

170  
Zey



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**"LA ANGUSTIA COMO FACTOR DE DISTORSION  
AL SIGNIFICADO DENOTATIVO, CONNOTATIVO  
Y A LA EMPATIA"**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

**JOSE DE JESUS ORTEGA LEMUS**

DIRECTORA DE TESINA:  
MAESTRA: MARIA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MEXICO, D.F.

1995

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"GRACIAS A TODAS LAS PERSONAS  
QUE HICIERON POSIBLE ALCANZAR  
ESTA META TAN DESEADA".

"A MI MADRE"  
SRA. ROSA MARIA.

"POR TODO LO QUE REPRESENTAS EN MI VIDA,  
GRACIAS GEORGINA"

A MIS HIJOS:  
"ROSA ELIA Y JOSE ANTONIO"

A MI HERMANO Y AMIGO.  
"GRACIAS ENRIQUE".

A TODOS MIS DEMAS FAMILIARES,  
AMIGOS, VECINOS Y COMPAÑEROS  
DE TRABAJO Y ESTUDIO.

"A LA MAESTRA; CRISTINA HEREDIA.  
GRACIAS POR SU ASESORIA Y GUIA".

"A TODO EL PERSONAL DE LA  
DIVISION DE EDUCACION CONTINUA:  
MI RECONOCIMIENTO POR SU LABOR".

A TODOS MIS MAESTROS DE LA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA.

# I N D I C E

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCCION.....</b>                                     | <b>1</b>  |
| <b>CAPITULO I: LA ENTREVISTA.....</b>                        | <b>6</b>  |
| 1.1 La Entrevista. Antecedentes, definiciones.....           | 6         |
| 1.2 Clasificación de los diversos tipos de entrevista.....   | 10        |
| 1.3 Estructura de la entrevista.....                         | 14        |
| 1.4 Etapas de la entrevista.....                             | 15        |
| 1.5 El proceso de la comunicación durante la entrevista..... | 20        |
| 1.6 La entrevista inicial.....                               | 24        |
| <b>CAPITULO II: LA ANGUSTIA.....</b>                         | <b>27</b> |
| 2.1 Concepto de angustia.....                                | 27        |
| 2.2 Rasgos clínicos.....                                     | 31        |
| 2.3 Neurosis de angustia.....                                | 33        |
| 2.4 Metas del tratamiento psicoanalítico.....                | 39        |
| 2.6 Angustia y miedo.....                                    | 40        |
| 2.7 Los mecanismos de defensa.....                           | 42        |
| <b>CAPITULO III: EL SIGNIFICADO.....</b>                     | <b>48</b> |
| 3.1 Comunicación.....  | 48        |
| 3.2 Definición de comunicación.....                          | 50        |
| 3.3 Un modelo de comunicación.....                           | 52        |
| 3.4 La fidelidad de la comunicación.....                     | 55        |
| 3.5 El significado.....                                      | 62        |
| 3.6 El significado denotativo.....                           | 65        |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 3.7 El significado connotativo..... | 67 |
| 3.8 Empatía.....                    | 71 |

**CAPITULO IV: LA ANGUSTIA COMO FACTOR DE DISTORSION AL SIGNIFICADO EN LOS PROCESOS DE COMUNICACION.....78**

|   |    |
|---|----|
| 4.1 Posibles factores que distorsionan la comunicación.....               | 78 |
| a) La personalidad.....   | 80 |
| b) La psicoterapia.....   | 82 |
| c) El significado.....  | 85 |
| 4.2 Distorsión al significado denotativo, connotativo y a la empatía..... | 88 |
| 4.3 Conclusiones, limitaciones y alternativas de investigación.....       | 96 |

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b> | <b>98</b> |
|--------------------------|-----------|

## INTRODUCCION.

El motivo que dio origen al presente trabajo, surge de la inquietud de no poder explicar en el inicio de mi formación como psicólogo, una pregunta tan sencilla, por parte de una persona que demandaba ayuda, expresada mas o menos en estos términos:

"Ustedes (los psicólogos) dicen que todos los problemas que surgen en las personas son a causa de la comunicación, que no nos comunicamos con nuestra pareja, o con nuestros hijos; puesto que en esto radica el problema: por favor, ¿dígame como puedo comunicarme con los demás?".

Evidentemente en ese tiempo, y en particular en ese momento, en lo primero que pensé, es que dicha persona no tenía la capacidad de escuchar, y que sin importar lo que le explicara, finalmente no me entendería. Como se habrán dado cuenta, mis mecanismos de defensa empezaron a actuar, y en lugar de reconocer mi ignorancia, mostré una tendencia a racionalizar. Es al paso del tiempo cuando uno hace conciencia, y con plena madurez admite sus deficiencias. Y consecuentemente trata de superar esas lagunas de conocimiento. Cabe hacer la observación que con mi actitud, iniciaba un proceso de distorsión de la comunicación, con la persona que solicitaba mi ayuda.

Esta situación me planteó las siguientes inquietudes:

- 1.- La formación que recibe el psicólogo clínico, debe ser completada con el conocimiento de las diversas teorías de

comunicación y de la Psicología social del lenguaje, también conocida como Psicolingüística. Dentro de esta última, no encontramos una bibliografía más abundante que amplíe más nuestro trabajo, y poder resaltar la importancia, de la forma en que se utiliza lenguaje, por determinados grupos sociales dentro de nuestro país (usos y modismos tan abundantes en nuestras diversas regiones) que le dan un significado particular, en ocasiones localistas o regional a las palabras.

2.- La diversidad de las técnicas psicoterapéuticas, van a encontrar una limitante, en el hecho de que el terapeuta no maneje adecuadamente su herramienta de trabajo, llamada comunicación en toda la extensión de su significado.

3.- Señalar que el lenguaje, como factor importante y principal del proceso de comunicación, es influido en su uso, de acuerdo al momento histórico (modas, modismos, tecnicismos, neologismos, palabras extranjeras de uso común, etcétera) y que su significado, la esencia del lenguaje, puede sufrir un factor de distorsión a nivel individual por no actualizarse o aceptar la posibilidad de un cambio en el significado originalmente aprendido. Por ejemplo el significado de las palabras "político", "policia", "futuro" y "crisis", no tendrán el mismo significado en México, para una persona que nació en 1940, que para la que nació en 1975. Ya que el aprendizaje se da en condiciones diferentes en relación a su contexto psico-social.



Pretendo argumentar que es la angustia, la que funciona como un posible factor de distorsión, y que va a incidir de manera directa sobre el significado de las palabras. Es durante el desarrollo de la entrevista donde el psicólogo debe estar atento a los factores que distorsionen la comunicación. En donde la presencia de un posible cuadro de angustia, en el entrevistado o en el entrevistador (sobre todo cuando esté es inexperto) activaría mecanismos de defensa. Ocultando a causa de los mismos las verdaderas intenciones de la entrevista.

El termino "empatía" se relaciona con la habilidad comunicativa que puede aparecer tanto en el emisor como en el receptor (preferentemente en el receptor). Se supone que las personas que desarrollan su capacidad "empática", son personas que tienen la capacidad de decodificar la información con un alto grado de certeza, y con un mínimo de error. El termino "empatía" y en ocasiones la palabra "intuición" se utilizan para referirse a esta habilidad comunicativa. Dentro de este trabajo, pretendo argumentar que los términos antes mencionados tendrían mayor relevancia si fueran asociados sobre una base teórica más consistente. Que logre sustentar el termino "empatía" y rebase la idea, de que para que alguien nos comprenda, debemos confiar al "carisma", y la capacidad empática que el terapeuta pueda tener.

No es interés de este trabajo, discutir cual teoría de comunicación es la más completa, partiendo del supuesto que todo conocimiento evoluciona, nos limitaremos a mencionar un modelo, el cual consideramos más completo y que cumple con nuestras expectativas actuales, y dejar la posibilidad abierta, de que en un espacio muy corto de tiempo nos llegue información, producto de investigaciones, que nos permita ampliar lo que actualmente conocemos.

En este trabajo se propone establecer de manera teórica, una posible relación entre algunos aspectos del proceso de la comunicación, y como factor de distorsión a la angustia. Esta posible relación debe ser observada durante el desarrollo de la entrevista, y de manera particular en la entrevista inicial, para evitar la distorsión de la comunicación desde el primer encuentro. Uno de los elementos básicos de la comunicación, es la palabra, herramienta indispensable en el trabajo psicológico. La palabra tiene significado, la pregunta es: ¿Siempre maneja el mismo significado, el entrevistador y el entrevistado?. Que factores además de la angustia distorsionan el significado de las palabras. Mencionaremos algunos factores que considero pueden ser causa de distorsión al significado, sin olvidar que es obligación del terapeuta no solo observar, las posibles distorsiones en los significados por parte del paciente, sino las mismas distorsiones que el terapeuta también pueda elaborar.

## IMPORTANCIA DEL TRABAJO.

La importancia de este trabajo, radica en el señalamiento de que no se le está dando la importancia debida al manejo de las teorías que hablen del significado del lenguaje. En el proceso formativo básico, de los futuros profesionales de la Psicología y en especial los clínicos; No se le está dando la importancia debida al conocimiento y manejo de las teorías de comunicación, de las teorías que nos hablan del significado, de los posibles trastornos del lenguaje y sus causas. Considero que la comunicación debe ser manejada de manera eficiente, y con un alto nivel de comprensión por parte de los psicólogos, sin importar su campo de estudio dentro de la psicología.

Este conocimiento podría verse desplegado de manera satisfactoria a lo largo del ejercicio profesional, y de manera particular durante el desarrollo del proceso de la entrevista. El paciente obtendrá un beneficio mayor si realmente la información que nos da a través de sus mensajes, es decodificada adecuadamente y en la mayor parte de su totalidad. Que en el proceso de la comunicación, está se establezca cercana al cien por ciento, será benéfico, tanto para el entrevistado como para el entrevistador. Este mismo efecto benéfico, se puede observar en los diversos procedimientos psicoterapéuticos.

## CAPITULO I.

### 1.1 LA ENTREVISTA.

Las entrevistas han sido parte de la vida cotidiana de los individuos; a través de los siglos, los seres humanos han tenido que interactuar para ayudarse a resolver sus necesidades. Establecen un diálogo con un propósito definido, por ejemplo: Para la realización de una empresa fue necesario que se dieran las interacciones entre alguien que emplea, y los aspirantes a un trabajo, entre los abogados y sus clientes, entre los médicos y los pacientes, entre los ciudadanos y sus representantes, entre los padres y los maestros y por supuesto entre los psicólogos y sus pacientes. El objetivo de dicho diálogo, es en principio el de conocer a la persona con la que se está interactuando, que ofrece, que espera, y donde se continuará con la interacción y qué características tendrá en lo sucesivo. Es importante mencionar que los psicólogos únicamente han adoptado y perfeccionado la entrevista, puesto que esta ya existía.

La entrevista es en gran medida el instrumento más empleado en Psicología, tiene una función muy importante en muchas de las formas del tratamiento psicológico.

A continuación mencionaremos algunas definiciones de entrevista, la de Matarazzo, (1965) como antecedente nos dice, que es una conversación que tiene un propósito o meta.

Sullivan (1974) "La entrevista es una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollado de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, paciente o cliente, y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener un beneficio".

Mckinnon/Michels (1971) "La entrevista psiquiátrica, constituye un intento sistemático para comprender la relación de los conflictos psicopatológicos con los emocionales, en un individuo determinado".

Díaz Portillo (1994) "La entrevista clínica psicodinámica es el encuentro entre un paciente o grupo de pacientes, entre un entrevistador o grupo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo, a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos presentes y pasados que perturban el equilibrio actual del o de los entrevistados".

La entrevista empieza como una forma de conversación social, la diferencia entre una conversación social y una entrevista, independientemente de su contenido, radica en el propósito u

objetivo particular que pretendemos alcanzar cuando la utilizamos como un instrumento clínico. El hecho de que la entrevista sea una forma de conversación muy parecida a cualquier forma de diálogo, hace que sea una fuente natural de información acerca de las personas. Es un medio sencillo para darle información al paciente, y una forma conveniente para intentar ayudarlo.

Kelly (1958) Se refirió de manera directa a la entrevista como una forma de evaluación, y la determinó con precisión, con el siguiente planteamiento: "Si no sabes que es lo que está ocurriendo en la mente de una persona, pregúntale, quizá te lo diga".

Esto constituye la base del motivo por el cual la entrevista es la fuente principal para obtener datos, y la que más se emplea en ambientes clínicos y no clínicos.

La entrevista tiene mucha popularidad y penetración, también por otras razones, entre éstas tenemos, que mientras el psicólogo clínico conversa con el paciente en una situación que es semejante a una interacción social, dado su entrenamiento, es capaz de recopilar toda la información que le pueda ser útil, así como de muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal de la persona. Una segunda razón, a menos que la entrevista se registre en grabadora o videocinta, no se requiere equipo especial y el procedimiento se puede llevar a cabo en "casi cualquier lugar".

Una tercera razón es que no existe una herramienta de evaluación que sea más flexible que la entrevista. A excepción de casos muy específicos, en la que se establecen limitaciones muy estructuradas

con fines de investigación u objetivos determinados, el entrevistador tiene la libertad de adaptar el acento de la indagación y conversación hacia aquellos puntos y niveles particulares que parecen ser los más adecuados, pertinentes e importantes, de acuerdo con su orientación teórica. Esto no quiere decir que la calidad de los datos que se reportan a través de las entrevistas, constituyan el único parámetro para elaborar la historia clínica del paciente, ya que para la toma de decisiones estos datos deben tener confiabilidad y validez y deben someterse a la misma clase de escrutinio que se requiere en otros tipos de recopilación de datos, ya que la información puede verse influenciada o distorsionada de diferentes formas y esto puede ser en función de:

- (1) Las características del entrevistador y las preguntas que hace.
- (2) Las características del cliente tales como su memoria y disposición para comunicar una información precisa.
- (3) Las circunstancias bajo las cuales se lleva a cabo la entrevista. (Berstein 1982)
- (4) Agregaríamos nuestro planteamiento, acerca de que niveles de angustia son factor de distorsión en los procesos de comunicación.

## 1.2 CLASIFICACION DE LOS DIVERSOS

### TIPOS DE ENTREVISTA.

Las características antes descritas hacen que la entrevista sea útil en diferentes situaciones, Berstein (1982) nos presenta la clasificación de entrevista de la siguiente manera:

1- Entrevistas iniciales. La mayoría de las entrevistas se encuadran en este tipo, considerando su inicio protocolario, y posteriormente puede adquirir características especiales dependiendo de la orientación y del propósito de la entrevista. El paciente se acerca al entrevistador por algún problema cotidiano; su acercamiento puede ser voluntario o involuntario como en el caso de criminales, o de jóvenes enviados por sus tutores. El psicólogo puede tener poca o nula información acerca del paciente, por lo que la primera entrevista se dirige a determinar la naturaleza del problema. Y debe tomar la decisión si él o la institución que representa puede o no ayudar adecuadamente al paciente solicitante, o referirlo a otra instancia. La mayor parte de los entrevistadores llevan a cabo sus propias entrevistas para obtener los datos generales, pero en muchas instituciones (por ejemplo, clínicas de salud) dependiendo de la demanda y la circunstancia se apoyan en trabajadoras sociales u otro personal que pueda llevar a cabo esta función.



## 2- Entrevistas para la identificación de los problemas.

Al entrevistador se le solicita, generalmente algún tipo de diagnóstico, en la cual, la decisión de aceptar o referir a un cliente con base en la información inicial depende, en parte, de la naturaleza del problema del paciente. Por esta razón, muchas de las entrevistas iniciales están dirigidas al menos en parte, a la identificación del problema. Sin embargo, Hay otras situaciones clínicas en las que la decisión para trabajar con el paciente o referirlo ya se hizo y no está a discusión. En tales casos, la entrevistas se dirigen completamente a la identificación de los problemas del paciente. Las entrevistas preparadas para clasificar los problemas del paciente generalmente están más asociadas con los procedimientos de admisión de los hospitales mentales, o de otros servicios para pacientes internos o externos en que se requiere un diagnóstico.

3- Entrevista de orientación. Tienen como propósito fundamental reducir las expectativas ante una situación nueva y desconocida.

Como la mayoría de las personas que participan en una evaluación, o tratamiento psicológico, no saben exactamente qué esperar, y mucho menos lo que se espera de ellas.

Se procede a orientar al paciente, acerca del mecanismo y función de la entrevista, para hacer que estas nuevas experiencias menos misteriosas y más confortables. Las entrevistas de orientación pueden traer beneficios al menos de dos maneras. Primero, porque se anima al cliente a preguntar y a hacer comentarios y así las ideas

erróneas o las faltas de información que podrían obstruir las sesiones posteriores se pueden corregir.

4- Entrevistas de terminación. Muy relacionado con el problema de orientar a los pacientes acerca de las experiencias clínicas está el de terminar satisfactoriamente esas experiencias. Se puede designar una entrevista para explicar o reiterar los procedimientos y hacer énfasis en el secreto profesional acerca de la información obtenida, y para proporcionar, si es posible un breve resumen y una cuidadosa interpretación de los resultados de la evaluación. Si el tratamiento fue largo o intensivo, también requiere de alguna clase de entrevista de terminación. Pueden ser éstas muy "emotivas" o darle termino de una manera fría pero profesional.

Pero en cualquier caso, tiene el propósito de hacer que la transición de la situación de tratamiento a la de "postratamiento" sea lo más "suave" y productiva posible.

5- Entrevistas en situación de crisis. Cuando los problemas cotidianos de una persona son provocadores de una gran tensión y las habilidades para la solución de problemas no han sido eficaces, se dice que la persona está en una crisis. Las crisis deben enfrentarse en el momento, a menudo en pocos minutos, y los objetivos de la entrevista que de otra manera se hubieran distribuido en varias sesiones se deben combinar. El entrevistador intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda. Una o dos entrevistas bien manejadas durante una

crisis pueden ser el principio y el fin del contacto con pacientes cuya necesidad de ayuda fuese temporal y específica para una situación. Esto puede llevar al establecimiento de un compromiso para desarrollar posteriormente un tratamiento psicoterapéutico más profundo.

6- Entrevistas de observación. Se utilizan básicamente para la enseñanza, y la investigación. Donde se observa el proceso de la entrevista, sin participar de manera directa en ella.

En estos casos, la entrevista exclusivamente proporciona una oportunidad para observar las reacciones del entrevistado ante situaciones ambiguas, provocadoras de tensiones o de conflictos, etc. Son más aplicables en actividades de investigación o de selección de personal.

### 1.3 ESTRUCTURA DE LAS ENTREVISTAS.

El grado hasta el cual el entrevistador determina el contenido y desarrollo de la entrevista, está determinado, por la forma de estructurar la entrevista. Y tenemos las siguientes formas de estructurar la entrevista dependiendo de la participación del entrevistador.

Entrevistas no estructuradas. En las cuales el entrevistador interfiere lo menos posible con el curso natural del habla del paciente y su elección del tema.

Entrevistas estructuradas. Presentan un formato rígido, de preguntas planeadas seguidas por las respuestas del paciente, se asemejan a un tipo de interrogatorio.

Entrevistas guiadas o dirigidas. Son por lo general una serie de combinaciones de las estructuradas y las directivas.

La estructura de una determinada entrevista depende en gran medida de su propósito. Aun cuando algunos psicólogos clínicos adoptan una entrevista no muy directiva o más estructurada, casi en todas las circunstancias, la mayoría tienden a ajustar la estructura para acomodarse a la situación.

La estructura de la entrevista, va a depender de la orientación teórica, el entrenamiento y las preferencias personales del investigador. (Mac Kinnon/Michels (1973)-Bernstein(1982)

#### 1.4 ETAPAS DE LA ENTREVISTA.

De manera general, se piensa que la entrevista pasa por tres etapas, (Bernstein 1982, Mac Kinnon/Michels 1973) principio, desarrollo y un fin, como cualquier proceso que se desarrolla en un espacio de tiempo. Sullivan (1974) a su vez, hace referencia a cuatro etapas a saber: El comienzo formal, el reconocimiento, la investigación detallada, y la puesta en escena teórica.

Simplificarlo de esta manera no implica que necesariamente que tales etapas "puras" aparezcan. Dicho de otro manera, determinar la magnitud de alguna de las etapas, antes o durante el desarrollo de las mismas, no es posible si no se distingue con claridad la situación por la que transcurre cada etapa. Las entrevistas iniciales que tienen como propósito identificar problemas son las que más probablemente pasen por las tres etapas de manera más clara.

Primera etapa: principio de la entrevista.

Por lo general, comienzan con los intentos para hacer que el paciente se sienta a gusto y preparado para hablar libremente.

La mayor parte de los clínicos ve como su principal tarea, durante la primera parte de la entrevista inicial, el establecer un rapport: una relación cómoda y armoniosa de trabajo. Esto se puede lograr de muchas maneras; la mayoría de éstas se relacionan con el comportamiento cotidiano, y la cortesía. Un gesto o una sonrisa amable, un saludo amistoso y un apretón de manos son elementos

excelentes y muy humanos para empezar, ya que la angustia del paciente y su incertidumbre pueden ser aliviados, al desaparecer el mito de la entrevista con el psicólogo.

El trabajo del entrevistador se lleva a cabo mejor en una oficina privada y confortable, excepto para aquellos pacientes que por sus antecedentes (culturales, patológicos, etc.) un lugar así les cause sentirse amenazados. Pero la mayor parte de la gente parece que encuentra más fácil relajarse cuando se sienten cómodos físicamente. Además cuando nadie está presente o escucha, es más fácil asegurarle al paciente la confidencialidad de la entrevista.

Segunda etapa: parte media de la entrevista.

La transición a la parte media de una entrevista inicial debe ser lo más suave y fácil que sea posible para el paciente. La manera en que eso se logra y las formas como el entrevistador conduce la segunda etapa, determinará el uso de la táctica o técnica a seguir. Dependiendo del objetivo, así como de la orientación del entrevistador, se estructura la forma de trabajo para desarrollar la entrevista. Los diseños o estrategias a seguir más conocidas son: Entrevistas no directivas (llamadas también no estructuradas o entrevistas abiertas), entrevistas directivas (estructuradas o entrevistas cerradas), y entrevistas mixtas o compuestas.

Las técnicas no directivas. En la mayoría de los casos, los entrevistadores clínicos empiezan la segunda etapa con técnicas no directivas, usualmente con alguna pregunta abierta o con una petición. Algunos ejemplos comunes son: "¿De qué le gustaría hablar?" "¿En que le puedo servir?". Una ventaja de las preguntas abiertas es que le permite al paciente empezar a hablar con su propio estilo. Esto es particularmente importante, ya que es una invitación abierta que le permite al paciente "descargar" los temas dolorosos o angustiantes. Se cree que este tipo de inicios, disminuyen la tensión del paciente y ayudan a establecer un buen rapport.

El uso de las preguntas o comentarios abiertos no se restringe al principio de la segunda fase de la entrevista. Se hace uso de tales recursos siempre que el entrevistador desea provocar que aparezca la conducta verbal del paciente a la vez que desea influir en su contenido lo menos posible. Comentarios clásicos como "Por favor continúe", "Dígame un poco más acerca de eso", y "¿Cómo se siente por eso?". Ejemplifican medios continuos de estrategias no directivas. La táctica más general se llama escuchar activamente e incluye tanto elementos verbales como no verbales. Otros ejemplos incluyen comentarios tales como "Ya veo", "Lo entiendo".

Una estrategia relacionada se denomina parafrasear. En este caso el clínico vuelve a formular lo que el paciente le ha dicho con el propósito de (1) demostrar que ha estado escuchando de manera atenta, y (2) proporcionarle al paciente la oportunidad de escuchar

y posiblemente corregir el comentario si éste fue interpretado de una manera equívoca. Rogers llama reflejar a este procedimiento y le da gran importancia ya que subraya los sentimientos del cliente y no simplemente repite el contenido.

Técnicas directivas. Díaz (1994) Como se mencionó previamente, la mayoría de las entrevistas complementan las tácticas no directivas con aquellas que tienen una naturaleza más directiva.

A menudo su forma, extensión, vocabulario y contenido son el resultado de una planeación cuidadosa (A pesar de que por lo general se realice en el momento). Es común que estas se presenten en forma de preguntas, en apariencia informales como si se tratara de una charla cotidiana, aunque en realidad ya está debidamente estructurada, y con su propósito debidamente especificado. Prevalecen las preguntas directas acerca de un tema específico, o la pregunta se plantea con pocas opciones de respuesta.

Combinación de las tácticas de la entrevistas Una de las características de la entrevista es la flexibilidad, los entrevistadores están en libertad de combinar algunas o todas las tácticas de conversación que se han descrito.



Tercera etapa: Cierre de la entrevista.

La última etapa de la entrevista puede proporcionar algunos datos valiosos para la evaluación así como la oportunidad para fomentar el "rapport" aún más.

El entrevistador señala que es inminente la conclusión de la entrevista. Agradece la cooperación del paciente y lo exhorta a que plantee sus preguntas o haga sus comentarios que pudo haber formulado antes y durante el transcurso de la entrevista pero que no verbalizo por varios motivos. Las preguntas y los comentarios del paciente durante esta etapa pueden ser bastante esclarecedores, de manera particular señalar si hubo alguna concepción errónea tanto del entrevistador al paciente, o de manera inversa, si quedó información importante sin mencionar.

Esto es, no permitir que queden lagunas de información.

## 1.5 EL PROCESO DE LA COMUNICACION DURANTE LA ENTREVISTA.

Para que la entrevista obtenga los propósitos deseados con calidad, se han considerado y revisado algunos de los factores que promueven el éxito de la entrevista. Uno de estos factores y de vital importancia es la claridad de la comunicación entre el entrevistador y el entrevistado. Recordemos que toda conducta de comunicación tiene por objeto producir una respuesta por parte de una determinada persona (o grupo de personas), respuesta por parte de la persona que emite el mensaje, y de parte de quién lo recibe, (Berlo, 1981). toda la habilidad del psicólogo clínico para plantear buenas preguntas, fomentar la expresión del paciente, o efectuar cambios suaves de un tema a otro, puede ser poca valiosa si, "no comprende lo que dice el paciente". Y si el paciente no comprende el "lenguaje" del psicólogo clínico.

El problema básico de la comunicación en la entrevista (y en las interacciones humanas) consiste en la transmisión del mensaje.

La persona entrevistada debe producir y estructurar el mensaje y seleccionar un código que desea, y transmitirlo en una forma comunicable (palabras, gestos, señales) y luego lo debe enviar a su receptor, en este caso el entrevistador.

El psicólogo clínico, que es la persona que escucha debe recibir el mensaje e interpretarlo de acuerdo con su propio marco de referencia. Es común que se presenten factores que distorsionan el proceso de la comunicación de manera frecuente, tanto a través de

los canales verbales como de los no verbales.

El entrevistador debe estar consciente de que las diferencias educacionales, sociales, raciales, culturales, económicas o de otro tipo que existen entre ellos, pueden reducir de una manera seria o hasta borrar por completo la posibilidad de una comunicación efectiva. Es aconsejable que si el entrevistador no está familiarizado con el ambiente y el marco de referencia del paciente, tome esto en consideración y pida aclaraciones en caso de que no comprenda los contenidos verbales del paciente. De manera particular pedirle al paciente que aclare el significado de las palabras. Por ejemplo, "De niño fui feliz", el significado de la palabra feliz, puede no ser interpretado de la misma manera, dependiendo de la experiencia previa, tanto del entrevistador como del paciente.

Durante el desarrollo del proceso de la comunicación, un flujo constante de conducta no verbal acompaña casi toda la conducta verbal del paciente (y del entrevistador) Generalmente el canal de comunicación no verbal permanece abierto aun cuando se cierre el canal verbal. Por este motivo el entrevistador debe ser sensible no sólo a las señales que le envía el paciente, sino también a las que él transmite.

Describiremos algunas muestras representativas de las dimensiones no verbales de una entrevista. (Bernstein, 1983)

La apariencia física; por ejemplo. estatura, peso, alifo, estilo

y condiciones de la vestimenta, tipo de peinado, desarrollo o atrofia muscular, perdida física de algún miembro.

Los movimientos, por ejemplo, gestos, movimientos repetitivos de un brazo, mano, cabeza, pierna o pie, "tics" u otros movimientos involuntarios en apariencia, marcar el paso, manipulación de algún objeto, etcétera.

La postura, por ejemplo, actitud floja o relajada al estar de pie o sentarse, rígida, brazos o piernas cruzadas o no cruzadas, apoyar la cabeza en las manos, etcétera.

El contacto ocular, por ejemplo, constante, huidizo, tímido, retador, no hay contacto, etcétera.

La expresión facial, por ejemplo, sonrisas, fruncir el ceño, muecas, alzar la ceja.

La excitación emocional, por ejemplo, lágrimas, ojos "húmedos", sudoración, labios reseco, sonrojarse o palidecer, temblor en la voz, o en las manos, respiración rápida, cambios frecuentes en la posición corporal, reacciones de sorpresa, carcajadas inapropiadas.

Además de detectar la naturaleza de las conductas no verbales del paciente el psicólogo clínico, también debe tomar nota de las incongruencias entre los canales verbales y no verbales. Por ejemplo; al paciente que expresa pesar o tristeza, y de manera contradictoria su rostro muestra una sonrisa o gesto de felicidad, será evidente una inconsistencia entre lo que dice, y lo que expresa. Y se debe cuestionar la razón de tal incoherencia.

De una manera semejante el entrevistados debe observar su propia conducta verbal y no verbal, a fin de no enviar mensajes ambiguos al paciente. La mayoría de los psicólogos clínicos concuerdan , en que la observación de las dimensiones no verbales comienzan en el momento en que el paciente y el entrevistador se conocen por primera vez y continúa hasta que se separan. Lo más probable es que los entrevistadores comprometidos con una orientación hacia la interpretación de señales formulen inferencias a partir de las conductas no verbales de un nivel más alto, que aquellos que adoptan una posición orientada hacia la consideración de las conductas como muestras.

## 1.6 LA ENTREVISTA INICIAL.

El inicio de la entrevista es el primer contacto formal, cara a cara, entre el entrevistado y el entrevistador. Encuentro precedido frecuentemente por una cita previa, a través de llamadas telefónicas o de otro tipo. Que constituyen en rigor el inicio de una relación que va a generar una serie de fantasías, y probablemente en algunas ocasiones cuadros de angustia (Díaz, 1994).

Las fantasías generadas por el contacto a distancia, se desenvuelven probablemente en los terrenos del inconsciente, hasta el momento en que se inicia la primera entrevista, donde por lo general se rectifican, las posibles distorsiones perceptuales y conceptuales previas al encuentro. El futuro entrevistado utiliza los aspectos reales de su primer contacto con el entrevistador, para construir una imagen o fantasía sobre los siguientes encuentros, que tendrán lugar próximamente. Fantasía siempre anclada en sus deseos y temores inconscientes, pero no necesariamente explicitada en los inicios de la incipiente relación. Los pacientes con buen contacto con la realidad corrigen rápidamente sus distorsiones previas una vez que entablan una relación cara a cara con el entrevistador, y tienden en el transcurso de la entrevista comunicar, muy a menudo, en que consistían sus distorsiones previas, por ejemplo, que el o la entrevistadora era un anciano, con gran experiencia, o joven e inexperta. La imposibilidad de llevar a cabo tal rectificación es

uno de los signos indicativos de severo alejamiento de la realidad y por tanto de la probable existencia de psicosis.

Sullivan hace mención, que en el trato con las personas, debemos darnos cuenta que siempre existen reservas en la comunicación, y que en algunos temas, se nos enseña desde pequeños, que son peligrosos y que no debemos de pensar en ellos, mucho menos hablar libremente sobre las mismos. De tal modo, el entrevistador reconoce automáticamente, y como preliminar de toda comunicación, que ninguno de sus pacientes habrá de ser sencillamente "franco". Agrega que el impedimento principal de toda comunicación, es la ansiedad.

En la entrevista, donde el entrevistador se presume que está relativamente por encima del poder del paciente, este último provoca con cierta frecuencia, una serie de comportamientos, para provocar desorden en la situación. Según Sullivan, lo que se hace con mayor frecuencia es irritarse, pues la mayor parte de las personas, cuando están aunque sea levemente ansiosas, en una relación con un individuo relativamente extraño para ellas, se irritan, y algunas lo hacen hasta cuando se trata de sus más íntimos amigos. Después de la irritación, el movimiento más frecuente que se realiza para evitar la angustia es el de desarrollar un malentendido, en cuyo caso la persona comienza a hablar de alguna otra cosa distinta. (Sullivan, 1974)

En nuestro planteamiento agregaríamos que el lenguaje se ve afectado básicamente en su significado, sobre todo en aquellas expresiones que implican un compromiso emocional. La angustia es siempre un impedimento para el ajuste, y un obstáculo para la comunicación.

La entrevista es un proceso continuo, dentro de la cual se da la interacción dinámica, en la que no solo el entrevistado podrá presentar obstáculos en la comunicación, el mismo entrevistador ante una situación de angustia ante su paciente, de manera inconsciente podría bloquear el proceso de comunicación, utilizando un lenguaje cuyos significados no serían claros para las personas que lo escuchan. Por lo que sugiere, que en la entrevista inicial, se le de importancia y un manejo cuidadoso a todos los aspectos comunicativos, y una atención especial al manejo de los significados, tanto por parte del entrevistado, como del entrevistador.



## CAPITULO II.

### 2.1 CONCEPTO DE ANGUSTIA.

La angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre eminente; constituye una respuesta a la amenaza de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables.

Difiere del miedo en que no puede referirse a objetos o incidentes específicos. El paciente ignora la fuente de su angustia. (Kolb, 1975)

La mayoría de los psiquiatras que usan la palabra "angustia" sin un adjetivo calificativo, se refieren a la angustia neurótica que surge de las fuentes inaccesibles para el propio individuo, tal y como se ha descrito. Algunos psiquiatras hablan de angustia "normal" queriendo decir con esto que existe un peligro real, el cual es apreciado de manera objetiva; en este caso, el grado de angustia guarda proporción con la amenaza. Para manejar este tipo de angustia "normal", no es necesario obligarla a salir de la conciencia, por medio de mecanismos como la represión o la disociación, ni mediante defensas neuróticas. (Kolb, 1975). Ya que se considera esta angustia como parte de un mecanismo de defensa ante un miedo objetivo, que la provoca y no permanece.

La definición más frecuente de angustia, se refiere a; "un estado de inquietud o preocupación respecto de lo que puede suceder". (Maher, 1979)

Otra definición (Eliezer, 1956) se refiere como "un estado interno de inseguridad que puede adoptar una o más de las siguientes formas: miedos, fobias, falta de confianza en sí mismo, timidez extrema, alucinaciones y sensibilidad acentuada.

Para Kierkegaard, la ansiedad neurótica, es el resultado del "cerceamiento" que tiene lugar cuando la persona tiene miedo de la libertad. Este cercenamiento implica el bloqueo de áreas de libertad, de experiencia o de conciencia. (cerceamiento es que la persona se encierra en sí misma) La persona cerrada carece de comunicatividad mientras que la libertad es comunicación continua. (Citado por, Rollo May, 1966)

Sullivan (1974) ha dado una definición útil, operante, de la angustia en este contexto; la describe como "un estado de tensión que existe cuando uno percibe una opinión desfavorable proveniente de una persona importante para el individuo en cuestión. El que sufre la angustia, a lo más, solo se da cuenta del conflicto en forma vaga; pero si es capaz de percibir el estado de aprensión intensa".

Para cuidar su integridad psicológica el individuo desarrolla a la par de su personalidad, diversos mecanismos mentales para

protegerse de la angustia y de otros afectos y sus acompañantes fisiológicos. La angustia franca, con sus síntomas fisiológicos concomitantes, se observan sólo cuando los mecanismos mentales de defensa se desintegran debido a una abrumadora amenaza a la personalidad, de origen interno o externo.

El concepto de la ansiedad es esencial para el conocimiento de la conducta psicopatológica. Y aparecen como respuestas que se presentan como reacciones libres hacia estímulos dolorosos o amenazadores. Cuando estas reacciones se desarrollan en presencia de un estímulo que es amenazador de manera realista, tenemos la tendencia a hablar de temor más bien que de ansiedad. Aun cuando este término está definido de una manera un tanto vaga en las publicaciones referentes a la psicopatología, se utiliza generalmente para referirse a la misma norma de reacción cuando se efectúa en presencia de estímulos que no son intrínsecamente amenazadores. Por consiguiente, la ansiedad se refiere a la respuesta de temor cuando se realiza ante un estímulo que puede atraerla bajo la base de una enseñanza pasada. (Maher, 1979)

En relación a los términos angustia y ansiedad, encontramos que en el diccionario de Psicología y Psicoanálisis (Paidós, 1977) nos dice: "El uso indiscriminado de los términos angustia y ansiedad en la bibliografía y la práctica clínica, psiquiátricas y aun en las diversas corrientes teóricas, hace necesaria una sucinta aclaración que, sin resolver el debate entre las tendencias de la escuela

européa y norteamericana establezca un criterio para este diccionario. Este criterio se apoya en el uso de ambos vocablos en la práctica clínica en nuestros países de habla castellana.

Así angustia, es un término que implica un estado cuasidefinitivo de sufrimiento crónico por algo pasado o futuro pero que se percibe como presente en su impulso o carencia. En la clasificación clásica se le denominaría un sentimiento. Denota una patología muy pronunciada. La ansiedad por otra parte implica un temor o miedo transitorio, de origen circunstancial respecto de un futuro impreciso. En la clasificación clásica se le denominaría una emoción. Posee un matiz patológico leve".

Para efectos del presente trabajo utilizaremos el término angustia. Como una respuesta emocional de temor o inseguridad, hacia una serie de acontecimientos que generan un estado de incertidumbre, y cuya fuente de origen no puede ser localizada de manera consciente. por consiguiente, la angustia se refiere a la respuesta de temor cuando se realiza ante un estímulo que puede atraerla bajo la base de una enseñanza pasada. Y es difícil decidir en cualquier caso clínico hasta que punto exactamente es debida a la enseñanza pasada la facultad de un estímulo para evocar la respuesta de temor. El criterio práctico mediante el cual se juzga la angustia es un estado inadecuado o patológico, está basado en lo que son aparentemente los estados "normales" de angustia entre las personas en general. (Mahaer, 1979)

## 2.2 RASGOS CLINICOS.

Las características típicas de las respuestas de ansiedad pueden ser descritas desde varios niveles; en los relatos subjetivos de los pacientes se reportan las siguientes sensaciones: Un nudo en mi estómago, una sensación como de llamaradas y ardor por todo mi cuerpo, una contracción en los músculos, un nudo en la garganta, y una sensación constante de que voy a vomitar. Noté que mis manos empezaron a sudar, las piernas se me encogieron, tenía ganas de correr. (Maher, 1979).

La sintomatología general que se presenta en los estados de ansiedad o ataques de angustia (Kolb,1975. Maher,1979) puede describirse como sigue:

- 1.- Sensaciones conscientes de temor, de aprensión, de anticipación de peligro o amenaza; habitualmente sin facultad alguna para descubrir una amenaza determinada que pudiera explicar estas sensaciones.
- 2.-Un tipo mezclado de estados orgánicos, incluyendo síntomas cardio-vasculares (palpitaciones, pulso rápido o errátil, tensión arterial elevada, languidez, etc.); síntomas gastro-intestinales (náuseas, pérdida de apetito, vómitos, diarrea); síntomas respiratorios (disnea, sensación de sofocación, respiración rápida y superficial, etc.), junto con otros síntomas tales como transpiración, micciones frecuentes, insomnio, etc.
- 3.-Tirantez muscular, incluyendo temblores, hiperactividad, un

umbral bajo para respuestas motoras, desorganización general motora y "pesadez". Con frecuencia, quejas de cansancio muscular después de un estado prolongado de tensión.

4.-Una sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad de pensar con claridad.

## 2.3 NEUROSIS DE ANGUSTIA.

Para comprender el concepto de angustia, es necesario mencionar el enfoque Freudiano, y en particular su concepto de neurosis de angustia.

A lo largo de la mayor parte del siglo veinte, los esfuerzos para aliviar el sufrimiento humano por medio de intervención psicológica se han basado primordialmente en las teorías psicodinámicas freudianas; El fundador del psicoanálisis y de los elementos de la psicoterapia tal como hoy la conocemos, fue Sigmund Freud (1856-1939). El psicoanálisis tuvo un desarrollo triple: como método de tratamiento, como teoría de la personalidad y como manera de llevar a cabo la investigación sobre la conducta humana.

En 1894, en su trabajo sobre "La neurastenia y la neurosis de angustia". Freud propone un cuadro clínico de la neurosis de angustia con los siguientes síntomas:

- 1) La excitabilidad general.-Una elevada excitabilidad indica siempre acumulación de excitación o incapacidad de resistirla, se menciona de manera particular una hiperestesia auditiva, esto es una hipersensibilidad con respecto a los ruidos; síntomas explicables seguramente por la íntima relación innata entre las impresiones auditivas y el sobresalto. La hiperestesia auditiva aparece muchas veces como causa de insomnio, del cual más de una forma pertenece a la neurosis de angustia.

2) La espera angustiosa.- Se refiere a la expectación que el mismo paciente se provoca ante una situación de espera, generando el temor de que algo suceda en ese espacio de tiempo, por ejemplo la mujer que escucha toser a su marido propenso a los catarros, piensa en la posibilidad de que contraiga una pulmonía mortal, y ve en su imaginación pasar el entierro. Cuando al volver a casa ve dos o tres personas ante su puerta no puede por menos de pensar que alguno de sus hijos se ha caído desde un balcón, y si oye doblar las campanas se figura en el acto que es por algún ser querido, siendo que ninguno de estos actos entraña nada que pueda significar una mera posibilidad.

La espera angustiosa se da también mitigada en lo normal, comprendiendo todo aquello que designamos con los nombres de "ansiedad, tendencia pesimista a la visión de las cosas" esto es reconocido en ocasiones por los mismos enfermos como una especie de obsesión. Para una de las formas de la espera angustiosa, esto es, para la que se refiere a la propia salud, puede reservarse el viejo termino médico de hipocondría.

Otra manifestación de la espera angustiosa es la tendencia, tan frecuente en personas de sensibilidad moral, al miedo a la propia conciencia, a los escrúpulos exagerados: tendencia que puede ir desde lo normal hasta lo patológico.

La espera angustiosa es el síntoma modular de la neurosis. Se concluye que nos hayamos ante un cuántum (cantidad mínima) de angustia, libremente flotante, que durante la espera domina la elección de las representaciones, y se halla dispuesto en todo



momento a enlazarse a cualquier idea apropiada.

3) La angustia libremente flotante, como se describió anteriormente, no es ésta la única forma en que puede manifestarse la espera angustiosa, latente casi siempre en la conciencia, pero constantemente en acecho. Puede en efecto, irrumpir de repente en la conciencia sin ser despertado por el curso de la imaginación y provoca así un ataque de angustia. tal ataque puede consistir tan sólo en la sensación de angustia, no asociada a ninguna representación, o unida a la de la muerte o la locura.

4) Para el diagnóstico, hay que considerar que los elementos en un ataque de angustia son infinitamente variables, además cada uno de los síntomas concomitantes pueden constituir por si solos el ataque. Para explicar las diversas formas de ataques, se da una relación de las formas de ataques de angustia hasta ahora conocidas:

a) Con perturbaciones de la actividad cardíaca: palpitaciones, arritmias breves, hasta graves estados de debilidad del corazón difíciles de diferenciar de una afección orgánica.

b) Con perturbaciones de la respiración, formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los de asma. No aparecen siempre acompañados de angustia perceptible.

c) Ataques de sudor, a veces nocturno.

d) Ataques de temblores y convulsiones, fáciles de confundir con los histéricos.

e) Ataques de bulimia, acompañados a veces de vértigos.

- f) Diarreas emergentes en forma de ataques.
- g) Ataques de vértigo locomotor.
- h) Ataques de las llamadas congestiones; esto es, de aquello a lo que se ha dado el nombre de neurastenia vasomotora.
- i) Ataques de parestesia (raras veces sin angustia o malestar análogo)

5) El pavor nocturno de los adultos, acompañado generalmente de angustia, disnea, sudores, es en muchas ocasiones una forma del ataque de la angustia. Esta perturbación condiciona una segunda forma de insomnio, dentro del cuadro de la neurosis de angustia.

6) El vértigo, o en su forma más simple el mareo, y en la más grave, la del ataque de vértigo, con angustia o sin ella, constituye uno de los más temibles síntomas de las neurosis.

El vértigo de las neurosis de angustia pertenece a la forma locomotora o coordinatoria, como el producido por la parálisis de los músculos del ojo, y consiste en un malestar específico, acompañado de la sensación de que el suelo oscila, se hunden con él las piernas y resulta imposible continuar en pie. Las piernas del sujeto tiemblan y se doblan, pesándole como si fuesen de plomo. Sin embargo, este vértigo no provoca la caída del enfermo.

7) Sobre la base de la espera angustiada, por un lado, y por otro la de la tendencia a los ataques de angustia y de vértigo, se desarrollan dos tipos de fobias típicas, referente uno a las amenazas fisiológicas generales y otro a la locomoción.

Al primer grupo pertenece el miedo a las serpientes, a las tormentas, a la oscuridad, a los insectos, etc. La exagerada

escrupulosidad típica. En estas perturbaciones, la angustia disponible es simplemente utilizada para intensificar repugnancias instintivas, comunes a todos los hombres.

Dentro del segundo grupo encontramos por ejemplo la agorafobia con sus especies secundarias, caracterizadas todas por su referencia a la locomoción. Con frecuencia hallamos aquí, como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo, esto no necesariamente como una premisa indispensable, se ha encontrado en efecto que después de un primer ataque de vértigo sin angustia, y quedar la locomoción afectada, ésta falla, por completo en determinadas condiciones, tales como en la falta de un acompañante o el paso por las calles estrechas.

8) La actividad digestiva pocas perturbaciones, pero muy características, sensaciones de náusea y malestar, síntoma de bulimia, en calidad de perturbación crónica, análoga a la espera angustiosa, hallamos la tendencia a la diarrea.

Los casos mixtos muestran con frecuencia la conocida alternativa de diarrea y estreñimiento. La emisión exagerada de orina (poliuria) de la neurosis obsesiva es análoga a la diarrea.

9) Las parestesias que pueden acompañar al ataque de vértigo o angustia, pueden asociarse con las sensaciones del aura histérica. Así un gran número de reumáticos leves, de lo que padecen realmente es de neurosis de angustia.

10) Varios de los síntomas citados que acompañan o representan el ataque de angustia se presentan también en forma crónica, siendo más difícil descubrirlos, toda vez que la sensación de angustia

concomitante es menos precisa que en el ataque de angustia. Así sucede especialmente con la diarrea, el vértigo y las parestesias.

Freud clasificó tres fuentes distintas de angustia. La que se produce como resultado de algún hecho de la realidad externa, Freud la denominaba angustia objetal, la cual tiene una gran similitud con lo que llamamos miedo. Cuando la angustia es ocasionada por impulsos internos o del ello, independientemente de las condiciones externas, la llama angustia neurótica, esto es la angustia propiamente dicha. Y cuando la angustia es producida por un conflicto superyoico, Freud lo denomina angustia moral, es a lo que podríamos llamar culpa. (Freud, 1894). Obras completas, edit. Biblioteca nueva,

## 2.4 METAS DEL TRATAMIENTO

### PSICOANALITICO.

En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico clásico es ayudar al paciente a pensar y conducirse en formas más adaptativas por medio de una comprensión de sí mismo. En teoría, cuando el paciente comprende las verdaderas razones (con frecuencia inconscientes) por las cuales se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que estas razones ya no son válidas, entonces ya no tendrá que seguir conduciéndose de esta manera.

En el tratamiento psicoanalítico, (y en las diversas psicoterapias) no es suficiente que diga el terapeuta "se acabó el conflicto" con la simple descripción del material inconsciente que pudiera constituir el origen de los problemas. el paciente ha de realizar estos descubrimientos por sí mismo con la ayuda y guía del terapeuta. Idealmente, este proceso de irse comprendiendo a sí mismo, incluye el reconocimiento intelectual de los deseos íntimos y de los conflictos, una participación emocional en los descubrimientos acerca de uno mismo, y la búsqueda sistemática del modo como los factores inconscientes han determinado la conducta pasada y presente y han afectado las relaciones con los demás. (Bernstein, 1982). Y es a través de la expresión verbal, del manejo adecuado de los significados, como el paciente podrá expresarlo.

## 2.5 ANGUSTIA Y MIEDO.

Un conflicto produce el efecto de angustia, concepto fundamental para comprender los procesos psicodinámicos.

Actualmente la angustia se considera, en general, como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de las actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia en forma de acción, con las consecuentes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha forma de comportamiento. Para decirlo de otra manera, ante impulsos coercitivos sexuales o agresivos que empiezan a emerger ante la tensión de la soledad o de la tristeza, o ante la revelación del amor o de la ternura, que pueden exponer al individuo al sufrimiento de afectos como culpa o vergüenza, lo primero que se experimenta es angustia en el contexto de la situación de conflicto.

La angustia y el miedo tienen mucho en común, (bosselman, 1967) ya que ambas representan señales de peligro, sin embargo se puede considerar que hay cierta diferencia fundamental. El miedo es la respuesta afectiva a un peligro externo real y actual, y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora, ya sea porque el individuo la supera, la vence o escapa de ella. El peligro es la amenaza a la integridad física de la persona, ya sea en forma de una enfermedad o de un ataque físico externo.

La angustia por el contrario es la señal de una amenaza inminente a la personalidad en relación a su ambiente social. Kolb (1975) Tanto el miedo, como la angustia son factores que distorsionan los procesos de comunicación. Por ejemplo, en el miedo fóbico, el paciente ante el estímulo que provoca ese estado, al momento no puede referirlo como tal. Por decir que la causa sea un insecto, la persona no dice, "esa cucaracha me llena de terror", una vez superada la experiencia, probablemente podrá verbalizar la causa real de su miedo.

Y sabemos que en los cuadros de angustia, no fácilmente aflora la causa de la misma, ya que para esto existen los mecanismos de defensa, cuya función es disminuir la angustia. Comprender adecuadamente dichos mecanismos, facilita en parte nuestro papel de receptores en el proceso de la comunicación.

## 2.6 LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

La necesidad de mecanismos de defensa o de adaptación, surge en cada especie, en el curso de su evolución, desarrolla diversos mecanismos por medio de los cuales se adapta a las condiciones vitales que encuentra. Como la esencia misma de la vida, la adaptación, no es extraño que el hombre, la especie más desarrollada haya logrado no solo un ajuste a su anatomía que lo protege estructuralmente y fisiológicamente de su medio ambiente, sino, que también ha producido recursos psicológicos que lo ayudan a manejar sus tensiones y necesidades emocionales como las de afecto, de seguridad personal, de importancia personal y de defensa contra la angustia perturbadora. Actuando sin que el individuo los reconozca conscientemente, estos recursos mentales efectúan una adaptación a las situaciones interiores y a las experiencias que, de otra manera, serían penosas o intolerablemente molestas. La personalidad, consciente de sí misma con intensa necesidad de seguridad y autoestimación, elabora mecanismos de naturaleza protectora en forma instintiva, igual que el sentido de autoconservación evita el peligro físico inminente. Así como el cuerpo, a través de sus procesos físicos y bioquímicos, se esfuerza en mantener un equilibrio fisiológico y homeostático así la personalidad a través de procesos psicológicos automáticos e inconscientes, trata de mantener una estabilidad psicológica. El desarrollo de la conducta comunicativa, de exploración y la encaminada a resolver los problemas, en especial el lenguaje y los



procesos del pensamiento, tienen que considerarse como de suma importancia, ya que se trata de los procesos de adaptación humana.

Para el terapeuta observar las discrepancias entre el contenido del lenguaje, la comunicación verbal y el mensaje que comunican los acompañantes no verbales del lenguaje, como la postura y los gestos que revelan el carácter del que habla. La expresión sutil de la emoción oculta y las formas en que el individuo se defiende para no demostrar dicha emoción. Observar el mensaje oculto en la comunicación, no es fácil, en ocasiones hacemos inferencias a partir del conocimiento de los llamados mecanismos de defensa.

Encontramos una clasificación de los mecanismos de defensa (Fenichel, 1966) en función de:

a) defensas exitosas, que dan lugar a la cesación de lo que se rechaza.

b) defensas ineficaces, que obligan a una repetición o perpetuación del proceso de rechazo, a objeto de evitar la irrupción de los impulsos rechazados.

Las defensas patógenas constituyen la base de las neurosis, pertenecen a la segunda de estas categorías: cada vez que hay impulsos opuestos que no pueden encontrar descarga y se mantienen en suspenso en el inconsciente, se ven reforzados en su intensidad, se crea un estado de tensión y puede producirse la irrupción. Y para que esto no ocurra surge la utilización de los mecanismos de defensa.

Los mecanismos de defensa, presentan como característica general que son maneras irracionales de encararse con la angustia, porqué esconden, niegan o deforman la realidad y obstaculizan el desarrollo psicológico. Si la persona no puede, a través de sus defensas resistir la presión de su medio ambiente, y su "yo" no tiene a quién recurrir y es abrumado por la angustia. La consecuencia es entonces un colapso nervioso.

Algunos mecanismos de defensa son:

Racionalización; este mecanismo de defensa consiste en encontrar razones lógicas, en apariencia, pero falsas en su origen, para justificar una conducta pasada, la cual guarda un contenido emocional desaprobatorio, avergozante o injustificado, tanto para la persona en sí, como para los demás.

De esta manera, el individuo trata de probar lo contrario dando argumentos más aptos de aprobación.

Ejemplo; en el caso de una pareja que deseando tener un hijo varón, tuvieron una hija. Al preguntárseles que si no habían sentido decepción por esto, su respuesta es, después de todo, una niña muestra mayor obediencia, ayuda a las labores del hogar, y no es tan rebelde como un niño.

Represión; este mecanismo de defensa ocupa un papel central en la teoría freudiana de la personalidad.

Para esto se considera la existencia de dos impulsos; los agresivos y los sexuales. Cuando el individuo advierte la necesidad de

manifestar alguno de ellos, surge el conflicto ya que para poderlo hacer tendría que transgredir algunas normas de la sociedad a la que pertenece. Lo cual puede resultar vergonzoso, peligroso, o doloroso. Por ello lo deja relegado en el inconsciente, manifestando conductas que tienen mayor aprobación social. El individuo no puede percatarse de la represión de sus demandas.

Proyección; Por este mecanismo, la persona recurre a atribuir a personas u objetos externos, las características propias indeseables ó, que de alguna manera son autocensuradas y amenazantes en el valor de su personalidad. La persona que efectúa la proyección, en un momento dado, se da cuenta de que sus pensamientos o impulsos proyectados, son malos, indignos o peligrosos. Se dice que todos tenemos la tendencia a dar relieve a nuestras características más sobresalientes, y a pasar por alto nuestros defectos. Las características que no podemos aceptar de nosotros mismos tendemos a ponerlas fuera de nuestra realidad. De esta manera, no es nada raro que cuando una persona critica a otra, en realidad no esté criticando otra cosa que sus defectos propios; esto es, le es más fácil aceptar sus defectos u puntos negativos atribuyéndolos a otras personas, que en sí misma.

Formación reactiva; parece ser una consecuencia y una forma de reaseguramiento de una represión ya establecida. Pero, por lo menos representa un tipo de represión determinado, factible de distinguir de las otras formas de represión.

Las formaciones reactivas evitan estas represiones produciendo una modificación definitiva, "de una vez por todas", en la personalidad. La persona que ha elaborado formaciones reactivas no ha creado con ello un determinado mecanismo para utilizarlo cuando se produce la amenaza de un peligro instintivo; ha modificado la estructura de su personalidad, como si el peligro estuviera siempre presente, en forma tal que puede encontrarse preparado en cualquier momento que el peligro se produzca. Un ejemplo de esto es el afán de limpieza o el sentido del orden del neurótico obsesivo, que lucha mediante todos estos rasgos de carácter, contra sus exigencias instintivas de suciedad y desorden. La rigidez de este afán de limpieza o de este sentido del orden, así como las ocasionales irrupciones de la suciedad y el desorden, delatan la índole reactiva de estos rasgos caracterológicos.

Identificación, consiste en incorporar dentro de la estructura del yo, valores y normas externas admiradas. De esta manera, se atribuyen atributos y cualidades que se poseen. Se encuentran varias formas de identificación, algunas son análogas a la imitación; otras en el deseo del individuo de vivir sus deseos a través de otra persona, generalmente cercana a ella. Como ejemplo de la primera situación podemos encontrarla en los jóvenes, que tratan de vestirse y adoptar actitudes semejantes a las de sus ídolos. Como ejemplo del segundo caso, estaría la de una muchacha poco atractiva, que vivencia sus propósitos de seducción en las conquistas de una amiga atractiva.

La identificación se encuentra universalmente en todos los seres humanos, y posee tanto valores negativos como positivos. Su uso exagerado puede conducir a una disociación de la vida real.

Negación; es una tendencia a negar las sensaciones y hechos dolorosos es tan antigua como el mismo sentimiento de dolor.

Es una actitud de negar aquellas partes dolorosas de la realidad, se encuentra que la función de la memoria se ve alterada y no puede recordar cierto tipo de eventos. El desarrollo gradual del yo y del principio de la realidad refuerza la experiencia de la memoria, debilita lentamente la tendencia a la negación. Mientras el yo es débil, la tendencia a la negación puede mantenerse en situación de relativa predominancia.

Existen otros mecanismos adaptativos o mecanismos de defensa, cuya función es la de mantener el equilibrio de la estructura mental, y que no mencionaremos, pero todos ellos pueden ser detectados a través de los diversos reportes verbales que se han encontrado durante el desarrollo de las entrevistas.

## CAPITULO III EL SIGNIFICADO.

### 3.1 COMUNICACION.

En su forma más simple el proceso de comunicación consiste en un trasmisor un mensaje y un receptor. El trasmisor y el receptor pueden incluso ser la misma persona, como sucede cuando un individuo piensa o habla consigo mismo. (Schramm, 1975). Pero el mensaje está en alguna etapa del proceso, llega un momento en que cualquiera que sea la cosa que comunicamos es simplemente una señal que contiene un significado para el trasmisor y que contiene para el receptor cualquier significado que él pueda leer en la señal. Este es uno de los principios básicos de la teoría general de la comunicación: que los signos pueden tener solamente el significado que la experiencia del individuo le permita leer en ellos. Podemos elaborar un mensaje solamente con los signos que conocemos, y podemos dar a esos signos solamente el significado que hemos aprendido con respecto a ellos, podemos descifrar un mensaje solamente en función de los signos que conocemos y los significados que en relación con ellos hemos aprendido. (Schramm, 1975).

A esta colección de experiencias y significados le llamamos "marco de referencia", y decimos que una persona puede comunicarse solamente en función de su propio marco de referencia. (Schramm, 1975).

Si recordamos qué diferentes son las experiencias, de las diferentes personas y especialmente qué diferente los marcos de referencia entre países alejados y con diferentes valores y culturas, podemos fácilmente comprender por qué es difícil la comunicación entre transmisores y receptores y por qué ocurre con frecuencia la incompreensión.

El concepto de significado es esencial para la comunicación.

Se puede decir que la principal preocupación de la comunicación es el significado. Cuando hablamos sobre comunicación o cuando nos comunicamos usamos con frecuencia la palabra "significado". Buscamos otras palabras para expresar lo que queremos decir, preguntamos a otros lo quieren decir, criticamos a los escritores noveles por no expresarse claramente, nos preocupamos por los "significados ocultos" de los mensajes que enviamos y recibimos. Nos preguntamos: ¿Qué significa esto para mí?, ¿Tiene esto algún significado para usted?, ¿Puede imaginarse qué es lo que se quiso decir?. Para comprender el significado se debe conocer algunas definiciones de comunicación, así como teorías de comunicación, de las diversas teorías, para los objetivos de este trabajo tomaremos la teoría de comunicación que propone Berlo (1981).

### 3.2 DEFINICION DE COMUNICACION.

Revisando algunas definiciones, que se han hecho sobre la comunicación encontramos esta selección, elaborada por Ferrer(1982).

Schramm. El acto de la comunicación forma parte de la función viviente de la sociedad.

Arancuren. La comunicación como transmisión de información con vistas a una respuesta.

Ruesch. La comunicación es el único modelo científico que nos permite explicar, dentro de un mismo sistema, los aspectos físicos intrapersonales, interpersonales y culturales de los sucesos.

Berlo. Comunicación como un proceso dinámico que va hacia adelante sin punto de partida, ni punto final.

Shanon y Weaver. La comunicación es todo un proceso a través del cual una mente puede influir en otra mente.

Moles. La comunicación es un acercamiento global que quiere y puede ser la explicación total de nuestro mundo.

MacBride. La comunicación es esencialmente una facultad acumulativa, y cada nuevo lenguaje se suma al precedente sin eliminarlo.

Toda forma de energía que se ha convertido en generadora de comunicación es un estímulo colectivo de conocimiento. El alcance de éste se multiplica en la medida en que la misma comunicación lo torna más comprensible. Porque la comunicación es algo más que el



medio que transporta un mensaje; es el proceso que lo vuelve respuesta, cerrando el círculo significante que va del que habla al que escucha. Si las palabras son el reflejo de las cosas, la comunicación es el reflejo del entendimiento.

El lenguaje nació del deseo y de la necesidad de entenderse.

La comunicación nace de la necesidad y del deseo de hacer común lo que debe entenderse. Es forzoso recordar entonces , que las comunicaciones son producto del hombre y de la sociedad a que deben su vida misma. (Ferrer, 1982).

### 3.3 UN MODELO DE COMUNICACION.

Berlo (1981) nos dice, que toda comunicación humana tiene alguna fuente, es decir, alguna persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación.

Una vez dada la fuente, con sus ideas, necesidades, intenciones, información y un propósito por el cual comunicarse. Que este propósito tiene que ser expresado en forma de mensaje. En la comunicación humana un mensaje puede ser considerado como conducta física: traducción de ideas, propósito e intenciones en un código, en conjunto sistemático de símbolos. Para traducirse en código, el lenguaje, los propósitos de la fuente, se requiere de un tercer componente, un encodificador. El encodificador es el encargado de tomar las ideas de la "fuente" y disponerlas en un código, expresando así el objetivo de la fuente en forma de mensaje.

En la comunicación de persona a persona la función de encodificar es efectuada por medio de la capacidad motora de la "fuente": mecanismos vocales (que producen la palabra hablada, los gritos, las notas musicales, etc.); los sistemas musculares de la mano (que dan lugar a la palabra escrita, los dibujos etc.); los sistemas musculares de las demás partes del cuerpo (que originan los gestos del rostro y ademanes de los brazos, las posturas, etcétera). El medio o el conducto por donde se va a transmitir el mensaje, sería nuestro cuarto elemento el canal. Es exacto decir que los mensajes solo pueden existir en algunos canales, por esta razón la elección

del canal, es a menudo, un factor importante para la efectividad de la comunicación.

Hemos introducido, en cuanto a la comunicación, una fuente, un encodificador, un mensaje y un canal. Si nos detenemos aquí, ninguna comunicación se habrá producido. Para que ésta ocurra ha de haber alguien en el otro extremo del canal. Si tenemos un objetivo, encodificamos un mensaje y lo ponemos en uno u otro canal, habremos efectuado tan solo una parte de la tarea.

Cuando hablamos se hace necesario que alguien escuche; cuando escribimos alguien tiene que leerlos. La persona o personas situadas en el otro extremo del canal pueden ser llamadas el receptor de la comunicación, el blanco de ésta.

Las fuentes y los receptores de la comunicación deben ser sistemas similares. Si no lo son, la comunicación es imposible. Cabe dar un paso más y decir que la fuente y el receptor pueden ser (y a menudo lo son) la misma persona.

El último componente de la comunicación de acuerdo a este modelo, es el decodificador. Así como la fuente necesita un encodificador para traducir sus propósitos en mensajes, para expresar el propósito en un código, al receptor le hace falta un decodificador para retraducir, decodificar el mensaje y darle la forma que sea utilizable por el receptor.

De acuerdo a Berlo, éstos son los componentes de su modelo de comunicación:

1. La fuente de la comunicación.
2. El codificador.
3. El mensaje.
4. El canal.
5. El decodificador.
6. El receptor de la comunicación.

Existen otras propuestas, así como modelos de comunicación como lo propone Batenson / Ruesch (1984), Ricci Bitti (1990), sin embargo el que satisface nuestros requerimientos es el de Berlo (1981).

### 3.4 LA FIDELIDAD EN LA COMUNICACION.

Existiendo un propósito para la comunicación y una respuesta por producirse, el comunicador desea que su comunicación tenga alta fidelidad. La palabra fidelidad es empleada aquí en el sentido de que el comunicador ha de lograr lo que desea. Un codificador de alta fidelidad es aquel que expresa en forma perfecta el significado de la fuente. Un decodificador de códigos de alta fidelidad es aquel que interpreta el mensaje con precisión absoluta. (Berlo, 1981)

Shannon y Weaver (1949), al hablar de la fidelidad de la comunicación electrónica, introdujeron el concepto de ruido.

Identificamos al ruido como algo que distrae, que interfiere con otros mensajes. El concepto de Shannon y Weaver es similar a este significado común, definen los ruidos como factores que distorsionan la calidad de una señal.

Ruido y fidelidad son dos aspectos distintos de una misma cosa. La eliminación del ruido aumenta la fidelidad; la producción de ruido la reduce.

Retomando el modelo de comunicación de Berlo, mencionaremos algunos factores que pueden aumentar la fidelidad de la comunicación.

Una fuente de comunicación, después de determinar la forma en que desea afectar a su receptor, encodifica un mensaje destinado a producir la respuesta esperada. Existen, por lo menos, cuatro distintos factores dentro de la fuente que pueden aumentar la

fidelidad. Estos factores son:

- a) Sus habilidades comunicativas.
- b) Sus actitudes.
- c) Su nivel de conocimiento.
- d) La posición que ocupa dentro de un determinado sistema socio-cultural.

Brevemente mencionaremos a que se refiere cada uno de los factores antes mencionados.

Habilidades en la comunicación. Existen cinco habilidades verbales de la comunicación. Dos de éstas son encodificadoras: hablar y escribir. Dos son habilidades decodificadoras: leer y escuchar. La quinta es crucial, tanto como para encodificar como decodificar: la reflexión o el pensamiento.

Como fuentes-encodificadores nuestros niveles de habilidad comunicativa determinan de dos maneras la fidelidad de nuestra comunicación. En primer término, afectan nuestra capacidad analítica en lo que respecta a nuestros propósitos e intenciones, nuestra capacidad para poder decir algo cuando nos comunicamos.

Y en segundo lugar, afectan nuestra capacidad para encodificar mensajes que expresen nuestra intención.

Las actitudes. El segundo factor lo constituyen las actitudes de la fuente de comunicación, por actitud entenderemos la predisposición, las tendencias o deseos, ya sea de acercarse a otra persona, o de evitarla. Podemos decir que las actitudes de la fuente

afectan a la comunicación por lo menos en tres formas. Las actitudes que se asume con respecto a sí mismo, una autopercepción favorable facilita la comunicación, en cuanto que un concepto pobre de sí mismo la disminuye. El segundo factor lo constituye su actitud hacia el asunto de que se trata, para ejemplificar éste factor, conviene recordar que algunas firmas industriales no acostumbran contratar vendedores si no están convencidos de que ellos creen en el producto y habrán de tener actitudes favorables con respecto a éste.

Y por último la actitud de la fuente hacia su receptor, se refiere básicamente a ciertos prejuicios sobre el status y rol social que desempeñan emisor y receptor. Hay simpatía, afecto, o rechazo hacia las otras personas.

El nivel de conocimiento que posee la fuente con respecto al tema de que se trata habrá de afectar su mensaje. No se puede comunicar lo que no se sabe; no se puede comunicar, con el máximo de contenido de efectividad, un material que no se entiende. Por otra parte, si la fuente sabe "demasiado", si está "superespecializada", puede equivocarse en el sentido de que sus habilidades comunicativas especiales se hallan empleadas en forma tan técnica que su receptor no será capaz de entenderla.

El sistema socio-cultural. Ninguna fuente se comunica como libre agente sin estar influida por la posición que ocupa en un determinado sistema socio-cultural. Necesitamos saber su ubicación

en el sistema social, cuáles son los roles que desempeñan, que funciones debe llenar, cuál es el prestigio que ella y las demás personas le atribuyen. Tenemos que conocer el contexto cultural dentro del cual se comunica, sus creencias culturales y sus valores dominantes, las formas de conducta que son aceptables o no, exigidas o no por su cultura. Necesitamos conocer sus expectativas y las que otros tienen con respecto a la fuente.

La gente no se comunica igual cuando pertenece a clases sociales diferentes, y quienes poseen distintos antecedentes culturales tampoco se comunican de la misma manera. Los sistemas sociales y culturales determinan en parte la elección de las palabras que la gente usa, los propósitos que tiene para comunicarse, el significado que da a ciertos vocablos, su elección de receptores, los canales que utiliza, para uno u otro tipo de mensaje, etcétera. (Berlo, 1981) (Ricci Bitti, 1990).

Otro factor que afecta la fidelidad de la comunicación es el "mensaje". Hemos definido al mensaje como el producto físico verdadero del emisor-encodificador. Cuando se habla, se escribe o se gesticula, el resultado final lo constituye el mensaje. De éste tomaremos en cuenta tres factores en consideración:

- 1) El código.
- 2) El contenido.
- 3) La forma en que es tratado el mensaje.

Los factores antes mencionados tienen elementos y estructuras, cuando hablamos de estructura nos referimos a la forma en que



asignamos nombre a lo que conocemos, ya que es imposible hablar de algo que no tiene nombre. En nuestro idioma cada palabra tiene un significado, esa palabra esta constituida por elementos (vocales y consonantes) los cuales tienen que ser combinados en alguna estructura.

El código del mensaje. Se define como todo grupo de símbolos que puede ser estructurado de manera que tenga algún significado para alguien. Los idiomas son códigos; cada uno de ellos contiene elementos (sonidos, letras, palabras, etcétera) que están dispuestos en determinados órdenes y no en otros. Todo aquello que posee un grupo de elementos (un vocabulario) y es un conjunto de procedimientos para combinar esos elementos en forma significativa (una sintaxis) es un código. Si queremos saber si un conjunto de símbolos es un código, tendremos que aislar su vocabulario y verificar si existen formas sistemáticas (estructuras) para combinar los elementos.

Cada vez que codificamos un mensaje hemos de tomar ciertas decisiones con respecto al código que habremos de usar. En primer lugar, tenemos que decidir: a) qué código, b) qué elementos de éste, y c) qué método de estructuración de los elementos del código habremos de seleccionar. En segundo término, al analizar la conducta de comunicación, los mensajes, necesitamos comprender en nuestro análisis las decisiones de la fuente con respecto al código.

El contenido del mensaje. Es el material del mensaje que fue seleccionado por la fuente para expresar su propósito. La afirmación de una argumentación o su contrario, determina la estructura del contenido.

El tratamiento del mensaje. Son las decisiones que toma la fuente de comunicación al seleccionar y estructurar los códigos y el contenido. Al presentar un mensaje para expresar su propósito, la fuente está facultada para seleccionar una u otra información, uno u otro conjunto de afirmaciones o de evidencias. Puede disponer su contenido de una u otra manera, repetir una parte de éste, resumirlo todo al final, o bien omitir una parte y dejar que su receptor la complete si éste lo desea. En relación a este punto no debemos olvidar, que cuando decodificamos mensajes hacemos inferencias en cuanto al propósito de la fuente, a sus habilidades comunicativas, sus actitudes hacia nosotros, su grado de conocimiento y su posición. Tratamos de establecer que tipo de persona puede haber emitido esta clase de mensaje. A menudo podemos determinar cuál fue el propósito de la fuente, su tipo de "personalidad", que objetos valora, y lo que para él carece de valor. Podemos hacer y hacemos todas estas clases de inferencias habiendo observado la forma en que la fuente trata su contenido y su código. Es riesgoso sacar conclusiones con respecto a la fuente basándonos en el análisis de sus mensajes. En la situación de entrevista, durante su desarrollo, se aconseja de manera constante que el terapeuta evite interpretaciones tempranas.

En términos de comunicación diríamos que, Aun tratándose de

verdaderos expertos en lo que respecta a los factores que influyen en la comunicación, se equivocan en las inferencias que hagan. La gente que no es experta, se equivoca de manera más sistemática. Es aconsejable proceder con extrema cautela, sobre todo cuando hacemos inferencias sobre las intenciones de la fuente.

El canal. Se refiere básicamente a los sentidos que elige el receptor-decodificador: ver, oír, tocar etcétera. Sobre la elección sobre cual es el mejor canal (órgano sensorial) para enviar el mensaje, estará determinado por el mensaje mismo.

Si tomamos en cuenta los factores brevemente mencionados, podemos intentar que nuestro proceso de comunicación sea más efectivo.

(Berlo, 1981) (Ricci Bitti, 1990).

### 3.5 EL SIGNIFICADO.

Al inicio del presente capítulo, mencionábamos que el concepto de significado es esencial para la comunicación. Los significados surgen de forma paralela al desarrollo de las diversas formas de lenguaje, sobre el origen del lenguaje existen más especulaciones que teorías formales, Thordinke (1943) resumió la mayor parte de las especulaciones que se hicieran sobre el origen del lenguaje añadiendo a ella su propia opinión. En su artículo "los orígenes del lenguaje" enumeró cuatro grupos de hipótesis sobre la base del uso del sonido hecho por el hombre para expresar sus ideas.

Los nombres de estas teorías son: ding-dong, bow-wow, pooh-pooh y yum-yum y tratan de explicar el origen del lenguaje. (Berlo, 1981)

Para complementar mencionaremos que Osgoog (1980) hace mención de la "teoría imitativa" y la "teoría de las interjecciones". Que también pretenden explicar el origen del lenguaje.

Las conclusiones de Thordinke acerca de estas teorías, es que ninguna resuelve o explica el origen del lenguaje, pero interesantes en cuanto a lo que ciertas suposiciones se refiera:

1. El hombre creó los sonidos con el fin de que significaran algo para él.
2. Creó estos sonidos de tal manera que estuvieran relacionados con significados que él ya poseía.
3. La creación fue un acto del hombre, y no de origen divino.

Thordinke expone su propia teoría sobre el origen del lenguaje, a la que llamo "Teoría del balbuceo por azar".

La teoría de Thordinke, Teoría del balbuceo por azar. Las investigaciones indican que todos los niños emiten sonidos, balbucean. Esta producción de sonidos parece ser recompensatoria en sí. Sin duda, los padres recompensan la emisión de sonidos en el infante. Gradualmente, el infante aprende un lenguaje, el desarrollo del balbuceo y de la emisión de sonidos es análogo en el infante al desarrollo del lenguaje en sí, en la historia del hombre. Supongamos que el hombre del pre-lenguaje balbuceara con frecuencia. Lo hacía mientras trabajaba con los objetos físicos de su existencia, con el tiempo, ciertos sonidos (balbuceos) eran emitidos por casualidad (azar) al ser tocados o manipulados determinados objetos. Una vez más, con el andar del tiempo, por casualidad, los hombres se oyeron a sí mismos emitiendo ciertos sonidos cuando manejaban determinados objetos. Después de mucho tiempo, estos sonidos se hicieron relativamente fijos o permanentes. Puede que el hombre descubriera que podía emplear estos sonidos como sustitutos para los objetos. Obtuvo una respuesta de los demás hombres al utilizar ciertos sonidos, esta respuesta fue recompensatoria para él: aumentó su capacidad para influir en su medio ambiente y en sus congéneres. Gradualmente, los hombres comenzaron a responder a determinado conjunto de sonidos en forma similar, empezaron a dar respuestas similares a estos símbolos orales. (Berlo, 1981) (Osgood, 1980).

Podemos concluir de esto que: "Símbolos significantes, son símbolos que producen respuestas similares en más de una persona".

El lenguaje incluye un conjunto de símbolos significantes,

(vocabulario) y los métodos significantes para combinar esas unidades (una sintaxis). Una gramática es la descripción de las características de la estructura del lenguaje.

Uno de los valores resultantes de la teoría del "balbuceo por azar" con respecto al origen del lenguaje es que se crea la existencia de alguna relación "correcta" o "necesaria" entre los símbolos y los objetos. (Osgood, 1980)

Utilizamos el lenguaje para expresar y producir significados. Ésta es su función. El significado es inherente a la propia definición del lenguaje. Al referirnos al proceso de comunicación, y al tratar de enseñar técnicas de comunicación, el significado es y debiera ser nuestro principal objeto de estudio.

Sobre todo con las implicaciones psicológicas que lleva su adquisición y uso en la sociedad.

El significado implica un proceso de aprendizaje, el cual le va a dar un toque muy personal lo que implica que cada individuo lo va a determinar para sí mismo. La comunicación no puede ser satisfactoria si usamos las palabras para nuestro propósito particular sin consistencia alguna o uniformidad en sus significados. Afortunadamente el hombre se ha dado cuenta de la importancia de establecer una serie de normas y principios por los cuales el significado presenta cierta uniformidad y alguna dimensión pública de éste.

### 3.6 EL SIGNIFICADO DENOTATIVO.

Cuando a los niños se les enseña a hablar, y en particular que aprenda un significado, generalmente expresamos el término cuando el objeto mismo está presente. Decimos mamá y señalamos hacia la madre del niño. pronunciamos mesa señalando dicho objeto. Llamamos la atención del sobre una relación entre estos nombres y los objetos que están denominando. Osgood(1976), Berlo (1981).

Las relaciones entre dichos vocablos y los correspondientes objetos, adquieren sentido. Para decirle a alguien lo que la palabra significa, señalamos hacia el objeto que representa. Si el lenguaje se desarrolla y si nosotros nos comunicamos, toda la gente que usa ese lenguaje debe estar de acuerdo con esta relación palabra-objeto.

Ésta es una dimensión del significado. Es la que actualmente existe entre la gente; podemos abstraerla y generalizar sobre ella para todos los usuarios de un determinado lenguaje.

Llamamos a esta clase de significado "denotativo" o "referencial". Decimos que la palabra "pelota" denota o se refiere al objeto pelota; la palabra "correr" denota o se refiere al proceso de correr, etc.

Definimos el significado denotativo, como una relación signo-objeto.

Si tomamos en cuenta que el receptor debe estar enterado de la relación signo-objeto y que la palabra misma no puede dársela, aumentamos la claridad de nuestros mensajes. En la conversación

cara a cara, la manera de aclarar el significado denotativo, es señalando el objeto a que nos referimos.

Cuando describimos, no podemos señalar directamente el objeto de referencia, sin embargo, lo indicamos de manera aproximada colocando en escala modelos del objeto sobre el cual hablamos.

Al dar instrucciones podemos dibujar una imagen del objeto, o reproducimos el proceso completo. Cabe recurrir al uso de ilustraciones: imágenes, mapas, dibujos, etcétera. Cuando seleccionamos estos recursos visuales usamos la facultad denotativa de nuestras palabras como criterio: las palabras difíciles requieren ilustración; las palabras fáciles no lo necesitan.

Cuando usamos palabras denotativamente estamos tratando de nombrar algo en el mundo físico. Estamos diciendo que algo existe y que vamos a hablar de ello, o al menos a referirnos a ello. Podemos decir, por lo tanto, que el significado denotativo se encuentra comprometido con la realidad física, la existencia de los objetos en el mundo físico. El dominio de la denotación es la realidad física.



### 3.7 EL SIGNIFICADO CONNOTATIVO.

El manejo del significado como tal, parte del principio de que todo proceso de adquisición de habilidades cognitivas, tienen como base los procesos de aprendizaje. Esto permite la uniformidad en el manejo de la información, en un determinado grupo social, con posibilidades de generalizarlo a otros.

El lenguaje tiene significados comunes, para un gran número de términos de este. Tales significados comunes pueden referirse:

1) al objeto que la palabra denota, o 2) a la relación formal que, como lo demuestra la palabra, existe entre dos o más términos. Osgood (1976), Berlo (1981).

Una buena cantidad de los significados nunca son demasiados públicos, siguen o toman características personales. Los significados para ciertas palabras varían mucho entre la gente. Cuando utilizamos algunas para las cuales tenemos significados vagos o extremadamente personales, llamamos a estos significados "connotativos". El connotativo es un significado primitivo, que nunca supera el estadio del aprendizaje personal, estos significados son configurados por nuestra cultura y el sistema social en el que nos desenvolvemos, pero son en alto grado personales.

El significado connotativo es, una relación entre signo y un objeto, pero envuelve a las personas más que otros tipos de significados.

Lo definimos como una relación entre un signo, un objeto y una persona. (Schramm, 1975) (Osgood, 1976) (Berlo, 1981)

El significado connotativo, está orientado hacia las personas. Cuando utilizamos palabras que son altamente connotativas debemos poner una atención especial para asegurarnos de que nuestro receptor habrá de significar algo mediante ellas, preferiblemente lo que nosotros intentamos que signifique.

El significado connotativo es el más estrechamente relacionado con la experiencia personal. De hecho, se dice, que no está comprometido con la realidad física o formal, sino con la realidad social. Proviene de la experiencia personal de la gente que utiliza y está íntimamente vinculado con las características que conforman al usuario.

Podemos ofrecer una clase de ejemplo de significado connotativo a partir de palabras que utilizamos como vagas aproximaciones hacia otras palabras para las cuales tenemos significados denotativos precisos. Tomemos palabras tales como "alto", "bajo" y "grande".

Podemos siempre sustituirlas por otras palabras que tienen una referencia específica; sin embargo las palabras sustitutivas difieren a menudo y radicalmente de persona a persona. La palabra "alto" va a estar en función de la propia altura física de la persona que se trate.

Otro ejemplo de significado connotativo comprende palabras que no informan mucho con respecto al mundo, pero que dicen bastante acerca de las personas que las emplean; hasta indican sus valores, juicios, actitudes, etcétera.

Las palabras que designamos como connotativas siempre nos dicen algo sobre la estructura orgánica del usuario de ellas.

Palabras tales como "bueno", "deseable", "amable", "ingrato" y "hermoso" se encuentran en íntima relación con las personas que las emplean; los significados que tenemos para ellas varían ampliamente entre diferentes personas. Estas palabras nos causan dificultades en la comunicación. Las usamos con frecuencia porque nos queremos introducir en nuestros mensajes, formar parte de ellos; sin embargo, si no tenemos cuidado, dejamos de comunicar al receptor precisamente nuestras intenciones. Palabras tales no le dicen al receptor cómo es el mundo. No le dicen lo que ciertos acontecimientos significan para él. Solamente le expresan que a la fuente le agradan o desagradan ciertos acontecimientos, que la fuente piensa que son buenos o malos.

Muchas veces no es éste el propósito de la fuente; en tal caso, debiera evitar el uso de tales términos. Si su intención es comunicar sus propias actitudes y sus sentimientos, debe elegir con cuidado las palabras, no solo las que tienen ciertos significados evaluativos para él, sino las que a su juicio tienen significados similares para el receptor.

Los términos connotativos no se refieren en principio a la cualidad de un objeto, sino a la estructura del organismo, a las respuestas del individuo que percibe el objeto. Cuando decimos "es un buen espectáculo", no estamos describiendo éste; solo expresamos que nos agradaba estar presenciándolo.

Cuando afirmamos de alguien que tiene una personalidad desagradable, no estamos describiendo a la persona; manifestamos tan solo que nos desagradaba.

Una de las razones del carácter privado de los significados connotativos es que describe nuestros propios sentimientos, ante la presencia de un acontecimiento u objeto externo. Los significados connotativos son, en parte, manifestaciones de nuestros sentimientos, de nuestras creencias, en relación con objetos físicos. (Osgood,1976) (Berlo,1981).

### 3.8 EMPATIA.

Toda comunicación humana implica predicciones por parte de la fuente y del receptor con respecto a la forma en que los demás habrán de responder al mensaje. Todo comunicador lleva consigo una imagen de su receptor, tiene en cuenta a éste (tal como imagina que debe ser) al emitir un mensaje, prevé las respuestas posibles de su receptor y trata de predecirlas antes de tiempo. Estas imágenes afectan la conducta de su propia imagen. Por ejemplo, un productor de cine posee una imagen del aficionado al cine. Los periódicos tienen expectativas sobre la forma en que los lectores habrán de reaccionar ante los mensajes. El desarrollo de expectativas en el receptor por parte de la fuente tiene su contraparte en el desarrollo de expectativas en la fuente por parte del receptor. Los receptores tienen, a su vez, expectativas con respecto a las fuentes.

Los receptores de la comunicación seleccionan y atienden los mensajes, en parte, debido a las imágenes que se han formado de las fuentes y a sus expectativas con relación a este tipo de mensaje que estas fuentes habrán de emitir. El público posee una imagen de las corporaciones de negocios, de los dirigentes sindicales, de los maestros, doctores etcétera.

Como fuentes y receptores llevamos con nosotros nuestras propias imágenes y un conjunto de expectativas sobre los demás. Utilizamos estas expectativas para encodificar, decodificar y responder a los mensajes. tomamos en cuenta a los demás al encuadrarlos; los

construimos para influir sobre un receptor, pero nuestras expectativas con respecto a éste influyen en nosotros y en nuestros mensajes.

Utilizando mensajes llegamos a "conocer" a otros hombres, a conocernos a nosotros mismos. Creemos que podemos comprender en parte lo que está ocurriendo dentro de otra persona. Desarrollamos expectativas sobre lo que está sucediendo dentro de los demás y sobre lo que ocurrirá en nuestro interior.

Cuando afirmamos que "conocemos" a alguien queremos decir algo más que reconocerlo físicamente al verlo. Queremos decir que podemos predecir acertadamente que creará ciertas cosas y no otras, que se conducirá en cierta forma y no en otra, que reaccionará de determinada manera y solo así.

Cuando expresamos que "conocemos" a alguien, incluyéndonos a nosotros, estamos diciendo que entendemos la forma en que ese alguien actúa como entidad psicológica, como una persona con pensamientos, sentimientos, emociones, etcétera. Al hacer estas predicciones tenemos las conductas físicas como datos básicos. Cada uno de nosotros percibe la forma en que se conducen los demás, conductas que pueden ser observadas, que son manifiestas, públicas. Las expectativas, el "conozco" a la persona, presupone algo más esto. Implica las conductas privadas del hombre, sus respuestas encubiertas, sus estados internos, sus creencias, sus intenciones. Cuando desarrollamos expectativas, cuando hacemos predicciones, estamos suponiendo que poseemos habilidad en lo que los psicólogos llaman empatía.

Empatía, la facultad de proyectarnos en la personalidad de otros. (Berlo, 1981).

El diccionario de psicología. (F.C.E. 1983) nos dice que empatía es: Proyección imaginaria o mental de sí mismo, en los elementos de una obra de arte o de un objeto natural. Estado mental en que uno mismo se identifica o siente el mismo estado de ánimo que otro grupo o persona.

La teoría de la empatía basada sobre la inferencia, y la teoría del desempeño de rol, son dos teorías admitibles y compatibles con la evidencia de la investigación. Y posiblemente en un futuro no muy lejano, nos proporcionen una respuesta adecuada, y la comunicación empática será mejor comprendida y de mayor utilidad para los profesionales que utilizan procesos de comunicación.

Cabe definir la empatía como el proceso a través del cual llegamos a las expectativas, a las anticipaciones de los estados psicológicos del hombre. (Berlo, 1981)

Teoría de la empatía basada sobre la inferencia (Asch, 1965) Esta teoría se halla psicológicamente orientada. Sostiene que el hombre puede observar su propia conducta física directamente y relacionarla de manera simbólica con sus propios estados psicológicos internos: sentimientos, pensamientos, emociones, etcétera. A través de este proceso el hombre llega a tener significados (interpretaciones) para su propia conducta física. Desarrolla un concepto del yo, por sí mismo, basado en las

observaciones e interpretaciones de su propia conducta.

Teniendo un concepto de sí mismo, se comunica con las demás personas. Observa sus conductas físicas. Basándose en las interpretaciones que hiciera anteriormente de sí mismo, lleva a cabo inferencias sobre los estados internos de los demás. En otras palabras, razona consigo mismo que si, por su parte la conducta represento tal o cual sentimiento, una conducta similar por otra persona ha de representar el mismo sentimiento.

Esta manera de considerar la empatía supone que el hombre posee un conocimiento directo de sí mismo y un conocimiento indirecto acerca de los demás. Sostiene que el hombre posee la capacidad de comprenderse a sí mismo, a través del análisis de sus propias conductas. Apoyándose en estos análisis puede hacer inferencias acerca de las demás personas, sobre la base de las similitudes entre la conducta de éstas y la suya propia.

Teoría de la empatía basada en el desempeño de rol. (Asch, 1965)

Esta teoría sostiene que el recién nacido no puede distinguir entre él y los demás, ni entre una y otra persona. Para desarrollar el concepto de sí mismo, el niño necesita primero verse como un objeto; tiene que actuar hacia sí mismo en igual forma en que actúa hacia los demás objetos, hacia las restantes personas. En otras palabras el concepto de "sí mismo" no precede a la comunicación sino que se desarrolla a través de ésta.

El niño pequeño pone de manifiesto mucha conducta imitativa. Observa la conducta de las demás personas, trata de repetir esta



conducta lo mejor que puede. Una parte de la conducta que imita está dirigida hacia él. Su madre emite sonidos (habla) en su presencia; comienza a imitar a estos sonidos. El padre hace gestos con el rostro (sonríe) en su presencia; comienza a imitar estos movimientos faciales.

Al imitar conductas que están dirigidas a él, el niño empieza a actuar hacia sí mismo en igual forma en que otros actúan hacia él, pero carece de interpretaciones y de significados para estas acciones. Éste es el principio de la asunción de rol, el principio del desarrollo de un concepto de "sí mismo".

En la primera etapa de la asunción de rol el niño desempeña, en realidad los roles de otras personas sin interpretarlos. Imita la conducta de otros, al hacerlo es recompensado por estas respuestas de asunción de rol y las retiene a causa de ello.

A medida que el niño se desarrolla, aumenta su conducta de desempeño de rol. Actúa cada vez más hacia sí mismo, en igual forma en que los demás actúan hacia él. A la vez, aprende a producir y a manipular un conjunto de símbolos, que tienen significado tanto para él como para los demás. Provisto de un conjunto de símbolos significantes, el niño puede ahora empezar a comprender los roles que asume. Puede comprender también la forma en que las demás personas se conducen con respecto a él. Le es dado empezar a ponerse realmente en el lugar de los demás, a verse a sí mismo como lo ven los otros. Ésta es la segunda etapa de la asunción de roles, en la cual el niño desempeña los roles de los demás, pero esta vez comprendiéndolos.

A medida que el niño madura se ve envuelto en asunciones de roles más complejas. Comienza a tomar parte en juegos con varias personas. Al hacerlo el niño tiene que asumir un gran número de roles al mismo tiempo. En el juego del escondite ha de ponerse en el lugar de la persona a quien le "toco" y tiene que asumir simultáneamente los roles de todos los demás niños que se están escondiendo. Pero resulta imposible desempeñar físicamente todos estos roles, el niño no es capaz de imitar todas las conductas antes descritas. Puede, sin embargo, a través de la utilización de símbolos, hipotetizar lo que siente al conducirse como los demás niños. Infiere sus roles los desempeña en su propia mente, en lugar de desempeñarlos físicamente. Esta es la tercera etapa de la asunción de un rol, en la cual el niño comienza a colocarse simbólicamente en el lugar de otros en vez de hacerlo físicamente.

Al analizar las teorías descritas, podemos concluir lo siguiente: La teoría de la inferencia supone un concepto del "sí mismo" y sugiere que empatizamos al utilizar el concepto de sí mismo para hacer inferencias sobre los estados internos de los demás. La teoría de la inferencia sugiere que el concepto de sí mismo determina la forma en que empatizamos. La teoría de la asunción del rol sostiene lo contrario. Sugiere que el concepto de "sí mismo" no determina empatía. Más bien, que la comunicación produce el concepto del "sí mismo" y que el desempeño de un rol permite la empatía.

Ambas teorías confieren gran importancia a la naturaleza del lenguaje, a los símbolos significantes en el proceso de la empatía y en el desarrollo de un concepto de "sí mismo".

Carl R. Rogers (1969). En su obra "Psicoterapia centrada en el cliente" establece, la empatía se instrumentaliza como hipótesis básica.

"Donde la función del consejero, sería la de asumir en la medida de lo posible, el marco de referencia interno del cliente para percibir el mundo tal como éste lo ve, para percibir al cliente tal como él mismo se ve, dejar de lado todas las percepciones según un marco de referencia externo, y comunicar algo de esta comprensión empática al cliente".

Se hace énfasis en la idea de comprender al cliente tal como se ve a sí mismo. En términos psicológicos, la finalidad del consejero es percibir tan sensible y agudamente como sea posible la totalidad del campo perceptual tal como lo experimenta el cliente, con las mismas relaciones de figura-fondo.

## CAPITULO IV. LA ANGUSTIA COMO FACTOR DE DISTORSION AL SIGNIFICADO EN LOS PROCESOS DE COMUNICACION

### 4.1 POSIBLES FACTORES QUE DISTORSIONAN LA COMUNICACION.

- A) PERSONALIDAD
- B) LA PSICOTERAPIA
- C) EL SIGNIFICADO

Todo proceso humano tiene una cara interna y otra externa. La comunicación y los procesos de aprendizaje también. Los problemas planteados por la transmisión de mensajes no emergen solo entre las palabras que se emiten o entre los conceptos que se aprenden.

Por detrás del conflicto externo existen conflictos internos en los individuos, en los grupos y en la sociedad.

No sólo los conflictos observables son los reales, para comprender el proceso de comunicación, y las causas por las que no se establece, habrá que adoptar una visión más global y considerar los aspectos internos (no observables) en conjunción con los externos. Si, como dice Berlo, (1981) aprendizaje y comunicación son un mismo proceso, no podemos descuidar los aspectos inconscientes o conscientes que entran en juego. Así, una comunicación no sólo consta de un aspecto informativo o cognoscitivo.

Existe un aspecto emocional que colorea la información y puede estar en contradicción con su contenido, es el estilo de la comunicación.

Durante el proceso de la comunicación entre los seres humanos hay fines conscientes y no conscientes en toda conducta; a nivel psicosocial hablamos de intencionalidad de la conducta; la intencionalidad de la comunicación -que debemos añadir al aspecto informacional y de estilo- se refiere a la intención consciente o inconsciente de establecer un cierto tipo de relación psicológica entre el emisor y el receptor. Se da en todas las formas de relación interpersonal. La entrevista inicial empieza con una intencionalidad, tanto por parte del emisor, como del receptor, alternándose los roles. Intencionalidad que puede encontrarse, también, en contradicción con su contenido cognoscitivo informacional.

No es intención de este trabajo establecer contradicciones o polémica sobre las teorías o modelos del proceso de la comunicación, como tal. Lo que tratamos de señalar es una posible causa o causas, por la que el proceso de comunicación no se establece en un porcentaje deseado, las posibles causas por la cual la información tiende a distorsionarse en su efecto final, y que por tal motivo no se obtienen los resultados adecuados del intercambio de información, que se desean durante el desarrollo de los diversos procesos psicológicos, que se observan durante el desarrollo de la entrevista.

La propuesta del presente trabajo, es la de considerar ciertas características de la expresión verbal, relacionadas con la posible presencia de un cuadro de angustia, que son factores que van a distorsionar el proceso de comunicación. Y es durante el desarrollo y proceso de la entrevista, donde mejor podríamos observar los factores de distorsión, que constituyen los elementos de mi propuesta.

A) La personalidad como factor de distorsión al proceso de comunicación.

Uno de estos factores que van a ser elementos de distorsión, lo constituye la "personalidad", la argumentación a esta propuesta es la siguiente: Dependiendo de la cultura que se trate, la adquisición de los elementos que constituyen la formación de la personalidad, están supeditados, al conocimiento que cada individuo tiene, de la forma de ser, y la forma de vida que se tiene en su país de origen. Hay que considerar los regionalismos dentro de ese mismo país, que en ocasiones parecen separar a los pueblos, de manera abismal. (ideología, religión, etc.)

En la adquisición y desarrollo de su personalidad, el individuo en general, tiene una imagen generalizada de las características culturales y sociales, tiende a aceptar y a tolerar ciertas conductas que son afines a todos. Se permite el cambio de opiniones, acerca del trabajo, de los deportes, de los vecinos, de su lugar de residencia, etcétera., consciente de que tales acciones

se le permiten siempre que aumenten su bienestar dentro de límites socialmente aprobados. Podemos agrupar tales conductas adaptativas bajo los rótulos de independencia, autosuficiencia, moderación, cooperación con los otros y preparación para el cambio. Un individuo que actúa de acuerdo con el sistema prevaleciente interpreta los mensajes que le llegan y los envía teniendo en cuenta, inconscientemente, tales directivas. En este caso estará "bien adaptado". Y puede manejar el conflicto, sea intrapersonal, interpersonal o con el ambiente.

Si la personalidad está "bien adaptada", el proceso de comunicación debe ser aceptable con un mínimo de interferencia.

Podríamos esperar que personalidades "bien adaptadas", en proporción con las "mal adaptadas", difícilmente acuden a tratamiento clínico, por lo tanto de entrada debemos de esperar en las personas que acuden a solicitar un servicio psicológico, se presenten problemas en el proceso de comunicación, o por lo menos estar atento a los factores que puedan distorsionar la misma. Independientemente del conflicto o la razón de la solicitud del servicio psicológico, reitero, debemos esperar distorsión o un bajo nivel en los procesos comunicativos.

Considerando de manera intrínseca a la personalidad misma como un factor de distorsión al proceso de comunicación, debemos de observar así mismo la personalidad del entrevistador o terapeuta en función de su adaptación al medio en el que se desarrolla profesionalmente. Ya que el "ruido" en la comunicación puede

aparecer tanto en el emisor como en el receptor. En este nos referimos al terapeuta, el cual, sí por el lugar y posición que ocupa dentro de su sistema socio-cultural, no abre los canales adecuados, y su actitud no es de igual (En función del proceso de comunicación) no se podrá establecer un intercambio de información de calidad.

Nos estamos refiriendo de manera particular al encuentro de dos personalidades diferentes, en ocasiones diametralmente opuestas, que se reúnen con un objetivo común, la intervención psicológica en alguno de sus campos, digamos el caso de la entrevista, donde la calidad de la comunicación es de suma importancia. Por ejemplo, durante el desarrollo de una entrevista, una personalidad "flexible" y "liberal", tiene que establecer comunicación con alguien "rígido", "conservador", ya sea que dicho rol, lo desempeñe el entrevistador o el entrevistado, esta situación en sí, va a dificultar el proceso de comunicación y a producir el efecto de ruido, si no se establece esa igualdad comunicativa, que se espera preferentemente en el entrevistador o psicólogo.

B) Un segundo factor a considerar, como posible elemento de distorsión al proceso de comunicación, es la forma de llevar el proceso de psicoterapia y los resultados que de ella se espera obtener, por parte de algunos psicoterapeutas.

Consideremos la relación psicoterapéutica, como el proceso por el cual las personas con problemas de comunicación, y que según Ruesch (1984) no "sabe vivir", que no está "bien adaptada", que siente



fracaso -eventualmente los pacientes- busca mejorarse, y aquellos que creen conocer lo que se refiere a dichos fracasos -los terapeutas- procuran producir la mejoría. Al intercambio que ocurre entre paciente y terapeuta y a los sucesos que tienen lugar en tales circunstancias se les llama psicoterapia.

Es conveniente comentar, que consideramos de vital importancia para que se establezca un adecuado nivel de comunicación, que al solicitar o buscar inicialmente establecer la relación psicoterapéutica, está debe ser solicitada de manera directa (preferentemente a la indirecta). Que se diseñen los lineamientos que permitan establecer de manera directa un canal de comunicación donde el paciente nos demande o solicite dicha asistencia. Para que el proceso y desarrollo de la psicoterapia presente menos factores de distorsión y la información provenga de la fuente original.

Lo que cuenta para aquel que sufre es el sentimiento de que los fracasos disminuyen, y para quien lo ayuda, el conocimiento de que se está operando tal cambio. El sentimiento de alivio experimentado luego de una comunicación exitosa influye en la gente de tal forma que comienza a buscar la compañía de otros, para comunicarse. De manera que el psicoterapeuta que trabaja bajo el esquema de una institución social, debe tener muy claros sus objetivos personales, tanto los profesionales, los de prestigio como los económicos. Ya que de no estar resueltos estos, tendrá un efecto directo sobre el proceso de comunicación.

El psicoterapeuta estudia la conducta humana con la clara conciencia de que no sólo está interesado en el estudio y observación de las acciones de la gente, sino específicamente en aquellas conductas que probablemente la terapia pueda cambiar. Y permitan al individuo comunicarse socialmente.

La escuela de psiquiatría de Washington por ejemplo, se basa en la premisa de Sullivan, según la cual, más que las estructuras intrapsíquica del paciente, la psiquiatría moderna debe ocuparse de las relaciones interpersonales. Dando una importancia relevante al proceso de comunicación.

Y no todos los psicoterapeutas consideran importante, investigar el proceso de comunicación del paciente. Que finalmente va a ser su modo de manifestar su mejoría. (Batenson / Ruesch, 1984).

Los cambios que se producen durante la terapia, como parte de los resultados de la misma, debe reflejarse en cambios de los significados del paciente para esos conceptos importantes, que, a su vez, se reflejarían en los juicios en el diferencial semántico. Esto es, hasta donde el valor de un significado va a cambiar como consecuencia de la psicoterapia, por ejemplo, el adjetivo "estable", ó "equilibrio" no tienen el mismo significado al inicio de la terapia, que al final de la misma. Otro ejemplo para aclarar la idea anterior sería, la referencia que me hacia un paciente, que al inicio de la psicoterapia, consideraba que ser "auténtico" consistía en responder lo más rápido posible de un modo conductual ante un estímulo o situación particular; Al final de la

psicoterapia el significado de "autentico" se refería a comportarse de acuerdo a sus ideas, creencias, y filosofía de la vida del paciente.

Si al final de la psicoterapia, el cambio del significado es diferente, sin importar en que medida dicho cambio sea "positivo", o "negativo", en relación a su significado inicial.

Estamos hablando de que efectivamente, al inicio la psicoterapia en sí, por las expectativas que esta causa, por la angustia, por la utilización de mecanismos de defensa, la relación terapéutica puede considerarse por sí misma, a su inicio, un posible factor de distorsión para la comprensión del significado, ya sea connotativo o denotativo, para considerarla efecto de distorsión, la condición es que no exista una consistencia en la expresión y utilización del significado inicial, en relación al significado que le daría al final del proceso terapéutico.

C) EL Significado como factor de distorsión al proceso de la comunicación.

Como podemos establecer que tanto el terapeuta y el paciente tiendan a significar lo mismo, que por ejemplo la palabra "moral" tenga la misma implicación de significado para ambas partes. La única respuesta sería preguntarle al paciente si efectivamente tiene para él la misma significación. Y un procedimiento que se sugiere es la de utilizar el llamado "diferencial semántico".

Sin olvidar a la semántica como la disciplina que estudia el cambio de significación de las palabras.

Y donde de acuerdo a la clasificación que da Charles Morris. (Osgood, 1976) se refiere al interés del psicólogo por investigar el papel del sistema de conducta del organismo que interviene en la relación entre signo y significados. O, para decirlo de otra manera, el psicólogo está interesado en definir ese estado o proceso mediacional distintivo que aparece en el organismo cuando se recibe (decodifica) o produce (codifica) un signo. Hay que señalar que las teorías psicológicas del significado difieren entre sí en cuanto a la naturaleza de este proceso o estado distintivo. En el capítulo anterior se habló del significado.

Osgood, (1976) en su obra "La medida del significado" en su versión española, nos indica que los estudios del diferencial semántico, fueron desarrollados, más o menos "casualmente" a partir de la investigación experimental realizada en otros campos afines. El diferencial semántico es esencialmente una combinación de asociaciones controladas y procedimientos de escala. La clave del método radica, en la selección de la muestra de términos polares descriptivos. Dando por hecho, que existe un alto grado de afinidad en el establecimiento de dicha polaridad, las más comunes: Fuerte-débil, realista-idealista, y feliz-desgraciado.

Los resultados de esa investigación, permitieron establecer una relación en el diferencial semántico, con la metáfora de manera evidente. Se dice que un hombre feliz se siente "alto", Un hombre

desgraciado "bajo"; el pianista recorre "arriba" y "abajo" la escala desde las agudas a las bajas; las almas viajan hacia "arriba" al buen lugar y hacia "abajo" al mal lugar; la esperanza es "blanca" y la desesperación "negra". El aprendizaje de una cultura verbal, previo, tanto del terapeuta como del paciente, va a ser factor determinante, para el establecimiento de una igualdad semántica. Una posible solución, que nos permita reducir al significado como factor de interferencia, sería la de adoptar el diferencial semántico como una técnica alternativa, para igualar significados. A través de establecer las posibles polaridades, de las comunes a las complicadas. Esta sugerencia no pretende ser la solución ideal, pero sí una alternativa para reducir el significado como factor de distorsión al proceso de comunicación.

Siempre en los libros de Psicología y Psiquiatría, se da por sentado una igualdad semántica entre el terapeuta y el paciente, durante el proceso de comunicación durante el desarrollo de la entrevista o de la práctica clínica en general.

Considero se debe reflexionar y cuestionar si esto es realmente así. Porqué de no ser así, sumando todas las entrevistas que se dan a lo largo de un proceso terapéutico, todas las posibles diferencias de interpretación semántica, tanto en la fuente como en el emisor, nos dará como resultado que el proceso de comunicación es muy deficiente.

#### 4.2 DISTORSION AL SIGNIFICADO DENOTATIVO, CONNOTATIVO Y A LA EMPATIA.

En el capítulo II. de este trabajo, nos referimos al concepto de angustia, se mencionaba entre otros aspectos, que cuando se habla de un cuadro de angustia, o de un estado de ansiedad, básicamente hablamos de una neurosis cuya síntomas manifiestan una ansiedad patente. Este síndrome no revela ninguno de los mecanismos más complicados que encubren, desplazan o simbolizan el conflicto. Las diversas manifestaciones de la ansiedad como son los sentimientos aprensivos, las situaciones de miedo o de temor, son expresadas de manera verbal generalmente (no se descartan las manifestaciones somáticas) desde la primera entrevista y en las siguientes.

En el cap. 1. decíamos que la angustia también se entiende como una emoción, lo cual resulta más difícil tratar de expresarlo a través de una manera verbal, ya que hablamos de algo subjetivo, algo que no se ve, la única de forma de hacerlo es utilizando lo que conocemos como significados connotativos, donde es de gran importancia la "intencionalidad", (Me refiero a la intención consciente o inconsciente de establecer un cierto tipo de relación entre el emisor y el receptor).

Cuando hablamos de angustia, sabemos que por tratarse de información que genera un estado de insatisfacción y/o dolor, esta no emerge fácilmente, el paciente tiene dificultad para explicar los orígenes de su miedo, pánico o temor que le produce la angustia y describen frecuentemente una serie de características y

sensaciones vagas, expresiones del tipo; "siento que algo va a pasar", "siento un miedo muy grande y no se porqué", "me siento débil", "muy seguido tengo problemas estomacales". Una vez que se rebasa la descripción de los síntomas somáticos, aparece el problema de explicar los demás síntomas que tienen un carácter más subjetivo.

Durante el proceso de la entrevista, y desde un supuesto teórico, el conflicto deberá salir, en el transcurso de la misma, y en primer instancia, es el psicoterapeuta el que se debe dar cuenta que dicho proceso está ocurriendo, y esto sucede por la interpretación (codificación) que se hace de la información que el paciente va aportando. Esta información la hace a través de un canal de comunicación preferentemente vocal, ya hemos dicho que un factor de distorsión, es no manejar significados iguales.

Sí además planteamos la posibilidad que por el estado de confusión, del paciente, en sus procesos de memoria, pensamiento e integración de sus ideas, no haga un uso adecuado de los significados denotativo y connotativo, como causa misma de la angustia, estaremos hablando de un proceso de comunicación con un alto grado de distorsión o ruido, donde la esencia del mensaje no va a llegar al receptor (terapeuta). Y existe la posibilidad de que el mismo terapeuta, durante el desarrollo de la entrevista, o el proceso psicológico presente un cuadro de angustia, que le impida ser un adecuado receptor.

En los primeros estudios del diferencial semántico, una de las críticas al estudio del significado, era en el sentido, de que no se estaba midiendo el significado como tal, sino más bien la reacción emotiva a la palabra que al significado. Osgood (1976)

Y para contestar esa crítica, partían del hecho, de que dos personas deben de estar de acuerdo sobre el "significado" de un signo antes de que puedan estar en desacuerdo sobre sus distintas reacciones emotivas y de otro tipo a él. Por ejemplo, la persona A. puede encontrar "trueno" (objeto) como excitante y estimulante, mientras que la persona B. lo encuentra muy amenazador, pero antes de que puedan comunicarse sobre estos estados deben de estar de acuerdo sobre lo referido por el signo lingüístico trueno en su lengua común. Los resultados demuestran casos en que los individuos difieren en los perfiles de diferencial semántico para un mismo signo, en el significado de trueno lo que va variar, es el grado de acuerdo referencial por llamarlo de algún modo. Osgood (1976) Y corresponde al terapeuta aclarar el significado.

Lo anteriormente expuesto nos sirve para dar la siguiente aportación:

"Cuando un paciente expresa un significado connotativo, bajo la situación de un cuadro de angustia, en la entrevista inicial, o en el desarrollo de las posteriores entrevistas, es muy probable que su nivel de significancia, no esté manifestándose en su nivel e intensidad adecuado".



Con esto queremos decir que en una situación "normal", el significado de una palabra, por ejemplo. "justo", con lleva su contraparte, "injusto", pero dependiendo del cuadro de angustia, el espacio entre "justo" e "injusto" se reducirá o se ampliará de acuerdo a la personalidad del paciente y a su momento, esto es, realmente se siente o muy justo o muy injusto.

Sin que esto implique, que el receptor (el terapeuta) tenga que codificar el espacio semántico, que en ese momento esta ocurriendo en el paciente.

Se ha señalado que el significado denotativo, nos permite hacer una relación signo-objeto. Y que el significado connotativo implica de algún modo, el compromiso de la persona con el significado, (expuesto en el capítulo anterior). Así que el significado denotativo va hacer referencia a un objeto o a una acción. Pero llega a suceder que el paciente, durante el proceso de la entrevista, y por su estado de angustia, llega a referirse a una misma situación, utilizando diversos significados denotativos, sin que estos impliquen necesariamente una relación que pueda tomarse como sinónimo. por ejemplo. "Es extraño", "no se explicar esto", "es raro", "es muy complejo". Para aclarar un poco más mi propuesta, aportaré ejemplos más sencillos; El paciente expresa: "es de ideas obtusas", "no entiende fácilmente", "no comprende lo que se le dice", "es inútil explicarle", "no pone atención a lo que se le dice", "sencillamente no me entiendes".

Pueden los ejemplos anteriores tomarse como sinónimos, dependiendo del receptor, o pueden interpretarse como una falta de habilidad verbal. Lo que es evidente y marca la característica para hacer mi señalamiento, es la falta de compromiso con lo expresado.

Nuestra propuesta es: Cuando un paciente que presenta un cuadro de angustia, y tiende a utilizar, de manera sistemática, más de dos palabras con contenido denotativo para referirse a una idea particular, por no estar estructurando el código adecuado, no nos está enviando un mensaje. Y habrá que tener cuidado con la interpretación o codificación final que se haga de ese mensaje. Si esta situación es detectada, se sugiere establecer una uniformidad en relación al significado, que se cree está tratando de reportar el paciente, respetando siempre la técnica o procedimiento de que se trate.

El empleo obsesivo de este lenguaje, significados denotativos, podría ser comprendido como una forma de evitar dar información.

En términos psicológicos podríamos decir que es una forma de defensa, la cual solo puede encontrar salida a través de la expresión verbal, distorsionando el verdadero contenido de la información relevante, ante otra persona, de esto surge la distorsión denotativa, que podríamos entenderla en función de la tendencia a utilizar de manera recurrente esta forma de lenguaje.

La empatía como factor de distorsión al proceso de la comunicación. Dentro de los diversos factores de distorsión que afectan el proceso de comunicación, la empatía, por su definición misma es la más difícil de comprender como factor de distorsión.

Es común escuchar que cuando el terapeuta es empático, se supone que su capacidad de comunicación se eleva a grados de magnificencia. El terapeuta es capaz de escuchar y comprender todo el contenido emocional, así como de los conflictos que el paciente va a "comunicar". Y durante la entrevista inicial, su grado de comprensión le va a permitir llevar a feliz término su inicial relación terapéutica.

La pregunta es ¿Se desarrolla la capacidad empática?. ¿Se nace con ella?. ¿Existe la empatía, o es un invento de los psicólogos para diferenciarnos de las demás personas?

Esto constituye una pregunta básica para los estudiantes de psicología, y para los de comunicación. Ante lo subjetivo del término empatía, sería muy difícil responder de manera directa las preguntas antes planteadas, se ha pretendido estudiar desde la perspectiva de la comunicación, lamentablemente no existe el conocimiento de una metodología como tal, que conteste la pregunta de manera definitiva. Lo que existen son teorías que pretenden explicar la empatía, y se ven claramente sus limitaciones, las cuales ya explicamos en el capítulo anterior.

A la conclusión que queremos llegar, en base a todo lo expuesto es la siguiente:

"Debemos ser muy cuidadosos al interpretar (codificar) información, si tan solo partimos del hecho de que somos empáticos, esto nos puede llevar a cometer serias equivocaciones en la comprensión de la información".

Dada la importancia del concepto de empatía, me permito hacer las siguientes consideraciones:

Para que la empatía funcione de acuerdo a su definición, y el terapeuta codifique (interprete) en función de lo que realmente el emisor quiere significar en sus mensajes, se hace necesario el desarrollo y conocimiento de una teoría que conjunte, elementos de comunicación, de semántica, comunicación no verbal, y elementos terapéuticos con un claro enfoque clínico.

Dicha utopía no parece muy lejana de nuestros conocimientos actuales, una teoría de empatía, desarrollada por y para los psicólogos, donde un requisito indispensable, sería que dicha teoría tuviera un enfoque clínico, y se acoplara en lo medida de lo posible, a los diversos enfoques terapéuticos.

Recordemos pues que la empatía es un proceso en el que no basta las buenas intenciones por parte del receptor, en tratar de ser de manera simultánea receptor-emisor -receptor... etcétera.

Ya que para comprender el significado connotativo, de la comunicación (emociones, sentimientos, temores, fantasías, y algunos aspectos del pensamiento). Se hace necesario el conocimiento y el desarrollo, de una teoría que explique a nivel verbal, el significado connotativo, dependiendo de los estados emocionales o situaciones de conflicto por las que pasa el ser humano. Ya que de otra manera, se hará más grande la posibilidad de codificar la información de manera errónea.

#### 4.3 CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y ALTERNATIVAS DE INVESTIGACION.

Conclusiones. La posibilidad de que el proceso de comunicación sea la herramienta, en la que el psicólogo clínico pueda confiar de manera total, no está muy lejos de volverse una realidad, ya que día a día, las investigaciones sobre los procesos de comunicación nos van dotando de nuevos y valiosos conocimientos.

Se debe considerar, dentro de su proceso de formación del psicólogo clínico, la posibilidad de ampliar sus conocimientos sobre la psicolingüística, y la de desarrollar una teoría de comunicación más acorde a nuestra realidad.

Sí al leer el presente trabajo, el lector cuestiona su habilidad comunicativa, parte de mi propósito se habrá cumplido.

Reitero mi posición en el sentido de que la angustia es un factor de distorsión a la comprensión del significado, y que esto altera el proceso de comunicación durante la entrevista.

Limitaciones. Este fue un estudio bibliográfico, donde mis diversas propuestas son susceptibles de ser comprobadas, y cuyos alcances pretenden ser a un nivel psicosocial y clínico. Por la misma razón las propuestas sobre los posibles factores de interferencia a la comunicación, no pueden ser generalizadas ya que la bibliografía revisada no abarca el contexto clínico, en donde se encuentre una relación directa, o de manera clara con los procesos de comunicación; es en esencia una propuesta sobre algo que considero

esta ocurriendo durante el desarrollo de la entrevista.

Alternativas de investigación. El tema queda abierto a todo aquel que tenga interés en los procesos de comunicación, en relación directa a los procesos psicoterapéuticos, y al desarrollo de la entrevista.

Para continuar la investigación, se sugiere que se retomen en base a los más recientes modelos, y técnicas sobre el diferencial semántico, y con un encuadre más clínico.

## BIBLIOGRAFIA.

- Alvarez, B.E. (1978) Ciencias de la Comunicación. México: U.N.A.M.
- Ardila, A. (1988) Lenguaje Oral y Escrito. México: Trillas
- Asch, S. (1952) Social Psychology. New York: Prentice-Hall
- Batenson, G., Ruesch, J. (1984) Comunicación. Buenos Aires: Paidós
- Berlo, D. (1981) El Proceso de la comunicación. Buenos Aires: El Ateneo
- Becvar, R. (1978) Métodos para la Comunicación Efectiva. México: Limusa
- Bernstein, D. (1982) Introducción a la Psicología Clínica. México: Mc Graw Hill
- Bosselman, B.C. (1967) Neurosis y Psicosis. México: La Prensa Medica Mexicana
- Díaz, P.I. (1994) Técnica de la Entrevista Psicodinámica. México: Pax méx
- Diccionario de Psicología (1983) México: Fondo de Cultura Económica
- Diccionario de Psicología y Psicoanálisis (1977) Buenos Aires: Paidós
- Fast, J. (1971) El Lenguaje del Cuerpo. Barcelona: Kairos
- Ferrer, E. (1982) Comunicación y Comunicología. México: Eufesa
- Fenichel, O. (1979) Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Paidós
- Flores, C.G. (1988) Comunicación Interpersonal. Tesis de Licenciatura: U.N.A.M.



- Freud, A. (1974) El YO y los Mecanismos de Defensa. Buenos Aires: Psique
- Freud, S. (1976) Teoría General de las Neurosis. Madrid: Biblioteca Nueva t.II
- Fromm-Riechman, F. (1977) Principios de Psicoterapia intensiva. Buenos Aires: Horme
- Kelly, E.L (1966) Clinical Psychology. New York: Mac Millan
- Kolb, L. (1975) Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Medica Mexicana
- MacKinnon, R., Michels, R. (1973) Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Interamericana
- Maher, B. (1979) Principios de Psicopatología. México: Mc Graw Hill
- Matarazzo, J.D. (1965) The Interview. New York: Mc Graw Hill
- Osgood, C.E. (1976) La Medida del Significado. Madrid: Grados
- Osgood, C.E. (1980) Curso Superior de Psicología Experimental. México: Trillas
- Paoli, A. (1981) Comunicación. México: Edicol
- Ricci, B.P. (1990) La Comunicación Como Proceso Social. México: Grijalbo
- Robinson, W.P. (1978) Lenguaje y Conducta Social. México: Trillas
- Rogers, C. (1969) Psicoterapia Centrada en el Cliente. Buenos Aires: Paidós
- Rogers, C. (1975) El Proceso de Convertirse en Persona. Buenos Aires: Paidós
- Rollo, M. (1968) La Angustia Normal y Patológica. Buenos Aires

- Salcedo, C.F. (1976) La Retroalimentación, Como Proceso Fundamental de la Comunicación. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.
- Schramm, W. (1975) La Ciencia de la Comunicación Humana. México: El Roble
- Shannon, C., Weaver, W. (1946) The Mathematical Theory of Communication. U.S.A. University of Illinois
- Singer, E. (1969) Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia. México: Fondo de Cultura Económica
- Sullivan, H.S. (1974) La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires: Psique