoterapia radica en la relación entre terapeuta y paciente.

En consecuencia, se desarrollan explicaciones sobre la teoría de campo, la fenomenología, la relación dialogal y la estética, y se expone cómo cada uno de estos conceptos se traducen en términos de intervención y actitudes del terapeuta en el contexto terapéutico, para recalcar el aspecto humano y relacional inherente en cada una de tales propuestas epistémicas y filosóficas que coinciden y explican la presencia de los elementos humanos —factores del paciente, factores del terapeuta y factores de la alianza terapéutica— en la práctica y la efectividad de la psicoterapia Gestalt.

MARCOS REFERENCIALES EN TERAPIA GESTALT

La terapia Gestalt aporta una propuesta teórica rica y novedosa en un sentido filosófico y conceptual, pues su teorización está encaminada a la descripción de procesos que ocurren en la interacción permanente e indisoluble entre un organismo y su entorno, y no sobre instancias fijas ni

internas del ser humano; es decir que, desde sus planteamientos más básicos y fundamentales, propone una concepción de la psicología como el estudio de tales procesos de interacción: “la psicología estudia la operación de la frontera-contacto en el campo organismo-entorno” (PHG, 2006, p. 8), incluso cuando se habla sobre la comprensión que se tiene de la psicopatología, los fundadores señalan que “la psicología de lo no normal es el estudio de la interrupción, de la inhibición u otros accidentes a lo largo del ajuste creador” (p. 10).

Sin embargo, cuando hablamos de la práctica de la psicoterapia Gestalt, de sus escuelas y la amplísima variedad de formas de intervención y estilos de trabajo resultantes de estas, surgen las siguientes dudas, ¿cómo sabemos que eso que un terapeuta hace es Gestalt?, ¿cuáles son los principios fundamentales para asumir que esta práctica puede llamarse Gestalt y no otra cosa?, ¿qué elementos, actitudes o sustentos epistémicos y filosóficos conforman la base fundamental para que una práctica se denomine gestáltica?

Me parece urgente responder a estas preguntas, pues de sus respuestas se desprende la comprensión de los elementos activos que participan en el acto psicoterapéutico; es decir, el elemento “curativo” en la relación con el terapeuta. Al respecto, Resnick señala que:

Hay tres procesos básicos que, como coordenadas relacionadas, proveen los cimientos que definen la terapia Gestalt. Cualquier terapia que tenga estos tres apuntalamientos fundamentales yace dentro del límite de la terapia Gestalt. A la inversa, cualquier terapia sin estos apuntalamientos no la considero terapia Gestalt, independientemente de su sofisticación teórica o incluso de su efectividad. Estos marcadores seminales de los límites son: la teoría de campo, la fenomenología y el diálogo (Resnick, 1995. p. 1).

En esta misma línea de reflexión, Yontef (2009, p. 190) coincide con Resnick y menciona que hay tres principios que definen la terapia gestáltica y que señalan que cualquier terapia regulada por estos es indistinguible de la terapia gestáltica, a pesar de las etiquetas, técnicas o estilos del terapeuta. Asimismo, aclara que cualquiera de los tres, comprendido de forma adecuada y plena, abarca a los otros dos:

- Principio uno: la terapia gestáltica es fenomenológica; su único objetivo es el darse cuenta y su metodología es la metodología del darse cuenta.

- Principio dos: la terapia Gestalt se basa totalmente en el existencialismo dialógico, es decir, en el proceso Yo-Tú, contacto-alejamiento. En este punto también se incluye Lynne Jacobs (1989, p. 9) al argumentar que “la relación dialógica sirve como modelo interpersonal del enfoque fenomenológico de la consciencia valorado en la terapia Gestalt”.
- Principio tres: la concepción o cosmovisión fundamental de la terapia gestáltica es la Gestalt, basada en el holismo y la teoría de campo.

A estos procesos o principios planteados por Perls, Hefferline y Goodman, se agrega la estética, a la cual Laura Perls (2000, p. 175) ya había hecho referencia al señalar que “los conceptos básicos de la terapia Gestalt, más que técnicos, son filosóficos y estéticos. La terapia Gestalt es un enfoque existencial-fenomenológico y por lo tanto es experiencial y experimental”. Teóricos contemporáneos como Jean-Marie Robine y Gianni Francesetti también se refieren a la estética como un principio fundamental de la teoría y la práctica de la terapia Gestalt.

Para la terapia Gestalt, el modelo de funcionamiento sano es la formación de una Gestalt fuerte en el instante preciso. En esta perspectiva, la capacidad del terapeuta interfiere verdaderamente con el proceso del paciente. Para el terapeuta, también se trata, al mismo tiempo, de crear su arte y servirse del arte para crear. Lo que aquí se plantea así es lo que podríamos llamar el problema de la contextualización de nuestras competencias y técnicas: para que nuestra técnica se convierta en arte, es necesario inscribirla en una perspectiva artística. Un fundamento estético para nuestras intervenciones exige que nuestra tecnicidad se articule con órdenes superiores, un registro estético de nuestros propios procesos —por no decir “prejuicios”—. La psicoterapia no puede ser sin premisas ni prejuicios, porque se diga de una forma u otra, parte del principio de que algo puede o debe ser de otro modo del que es. En cuanto a la psicología, puede ser descriptiva o explicativa, pero a la psicoterapia le concierne el cambio, por ende, el campo de la relación terapéutica es el campo del despliegue de una estética del cambio. Así, nuestras acciones, intervenciones terapéuticas y “creaciones” van a ser sin duda específicas, originales (Robine, 1999, p. 28). Francesetti describe la estética como un “concepto cardinal en el corazón de la teoría gestáltica” al señalar que:

La salud de un ser humano se expresa y puede ser captada por medio de las cualidades del contacto sin necesidad de recorrer kilómetros de comparación

externa: la fuerza, la gracia, el ritmo, la fluidez, la intensidad del contacto del organismo con su entorno, del proceso de formación de una figura sobre un fondo, en resumen la belleza del contacto es la medida de nuestra salud. Lo que se ha individuado es, por lo tanto, un criterio estético a través del cual valorar la calidad del contacto, del encuentro, de la situación, de la salud (Francesetti, 2013, p. 37).

Como conclusión hasta este punto, podemos asumir que la terapia Gestalt, independientemente del estilo terapéutico, se sostiene y legitima como tal por estos cuatro principios epistémicos y filosóficos: teoría de campo, fenomenología, diálogo y estética. Esto, más allá de una reflexión meramente filosófica de las raíces de la terapia Gestalt, lleva a una serie de consecuencias en la praxis terapéutica; es decir, son principios que se encarnan en una forma particular de posicionarse del terapeuta, en la que deberá estar consciente de su implicación en la experiencia cocreada con el paciente; en su apertura y presencia; en la suspensión temporal de sus propios significados para abrirse a la comprensión del paciente; así como a que tal presencia lo implica como una totalidad corporal, racional y sensible.

Solo a través de este entretejido epistémico y filosófico encarnado, el terapeuta se convierte en un entorno sensible, nutricio y activo que permite al paciente la observación de la presencia en sí mismo y en los demás, apoya el descubrimiento de nuevas formas flexibles y participa en la recuperación de su espontaneidad.

La teoría de campo y su relación con los elementos humanos

La teoría de campo es la piedra angular de la terapia Gestalt, es el paradigma desde el cual comprendemos y conceptualizamos la experiencia humana y todos los procesos que forman parte de esta. Tiene su origen en la propuesta de Kurt Lewin que, posteriormente, fue replanteada por Fritz Perls y Paul Goodman. Para ellos, el campo no era una representación mental como lo proponía Lewin, sino la experiencia directa de la relación e influencia mutua indisoluble entre el organismo y su entorno (Cavaleri, 2012).

Más allá de un mero replanteamiento teórico, esta mirada tiene implicaciones para comprender la experiencia humana, pues amplía la mirada para incluir la presencia del mundo y no solo la de un organismo aislado; es decir,

rompe con el paradigma intrapsíquico y la visión dicotómica de la persona versus el mundo, y abre la puerta a una perspectiva ecosistémica y relacional. “La definición de un animal incluye su entorno, por eso no tiene ningún sentido definir a un ser que respira sin hablar del aire, a un ser que camina sin hablar de la gravedad y el suelo, a un ser irascible sin los obstáculos que encuentra y así con cada función animal. La definición de un organismo es la definición de un campo organismo-entorno” (PHG, 2006, p. 43).

Más adelante afianzan el sentido radical de la propuesta y señalan lo siguiente: “La diferenciación del individuo en el campo organismo-entorno representa un desarrollo ya tardío. Las relaciones sociales como la dependencia, la comunicación, la imitación, el amor objetal, existen de manera original en cualquier campo humano mucho antes de que uno se reconozca como una persona idiosincrásica o identifique a los otros como constituyendo la sociedad” (PHG, 2006, p. 123).

Esta postura no puede quedarse sin consecuencias posteriores, sobre todo cuando se habla de la aplicación de estos principios a la práctica psicoterapéutica. En palabras de Robine (1999, p. 36) “tanto la teoría como el método psicoterapéutico tendrán que ser pensados o pensados de nuevo a partir de este carácter indisociable del campo [entonces] las disfunciones, la psicopatología, a las que cualquier terapeuta se verá enfrentado, serán la expresión de distintas formas de alteración de esta unicidad del campo”.

Por otra parte, la consideración del campo organismo-entorno no solo nos ayuda a comprender la forma en que se configura la experiencia, sino que nos hace observar nuestro actuar como psicoterapeutas, ya que la situación terapéutica también es una experiencia en la que el terapeuta-entorno y el paciente-organismo cocrean la experiencia, por lo tanto, el terapeuta gestáltico, a diferencia de otras aproximaciones psicoterapéuticas, no puede ser neutral ni objetivo, pues está totalmente implicado en la experiencia que está en curso. Así, su presencia, gestos, actitudes, expresión, corporalidad, intencionalidad y lenguaje tienen un efecto en la experiencia del paciente. De esa forma, el terapeuta consciente de esta implicación aporta elementos que facilitan al paciente las condiciones para el crecimiento; estas condiciones facilitadas por el terapeuta-entorno se denominan apoyos:

El contacto solo puede ser bueno y creativo cuando existe el apoyo necesario para permitirlo. Se vive cualquier deficiencia de apoyo esencial como ansiedad. El apoyo consiste en todo lo que fomenta un proceso continuo de asimilación e integración por parte de una persona, una relación o una sociedad: la fisio-

logía primaria (la respiración, la digestión, etc.), la postura erguida y la coordinación, la sensibilidad y la movilidad, el lenguaje, los hábitos y las costumbres, los modales y las relaciones sociales y cualquier otra cosa que aprendamos y experimentemos a lo largo de la vida (Perls, 2000, p. 170).

Por su parte, Carmen Vázquez sitúa y enfatiza el apoyo como una función del campo y ubica al terapeuta-entorno como el encargado de ofrecer las condiciones necesarias para el contacto del paciente:

Son todas las condiciones del campo, todas las funciones del campo. Por lo tanto, el apoyo terapéutico ES un requisito del campo, ES una función del campo. El apoyo es el fondo sobre el que se destaca (existe) y se forma una Gestalt significativa: la experiencia actual. Es algo compartido que el terapeuta debe aportar y algo diferente que el paciente tiene que aportar por su parte (Vázquez, 2007, p. 8)

Hasta aquí, podemos dimensionar la implicación del terapeuta-entorno con la experiencia que se configura en la sesión con el paciente. En ese sentido, Wollants (2015, p. 32) dice que “la psicoterapia constituye un microentorno creado por el cliente y el terapeuta que permite desplegar las potencialidades de aquel a través de la realización de lo que el desarrollo de la situación requiera”.

La teoría de campo, en consecuencia, cuestiona las bases mismas del paradigma newtoniano-cartesiano en el que se asumen la separación sujeto-objeto y la división mente-cuerpo, la visión intrapsíquica de la experiencia humana dominante en la historia del estudio del comportamiento, y el modelo médico centrado en el biologismo, la idea del sufrimiento humano como enfermedad y la participación subordinada y pasiva del paciente ante un terapeuta experto en la vivencia de este.

Entonces, el terapeuta se ubica como otro ser humano, cuya experiencia subjetiva y emergente de la situación terapéutica se pone al servicio del paciente; ofrece su presencia, su sensorialidad y su compromiso para aportar al paciente los apoyos necesarios para que este pueda responder a la tarea de desarrollo que enfrenta. En otras palabras, la situación terapéutica ofrece una relación interpersonal que se convierte en el escenario que da lugar a un proceso de andamiaje en el que el paciente adquiere los apoyos del entorno (empatía, calidez, escucha activa, resonancia emocional, mirada del otro, presencia) que le permiten desarrollar sus propios recursos para dicha