

9
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMUNICACION NO VERBAL Y ACTITUD EN
LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

GISSEL ALLIER Y DIAZ DE LEON

DIRECTOR: DR. JAIME WINKLER PYTOWSKI
ASESOR: LIC. ANGELINA GUERRERO LUNA

México, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

758064



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 esta 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.

Mi agradecimiento a Fundación UNAM por el apoyo brindado durante un año mediante una beca para la realización de esta tesis.

01921

TESIS ~~89~~ 89

FALTA PAGINA

No. **1**

La suma de los cuadrados de los catetos de un triángulo rectángulo es igual al cuadrado de la hipotenusa.

PITAGORAS.

A mi familia (papá, mamá, Jackie, Lore, Mitzy, Rafa y Eugenio) por los momentos juntos y los ratos separados en los que hemos aprendido mucho.

Muchas gracias a Josette por su apoyo y su confianza.

Muchas gracias a Jaime Winkler por su paciencia para descifrar esta tesis y por los maratones para corregirla.

Todo mi cariño y un gran abrazo a Ingrid, Analuz, Brenda, Michelle y Guillermo por los ratos juntos, los cafés y las platicas.

Mi especial agradecimiento a Rosenda por la dedicación mañana, tarde y noche para hacer posible esta tesis.

My love to Frank for all his support and encouragement. Hou van je.

COMUNICACION Y ACTITUD EN LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA

CAPITULO I.

LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| A.- CONCEPTO DE LA ENTREVISTA | 9 |
| 1.- Análisis de la definición | 9 |
| a.- Un método para investigar. | 9 |
| b.- El proceso de comunicaciones. | 10 |
| c.- Un grupo voluntariamente integrado. | 11 |
| d.- El experto en el área a tratar y en relaciones interpersonales. | 11 |
| e.- Metas. | 11 |
| B.- LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA. | 12 |
| 1.- El proceso en la interacción o en las relaciones interpersonales. | 13 |
| 2.- Actitud | 14 |
| a.- Distorsión paratáctica | 15 |
| 3.- Ansiedad | 16 |
| a.- Definición Sullivan | 16 |
| b.- Ansiedad en entrevistado | 16 |
| c.- Ansiedad en entrevistador | 18 |
| d.- Transiciones | 19 |
| e.- señales de ansiedad | 19 |
| C.- ETAPAS DE LA ENTREVISTA | 19 |
| 1.- Comienzo formal. | 20 |

| | |
|---|----|
| 2.- Reconocimiento: | 21 |
| a.- Bosquejo de historia del paciente. | 21 |
| b.- Bosquejo para la obtención de datos | 21 |
| 3.- La investigación detallada. | 22 |
| a.- Hipótesis. | 22 |
| b.- Sistema del YO y ansiedad | 23 |
| c.- Historia del desarrollo. | 23 |
| d.- Signos y síntomas para el diagnóstico | 24 |
| e.- Resumen. | 25 |
| 4.- Terminación. | 25 |

CAPITULO II. COMUNICACIÓN NO VERBAL

| | |
|--|----|
| A.- COMUNICACIÓN NO VERBAL Y LENGUAJE CORPORAL. | 26 |
| 1.- Definición y características. | 26 |
| 2.- Componentes de la comunicación | 26 |
| B.- COMUNICACIÓN NO VERBAL. | 28 |
| 1.- Bases etológicas. | 30 |
| 2.- CNV en humanos. | 31 |
| a.- El código no verbal de los niños. | 33 |
| b.- Diferencias de lenguaje corporal entre hombre y mujer. | 34 |
| C.- CLASIFICACIÓN DE SEÑALES NO VERBALES. | 34 |
| 1.- Contacto físico | 35 |
| 2.- Proximidad- distancia | 35 |
| 3.- Orientación | 36 |
| 4.- Postura | 37 |
| 5.- Aspecto exterior | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 6.- Expresión del rostro | 38 |
| 7.- Movimiento de brazos y manos. | 41 |
| D.- ASPECTOS INTEGRANTES DE LA CNV. | 43 |
| 1.- Coordinación del movimiento | 44 |
| a.- Ritmos corporales | 44 |
| b.- Sistema de análisis de Esfuerzo-Forma | 46 |
| Movimiento gestual y de postura | 46 |
| Flujo de esfuerzo | 47 |
| Flujo normal y la figura | 47 |
| 2.- Aspectos no lingüísticos del discurso. | 48 |
| a.- Variaciones inherentes a cualidad de la voz, ritmo, continuidad del discurso etc. | 48 |
| b.- Grado de ansiedad: variaciones debidas a perturbaciones inconscientes. | 48 |
| 3.- La relación del contexto en la comunicación. | 49 |
| E.- TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y CNV. | 49 |
| 1.- Tipos de expresiones en el desarrollo, J. Ruesch (1964): | 49 |
| 2.- Perturbaciones del lenguaje en diferentes estados psiquiátricos. | 50 |
| F.- CNV EN LA ENTREVISTA. | 53 |
| 1.- El consultorio | 53 |
| 2.- El comienzo. | 54 |
| a. Entrevistador | 54 |
| b. Entrevistado | 55 |
| 3.- Entrevistas subsecuentes. | 55 |
| a.- Observaciones y auto observaciones | 55 |
| b.- Movimientos durante la conversación | 56 |

CAPITULO III.

ACTITUD EN LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA.

| | |
|---|----|
| A.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD. | 58 |
| 1.- Componentes de la actitud. | 59 |
| 2.- Funciones de la actitud. | 59 |
| 3.- Intervenciones en la entrevista. | 60 |
| B.- ACTITUD DEL ENTREVISTADOR. | 61 |
| 1.- ACTITUDES TERAPÉUTICAS. | 61 |
| a.- Estructura de demora | 61 |
| b.- No normatividad | 62 |
| c.- Tolerancia discriminada | 62 |
| d.- Verbalización de temas tabú | 63 |
| e.- Disposición expectante | 63 |
| f.- Audición catártica. | 63 |
| g.- Compromiso condicional del terapeuta | 64 |
| h.- Selectividad constructiva. | 64 |
| i.- Actitud directiva pero no agresiva. | 64 |
| j.- Desempeño responsable | 65 |
| k.- Intervención pertinente | 65 |
| l.- Comprensión del lenguaje del paciente. | 65 |
| m.- Responsabilidad incondicional. | 66 |
| n.- Actitudes iniciales del paciente. | 67 |
| C.- ACTITUD DEL ENTREVISTADO. | 67 |
| 1.- Control y manejo de las impresiones. | 68 |
| 2.- Credibilidad: manejo de integridad y competencia. | 69 |
| a.- Manejo de amenazas a la integridad. | 69 |
| b.- Manejo de amenazas a la competencia. | 70 |

| | |
|---|----|
| 3.- Manejo de otras personas. | 73 |
| 4.- Negación de responsabilidades por medio de defensas. | 75 |
| a.- Estrategias utilizadas para resistir al cambio. | 76 |
| D.- ACTITUD Y CNV. | 76 |
| 1.- Estudios y Aplicaciones encontrados sobre CNV y Actitud en la Entrevista Psicoterapéutica. | 77 |
| a.- Noción de Esquema Corporal. P. Vayer. | 77 |
| b.- Estudios con ritmos interaccionales. E. Chaple. | 84 |
| c.- Uso de la mirada en diagnóstico médico. Bensing et al. | 85 |
| d.- El síntoma psicossomático. Joyce Macdougall. | 86 |
| e.- Técnicas de video. J. A. Solanas. | 89 |

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

| | |
|---|-----|
| A.- SINTESIS | 91 |
| B.- CONCLUSIONES. | 94 |
| C.-PROPUESTA PARA LAS PRACTICAS DE TEORIA Y TECNICA DE LA ENTREVISTA | 98 |
| D.- BIBLIOGRAFÍA | 101 |

INTRODUCCIÓN

La palabra en su expresión verbal es un lenguaje que puede representar la realidad. Con ella intentamos comunicar fielmente aquello que queremos que los demás conozcan de nosotros, de otros o de un evento en particular.

Sin embargo hay otros tipos de comunicación en donde expresamos más de lo que quisiéramos. Entre estos está la comunicación no verbal. Diariamente transmitimos mensajes no verbales, algunos pueden ser regulados a voluntad; sin embargo la mayoría son automáticos, inconscientes y expresan mucho de nuestro verdadero ser, vivir y sentir. El motivo de esta tesis es este tipo de lenguaje.

La comunicación no verbal se expresa con todo el cuerpo, es como una danza, con su movimiento, ritmo y espacio. De pies a cabeza mostramos signos que nuestro interlocutor posiblemente no interpreta claramente, pero los percibe y decodifica. Por ejemplo, nuestro ritmo al respirar le puede indicar si estamos relajados o agitados.

Las artes han usado la comunicación corporal en la pintura, la danza, el teatro, el cine, etc. En este último, a principios de este siglo, la pantalla gigante transmitía sin palabras una historia que provocaba sentimientos gracias a sus remarcados gestos. Con estas expresiones se lograba causar en el público risas, llanto, felicidad, lástima, enojo y en ocasiones algunas damas se llegaban a enamorar del héroe de la película. Las reacciones del público podían ir desde carcajadas, agitación, sudoración, pellizcar el sillón o saltar del asiento hasta animar a los actores gritándoles y agitando las manos, maldecir al villano que se roba a la chica principal, pegarle al de junto que no deja ver, aventar palomitas de emoción o de enojo, morderse las uñas, esconderse bajo el asiento, subir los pies al asiento o morder al novio, en fin, hacer cosas que no tienen que ver directamente con la película y finalmente: aplaudir.

Todo este comportamiento se da sin que se lleguen a enterar los actores, sin embargo, la reacción es como si el público estuviera ante una situación real.

Lo anterior se produce por una situación artificial, sabiendo que los personajes no nos escuchan, no nos ven y mucho menos nos sienten. La interacción entre el espectador y la película se da y las respuestas emocionales o fisiológicas están presentes aunque lo que las provocó sea ficción.

Si así pasa ante una imagen filmica ¿Qué sucede en el consultorio o en el cubículo donde se da una terapia?. ¿Cuál es la actitud del paciente en su primera visita y en las consecutivas?, ¿Cómo es la relación de ambos al conocerse y qué actitudes surgen?, ¿Qué le sucede al terapeuta durante el proceso de entrevista al escuchar la historia y las emociones del paciente?

En este trabajo se propone que durante el proceso de la entrevista previo a una terapia se tomen en cuenta los mensajes no verbales que el entrevistado envía. Así mismo se hace énfasis en las reacciones corporales del terapeuta ante lo que el paciente le comunica verbal y no verbalmente.

CAPITULO I

LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA.

A.- CONCEPTO DE LA ENTREVISTA.

1.- Análisis de la definición.

En este capítulo se va a utilizar principalmente el concepto de entrevista según Sullivan (1987) para explicar paso a paso las etapas y los conceptos que este autor maneja. Se considera importante utilizar el concepto del entrevistador participante en una situación donde se estudia la relación que se da entre el experto y el paciente. En el libro *La Entrevista Psiquiátrica* Sullivan (1987) ¹ define a ésta como: *“Una situación vocal en un grupo de dos o más personas, más o menos voluntariamente integrado, sobre la base progresiva desarrollada de experto-cliente con el propósito de elucidar pautas características del vivir del sujeto entrevistado y qué normas experimenta como particularmente productoras de dificultades especialmente valiosas y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”*. El término “entrevista” no lo aplica a un periodo de tiempo, sino a un curso de hechos interpersonales que pueden durar desde un solo encuentro de 60 a 90 minutos, desarrollarse ampliamente en el transcurso de varios encuentros elaborarse en numerosas sesiones de psicoterapia intensiva.

M. Cicero (1992) utiliza esta definición y la explica como un método para investigar en un proceso de comunicaciones en un grupo más o menos voluntariamente integrado en el cual una de las partes es un experto en el área a tratar y en el manejo de las relaciones interpersonales necesarias para lograr su propósito. Tiene como metas elucidar aspectos de la vida del entrevistado de cuya aclaración tanto entrevistado como entrevistador esperan obtener algún beneficio. A partir de esta última definición se va a hacer un análisis desglosando término por término.

a.- Un método para investigar.

La entrevista es un método de investigación y como tal es un procedimiento que cuenta con los siguientes pasos:

- Revisión del material antecedente: en la entrevista es el reconocimiento.

- La hipótesis: en este caso es la primera impresión que tiene el terapeuta del paciente.

- Los resultados y su análisis: Una vez obtenidos los datos, historia clínica del paciente, el desarrollo del Sistema del YO en la personalidad del paciente y los mecanismos de defensa que utiliza con mayor frecuencia, podemos elaborar un análisis para plantear un diagnóstico.

- Finalmente la comprobación o refutación de las hipótesis.

La entrevista comprenderá 3 fases: Indagatoria, demostrativa y expositiva.

Indagatoria de los aspectos del entrevistado que nos son desconocidos o aspectos nuevos de los ya conocidos.

Demostrativa, que es la parte del proceso en la cual ponemos a prueba o verificamos que los resultados de nuestras indagaciones son efectivamente ciertos,

Expositiva, que es la parte en la cual el entrevistador se comunica a sí mismo los resultados de sus indagaciones y los afina con el fin de comunicarlos a los demás investigadores o personas que pudieran necesitar hacer uso de ellos.

La entrevista es un proceso que se basa en una investigación sistematizada, analítica, sintética, crítica y controlada de la información que brinda el paciente. Es sistematizada, porque va indagando cada aspecto del problema de forma organizada. Analítica; porque identifica los factores que intervienen en la totalidad de lo investigado, aislándolos y determinando la participación de cada uno de éstos en el problema. Crítico porque busca congruencias e inconsistencias en las proposiciones de las causas de un problema. Controlada; pues trata de eliminar la participación de factores inadvertidos, tales como información colateral de parte de otras personas.

b.- El proceso de comunicaciones.

Para Watzlawick (1976) todo tipo de conducta es comunicación, por lo que no maneja la "unidad de conducta monofónica" únicamente, sino un conjunto multifacético y fluido de muchas formas de conducta (verbal, tonal, postural, contextual, etc.) que es visto como un todo. Además centra su interés en el efecto pragmático de tales combinaciones en las situaciones interpersonales. Birdwhistell (op. cit. F. Davis 1971) ² toma a la comunicación como *"una negociación entre dos personas, en la que es necesario que el otro contribuya, no sólo que entienda y*

como consecuencia ambos cambian con la acción, formando un sistema de interacción y reacción bien integrado”.

Es importante marcar que el proceso de comunicación puede ser de dos tipos: verbal y no verbal. Por proceso verbal nos referimos al discurso. La comunicación no verbal constituye los movimientos del cuerpo, cara y manos, la disposición espacial y los aspectos no lingüísticos del discurso: su ritmo, sus inflexiones y la entonación de la voz, (Ricci Bitti, 1977).

c.- Un grupo voluntariamente integrado.

La integración del grupo es de forma más o menos voluntaria ya que algunas veces los sujetos tienen que asistir por disposición de la ley o en el caso de niños que no solicitaron la entrevista por sí mismos, sino por disposición de los padres. De cualquier manera la mayoría de las personas buscan hablar sobre aspectos de su vida (problemas, actitudes, etc.) aunque al mismo tiempo llevan consigo determinaciones inconscientes que obstaculizan toda comunicación libre.

Siguiendo con el análisis de la definición, el grupo que conforma la entrevista puede ser de dos o más personas. Claro que puede haber situaciones en la que participe solo un integrante (cuando el sujeto se entrevista a sí mismo). Para este trabajo consideraremos básicamente a dos participantes, el entrevistador y el entrevistado. Pero aunque en la entrevista el grupo se encuentre conformado con solo dos personas, el número de personas imaginarias presentes es bastante amplio según considera Sullivan (1987) ¹.

d.- El experto en el área a tratar y en relaciones interpersonales.

El entrevistador; también llamado experto o especialista, en este caso debe presentarse como una persona competente en el manejo de relaciones interpersonales y debe mostrar habilidad para el trato con su paciente. Se supone que el especialista ha tenido una preparación y por tal tiene consideración hacia el paciente y sus sentimientos. Como experto tiene derecho a desalentar trivialidades y privarse de satisfacer curiosidades no pertinentes a los propósitos de la entrevista, evitando hacer comentarios axiológicos.

e.- Metas.

La meta de la entrevista consiste en elucidar los diferentes aspectos de la vida del entrevistado. Las pautas de dificultad del paciente que provienen de su experiencia y que se muestran en sus relaciones interpersonales comunes. Sin estos datos resultan ininteligibles sus declaraciones y las observaciones del especialista sobre señales de dificultades. Además de tener un fin específico, el grupo entrevistado-entrevistador busca obtener algún beneficio de este proceso. El

¹Se explica el tema de la distorsión paratáctica más adelante en la página 15.

beneficio que busca el entrevistado es la aclaración de experiencias de sí mismo y del modo de vivir con sus semejantes de forma que esto le consiga bienestar en su vida diaria. En el caso de pacientes que asisten por disposición de la ley lo que se puede ofrecer, por ejemplo, es un juicio justo. A los niños enviados por sus padres se les puede ofrecer el expresar sus deseos con respecto a sus progenitores e intentar que éstos los comprendan mejor. El entrevistador busca como beneficio una remuneración económica por la realización de su trabajo. Además éste tiene que tratar que el paciente consiga el objetivo personal que lo llevó a la entrevista.

B. LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA.

Sullivan (1987) maneja distintos tipos de entrevista según sus objetivos:

Entrevista con propósito de diagnóstico,
Entrevista como conferencia inicial sobre psicoterapia breve,
Entrevista con el propósito de diagnosticar una dificultad del vivir y
Entrevista para la industria.

La entrevista diagnóstica sirve para aconsejar y facilitar la obtención de un tratamiento competente en otra parte, la entrevista inicial de una psicoterapia breve es dirigida hacia un tratamiento que será continuado. La entrevista con el propósito de diagnosticar una dificultad del vivir tiene un acento especial en influir al ambiente más que al paciente y en ofrecer algunas técnicas acerca de la salud mental como consejo a padres de familia, profesores y/o sacerdotes. Por último la entrevista para la industria tiene el propósito de evaluar las características de un aspirante a determinado empleo. En el caso de este trabajo se analizará la entrevista como inicio de un tratamiento en potencia y la denominaremos Entrevista Psicoterapéutica por ser un proceso de investigación que va a ir aclarando aspectos de la vida del entrevistado. Esta primera parte la consideramos terapéutica en sí misma.

Como ya mencionamos, para hablar sobre la entrevista nos basamos en los términos y en las etapas utilizadas por Sullivan en el texto La entrevista psiquiátrica (1987) como son el comienzo, el reconocimiento, la investigación detallada y la terminación. Algunos de los términos importantes de este texto son: 1) El proceso en las relaciones interpersonales, 2) La actitud y la distorsión paratáctica y 3) La ansiedad.

1.- El proceso en la interacción o en las relaciones interpersonales.

Para Sullivan (1987) la entrevista es un proceso constituido por el movimiento siempre en progreso y jamás estable de interacciones en la gente. También la refiere como un juego dinámico de fuerzas en un campo social en constante movimiento. Los datos a estudiar (los procesos y los cambios en los procesos) no se producen por sí solos o en el entrevistador, sino en la situación que se crea entre los dos. Por lo tanto sugiere que los datos a estudiar son originados por una observación participante de interacción social o de relaciones interpersonales, definidas como dos personas vinculadas una con la otra. Estas relaciones coinciden en tener un interés mutuo aproximadamente al mismo tiempo que integra, produce y determina el curso de sus hechos. Se plantea que la integración de una situación interpersonal es un proceso en el cual: 1.- Las necesidades complementarias son resueltas o agravadas, 2.- Los tipos recíprocos de actividad son desarrollados o desintegrados, y 3.- Se facilita la previsión de satisfacción o rechazo de necesidades similares. A estos procesos Sullivan (1987) los estudió bajo lo que denominó **Teorema de la emoción recíproca**.

Un ejemplo de los tipos de resultados posibles sería una situación de entrevista donde el experto comunica a través de gestos, tono de voz o por el tipo de sus observaciones, su propia necesidad de reafirmación, haciendo uso de alguna forma de actividad destinada a ignorar, menospreciar o humillar al paciente, por lo que la necesidad complementaria sería la de ser despreciado. Otro ejemplo sería el caso del paciente que expresa la necesidad de una figura paterna, comportándose de forma tal que el especialista lo trata como a un hijo. Esto puede expresarse en movimientos corporales dirigidos a establecer situaciones de poder, mostrando tal vez una postura sumisa de parte del paciente (posiblemente bajando la cabeza o la mirada) y como respuesta obtener una actitud dominante por parte del experto (una mirada que abarca mayor campo visual junto con una postura corporal que tiende a expandirse más que a hundirse indicaría cierta seguridad en el experto), otra actitud posible del investigador sería aquella condescendiente y permisiva con los caprichos del paciente existiendo la posibilidad de involucrarse emocionalmente. En una situación así las necesidades son complementarias pero no son resueltas pues el especialista no es consciente de esta actitud del paciente ni de la suya propia. Para que las necesidades complementarias sean resueltas es fundamental que las acepte el entrevistador y que sean conscientes por lo menos de parte de este mismo.

Situaciones como las anteriores pueden ser integradas por cualquiera de los siguientes dinamos: resolución de la situación, tensión continuada o frustración (con procesos ocultos como aumento de tensión y desintegración o disociación). Cuando las necesidades son complementarias se resuelve la situación, pero en el caso contrario cuando una o las dos partes no están satisfaciendo sus necesidades, se va creando cierta tensión que si no es resuelta y aclarada puede llegar al punto de desintegrar la relación acabando con la entrevista. También se

da frustración en una o ambas partes al no obtener lo que buscaban. Los hechos interpersonales y lo que caracteriza a su curso generan información para la entrevista, misma que el entrevistador va a ir retomando para ver las relaciones de uno con otro y las inconsistencias aparentes. Esto nos va a dar herramientas sobre lo que vamos a trabajar y resolver.

2.- Actitud y distorsión paratáctica.

Ya que se entiende a la entrevista como un proceso y estos procesos llevan en si mismos a cambios, el interés del experto está en observar los cambios que se presentan en los juegos de actitudes. Se van a tomar como punto de partida las impresiones generadas en las etapas del recibimiento formal, el comienzo y el reconocimiento, para comparar después y ver cómo se da la situación y qué es lo que está mejorando o empeorando de esta. Además, el experto va a tratar de recoger impresiones para ver cuales de sus propios actos han sido los que han influido en el cambio, se busca averiguar qué actitud del entrevistador es reflejada por el entrevistado. Sullivan señala dos tipos de procesos dirigidos al entrevistador: Las actitudes propias del entrevistado y las actitudes de éste causadas por el mismo entrevistador. La actitud presentada por el experto puede variar desde mostrarse entusiasta hasta indiferente hacia el paciente, ninguno de los casos es recomendable y se considera que lo mejor es llegar a comprender que se realiza una actividad profesional como cualquier otra.

Jurgen Ruesch (1964) definió a la actitud como una construcción hipotética que se emplea para designar la disposición de un individuo a responder de cierta manera predecible. Lo que no implica que vaya a ser consistente en todas las ocasiones, pues considera que tiene como característica que es de cierta manera moldeable. Allport (1965) por su parte la utiliza como un estado (disposición) psíquico y neuro-fisiológico, determinado por la experiencia individual y que tiene influencia directora o dinámica sobre la manera de reaccionar del individuo ante aquellos objetos o situaciones a las que se refiere la actitud.

Por otra parte el entrevistador debe aclarar si lo que entiende, es lo que dice el paciente o quiso decir otra cosa diferente, de esta manera el paciente también comprende mejor lo que quiere decir. Cualquier actitud presentada por el paciente es permitida, puede ser entre otras: fría, petulante, arrogante, insolente, sarcástica o irónica. En ocasiones una actitud cambia aparentemente; es posible que el informante se presente aburrido o divertido ante cierto tema de la entrevista o que adquiera alguna otra actitud como enojado, reservado, desconfiado, cauteloso, etc. Este tipo de cambios también pueden aparecer en el entrevistador. Por éstas y otras razones es importante la observación continua de sus propias actitudes durante todo el proceso de entrevista hasta la terminación y no limitarse a reaccionar de forma inconsciente a las actitudes que expresa el paciente verbalmente o corporalmente.

a.- Distorsión paratáctica.

Dentro de este juego de emociones, las actitudes presentadas por el paciente pueden relacionarse como dijimos antes con la "supuesta actitud" del entrevistador. Y digo supuesta porque algunas actitudes pueden ser vistas por el paciente en lo que Sullivan (1987) 3 llama **distorsión paratáctica** la cual define como:

" La sustitución del terapeuta por una persona o personas que son notablemente distintas a él en la mayor parte de los sentidos significativos del terapeuta. El entrevistado dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia que temporalmente se superpone sobre la realidad del psicólogo, e interpreta las observaciones que formula éste, así como su comportamiento, sobre la base de esa misma persona ficticia".

Esto se puede deber a que el paciente tiene la necesidad de comunicar un problema al terapeuta para que sea comprendido por éste y por sí mismo. Si no se toma en cuenta este comportamiento puede fracasar el proceso de entrevista, pues se está perdiendo información muy valiosa que ayudará al paciente a resolver algunos conflictos. Suponiendo que el entrevistado presenta una distorsión paratáctica y se sustituye al experto por la figura paterna: siendo complementarias las necesidades en este caso, si el experto no se detiene a analizar las actitudes presentadas, va a estar reaccionando a actitudes dirigidas hacia el padre y en lugar de solucionar un posible conflicto se va a ir creando otro que puede terminar con el proceso de entrevista.

Algunos autores podrían estar de acuerdo en comparar la distorsión paratáctica con la transferencia. Freud (op. cit. E. Singer, 1975) 4 afirma que *la transferencia son reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singular característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico y E. Singer (1975) agrega que es un proceso de sustitución en una tendencia regresiva, fundamental e innata en el hombre y en la suposición de que esta tendencia se exprese a sí misma en la compulsión de repetición.*

En esta definición está implicada la sustitución del terapeuta por otra persona y Singer (1975) agrega que esto es una tendencia regresiva. Por otra parte basándonos en la definición de actitud, la transferencia puede compararse con una actitud presentada en el pasado provocada por ciertos estímulos y esta disposición vuelve a presentarse ante la presencia de estímulos parecidos. Es por tanto una actitud provocada por un estímulo fantasma o el recuerdo persistente de este.

Existe la contraparte de la transferencia en la actitud o en las reacciones del terapeuta hacia el paciente, J. Ruesch (1964) 5 la ha definido como una transferencia al revés:

Los conflictos no solucionados del terapeuta le obligan a invertir en el paciente de ciertas propiedades que, más que ser reacciones a la conducta actual del paciente, estriban en las propias experiencias del pasado...La transferencia del paciente provoca la contratransferencia del terapeuta..

Singer, (1975) § "Conceptos fundamentales de psicoterapia" dice que:

Los terapeutas que opinan de la transferencia como una manifestación franca de tendencias instintivas agresivas no sublimadas, experimentadas por el paciente hacia el analista, opinarán que la contratransferencia es un recurso semejante empleado por el terapeuta para evitar su angustia y que busca euforia, propia estimación y aprobación.

3.- Ansiedad:

a.- Definición de Sullivan (1987).

Para Sullivan la ansiedad es el temor a ser devaluado. La ansiedad es una señal que advierte que está en peligro el respeto hacia uno mismo o que pelagra la consideración que le tienen a uno personas significativas presentes, aunque éstas sean solo figuras significativas de la niñez. Esta señal conduce a un cambio en la situación, como el irritarse, formar resistencia o desarrollar un malentendido.

La ansiedad es una experiencia universal ineludible, pero se puede distinguir una ansiedad normal de una patológica. En las personas con una buena estructura de la personalidad la angustia es normal habitualmente, aunque pueden presentar angustia patológica en situaciones de graves amenazas a su personalidad

b.- Ansiedad en el entrevistado:

Como ya se dijo, para Sullivan la ansiedad es el temor a la desvalorización, pero además le pareció evidente que era una experiencia común, originada en las relaciones personales y que a partir de estas se desarrollaban formas defensivas para aislarse y mantener la distancia. A estas formas las denominó operaciones de seguridad que al ser utilizadas exageradamente pueden indicar síntomas de "enfermedad mental".

Por ejemplo, el sujeto puede reflejar la ansiedad en su forma de hablar. Los extremos se reflejan en aquel que usa el lenguaje en exceso o aquel que se niega a comunicar cualquier cosa. El esquizofrénico en este caso, se aísla de los demás para evitar la ansiedad. Una histérica puede presentarse verborreica como una forma de contrarrestar la disminución de su autoestima ante otra persona.

Estas son dos posibilidades que se pueden utilizar para controlar la ansiedad en relación a la comunicación. Existen distintas clasificaciones sobre las maneras de manejar la ansiedad, A. Freud (1993) diferentes formas en que el sujeto se enfrenta o maneja la ansiedad, denominándolos mecanismos de defensa.

Estos mecanismos de defensa son actividades inconscientes, cuyo propósito es mantener un estado de integración mental de cierta congruencia interior que le permita al sujeto funcionar de una manera unitaria y efectiva ante los problemas o las dificultades que le presenta su ambiente (A. Freud, 1993). En la entrevista se observa cómo el paciente se defiende de su ansiedad; si determinamos sus operaciones de seguridad podemos saber aproximadamente, qué tipo de persona tenemos enfrente. Noyes (1971) 7 describe los siguientes mecanismos de defensa:

Represión: Por medio de este mecanismo se excluyen del campo de la percepción consciente los deseos, impulsos, pensamientos y anhelos que serían perturbadores o incompatibles con los requerimientos y las motivaciones conscientes y se los desplaza hacia el inconsciente.

Formación Reactiva: Este mecanismo forma un rasgo de carácter opuesto al que hubiera surgido naturalmente de la expresión de los impulsos y de los rasgos de la personalidad que han sido encubiertos.

Racionalización: Este mecanismo proporciona explicaciones intelectuales de la conducta que en realidad ha sido provocada por motivos no reconocidos. Los deseos y actitudes reales permanecen ocultos y disfrazados.

Proyección: Al actuar como una defensa contra la angustia, se exterioriza y atribuye a otras personas los rasgos de carácter, actitudes, motivos y deseos propios que el individuo no puede aceptar y por lo tanto rechaza y censura.

Simbolización: Se emplea una idea u objeto, por medio de signos significativos, para representar otra idea u objeto. La diferencia entre el símbolo y el objeto simbolizado es tan ligera que la mente consciente la ignora y los percibe como uno mismo, por lo cual guía su conducta de acuerdo a esto.

Regresión: La personalidad puede sufrir la pérdida de una parte del desarrollo ya alcanzado y regresar a un nivel inferior de integración, ajuste y expresión. Aunque su propósito es la adaptación, la regresión es destructora y no promueve una adaptación conveniente a la realidad.

Fijación: El desarrollo debe darse también a nivel del pensamiento, adecuándose a nuevas formas de encarar las frustraciones. Desgraciadamente, el desarrollo de algún aspecto de la personalidad puede detenerse en una etapa incompleta de evolución, por lo que el resultado son la persistencia de ciertos elementos inmaduros. Esto se da habitualmente a nivel emocional, no intelectual.

Disociación: Por medio de esta defensa se elimina una parte de la personalidad que es fuente de inquietud emocional. Estos aspectos escapan al control del individuo y funcionan como una unidad por sí sola.

Resistencia: Se da una oposición a que los datos reprimidos (inconscientes) se vuelvan conscientes. El individuo trata de evitar los recuerdos que provocarían angustia y dolor.

Negación: Este mecanismo de defensa descarta hechos, deseos y actos que serían intolerables conscientemente. Rechaza estos por medio de un mecanismo protector de no percepción.

Conversión: En el mecanismo de conversión un conflicto que produce un afecto doloroso se convierte en la inhibición de algunas funciones motoras o sensitivas y en esa forma neutraliza la descarga del afecto. Así se niega el conflicto, reprimiendo y transformando el afecto.

Sublimación: En el mecanismo de sublimación, la energía que proviene de los impulsos reprimidos se transforma y se dirige hacia metas socialmente útiles. Así los instintos e impulsos rechazados encuentran salida y un modo aceptable de expresión.

Desde este punto de vista la ansiedad resulta indeseable. No obstante, en la situación terapéutica formal es frecuente que los resultados sean más provechosos y altamente deseables si el paciente sufre mayor ansiedad (Sullivan, 1987). Para que la ansiedad sea útil es necesario identificarla, llevarla a la consciencia, comprender orígenes, modalidades y aceptar su realidad como parte de la vida sin temor, ni vergüenza.

En las personas siempre existen reservas para comunicarse, el impedimento principal es la ansiedad y el entrevistador debe hacer uso de su habilidad para evitar que ésta sea innecesaria. Para manejar la ansiedad lo primero es evitar provocarla, segundo limitar su desarrollo y tercero promover confianza en el paciente. Si observamos que una declaración causa especial ansiedad en nuestro entrevistado podemos preguntar abiertamente si piensa que uno va a pensar mal de él por este motivo.

c.- Ansiedad en el entrevistador.

La habilidad en la entrevista incluye procesos para tratar la ansiedad, de tal forma que no perjudique la entrevista seriamente. El entrevistador debe estar alerta ante su propia ansiedad para que pueda prevenir los procesos que siguen, no ignorarla, ni evitarla, y por otro lado identificar la causa de ésta. Conviene también considerar al entrevistado como reflejo de su autoestima, si le parece que ésta disminuye a los ojos del paciente ver si es cierto e indagar las causas (Sullivan, 1987). Otra posibilidad es que la ansiedad se origine del supuesto fracaso del terapeuta al presentarse como él imagina que es el ideal del paciente, comparándose con algún colega y quizá se sienta inferior y esto le cause ansiedad.

Debe preguntarse que hay en esta relación terapeuta -paciente que le causa tal inseguridad.

d.- Transiciones

La ansiedad no puede ser evitada por completo, así que lo mejor es sacarle provecho observándola y estudiándola lo mejor posible. Para controlarla se hace uso de transiciones, esto requiere de una serena y continua vigilancia a lo largo de todo el trabajo del terapeuta. Diferentes tipos de transiciones provocan distintos resultados, por ejemplo tenemos transiciones suaves, acentuadas y abruptas. En el caso de la transición suave, el terapeuta lleva de la mano al paciente introduciéndolo en el nuevo tópico. La transición acentuada se lleva a cabo con una señal antecesora que distraiga al paciente; ésta puede ser un movimiento poco llamativo para luego comenzar el nuevo tema. Así se ahorra tiempo, se aclara la situación y el tópico siguiente queda con un poco del tono del tema anterior. En el caso de que no se pueda llegar de otra manera a lo que se busca, se utiliza la transición abrupta, ya sea para evitar o provocar ansiedad, introduciendo un nuevo tópico sin la menor advertencia.

e.- Señales de ansiedad

El cómo detectar ansiedad en la situación de entrevista no es cuestión de tomar nota sobre las características observables y medibles que presente el entrevistado. Señales como sudoración o algún síntoma específico son útiles dentro de un laboratorio que controla minuciosamente datos como la respuesta galvánica de la piel y otros signos importantes. En el caso de la entrevista esto no sería lo más práctico y aunque se pueden dar muestras de señales que denoten la presencia de ansiedad, lo más importante es el significado que se le da a estas señales tanto en la interpretación del entrevistador como en la del entrevistado. Por ejemplo, el terapeuta da señales por medio de gestos físicos y tonales así como declaraciones verbales que son interpretadas por el paciente de diferentes formas. Su habilidad consiste en no dar señales de manera equivocada pues estas pueden revelar notablemente sus ideas respecto a la discusión del momento. Sin embargo las señales también sirven para indicar al entrevistado que el entrevistador es un ser humano, teniendo esto un efecto tranquilizador y haciendo cómoda la entrevista sin que el paciente se sienta atado por la ansiedad.

C. ETAPAS DE LA ENTREVISTA

Para Sullivan (1987) existen cuatro etapas en la entrevista: el comienzo, el reconocimiento, la investigación detallada y la terminación. El comienzo y la terminación pueden referirse tanto al proceso de entrevista completo, de principio a fin, como al de un encuentro cualquiera, aplicándose las descripciones que se dan

a continuación para uno u otro caso. El entrevistador debe estar muy atento de lo que pueda decir o hacer él mismo y que afecte al cliente e igualmente estar alerta para saber cómo es afectado por el paciente. En un principio se debe obrar cautelosamente para que no exista una situación perturbadora, pues de esto depende que los resultados sean acelerados o inalcanzables.

1. Comienzo formal

Sullivan (1987) recomienda empezar con un saludo sencillo, llamando al paciente por su nombre, invitarle a entrar y mostrarle dónde sentarse. De esta manera se modera la ansiedad al saber que ya es esperado por el terapeuta y no se incomoda por la incertidumbre. Por medio de la experiencia el experto va aprendiendo cuál es la primera impresión que causa a su paciente en estas circunstancias particulares. Del mismo modo debe reconocer el lenguaje no verbal del paciente (que representa su repertorio de operaciones) dirigido a un extraño. Al revisar este tipo de detalles el entrevistador toma consciencia de lo que él hace y cómo afecta a la entrevista. Luego cuando puede recordar los eventos ocurridos tiene material para obtener un estudio efectivo de la forma de ser del paciente, comprendiendo aquellos aspectos de su vida por los que llegó a consulta.

Lo primero es aclarar los datos que ya se tienen, por ejemplo aquello dicho por teléfono sobre el motivo al acudir o la información que se tenga de parte del especialista o la persona que le recomendó. Es preferible marcar cierta interrogación al final para aclarar lo necesario. Si tenemos datos de otra persona hay que aclararlos y no tomar muy en serio esta información. Hay ocasiones en que se deberá rechazar la información alterna secamente, pues ésta entorpece la investigación.

El primer encuentro en la entrevista es muy decisivo, según Fiorini (1992) la tarea en esta fase es decidir si es factible construir un vínculo terapéutico en base a cierta información compartida.

Así como es importante para el terapeuta conocer datos de la enfermedad, lo que piensa el paciente sobre ésta y sus expectativas al respecto del tratamiento, también es esencial para el paciente saber lo que piensa el terapeuta sobre esto y que le aclare algunas interrogantes.

Antes de llegar a un acuerdo sobre el tratamiento, es imprescindible que lleguen a un diálogo abierto entre ambos acerca de las mutuas expectativas, diferencias de perspectivas y de las discrepancias que tendrán que enfrentar.

Esto debe ser alentado por el terapeuta pues se debe considerar no sólo lo que necesita hacer el paciente sino también saber qué es lo que está dispuesto a hacer, o sea su disposición y dificultades para el tratamiento.

2. Reconocimiento:

a.- Bosquejo de la historia del paciente:

En esta segunda etapa se tomarán los datos del paciente de forma no extensa. Además de su nombre necesitamos saber su edad, un cronograma familiar, desde padres y hermanos, hasta tíos y personas significativas antes de los 7 años. Por otro lado el sostén familiar, posición económica y sus cambios durante la juventud y posteriormente a ésta. Por ejemplo, antes de los ocho años cuando el niño apenas va a comenzar sus estudios y puede alterarse su futuro; alrededor de los veinte, cuando un joven está culminando sus estudios superiores y comienza a buscar un empleo y después de esta etapa, donde la persona ha delineado su futuro en gran parte y los cambios alrededor de éste no son tan pronunciados o decisivos en relación a su carácter o personalidad. Necesitamos una relación de la vida familiar: si eran felices, cómo se llevaban etc. Una explicación corta de su educación, ocupaciones, es decir información que dice mucho de su situación económica, de su capacidad de relacionarse con los demás y de su progreso en la vida. Averiguar si es casado, porqué se casó, cuánto tiempo lleva de matrimonio, si es feliz, etc. Al ir haciendo preguntas más o menos directivas, se puede observar la dificultad o facilidad de la relación. Esto refleja el grado de concentración del entrevistador, su sensibilidad hacia la otra persona y sus actitudes.

El tiempo del reconocimiento puede variar desde 20 min. hasta 7 ó 15 hrs. divididas en varios encuentros. Al final de éste se hace un breve resumen sobre lo entendido y lo que se considera como un problema ubicado dentro del campo de la psicología. El paciente puede corregir cualquier mala interpretación al final del resumen. También puede subrayar algo que él considere importante y que no fue tomado en cuenta. En este resumen se busca o pretende bosquejar para el paciente aquello visto como principal dificultad del vivir.

b.- Bosquejo para la obtención de datos

Se requiere un orden en la recopilación de los datos. Se toma nota desde sus primeros años como en la etapa anterior para la historia del paciente, pero esta vez con datos más precisos. Se va haciendo un recuento de lo ya escuchado y se permite que narre organizadamente sobre su instrucción inicial, hábitos de higiene y si hubo desórdenes de aprendizaje en el lenguaje tales como: demora en su adquisición, dicción perturbada, tartamudeo, peculiaridades de vocabulario, uso continuo de términos autísticos o neologismos, etc. A continuación se investigan las actitudes en relación con compañeros: los juegos, por ejemplo, demuestran su

cooperación, la competencia, la ambición que pudiera tener junto con sus éxitos y fracasos. Seguido a esto se entra en el tema de la instrucción primaria, se averigua si le gustaba, si aprendió y cómo era su relación con compañeros y maestros. Se pasa a la prepubertad para hablar de su compañero o camarada, después se habla de la pubertad y los cambios; cuándo sucedieron, las relaciones en ese entonces, influencias en la adolescencia temprana, actitud hacia su cuerpo, hacia la conversación sexual, timidez y preferencia sexual.

Se comienza a hablar de la actualidad, preguntando sobre sus hábitos, su actitud hacia la soledad, si le molesta o le agrada. Su relación con bebida y narcóticos. Cuándo toma, dónde y qué le sucede, si se pasa del límite y cuándo fue la primera vez que le ocurrió. Hábitos de sueño, si es ligero o pesado, horas que requiere.

Por otro lado la vida sexual del paciente dice si es una persona restringida o libre, si ha cometido adulterio, etc. Se toman datos acerca de sus noviazgos y el matrimonio, el primer noviazgo y la primera relación sexual. Y dentro del matrimonio las satisfacciones, disgustos, seguridades e inseguridades. Cómo ha vivido la paternidad o maternidad, si el hijo es sano o tiene problemas, si existe influencia de parientes y si han habido abortos o muertes.

A continuación se hace un recuento de la historia vocacional, de los empleos que ha tenido, la experiencia adquirida, cuánto le pagaban y cómo se administraba. Finalmente hablamos de entretenimientos, distracciones y gustos, aquí podemos ver parte de su personalidad y madurez, el contacto y la relación con sus semejantes.

3. La investigación detallada:

a.- Hipótesis

Para la investigación detallada necesitamos tener ciertas bases, la primera impresión que obtenemos del paciente es una hipótesis a comprobar, nos preguntamos si será cierto lo que se vio en el reconocimiento. También se va a promover la introspección para profundizar y ver si es correcta nuestra impresión. La comprobación es significativa cuando la conversación es completa y no compuesta por respuestas concretas a preguntas específicas.

Existen diferentes obstáculos que impiden la labor del entrevistador. Estos pueden ser la creencia que tiene la mayoría de la gente de que no necesita de nadie, de que uno debe conocerse a sí mismo descubriendo lo bueno, lo malo, lo correcto, lo incorrecto y que se debe perseguir la lógica y el sentido común ante las diversas situaciones que se nos presenten en la vida. Sin embargo, el obstáculo máximo posiblemente sea la ansiedad. Esto impide la comunicación y la posibilidad de descubrir el sistema del YO de la personalidad del paciente. Este sistema está

compuesto por las habilidades desarrolladas para evitar gestos prohibitivos y técnicas verbales, enfrentando de mejor manera las situaciones difíciles. Son operaciones de aseguramiento de la propia estimación dirigidas a contrarrestar la ansiedad.

b.- Sistema del YO y ansiedad.

El sistema del YO está presente en toda situación de entrevista, por lo que el entrevistado se esfuerza por evitar, disminuir y ocultar las señales de su ansiedad al entrevistador y a sí mismo. La habilidad del entrevistador le va a permitir descubrir lo que el entrevistado intenta inconscientemente ocultar.

c. Historia del desarrollo.

La historia del desarrollo se clasifica en 7 etapas: Infancia, niñez, era juvenil, preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia posterior y etapa adulta. Hay dos categorías generales de la historia de la evolución para organizar datos: primero la relación entre la maduración de la capacidad de los primeros años y las probables oportunidades de experiencia que ha podido tener. La segunda categoría son las señales de torcimiento de la personalidad descubiertas en el transcurso de la entrevista, como por ejemplo, la carencia de experiencias necesarias en el niño.

De la clasificación de la historia del desarrollo, la infancia se ubica desde el nacimiento hasta la aparición de la primera palabra articulada, aunque ésta no tenga significado alguno, en esta etapa el aprendizaje es muy rápido. La niñez empieza desde la primera palabra hasta que el niño tiene la necesidad de tener compañeros. El aprendizaje se vuelve más complejo y comienzan a darse los hábitos higiénicos. La era juvenil comienza con la necesidad de compañeros hasta la vinculación con niños de su misma edad y sexo. Es una etapa fundamentalmente social, los chicos de esta edad ya hablan y son agradables. En los juegos entre sus compañeros aprenden a tener status, por su inteligencia, amabilidad, por ser buen jugador y aprenden a formar tratos ("*si tu me das, yo te doy*"). Su aprendizaje se sirve de lo que hacen los demás niños, adoptan un camarada y es de quien más aprenden.

Luego comienza la preadolescencia. Al tener un compañero de la misma edad y sexo aparece el primer estado de amor. Es necesario este estado, pues si falta se pueden tener problemas en la identificación del papel sexual. Este camarada actúa aunque no esté presente. En esta etapa los niños exploran su cuerpo y se conocen. Aparece la necesidad del sexo opuesto al comenzar la adolescencia temprana y se empiezan a satisfacer los deseos sexuales de acuerdo a los cánones de la cultura en que viva. En la adolescencia posterior se siguen satisfaciendo los deseos sexuales por medio de juegos eróticos. Se continúa el

desarrollo hasta conseguir un amplio repertorio de relaciones interpersonales y esto marca la entrada a la madurez.

d.- Signos y síntomas para el diagnóstico.

El paciente es capaz de darnos bastantes datos sobre sí mismo de los cuales es consciente, este es el YO personificado. Las declaraciones no son información obtenida por deducciones, por ejemplo el paciente puede decirnos qué aprecia y desprecia de sí mismo, lo que hace vulnerable su autoestima y qué hace cuando algo le incomoda. Al mismo tiempo existen signos que permiten al especialista hacer un diagnóstico sobre los patrones de desorden mental. Sullivan (1987) describe los signos como fenómenos que el psicólogo puede observar más o menos objetivamente, mientras que los síntomas son informados por el paciente. Cuando se ven los signos hay que investigar sobre los síntomas. Algunos signos aparecen en la primera etapa de la entrevista, unos más en la entrevista detallada y los podemos encontrar asociados a síntomas como apatía, tristeza o depresión, júbilo inexplicable, extravagancia superdramática, vacilación o indecisión. Como la voz es sumamente sensible a la ansiedad, se pueden notar señales de tirantez en la vocalización y los cambios de tono, así mismo se conjuga con la postura y el movimiento.

La comunicación verbal puede sufrir perturbaciones ante el entrevistador como señales autísticas, "pérdida del pensamiento", bloqueo, interpretaciones equivocadas, expresiones verbales estereotipadas y la sensación de entenderse secretamente con el terapeuta. Otro tipo de signos son las perturbaciones en gestos y ademanes. Por ejemplo gestos estereotipados: cuando la persona realiza en forma recurrente el mismo movimiento en las situaciones más incongruentes, amaneramientos: movimientos corporales peculiares que no son los acompañamientos usuales de ciertos pensamientos, tics: en los cuales ciertos músculos parecen operar sin tener en cuenta para nada lo que está ocurriendo, (son como gestos comunicativos, fragmentarios, que se relacionan vagamente con lo que está ocurriendo). Estos son algunos ejemplos de signos que puede observar el psicólogo profesional.

No obstante, en una terapia profunda se podría requerir que el paciente dé información más específica, completa y detallada. Por medio del insight el paciente puede llegar a conclusiones a las cuales no es fácil llegar por sí solo, para esto puede ensayarse el ir sumando los datos, atenuando los hechos y restándoles importancia, extendiendo apoyo al paciente, reflexionando, aumentando la tensión e interpretando.

e.- Resumen

Dentro de la investigación detallada el último paso consiste en hacer un resumen de lo relatado por el paciente. Esto se hace al final de cada sesión y le da la oportunidad al paciente de corregir algún malentendido y también de escuchar lo que él mismo ha reportado, logrando al mismo tiempo que el cliente se sienta escuchado y comprendido al oír que le han puesto atención. Al final del proceso de entrevista se hace otro tipo de resumen que describe la conclusión a que se ha llegado a lo largo de la serie de entrevistas. Esta puede ser el diagnóstico sobre el paciente o alguna respuesta para dirigirle a algún especialista.

4. Terminación

Al final de cada uno de los encuentros se hace un pequeño resumen sobre lo que ha comentado el entrevistado y se puede dar una prescripción hasta la próxima cita, este es un tipo de terminación. En la parte final del proceso de entrevista el experto sigue varios pasos que van a dar por terminado el proceso. El primer paso es la declaración final, en esta se hace el resumen ya mencionado acerca de todo lo que se ha sabido en el curso de la entrevista. Paso siguiente: se toma una decisión sobre el curso a seguir a continuación, esto es, la prescripción de la acción que debe cumplir de aquí en adelante el entrevistado. El tercer punto es una apreciación o evaluación de lo que probablemente vaya a ser la vida del entrevistado y de sus posibles efectos. Por último, la despedida oficial. Este final no suele ser fácil y se debe tener cuidado de no echar a perder el último momento. Es probable que el entrevistado no pueda cortar de pronto y decir adiós, sin quedarse con la sensación de que falta aclarar algo más. Lo que hubo que aclarar ya tuvo su tiempo y en este momento el final debe ser breve y respetuoso de modo que no se estropee lo ya realizado.

CAPITULO I

CITAS

- 1.- Sullivan, H. (1987) **La entrevista psiquiátrica**. Ed. SXXI, Nueva Imagen. Buenos Aires, pag. 27.
- 2.- Davis, Flora. (1971) **La Comunicación No Verbal**. México: Alianza, pag. 50
- 3.- Sullivan, H. (1987) **La entrevista psiquiátrica**. Ed. SXXI, Nueva Imagen. Buenos Aires, pag. 51.
- 4.- Singer, Erwin.(1975) **Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia**. México: Fondo de cultura económica, pag. 233.
- 5.- Ruesch, J. (1964) **Comunicación Terapéutica**. Buenos Aires: Paidós, Biblioteca de psiquiatría, psicopatología y psicósomática, pag. 157.
- 6.- Singer, Erwin.(1975) **Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia**. México: Fondo de cultura económica, 264.
- 7.- Noyes, (1971). **Psiquiatría Clínica Moderna**, México: La Prensa Médica Mexicana, pag. 173.

CAPITULO II

COMUNICACIÓN NO VERBAL Y LENGUAJE CORPORAL

A.- COMUNICACIÓN:

1.-Definiciones y características.

J. Ruesch (1964) dice que la comunicación consiste en los procedimientos por medio de los cuales una mente puede afectar a otra.

También hay definiciones según el propósito de la comunicación: por ejemplo en el seminario de "Psicología Clínica y Psicoterapia I" Cicero (1994) menciona 3 tipos de comunicación: La comunicación incidental, que es la que ocurre sin que tengamos el propósito de hacerla. La comunicación expresiva, que es aquella que ocurre cuando manifestamos un estado emocional y la comunicación instrumental, aquella en la que queremos deliberadamente que exista un efecto.

Ricci Bitti (1977) ¹ define la comunicación como *toda expresión verbal o no verbal, activa o pasiva independientemente del medio que se utilice y del hecho de que los interlocutores tengan o no consciencia de ello.*

En síntesis: **La comunicación es una unidad de conducta dentro de un sistema de interacción, la cual tiene varios componentes y características así como diferentes propósitos.**

2.- Componentes de la comunicación:

Ruesch (1964) señala como componentes de la comunicación elementos como la señal, el signo y el símbolo.

La señal es un impulso en tránsito. El **signo** es la parte que limita una acción o acontecimiento. Y el **símbolo** es un artificio acerca del cual se ha convenido que se refiere en forma condensada a una serie de acciones o de hechos y se le usa con fines de codificación para transmitir mensajes.² También podemos decir que es aquello que se toma convencionalmente como representación de un concepto.

Otros elementos para tomar en cuenta son el mensaje y la interacción. Watzlawick (1976) llama **mensaje** a cualquier unidad de comunicación singular. A la serie de mensajes intercambiados entre las personas la denomina **interacción**. En la interacción entre personas los efectos de la comunicación de una inciden sobre los efectos de otra, esto es: el hecho A afecta al B y este al C quien así mismo finalmente puede afectar al A, llevando una retroalimentación entre las variables que puede ser positiva o negativa. Cuando varía el equilibrio, esto lleva al cambio. Así pues, los sistemas interpersonales los entiende como circuitos de retroalimentación cuando la conducta de cada persona afecta la de otros y a su vez es afectada por la de éstos.

Para el estudio de los procesos semióticos la comunicación humana puede subdividirse en 3 áreas: **Sintáctica, semántica y pragmática**. La primera se refiere a la información que se va a transmitir, la segunda al significado y la tercera a los efectos de la comunicación sobre la conducta.

Watzlawick y sus colaboradores formularon 5 axiomas tentativos a lo largo de sus estudios sobre comunicación humana que se explican a continuación:

a) No es posible no comunicarse.

Dado que se espera que toda conducta sea comunicación, es imposible la no-conducta, porque así mismo la "ausencia de conducta", por así decirte a la ausencia de movimiento, también nos da comunicación. Un esquizofrénico al no entablar contacto intenta aislarse del mundo evadiendo el compromiso que significa comunicarse.

b) Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional donde el segundo clasifica al primero.

En este punto el aspecto del contenido se refiere a lo que dice el mensaje transmitiendo datos de la comunicación, el aspecto relacional se refiere a cómo se dice y cómo debe entenderse dicha comunicación, creando así la metacomunicación como algo más allá de lo textualmente dicho.

c) La naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

El tercer inciso dice que en la secuencia de comunicación no existe un sujeto tal que dé una ecuación estímulo-reforzador y que emita la respuesta. Se plantea entonces que son los dos sujetos quienes al mismo tiempo dan estímulos, reforzadores y respuestas. Es una interacción donde ambos producen efectos mutuamente, de esta manera el médico y el paciente se encuentran en un sistema interpersonal.

d) La comunicación digital tiene sintaxis y no semántica y la comunicación analógica viceversa.

La comunicación de interacción es de dos formas, digital y analógica. En la digital se determina un signo arbitrariamente (como las palabras). Esta tiene sintaxis y no semántica. El aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital. Así mismo la comunicación analógica se refiere a que es similar a aquello con lo que se utiliza para expresarla. Tiene semántica más no sintaxis. En este caso es lenguaje no verbal: desde la postura y los gestos hasta la inflexión de la voz, la secuencia y el ritmo de las palabras, aunado a aquellos indicadores de comunicación del contexto en que se encuentran. Por ejemplo, no es lo mismo alzar la mano en la calle, dirigida hacia los coches como señal de llamar a un taxi, que alzar la mano dentro de un salón de clase. El aspecto relacional es de naturaleza predominantemente analógico. En éste no existe expresión de conceptos abstractos, distinción entre mensajes ambiguos, ni entre pasado, presente y futuro.

" Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente, el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones" Watzlawick et al. (1976) 3.

e) Los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según estén basados en la semejanza o en la diferencia.

Bateson (op. cit. Watzlawick, 1976) define la cismogénesis como un proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos. Esto es, que en la relación de dos personas se produce un tipo de conducta en cada uno de los participantes y ésta puede resultar complementaria o simétrica, pues son relaciones basadas en la diferencia o en la igualdad. En la cismogénesis complementaria una de las partes presenta una conducta con mayor poder o autoridad y la otra se somete a la primera. Los sujetos en la cismogénesis simétrica presentan competencia entre sí. Puede ser que los dos quieran dominar o que ninguno se imponga sobre el otro. En los dos casos de cismogénesis se da un cambio progresivo. Esto nos recuerda al teorema de la emoción recíproca de Sullivan (1987) con lo que se remarca el proceso de interacción y la relación entre los participantes.

B.- COMUNICACIÓN NO VERBAL

En la situación de entrevista el terapeuta está pendiente de todo aquél dato que el entrevistado diga verbalmente, para formular una hipótesis sobre la personalidad de éste. Se busca presentar otras herramientas que ayuden a lograr este objetivo sin restarle importancia al discurso, proporcionando información

importante sobre el paciente y sobre el experto mismo. El fin de esta presentación es describir estudios ya realizados y rescatar lo que pueda ser útil en la entrevista. No es nuestro propósito comparar la importancia del lenguaje verbal con el lenguaje no verbal, ni se pretende tomar al pie de la letra los ejemplos de las señales no verbales como un código infalible, pues como veremos estas varían de cultura en cultura y de contexto a contexto.

El entrevistado está en contra de la labor del experto en diversas formas y la razón principal es su ansiedad, por esta razón podríamos encontrar ciertas diferencias o incongruencias entre lo que dice verbalmente y lo que expresa todo el conjunto de su presencia. Estos son puntos que pueden ser trabajados con el paciente.

Woldberg (1954) destaca que es esencial un lenguaje en común durante la entrevista, pues los problemas surgen cuando paciente y terapeuta no se comprenden, ya sea porque tienen diferencias en la forma de expresarse de acuerdo a su educación o por diferencias socio-culturales. A veces sucede que al tratar con personas de otro lugar que hablan el mismo idioma es difícil entenderse y es posible mal interpretar el mensaje pues las costumbres de expresión son diferentes, la intensidad y el sentido que se le da a una aclaración puede variar significativamente por patrones culturales. En este caso es el terapeuta quien debe ajustarse a las necesidades del paciente y podría serle de utilidad observarlo con el fin de aprender más sobre su comportamiento. De esta manera es posible superar esas diferencias basándose en que la comunicación no verbal (CNV) revela aspectos de la personalidad que sobrepasan al discurso durante la entrevista. Por ejemplo, el paciente está consciente del humor del entrevistador por medio de la CNV que éste le presenta, del mismo modo que el segundo está consciente de las emociones del primero.

Como el individuo se proyecta a sí mismo en todo momento y con toda su personalidad, el experto puede encontrar claves importantes sobre los conflictos sobresalientes y sus actitudes menos conscientes observando el comportamiento durante la situación de entrevista. Este comportamiento es parte de su estructura habitual de carácter o refleja específicamente el papel que presenta con el terapeuta. Dada la importancia de la CNV para una comprensión adecuada en la entrevista y como un método capaz de transmitir emociones de forma bastante fiel, vamos a presentar el tema de comunicación no verbal ampliamente, comenzando por la definición:

El movimiento de cuerpo, cara y manos, la disposición espacial de los cuerpos integrantes, la entonación de la voz, ritmo e inflexiones del discurso sumados a los indicadores de comunicación del contexto de interacción en que se encuentran, son los elementos que forman la comunicación no verbal.

Ricci Bitti (1977) ⁴ agrega lo siguiente: *La CNV es un instrumento significativo de expresión de las emociones, actitudes y de los conflictos, tanto conscientes como inconscientes. Las frases, constataciones y comportamiento, asumen significado en relación a la situación.*

Algunos investigadores del comportamiento como Ricci Bitti utilizaron la cinesis para estudiar el movimiento del cuerpo humano, ésta se centra en el principio básico de que no se puede estudiar la comunicación por unidades aisladas pues es un sistema bien integrado y debe analizarse en conjunto, prestando atención a la forma en que cada elemento se relaciona con los demás. Hay que mencionar entonces, que el rostro no expresa emociones de manera segura e infalible y por lo tanto no podemos "leer" ni "adivinar" lo que piensa la otra persona, solamente podemos tener una idea aproximada de cómo se siente y suponer que presenta determinada actitud. Al ver ciertas reacciones que nos parecen familiares y de acuerdo a estos indicadores, nosotros, consciente o inconscientemente vamos a reaccionar a su vez a esta información.

En la década de los cincuenta hubo antropólogos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos y etólogos como Ray L. Birdwhistell, Albert E. Schefflen, E. Hall, Erwin Goffman y Paul Eckmann, que se dedicaron a estudiar el lenguaje no verbal. Algunos antropólogos estaban de acuerdo en que estos movimientos son aprendidos como una lengua. Los psiquiatras opinaban que la forma de moverse de un individuo proporciona indicadores sobre su carácter, sus emociones y sus reacciones hacia la gente que lo rodea. Por su parte los sociólogos describen una especie de regla de etiqueta subliminal a la que casi todos nos ajustamos y que conforma nuestro comportamiento en aspectos de mayor y menor importancia. Y finalmente los etólogos concuerdan en que la CNV del hombre es similar a otros primates en relación al cortejo, la crianza y el dominio.

1.- Bases Etológicas.

Quien inicialmente dio paso al estudio del comportamiento y del instinto fue Conrad Lorenz en los años treinta. A partir de la zoología comenzó el estudio de patrones innatos de conducta; hurgando en la fisiología y desembocando en factores de adaptación y supervivencia. Algo básico en estos estudios fue la elaboración de un etograma con los patrones del comportamiento de cada animal, comenzando por un repertorio de movimientos característico de la especie. Y fue en *Más allá del instinto* que Nikko Tinbergen (1951) comenzó a hacer observaciones de etología humana. Siguiendo con la comparación de comportamiento de primates y humanos, Flora Davis (1971) plantea que el saludo en los primates es una forma de apaciguamiento, éste se lleva a cabo como un ritual: Primero avistarse y reconocerse, luego saludo a distancia, acercamiento, saludo más próximo y finalmente separación momentánea. Esto al ritualizarse pierde el áurea de intimidad y la connotación sexual. Así se convierte en una señal para reconocerse y mostrar buenas intenciones, digamos un encuentro amigable. Algo parecido sucede en seres humanos, conforme se da el acercamiento entre dos seres, se necesitan indicadores que prevengan a cada uno sobre el otro.

En los animales se puede observar con mayor claridad el comportamiento espacial para conseguir autonomía a través del control de un espacio, pues en la mayoría de las especies el macho marca su territorio dejando orines para que otros lo reconozcan, en nuestro caso es un proceso muy complejo que puede ir desde el espacio personal o el espacio donde vive un individuo con su familia hasta un territorio nacional. Eduard Hall (1966) en los estudios de proxémica determinó que existe algo parecido a una esfera para cada especie, limitada fuera de la piel (kinesfera), la cual marca puntos importantes en relación a la pertinencia de distancia como el punto de fuga y la distancia crítica. Por ejemplo; un animal como el conejo detecta por medio de sus sentidos: olfato, oído, vista, etc., la presencia de otro animal, mientras este no se acerque más allá del punto de fuga el conejo se mantiene quieto, pero en el siguiente movimiento se echa a correr. Si el intruso fuera de su misma especie y con intenciones de cortejo la situación sería muy diferente y requeriría de alguna señal que indique tal intención, por eso la ceremonia de apaciguamiento es tan importante.

Los estudios de E. Hall (1966) sobre el hacinamiento, muestran como puede llegar a perturbarse la conducta de un grupo de ratas cuando el "espacio vital" no es respetado. Por medio del olfato se afecta el sistema endócrino provocando estrés, lo que produce cambios en el comportamiento. Por ejemplo, puede afectarse la conducta sexual tornándose ésta agresiva, desviada o indiferenciada. Podría preguntarse si algo parecido estará sucediendo a algunos seres humanos o si les llegará a suceder.

2.- Comunicación No Verbal en Humanos.

Al desarrollarse la palabra y el lenguaje simbólico en el hombre, ha disminuido la habilidad de comprender señales corporales, por lo que la comunicación no verbal en seres humanos no es de menor importancia pero sí diferente a la de otras especies. Como ya se mencionó, el hombre ha desarrollado más los sentidos llamados "a distancia" como la vista y el oído. A pesar de que la diferencia física entre géneros no es significativa a simple vista como en otros animales donde el macho puede ser de mayor volumen o con ornamentos claramente diferenciados, en los seres humanos la imagen visual es a veces más importante que otros sentidos como el olfato, por eso nos parece que la comunicación no verbal es un componente principal en la interacción.

Se dice que podemos adquirir nuestro aspecto físico y que somos capaces de transmitir mensajes por la forma de llevar el cuerpo y por la distribución de aquellos rasgos faciales que son definidos con el tiempo, como la línea del cuero cabelludo, el tabique nasal y la forma de la boca moldeada por el nacimiento de los dientes. (Birdwhistell op. cit. Flora Davis, 1971). También los aspectos como la belleza y la gracia son características aprendidas y culturalmente determinados, de aquí que se aprende a llevar y mover el cuerpo y el rostro. Los músculos faciales pueden ser vivaces o tensos como respuesta a otras personas o necesidades

interiores y a perspectivas culturales. La forma del cuerpo también puede ser programada culturalmente; por ejemplo en una época la moda requería mujeres con redondeces pues esto representaba salud. Desde principios de siglo la mujer ha tomado formas espigadas y algunas veces un poco masculinas, así durante mucho tiempo la tendencia ha sido la imagen de la mujer esbelta y últimamente se busca que el cuerpo sea un poco más musculoso y con algo más de forma. No sobra agregar que esta búsqueda por la imagen perfecta tan subjetiva y la gran importancia que se le da a ésta, ha llegado a causar problemas de salud en cada época. Las mujeres llevaban el corset tan apretado que se llegaban a desmayar por falta de oxigenación de la sangre, ahora las jovencitas y las mujeres mayores inconformes con su cuerpo han llegado a casos de anorexia que requieren de hospitalización y ayuda psicológica.

Tomando en cuenta la importancia que se le da a la imagen visual en nuestra sociedad y en muchas otras culturas, vamos a describir cómo aparece el lenguaje no verbal en la infancia. Desmond Morris (op. cit. Flora Davis, 1971) 5 dice: *"En las etapas preverbales, antes de que toda la máquina de la comunicación simbólica cultural se nos haya impuesto, nos dejamos guiar mucho más por pequeños movimientos, cambios de postura y tono de voz, de lo que necesitaremos en nuestra vida posterior. Si la madre realiza movimientos tensos y agitados, por mucho que procure disimularlos se los comunicará al niño. Si al mismo tiempo muestra una amplia sonrisa, no lo engañará, sino que lo confundirá más aún"*. Podemos agregar lo que dice Argyle (op. cit. Ricci Bitti 1977) 6, quien sugiere que *"el lenguaje (verbal) es innecesario para transmitir emociones y actitudes, pues debe haberse desarrollado para otros fines, probablemente para comunicar hechos producidos a distancia y para referirse a objetos ausentes, luego se ha hecho extensivo a hechos más inmediatos"*.

Durante la adquisición del lenguaje verbal, los bebés aprenden rápidamente de todas las experiencias sensoriales que se les ofrecen. Un tipo de reacción innata es que los niños presentan una gran atracción desde muy temprana edad hacia el rostro humano, comenzando por los ojos. Una secuencia correcta de comportamiento en las primeras etapas comienza únicamente con la distinción de luces y sombras al nacer. A las cuatro semanas son capaces de fijar la mirada y sonreír al encontrarse con la mirada de la madre. Pasados los dos meses sonríen ante la representación de dos puntos visibles a la misma profundidad y alineados horizontalmente. Conforme van creciendo van siendo necesarios estímulos más semejantes al rostro humano para que despierte su interés, como boca, nariz y finalmente movimientos como a los siete meses. Poco a poco van distinguiendo rostros familiares y expresiones, pronto son capaces de interpretar ciertos movimientos comunicativos de manera muy hábil, posiblemente con mayor asertividad que en etapas adultas posteriores. Al llegar a la etapa infantil el niño sigue siendo extremadamente sensible a los mensajes faciales. Aún no mira fijamente a los demás y no se distrae con las palabras como los adultos. A esta edad es capaz de ver la excitación, el temor, vergüenza y alegría pues le da gran importancia al rostro. Esto se puede ver en sus dibujos, la mayoría de los niños al dibujar personas crean cabezas grandes y con rostros muy detallados en comparación de lo demás del cuerpo, como los dibujos de muñecos de palitos.

Los padres sin darse cuenta se comunican con el hijo por medio de vías no verbales transmitiendo sensaciones y reacciones inconscientemente. Es muy sorprendente para éstos darse cuenta que los niños captan sus deseos subconscientes, por ejemplo cuando un padre regaña a su hijo por haberse peleado con un compañerito, le dice que eso no lo debe hacer, sin embargo el padre se muestra orgulloso de este hecho y el niño no va a comprender el mensaje verbal, sino el que se esconde detrás de éste. De aquí que luego no pueda cumplir con lo que pide el padre cuando su mensaje verbal es opuesto totalmente al mensaje no verbal y esto le crea gran confusión al niño.

a.- El código no verbal de los niños.

Los expertos en etología humana prefieren hacer observaciones en el Jardín de Niños. Los pequeños se comunican sobre todo por medio de expresiones faciales y utilizando muy poco las palabras. En 1963 - 1964 Blurton Jones en Londres (op. cit F. Davis, 1971) observó actividades en el Jardín de Niños y registró detalles físicos de su comportamiento. Hizo entonces comparación de expresiones faciales entre niños y primates jóvenes, encontrando que las reacciones como la expresión de ataque se da en ambos con la mirada fija, ceño fruncido y tenso y las cejas bajas. En cambio, en la sonrisa de juego del niño se muestra la boca abierta sin mostrar los dientes. Por su parte en los niños entre 3 y 5 años no parece haber jerarquía de dominio como en los primates, en los dos grupos existe una naturaleza juguetona, les gustan los juegos bruscos e imitan la lucha; fingen pegarse y se turnan para perseguirse unos a otros.

Cuando a los monitos se les priva de jugar con otros de su edad se vuelven solitarios y antisociales, peor que aquellos que fueron separados de su madre y que sí tuvieron trato con otros de su edad. Se concluye que para los monitos el juego es importante como una influencia socializante, por lo que B. Jones sugiere que también debe ser útil para los seres humanos puesto que el repertorio no verbal de los niños mientras juegan es mucho más rico en señales que en comunicación verbal.

Otro grupo en Birmingham, Inglaterra que realizó estudios en el Jardín de Niños fue el de Michael Chance. Este grupo realizó un informe muy interesante sobre la conducta de ataque durante la pelea entre dos niños por un juguete y lo describe de la siguiente manera:

"Uno de los niños tiene el ceño fruncido, con las cejas hacia abajo en los extremos internos y echa la cabeza y a menudo el mentón hacia adelante, manteniendo los labios apretados y también hacia adelante. Y mira iracundo. También puede agredir al otro pequeño mediante un golpe característico de los niños en edad preescolar: el brazo levantado, los dedos cerrados y la palma hacia adelante. El agredido con frecuencia se agacha, llora o emprende la fuga, manteniendo en su rostro todo el tiempo una expresión de huida: las cejas más bajas en los extremos exteriores, la boca abierta y algo cuadrada y el rostro ruborizado. Este rubor es un signo de derrota". Michael Chance (op. cit. F. Davis, 1971) ?

En la "postura de pegar" la mano va al nivel de la cabeza y se mantiene ahí por varios segundos. Dependiendo de donde se encuentre la mano con respecto a la cabeza es la posibilidad de que se dé o no el golpe, o que sea sólo una postura defensiva; esto es, más hacia adelante o hacia atrás. Lo anterior representa el equilibrio entre el deseo de atacar y el de huir y el otro niño sabe interpretar esta señal.

b.- Diferencias de lenguaje corporal entre hombre y mujer.

Las diferencias de lenguaje en cuanto a género son diferencias de comportamiento básicamente aprendidos, pues desde el nacimiento son tratados de distinta manera recompensando el comportamiento impuesto culturalmente. La edad en que se utilizan indicadores de sexo varía entre las diferentes culturas y subculturas. Un indicador diferencial se observa en el ángulo pelviano, este indicador aparece a la edad en que los chicos y las chicas se comienzan a cortejar. Otro es referente a la postura y el espacio entre las piernas; las mujeres acostumbran llevar las piernas más cerradas que los hombres. Y por último el parpadeo se diferencia en que es rápido en los hombres y más lento y suave en las mujeres. Estos tres indicadores fueron obtenidos por F. Davis (1971) de estudios realizados en EE.UU.; mas cabe señalar que ninguno de estos es universal por lo que se rechaza la teoría de que las diferencias de comportamiento en este caso sean por causas biológicas, apoyando así los estudios de Birdwhistell y los de Mead (op. cit. Davis, 1971) sobre la adquisición de indicadores de sexo por medio de factores culturales. La razón de estos indicadores no es puramente una connotación sexual entre dos personas con el fin de afirmar la propia identidad sexual y al mismo tiempo responder a otras. Por ejemplo en algunas culturas occidentales las mujeres tienden a acercarse más a la otra persona, a tocarla más, a mirarla directamente con frecuencia e intensidad, a reaccionar positivamente a la proximidad, a mezclarse más íntimamente en los ritmos corporales, etc. Su comportamiento no verbal refleja en general que son más abiertas a las relaciones personales y que le atribuyen mayor importancia.

C.- CLASIFICACIÓN DE SEÑALES NO VERBALES.

Si el lenguaje corporal es adquirido y aprendido no hay razones para pensar que es un factor genético, sin embargo las reacciones a éste son cuestiones instintivas. La cultura es un determinante del significado que le vamos a dar a cierto comportamiento y por lo tanto a la respuesta que surja a partir de éste. Así se verá que las diferentes culturas interpretan de diferente manera la amplia gama de indicadores. Los ejemplos que se van a dar han sido obtenidos principalmente de autores que trabajan en culturas occidentales, de investigaciones en Universidades británicas y estadounidenses. Estas señales no se pueden generalizar pues no son

claves infalibles, lo que se busca al mencionarlas es dar un panorama sobre la conducta existente y su posible significado.

1.- Contacto físico

Ya hemos visto la importancia de las etapas preverbales en el niño y la percepción de rasgos faciales. Además Winnicott (1981) le ha dado gran importancia al contacto primario con la madre. La primera experiencia para el embrión es el tacto. Dentro del útero experimenta calidez y bienestar, al nacer experimenta un mundo ya no tan confortable y comienza a descubrir dónde termina su cuerpo y dónde comienza el exterior. Al moverse, el tacto es su guía principal y aquí entra la importancia del papel de la madre. Winnicott, D. W. (1981) determina que para que se dé un desarrollo psicológico sano es necesario que haya un buen contacto físico entre la madre y el hijo. El cuidado físico comienza con darle la comida necesaria y mantenerlo a la temperatura adecuada; esto así mismo satisface necesidades psicológicas y emocionales para un adecuado desarrollo emocional que le lleve a la independencia. Los cuidados constantes implican factores del contacto madre e hijo en un acercamiento persistente que brinde al bebé la sensación de contención. Al ser sujetado en los brazos el niño percibe seguridad, la madre lo sostiene con cuidado pero firmemente, no como bulto, ni lo deja al aire. La falta de esta sensación de seguridad puede ser un impedimento para el desarrollo emocional y para un adecuado contacto con el exterior.

En cada cultura hay variaciones en relación al contacto físico y dentro de una cultura pueden haber diferencias entre los dos sexos. Por ejemplo, La cultura árabe se caracteriza por ser una cultura de contacto, pues la frecuencia con la que se tocan dos cuerpos es mayor que en culturas de no contacto como los ingleses o los norteamericanos. También pueden variar las partes del cuerpo que permiten mayor contacto según el entorno. Para el campo en el que se trabaja la entrevista el contacto físico no es parte del trabajo del terapeuta, por lo que se mantiene cierta distancia, pues el paciente al desarrollar su historia personal nos ofrece información cargada de mucha emotividad y no es conveniente mezclar esa emotividad con el contacto físico.

2.- Proximidad- distancia.

E. Hall (1961) plantea que en cada persona el Yo se limita fuera de la piel, en una especie de burbuja privada que representa la cantidad de espacio que siente debe haber entre él y los otros. Esto varía igualmente en las culturas de contacto y no-contacto, planteando diferencias entre las personas respecto a la disposición espacial, de acuerdo a la distancia de fuga y a la distancia crítica de cada quien, cuando estas distancias son sobrepasadas puede haber un choque

cultural. A estas variables en cuanto al espacio las llamó proxémica y encontró 4 diferentes distancias o zonas para la interacción humana: íntima, personal, social y pública. Según la distancia los sentidos operan de forma distinta, a mayor distancia se usan la vista y el oído, a menor distancia se les va restando importancia y se usan en mayor grado el olfato, el tacto, la sensación de calor y hasta el gusto. Hall plantea lo siguiente en cuanto a los estudios de proxémica:

-A una distancia entre 3 y 4 metros se llevan a cabo las conversaciones formales y quien más se aproxime marca el efecto de dominio.

-Entre 1.20 y 2 metros se dan las conversaciones sociales como en la oficina.

-Una distancia personal es marcada en las culturas de no contacto por la extensión del brazo limitando el dominio físico, como de 45 a 75 cm.; una distancia apropiada para discutir asuntos personales.

-En una riña o en una situación íntima las personas se acercan unos 45 cm. o menos, distancia a la cual se puede percibir el olor, el ritmo respiratorio, la textura, color y temperatura de la piel y las personas pueden tocarse mutuamente.

Como ya vimos en los estudios sobre hacinamiento con ratas, el espacio es una necesidad real y biológica y la aglomeración tiene influencia sobre el comportamiento. Además de presentarse de diferente manera entre hombres y mujeres, en ciertas culturas la mujer es más dada a mostrarse cercana y afectuosa hacia los demás, en cambio el hombre puede mostrarse distante por características aprendidas.

Como ya dijimos, durante la entrevista hay que guardar cierta distancia, ésta puede estar marcada por un escritorio, por ejemplo. Hay pacientes que pueden sentirse intimidados si esta distancia es muy corta, aunque tampoco debe ser muy amplia de modo que no se puedan registrar los pequeños indicadores no verbales.

3.- Orientación

Uno de los indicadores fácilmente identificado es la orientación del cuerpo del paciente hacia su escucha, R. Bitti (1977) la define como el ángulo en el cual dos personas se sitúan en el espacio, de pie o sentadas, unas respecto a otras. Esto puede mostrar atención o interés y junto con la postura nos comunica algunas actitudes interpersonales. Para completar F. Davis (1971) menciona que en un conjunto de personas que conversan en grupo, cada individuo define su posición por el lugar que ocupa. No es una ley pero describe que dos personas al sentarse frente a frente se muestran competitivas; esto nos recuerda a un par de jugadores de cartas o dominó. Una pareja colocada en ángulo recto (90°) respecto de la otra se orienta hacia una situación de conversación y por último otra pareja situada lado a lado, igualando caderas, hombro y cabeza presentan una actitud de cooperación, como al realizar un trabajo de equipo.

4.- Postura

La postura en sí misma puede comunicarnos mucho acerca de la persona que tenemos enfrente. La misma palabra nos expresa posición, actitud o disposición en que se encuentra el paciente y su situación en relación a algo. En el psicoanálisis la postura del paciente es clave en los problemas: expresa sus actitudes y sentimientos hacia las personas que lo acompañan. Las personas imitan las actitudes corporales de los demás, al compartir una postura se expresa acuerdo y disminuye la distancia psicológica. Al no estar de acuerdo se forman barreras para establecer límites, como por ejemplo extender brazos y piernas. La postura se marca según el papel y la actitud interpersonal en relación a la variante cultural que es el contexto social. Algunos autores citados por R. Bitti (1977) dicen lo siguiente sobre la postura:

- Eckman y Friesen (1969) consideran que es un elemento menos controlable que el rostro o el tono de voz. Esta define un estado de ánimo, el deseo de dominación, status inferior o superior, confianza de la persona en sí misma o la propia imagen que se ha creado.

-Mehrabian (1971) encuentra que se muestra una actitud positiva cuando las personas se encuentran aproximadas físicamente, con un contacto visual intenso e inclinadas hacia adelante.

-Charny (1966) habla sobre la relación entre congruencia de posición y otros parámetros interpersonales como la producción verbal y la activación emocional. Esta congruencia parece depender de la "distancia psicológica" entre los interlocutores o de las diferencias de roles en el seno de la relación. Por ejemplo: si depende de la diferencia de roles, a mayor diferencia menor congruencia de posición y mayor producción verbal. O si es debido a la distancia psicológica y ésta es corta, existe mayor congruencia en la posición y mayor activación emocional.

Por su parte Schefflen (op. cit F: Davis, 1971) y J. Solanas (1982) concuerdan que el cambio de postura se da paralelamente al lenguaje hablado. La forma de llevar los hombros nos indica tristeza, timidez o furia contenida, como en el caso de una depresión.

La postura se lleva también según el contexto. Por ejemplo en determinadas situaciones formales como juntas de negocios, en el trabajo o en eventos sociales, uno no se recuesta en la silla pero un lugar de reposo como la playa o un sillón frente a la chimenea o al televisor propician esta relajación. La postura no sólo está marcada por una inclinación del cuerpo o la forma de cruzar los brazos, sino por un conjunto de factores que se presenten al mismo tiempo, es algo tan personal que frecuentemente puede ser clave del carácter de la persona. Nos puede hablar del pasado de una persona, si ha sufrido, si ha sido tímido o tiene una grave frustración. Los problemas psicológicos pueden llevarse en el cuerpo y aunque a

veces desaparezca el problema, la postura se mantiene, así esta postura puede hacer que la persona siga sintiéndose mal. Por ejemplo en cuanto a la interpretación de posturas, si una mujer tiene los brazos cruzados al frente puede expresar timidez o pasividad; pero con ciertos cambios sutiles en la mirada, la sonrisa, la inclinación de la cabeza y de los hombros, este cruce de brazos podría producir un efecto diferente, tal vez seductor. En otro caso una persona deprimida anda desgarbada, se encorva y echa los hombros hacia adelante. Al superar la depresión ésta queda incrustada en su postura y la persona continúa sintiéndose agobiada. Posiblemente si enderezara el cuerpo podría sentirse mejor.

5.- Aspecto exterior.

"Por los zapatos se conoce a la persona". No importa si se es una persona con o sin dinero, el cuidado de los zapatos así como de otros elementos del cuidado personal como ropa, peinado y pulcritud en general, nos hablan de quienes tenemos enfrente y de la imagen que nos quiere dar. Si tenemos que una mujer se viste muy escotada y de falda corta o ajustada sin un contexto veraniego, sino en la ciudad y cerca de una construcción, podría interpretarse que busca llamar la atención de alguien. Esto sumado al arreglo del cabello, el maquillaje, los accesorios y una postura provocativa. Por su parte, hay hombres que también gustan exhibir su virilidad a las mujeres y a los demás hombres en aspectos tales como el poder y/o la fuerza. En este caso el aspecto exterior puede ir remarcado por la exposición de brazos musculosos, la camisa abierta, accesorios llamativos como cinturones, anillos, cadenas y hasta un coche o una motocicleta que lleva la misma intención.

La ropa también indica posición económica y social y el trabajo al que se dedica una persona. Por ejemplo una bata blanca, una sotana o un uniforme militar da información sobre el trabajo que realizan tales personas. También representa la edad que se quiere representar y hasta cierto punto las ideas de cada quien. No se puede olvidar el contexto de interacción que nos dicta ciertas normas, a veces no escritas, de lo que se lleva en uno u otro lugar. La sociedad marca ciertos límites. Actualmente la importancia del vestido y el arreglo personal ha sufrido algunas modificaciones y en ciertos lugares se ha dado mayor flexibilidad a las normas sociales. Los jóvenes de hace unas décadas que rompieron con ciertas normas fueron censurados por los mayores al llevar los hombres el cabello largo y arete, además de las ropas y su persona sucias. Se empezó a usar la ropa de mezclilla que era originalmente propia de los trabajadores, convirtiéndola hoy en día en una prenda común que puede llegar a ser muy cara según la marca y el diseñador. Por su parte las mujeres no desaprovecharon la oportunidad de hacer una revolución usando pantalones de este mismo material y siguiendo los ideales de los jóvenes. Ahora ya no son criticadas por usar pantalones en cualquier situación y es más común ver hombres de cabello largo sin que sean "hippies". Afortunadamente la moda que sí volvió fue la limpieza y pulcritud en el cuidado personal.

6.- Expresión del rostro

Dar la cara es enfrentarse , mostrar o aceptar la verdad. Cuando damos la cara nos enfrentamos con nosotros mismos, nos abrimos a los demás. La expresión del rostro habla de quienes somos. Para Paul Eckman (op. cit. R. Bitti 1977) las expresiones faciales son índice fidedigno de ciertas emociones básicas, estas expresiones son universales pero el significado o el estímulo que las provoca es lo que varía. Eckman llevó a cabo un estudio sobre mentiras, en el cual pedía a los sujetos que relataran exactamente lo contrario a lo que veían en una película, detectó que al decir mentiras los movimientos son crispados y se utilizan otros como pasar la lengua por los labios, frotarse los ojos, rascarse y no se dan movimientos ilustrativos. Concluyó que se pueden fingir expresiones pero es difícil ser espontáneo y mantener esta expresión.

En el rostro comúnmente se dan movimientos de ojos, cejas, boca, músculos faciales y sudación frontal, ésta es un área de comunicación de emociones y actitudes. Como ya se mencionó en el desarrollo de la percepción del rostro, los ojos son lo primero que llama la atención de los niños, pero así mismo, la mirada fija llega a ser algo que intimida y es agresiva. Cualquiera ha tenido la sensación de estar siendo observado y es algo que nos perturba e incomoda. En este sentido los monos son muy sensibles, una mirada los puede irritar aunque no vean a quien los observa. Si se quiere estudiar a los primates lo mejor es no acercarse viéndolos de frente, sino con la mirada baja y de preferencia con movimientos suaves, no agresivos. El hombre ha heredado parte de esta sensibilidad y depende de cada cultura la intensidad y el tiempo permitido o acostumbrado para fijar una mirada.

El movimiento de los ojos es influido por diferentes factores como los sentimientos o afectos, gustos y disgustos, status o aproximación y reafirmación sexual, por otro lado la personalidad y la actitud hacia las personas que están alrededor, la diferencia de género y el entorno. F. Davis da ciertas interpretaciones del movimiento ocular; según esto, las personas que buscan afecto y las que se gustan mutuamente miran más directamente a los ojos. Una persona disgustada trata de evitar la mirada de los demás, lo mismo sucede cuando se hacen preguntas personales y cuando no se dice la verdad.

El comportamiento ocular llega a ser parte de los rituales de una sociedad no sólo en cuanto al status, donde es claro que aquél que tiene una postura dominante disfruta de mayor campo visual, por ejemplo el jefe respecto a su subordinado, pero este mismo subordinado llega a su casa y ahí se convierte en una figura dominante frente su familia, la actitud de este individuo es de bajar la vista ante su jefe y alzar la vista como jefe de familia. Además de ejemplos como éste, sucede que a ésta persona se le reprime el uso de su mirada socialmente. Desde chico se le ha enseñado según su cultura a mirar o no a los ojos. En países del lejano oriente se hace abiertamente, en cambio en Norteamérica el contacto visual directo es escaso, también se enseña a no mirar ciertas partes del cuerpo

cuando se tiene a la persona cerca y de frente. En cambio en Francia o Italia un hombre puede recorrer con la mirada el cuerpo de una mujer y esto es un halago, no por eso ella va a corresponder, ni a alzar la vista. En cambio en EE.UU. se acostumbra una "desatención cortés" donde la otra persona sabe que se le ha visto pero no se sostiene la mirada. La razón del poco uso de la mirada entre los norteamericanos se dice que es por la connotación sexual implícita (F. Davis, 1971) pues el mirar directamente está relacionado con el agrado ya que en este caso se dan más miradas y más prolongadas, esto no sólo indica que se interesa en el tema de que se está hablando, sino también que se interesa en la persona. Como la mirada fija es inquietante produce cierta excitación y si la segunda persona también mantiene la mirada está reafirmando este sentimiento.

Eckard Hess (op. cit F. Davis, 1971), psicólogo de Chicago dedicado al estudio de la pupilometría, descubrió la relación entre la dilatación de la pupila y el sentimiento de agrado. Experimentó con imágenes visuales, gustativas y auditivas como fotografías, música y comida. También encontró cómo se va dilatando la pupila cuando se resuelve un problema de matemáticas hasta encontrar la solución y es después de decir el resultado que ésta se contrae. Además de las diferencias culturales encontramos diferencias entre el hombre y la mujer, ésta ha aprendido a utilizar sus ojos para conquistar al hombre y su parpadeo es por lo general más lento y suave, con ésta intención las mujeres en Italia utilizaban una planta llamada Belladona como cosmético, pues al ponerse unas gotas del extracto del fruto de la planta su acción dilata la pupila logrando así un efecto psicológico en la persona del sexo opuesto. Este cosmético no es recomendable pues la sustancia activa de la planta es la atropina, un ingrediente bastante venenoso utilizado en farmacología.

Así como la pupila se dilata ante estímulos agradables también sucede al contrario ante sucesos o imágenes desagradables y esta reacción de dilatación o contracción es inconsciente e incontrolable por lo que se considera una señal bastante predecible y posible de ser interpretada respecto a los sentimientos o emociones, siendo útil su estudio en la entrevista y en la psicoterapia tanto para detectar ciertas áreas de conflicto como para saber si ha existido cierto avance, lamentablemente no siempre es fácil encontrar la mirada directamente. En este componente encontramos si hay cierto entendimiento o rechazo e indiferencia, si presenta ansiedad al esquivar la mirada o hasta alguna anomalía en una mirada intensa.

Durante la conversación el movimiento corporal lleva cierto ritmo con las palabras y nuestro interlocutor también sigue este ritmo al seguir la plática. Estas son señales reguladoras descubiertas por Adam Kendom (op, cit F. Davis, 1971) en Gran Bretaña y dice que al hablar seguimos un ritmo con nuestros ojos pero además los que hablan no se miran directamente todo el tiempo, sino que el que habla mueve la vista hacia diferentes puntos, el que escucha ve atentamente y de cuando en cuando desvía los ojos. Al concluir lo que se quiere decir se da una

mirada más larga que indica que se terminó de hablar y que es turno del interlocutor. Cuando se llegan a cruzar las miradas se da en el escucha una señal de continuidad que indica que se está prestando atención. Si no se está de acuerdo puede desviarse la atención, lo mismo si se habla de algo desagradable. Cuando se eleva el nivel emocional en la plática entre dos personas pueden usarse ciertos aspectos que la regulan, por ejemplo al acortarse la distancia, se cruzan menos las miradas y al haber más sonrisas igualmente, sobre todo en una pareja que se está conociendo o que aún no se tenga confianza.

Los ojos tienen una gran importancia en la comunicación no verbal y en el área del rostro es de lo más expresivo, sin embargo no están solos, los otros componentes del rostro hacen juego y acompañan aquello que sugieren los ojos. Por ejemplo; las cejas como marco de éstos son la introducción a una relación, al reconocer a una persona de lejos automáticamente emitimos lo que se denomina "flash"; el arqueamiento de las cejas que dura un par de segundos. Es un saludo sutil pero directo, no requiere de mayor esfuerzo pero representa nuestro reconocimiento hacia la otra persona.

La expresión del rostro va acompañada del movimiento de nuestros labios, no solo cuando hablamos, sino incluso cuando sonreímos y esta sonrisa acompaña al saludo. F. Davis (1971) presenta algunos tipos de sonrisas a los que da alguna interpretación según la situación donde se presenten. En una presentación formal suelen levantarse las comisuras de los labios, en un saludo común se muestran los dientes superiores, al encontrarse dos amantes o al saludar un niño a su madre el saludo es con la boca más abierta y se muestran los dientes superiores. Una sonrisa con el labio inferior hundido se da en una persona que se encuentra ante sus superiores. El mostrar los dientes de abajo y los de arriba se da en un momento de excitación agradable. Una boca abierta sin mostrar los dientes es una sonrisa de juego en los niños. Al curvar los labios hacia arriba manteniendo la boca cerrada se presenta una sonrisa poco sociable, aquí el placer es en silencio y para uno mismo; como la célebre sonrisa de la Mona Lisa.

7.- Movimiento de brazos y manos.

Al hablar se acompañan las oraciones con el movimiento de manos y brazos. Según Ricci Bitti la gesticulación puede ser de tipo ilustrativa, es decir para remarcar la forma de algo, la distancia, la altura, el grosor o cantidad. La frecuencia, forma e intensidad con que se utilizan estos gestos depende de la cultura. Son bastante conocidos y reconocidos los movimientos que presentan individuos de ciertos países europeos o de ciertos grupos. Estos gestos no son heredados, son aprendidos y según D. Efron (op. cit. F. Davis 1971) puede deberse a la forma de vida. Por ejemplo menciona el caso de los italianos que gesticulan mucho con los brazos alejados del cuerpo, son expansivos y sus manos se mueven en todas direcciones. Sus movimientos son animados pero suaves y homogéneos. En cambio en los judíos, se observa que al hablar mantienen las manos pegadas al

rostro y al pecho y los antebrazos pegados contra el cuerpo, comenzando el movimiento en los codos. Sus gestos no son suaves y son un tanto nerviosos.

J. Ruesch y Weldon Kas (1956) describieron otros ejemplos de gesticulación en **Comunicación no verbal**, encontraron que los franceses no utilizan tantos movimientos como los italianos, su gesticulación es más elegante, con suavidad y precisos, se pensaría que con clase. Los movimientos de los alemanes son descritos como angulares, rectos. Se caracterizan por llevar una postura erguida y la cabeza levantada. En Estados Unidos no encontraron una gesticulación característica, depende en gran parte de la región, puede ser por las distintas colonias provenientes de distintos países y por la gran distancia que puede dividir un estilo de vida de otro. Estos fueron estudios hechos hace cinco décadas y es posible que hayan cambiado algunas gesticulaciones pero básicamente siguen predominando los estilos propios de cada país.

Para R. Bitti (1977) además de los gestos ilustrativos existen ciertos gestos emblemáticos. Son gestos que tienen un significado específico y que pueden ser traducidos directamente por palabras. Se refieren en su mayoría a acciones concretas, podrían referirse preferentemente a verbos específicos, como al señalar la muñeca con el dedo índice (donde se sitúa el reloj de pulsera) se pide la hora. Al escribir en el aire se pide la cuenta a un camarero, al llevarse un dedo al cuello recorriéndolo o llevarse la mano en forma de pistola a la sien se refiere a la muerte, morir o suicidio. Pero estos gestos no son universales pues en el caso anterior un japonés representaría la muerte simulando cortarse las tripas y tal vez un italiano cortándose las venas.

Cabe mencionar que al hablar el idioma materno se tienen ciertos gestos particulares y cuando estudiamos otro idioma por lo general no aprendemos los gestos de esta cultura, así aunque el acento sea mínimo, se reconoce a un extranjero no importando sus rasgos físicos. Hay ocasiones donde el idioma alterno lo aprendemos dentro de esta cultura y así es más fácil adoptar algunos gestos. Por otra parte P. Eckman encontró algunas señales emblemáticas universales como sería el mostrar el hecho de dormir inclinando la cabeza y apoyándola sobre una o las dos manos, también la representación de haber comido suficiente dándose palmaditas en el estómago. Se considera que estas señales universales se deben a limitaciones del cuerpo humano.

El movimiento de brazos y manos también es un indicador del estado emotivo de un individuo. Agitar un puño nos puede indicar rabia, abrir expansivamente ambos brazos es señal de alegría o logro, cruzar los brazos de enfado, aburrimiento o indica que la persona que tenemos enfrente no está de acuerdo en algo. Pegar los codos al pecho con las manos en la cara cubriendo los ojos puede parecernos miedo, timidez o llanto, este mismo gesto sin cubrir los ojos lo hemos visto en esas risas pusilánimes de las chicas que esconden algún secreto.

Los gestos pueden decirnos en cierta forma el estado físico de la persona, por ejemplo si tiene frío se abrazará a sí mismo frotándose o cuando alguien se detiene la cabeza con las dos manos lateralmente o pone una mano en la frente suponemos tiene dolor de cabeza. Al darse palmadas en el pecho indica algo de tos o que tiene algo atravesado, sobre todo si está comiendo. Estas señales se deducen según otros indicadores del rostro o la postura junto con el entorno pues su significado es muy relativo.

Un cuarto tipo de señales descrito por R. Bitti (1977) son las señales reguladoras, estas se dan con el propósito de mantener el flujo de la conversación e indican que la otra persona está interesada en nuestra plática, también si desea hablar o interrumpir. Aparte, se dan gestos "autoregulatorios" los cuales no están dirigidos a comunicar ningún mensaje específico. Ricci Bitti cita a los siguientes autores describiendo las variantes de este tipo de señales. Freedman y Hoffman (1967) indican que cuando son movimientos centrados en el cuerpo parecen responder a procesos internos y su función sería la de modificar la experiencia sensorial y pueden influir el estado de tensión del cuerpo, disminuyendo o aumentando esta. Los mismos autores mencionan movimientos centrados en objetos y relacionados con el discurso, los cuales reflejan el grado de organización del pensamiento.

Para Rosenfeld (1966) otras señales reguladoras están dirigidas a llamar la atención y buscan aprobación. Los movimientos que entran en contacto con el cuerpo y la manipulación de sí mismo, como tamborileo de dedos o golpeteo en la pierna o brazo, parecen mostrar incomodidad y serían característicos de quienes evitan la aprobación. Los expertos en cinesis encontraron que para los norteamericanos el frotarse la nariz se produce con frecuencia cuando una persona está reaccionando de manera negativa. Para ellos mismos el acomodarse el cabello es una forma de galanteo, pero para los británicos significa ambivalencia. El rascarse la cabeza en el caso de los primeros es un índice de frustración.

D.- ASPECTOS INTEGRATIVOS DE LA CNV.

Es difícil interpretar las señales no verbales por sí solas, no se le puede dar significado a un movimiento aislado y "leer" a una persona por sus gestos como si fuera una fórmula matemática. Quien busca que el psicólogo le adivine sus pensamientos, sería mejor que contactara a una gitana que le leyera la palma de la mano. Finalmente hay que verificar la interpretación que se da con el mismo paciente, quien aún puede negar determinado significado por su misma resistencia.

Los movimientos de una persona están complementados por tres aspectos integrativos que le dan sentido a lo que hace un individuo con su cuerpo. El

primero que mencionamos es la coordinación del movimiento, donde incluimos por un lado los ritmos corporales y por otro lado los estudios de R. Laban sobre esfuerzo y forma. Otro aspecto que se encontró fue el aspecto inherente a la voz, es decir las variaciones en el tono y la fluidez del discurso. Finalmente el tercer aspecto es la relación del contexto y la comunicación.

1.- Coordinación del movimiento.

a.- Ritmos corporales.

Cuando una persona habla su cuerpo se mueve en sincronía con el discurso; las manos, dedos, cabeceos, parpadeos y movimientos del cuerpo en general coinciden con el ritmo del habla. Este ritmo se pierde o se altera cuando hay enfermedades o trastornos cerebrales: Los esquizofrénicos, autistas, pacientes con mal de Parkinson, personas con epilepsias leves, afásicos y tartamudos entre otros, se encuentran fuera de sincronía consigo mismo, es decir que sus movimientos no coinciden con el compás de su discurso, posiblemente una parte del cuerpo sí esté en ritmo pero otra está fuera de éste. Al observar esto nos da cierta impresión de torpeza por ejemplo, cuando platicamos a veces con alguien y nos da la impresión de que es tímido, no sabemos exactamente qué es pero nos da la sensación de incomodidad. Y en cambio hay personas con las que entablamos muy buena comunicación y decimos que tenemos buena "química" desde el primer momento en que platicamos. Pues sucede que nuestro escucha al ponernos atención también se mueve al compás del discurso y esto se convierte en una "sincronía interaccional".

William Kendon (op. cit. Flora Davis, 1971). en sus investigaciones encontró que esta sincronía se encuentra en todas las culturas y sirve para indicar que la otra persona nos está escuchando, sin embargo existen diferencias de este tipo de sincronía entre las diferentes culturas debido al ritmo de cada una de ellas. Hay culturas donde los movimientos son sueltos y vivaces y en su conversación pareciera que realmente bailan y otras culturas donde al hablar casi no hacen gestos notorios, su movimiento es mínimo o muy cortado. Debido a estas diferencias, puede haber problemas de interpretación, en cambio un ejemplo de sincronía perfecta se logra durante el galanteo o entre personas de sexo opuesto. Por su lado en los encuentros entre personas del mismo sexo el ritmo es más moderado. Otro ejemplo es cuando una mujer está embarazada y el bebé en su vientre se mueve con los movimientos de la madre, al nacer este sigue compartiendo el movimiento y el ritmo con la madre formando una sincronía amplificada.

Con la sincronía interaccional no solo demostramos que escuchamos a la otra persona, además demostramos armonía y es una forma de incluir o excluir a una persona de un grupo al compartir algo que promueve cierta intimidad. Si compartimos ritmo, postura y mantenemos contacto visual de cuando en cuando, la

otra persona se sentirá tomada en cuenta. Cuando no queremos incluir a alguien en la conversación basta con no mirarla, darle la espalda y no percatarnos de su ritmo. Por otro lado la sincronía no todo el tiempo se da con la misma intensidad durante una plática. Para Adam Kendon es también un tipo de indicador que señala la regularidad de la conversación permitiendo una plática fluida y sin que se atropellen durante la conversación los interlocutores. Según estos estudios cuando la persona A habla la persona B sigue el ritmo durante los primeros segundos prestándole atención, luego la sincronía interaccional disminuye y cuando A muestra señal de concluir comienza a moverse B a su propio ritmo y ahora es A quien lo imita, así B indica que es su momento de hablar y comienza en el momento justo.

Entonces, ¿qué sucede cuando en una plática nadie se escucha y todos hablan al mismo tiempo? Se pensaría que al interrumpirse unos a otros es tanta la ansiedad de tomar la palabra que no están escuchando al interlocutor y están más atentos a lo que van a decir, perdiendo toda sincronía al no atender a los movimientos mínimos del interlocutor. Este tipo de situaciones se dan posiblemente debido a que la cantidad de tiempo que habla una persona y el esquema de su discurso van a ser factores determinantes de cómo los demás reaccionen ante ella. Si supuestamente se considera que la persona que más habla es la que tiene mayor status y la que tiene mayores posibilidades de ser elegida líder, llega un momento en que todos quieren hablar en una irracional lucha por el poder. En muchas situaciones así puede suceder, pero en realidad no es quien más habla, ni quien más grita quien tiene las razón en una discusión, a veces el más sabio prefiere no discutir.

Desde que somos pequeños utilizamos los ritmos de interacción en la relación con otras personas, por esta razón es importante vincularse con personas que posean ritmos de interacción complementarios a los propios. Si no logramos comunicarnos con las personas que tratamos, no vamos a sentirnos comprendidos y mucho menos vamos a tener sentido de pertenencia pues vamos a sentirnos aislados. Posiblemente algunas características de personalidad como en los introvertidos, puedan ser debido a una falta de sincronía consigo mismo y con los demás, ya que estas personas no reaccionan igualmente a los estímulos de sus semejantes y no logran entablar una sincronía. Como se menciona al principio de este tema las personas con desórdenes cerebrales o trastornos de la personalidad están fuera de ritmo consigo mismos, por ende no encuentran ritmos complementarios en otras personas y se deduciría que esto les crea mayores conflictos de los que ya tienen pues no les facilita la comunicación ni la integración con su entorno. Esto puede suceder así en los pacientes con esquizofrenia, autismo, parkinson, epilepsia leve, afasia y tartamudeo.

b.- Sistema de análisis de Esfuerzo-Forma:

La forma de moverse de un individuo con frecuencia nos refleja parte de su carácter, la forma de caminar es un movimiento muy personal así como la forma de mover los pies, la fuerza o el impulso en el paso. El cómo se hacen estos movimientos se estudia por medio del análisis de "esfuerzo forma" iniciado por Rudolph Laban (op. cit. F. Davis, 1971). El analista de este sistema estudia el fluir del movimiento en tensión o en relajación, intenso o leve, repentino o directo etc., y la figura, que es un concepto de la danza en relación con las formas que adopta el cuerpo en el espacio. Este sistema describe el modo en que el hombre se relaciona con el mundo exterior (el espacio) y la forma en que se descarga y modifica la energía (el esfuerzo). Al demostrar la interrelación de estos dos factores se trata de llegar a la raíz biológica de la comunicación del hombre y se pretende ser objetivo y exacto. Dentro de este tipo de análisis se utilizan términos como movimientos gestual y postural, flujo de esfuerzo, flujo normal y figura.

El análisis de "esfuerzo-forma" ha sido aplicado en instrucción de danza, actuación, terapia de rehabilitación física, estudios de desarrollo de los niños, investigación psicoterapéutica y en estudios comparativos de culturas. Warren Lamb, en Inglaterra empleó este tipo de análisis trabajando como consultor industrial evaluando a los aspirantes a puestos directivos analizando el estilo de sus movimientos. Irmgard Bartenieff (op. cit. F. Davis, 1971) se dedicó al análisis de esfuerzo-forma en sesiones terapéuticas a partir de la danza, que es como empezó este tipo de análisis. Después hizo análisis de distintos estilos de danza folklórica a través del mundo, encontrando muchas diferencias en cuanto a detalles. Cuando hizo análisis de personas en terapia fueron sorprendentes sus observaciones pues el estudio al ser más integrante lograba ser más exacto en las aseveraciones, al contrario de estudios sobre movimiento que son más parciales y por lo mismo toman algunos movimientos como definitivos sin implicar la intensidad o algunos otros factores en la forma.

Movimiento gestual y postural.

Existe una relación de proporción entre gesto y postura según el grado de participación en una situación dada. Aquí se mencionan dos tipos de movimientos el **gestual y el postural**. En el gestual el individuo utiliza solo una parte de su cuerpo y en el postural atañe a toda su persona e implica también variaciones en la distribución del peso. El movimiento postural lleva implicado la distribución del peso corporal y puede emplearse como medida de la participación. Lo importante es la proporción entre movimientos gestuales y posturales. Por ejemplo, una persona puede estar sentada muy quieta escuchando y si al moverse lo hace con todo su cuerpo, parecerá estar prestando mucha atención, más que si estuviera en constante movimiento jugueteando. Lo que importa son sus movimientos en relación a la conversación.

Flujo de esfuerzo.

Las posiciones o posturas y sus variaciones o la falta de estas, representan la forma en que el individuo se relaciona y orienta hacia los demás. El **flujo de esfuerzo** se refiere a la escala de movimiento que va de tenso a relajado, de controlado a descontrolado o en términos técnicos de obligado a libre. Algunas personas varían mucho el flujo de su esfuerzo como los niños por ejemplo y en los adultos este flujo variable del esfuerzo está relacionado con la espontaneidad y la flexibilidad. En otro extremo del espectro los enfermos mentales y ancianos o enfermos graves se mueven de manera monótona. Estos movimientos pueden ser ligeros o enérgicos, directos o indirectos, repentinos o prolongados o ninguna de estas. En general se relaciona el esfuerzo con el humor o el sentimiento, un fuerte movimiento hacia abajo suele ser índice de aseveración, mientras que un toque ligero y leve representará sensibilidad y suavidad. Otro ejemplo es el lento movimiento de un cortejo fúnebre, el ritmo fuerte agresivo de una danza de guerra o el flujo rítmico, indirecto y libre que expresa la sexualidad en la danza. Esto se podría observar en los bailes hawaianos o tahitianos donde los hombres bailan en grupo danzas de guerra y las mujeres por su lado tiene bailes que se relacionan más con la casa, la familia y la conquista de la pareja.

EL flujo normal y la figura

El flujo normal y la figura se refieren al modo en que el cuerpo utiliza el espacio. Para advertir esta acción hay que imaginar los movimientos normales como si fueran de ballet sintiendo que el cuerpo adopta una forma en el espacio. Según R. Laban (op. cit. F. Davis, 1971) se puede percibir el cuerpo en tres direcciones, estrechándose o ensanchándose, elevándose o hundiéndose, adelantándose o retrocediendo. Algunas veces las personas concentran sus movimientos en un determinado plano. Si es horizontal da la impresión de estar "desparramado", si es vertical parece estar dentro de un marco, camina con pasos cortos, se erguirá al dar la mano y se sienta dejándose caer con ambas manos sobre los brazos del sillón mirando muy de frente. La persona en el plano digital camina con rodillas y tobillos juntos y se sienta moviéndose hacia atrás en el asiento o corriéndolo hacia adelante para colocarlo delante de sí, mientras conversa dará la impresión de inclinarse derecho hacia su interlocutor. Estas dimensiones están relacionadas con temperamento y con reacciones individuales de cada uno ante determinada situación. Por lo general el estilo de una persona refleja la forma en que reacciona ante sus propios sentimientos y cómo se adapta a la realidad exterior. La variedad y complejidad de sus esfuerzos y el uso que hace del espacio son de especial importancia, pues son las claves principales de su capacidad para habérselas con otras personas y de la flexibilidad o rigidez de su trato.

2.- ASPECTOS NO LINGÜÍSTICOS DEL DISCURSO.

a.- Variaciones inherentes a la cualidad de la voz, ritmo, continuidad del discurso etc.

En la comunicación no verbal se incluyen aspectos inherentes a la cualidad de la voz, el ritmo, la continuidad del discurso y demás aspectos que van de la mano del discurso o aparte de estos. Cuando en la entrevista el paciente expresa algún aspecto de su vida con carga emotiva el tono es diferente que cuando relata solo un pasaje de los acontecimientos del diario vivir. También se encuentra que una persona nerviosa puede llegar a platicar un evento común y encontrar que la velocidad en su discurso parece muy acelerada, un tono como ahogado y escasa continuidad en el discurso, pasa de un tema a otro sin acabar o es una plática que no termina. Al indagar se descubren problemas no resueltos y emociones no expresadas que al ser reprimidas resultan en un tono ahogado, con palabras atropelladas que no van hacia ningún lado, en un primer intento de expresar aquellas preocupaciones o problemas se va a generar gran ansiedad, pero el fin terapéutico de la catarsis es liberar a este paciente poco a poco de esos sentimientos.

b.- Grado de ansiedad: variaciones debidas a perturbaciones inconscientes.

Como se puede observar, la ansiedad se refleja de varias formas, ya sea por medio de movimientos corporales o al hablar. El grado de ansiedad en el discurso se puede manifestar en el volumen de la voz y algunas personas alzarán la voz o al contrario este será tan bajo que apenas se les escuche. Otras hablarán muy rápido o presentarán tartamudeo. Un volumen adecuado no debería ser ni muy alto y exagerado ni muy bajo que no se nos escuche, la fluidez se relaciona con una buena respiración que no sea entrecortada y que al hablar no se atropellen las palabras.

Jurgen Ruesch (1964) menciona que el análisis de la fonación comprende la determinación del alcance de la frecuencia, la resonancia, el movimiento de la glotis, la respiración, la cualidad afectiva, la velocidad y otros factores. La persona de buena salud tiene por lo general una voz segura, sonora y profunda por estar libre de tensiones, su diafragma funciona en forma lenta y regular y hace la fonación cuando descarga el aire de los pulmones. La persona que está cómoda y a gusto puede acelerar o retardar el ritmo con que habla mostrando cambios de intensidad y tono. El individuo airado comienza las palabras con un ataque duro, la última sílaba es fuertemente acentuada y es común que se aglomeren demasiadas palabras en un solo aliento. La persona vencida habla más lentamente, articula con menos claridad, muestra menos variaciones en el volumen, intensidad, ritmo e inflexiones de la voz. El sujeto indeciso tiene una voz demasiado suave o demasiado alta, la última sílaba muestra inflexión ascendente o baja la voz hasta hacerla inaudible, en cambio la voz de queja tiende a ser aguda y el tono tiende a

subir o bajar. Así en las psicosis o neurosis estos factores se presentan algo más exagerados. El individuo excitado presenta grandes intervalos de tono, los más graves están ausentes y la contracción de los músculos de la faringe y el cuello hace que la voz sea chillona por momentos. Cuando las cuerdas vocales están tensas y secas, hay un apasionamiento excesivo con aumento súbito de intensidad y demasiado énfasis en un momento arbitrario, en este caso se está frente a una persona resentida o agraviada. En cambio el alarmado muestra inquietud con voz que pierde volumen de tono agudo y pasa a grave. Cuando hay ansiedad se escucha un tono áspero y tembloroso pues la presión en la glotis hace que la respiración sea más difícil, se provoca ronquera y el individuo se queda sin aliento. Finalmente encontramos que el paciente deprimido presenta una fonación uniforme que abarca estrecho registro vocal y voz monótona arrastrada (J. Ruesch, 1964).

3.- La relación del contexto en la comunicación.

En la postura interactiva de Ricci Bitti (1977) no se analizan las causas del comportamiento por sí solas sino el contexto comunicativo que lo comprende y las reglas que definen el funcionamiento de este último en una situación de interacción. Estudia por lo tanto las relaciones que se establecen entre los diferentes comportamientos asumidos. El análisis del comportamiento en su contexto relacional permite que la persona se de cuenta y de alguna manera lo convierte en significativo. Un contexto se constituye a partir de una situación concreta que lleva un objetivo determinado y el contexto comunicativo puede ser revivido por los participantes como un contexto distinto.

Ricci Bitti (1977) cita a Lewin quien menciona que el comportamiento está en función de la persona y el ambiente. Define así mismo al ambiente psicológico como un conjunto de objetos, personas, actividades e incluso situaciones presentes y futuras, con las que el individuo, en un momento determinado y de una forma más o menos consciente, se halla en relación. Es por tanto posible estudiar la existencia de relaciones directas entre el estado momentáneo del individuo y la estructura de su ambiente psicológico. El psicólogo adopta un punto de vista interactivo al enfocar su interés en la interacción que se realiza entre dos personas y pasarlo al seno de grupos más amplios.

E.- TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y CNV

1.- Tipos de expresiones en el desarrollo, J. Ruesch (1964):

El término lenguaje se refiere a los procesos de codificación y significación de símbolos y signos. Las perturbaciones del lenguaje reflejan experiencias humanas que influyen sobre el pensamiento, los sentimientos y la comunicación, esto es, la conducta simbólica del hombre.

En el desarrollo del niño operan tres tipos de expresiones para transmitir su información. El primero es el llamado "Lenguaje somático": llantos y quejidos del niño provocados por el músculo estriado que no tienen significado y son para llamar la atención sobre sus necesidades. El segundo es el "Lenguaje de acción" y aparece cuando el infante hace conocer sus deseos con acciones, morder, tomar, señalar, etc. que el adulto interpreta. El tercero es "Lenguaje simbólico" constituido por los sonidos que representan hechos (la palabra) y la gente responde a tal variedad de sonidos cuando hablan el mismo idioma.

Estos tres tipos de lenguaje se presentan en diferente proporción en cada individuo y en casos de algunas perturbaciones dominan más unos que otros. En perturbaciones psicósomáticas y desórdenes psicóticos como esquizofrenia predomina el lenguaje somático, en el caso de niños agresivos y delincuentes se requiere de una rehabilitación donde predomine el lenguaje de acción y en el caso de desórdenes de psiconeurosis predomina el lenguaje simbólico.

2.- Perturbaciones del lenguaje en diferentes estados psiquiátricos:

Para fines de este trabajo es importante retomar todos los datos encontrados anteriormente y utilizarlos en la situación de entrevista. El propósito es usar algunas de estas claves o formas de análisis aunadas al discurso para ayudar en la investigación y para lograr un diagnóstico lo más acertado posible y con expectativas a un tratamiento. Al utilizar estas técnicas se tomarán en cuenta no solo los movimientos aislados sino también la relación de estos movimientos con el entrevistador.

En la expresión de las emociones por medio del movimiento corporal se encuentran algunas características más o menos comunes a ciertos trastornos de la personalidad, así mismo en los diferentes estados psiquiátricos aparecen perturbaciones del habla y del lenguaje. Para J. Ruesch (1964) la terapia del lenguaje tiene un carácter que atiende a las actitudes y para integrar de nuevo el funcionamiento del lenguaje hay que manifestar gustos, aversiones, resistencias e identificaciones y así mismo fundir las experiencias provenientes de diferentes modalidades sensoriales y soldar los aspectos verbales y no verbales, los semánticos, sintácticos y pragmáticos.

Junto con el lenguaje se toman en cuenta hechos y artificios usados por la persona para dar instrucciones a quien le escucha y que este último usa a su vez para interpretar una afirmación. La mayoría de los pacientes psiquiátricos tienen dificultades con este tipo de comunicación pues es aprendida en el contacto consistente con un mismo grupo. Cuando las relaciones humanas son interrumpidas, discontinuas o no existen, no es posible dominar esta metacomunicación y esto interfiere con procesos sociales que conectan al paciente con el medio. Con este tipo de comunicación se dan instrucciones implícitas o explícitas como cuando alguien llama a la puerta y es evidente que quiere

información o es una visita o algo necesita; esto es aún más evidente si esta persona lleva uniforme que lo distingua como cartero, policía o sacerdote.

A continuación se describen brevemente las diferentes psicopatologías, agregando las características del lenguaje corporal en cada uno. Dentro de las psicosis se encuentra el caso del paciente maniaco-depresivo, este sujeto toma una actitud emotivamente prejuiciada al revivir hechos pasados, presenta fuga de ideas y retraso psicomotor, falta de sincronización entre codificación verbal y no verbal. En la fase maniaca presenta expansión, agitación y verborrea, en la fase depresiva el cuerpo entero está desgarbado, los hombros se echan hacia adelante, el paso es lento y pesado, los movimientos no tienen impulso y hay dificultad para establecer comunicación. A diferencia de los pacientes bipolares, los pacientes cicloides usan mucho las codificaciones analógicas. La persona es cálida y sociable, los movimientos son redondeados y pueden expresar relación más estrecha entre pensamiento analógico y sistema muscular. Al entrar en depresión hay grandes dificultades para establecer comunicación y la sincronización entre el sistema verbal y no verbal se altera o se pierde.

La esquizofrenia es caracterizada por un lenguaje disociado, pensamiento autístico, bloqueo, perseveración, orientación hacia predicado antes que sujeto, uso de neologismos, niveles tonales excesivamente elevados, habla con calidad de canto, tono monocorde, desafinado e inconcluso. Las acciones se caracterizan por movimientos oblicuos, espasmódicos y faltos de coordinación, realizados con ritmo disparejo y a un tiempo demasiado rápido o demasiado lento. La falta de agilidad motora puede ser resultado de una práctica insuficiente en la interacción no verbal. Las dificultades del lenguaje esquizofrénico residen en su condición no verbal. El paciente tiene necesidad de codificaciones analógicas no verbales y esto se ve en los episodios psicóticos donde reproduce movimientos de experiencias emotivas anteriores interpretados como un intento por establecer los sistemas infantiles de comunicación por acción. Por otro lado tiene dificultad con las instrucciones, no le interesa darlas y pasa por alto las de los demás. En este tipo de paciente vamos a encontrar que no hay contacto con la mirada, por su resistencia a la comunicación, esta es huidiza, lo mismo que el contacto físico. En su postura se van a encontrar barreras hechas con los brazos y piernas que no permiten un acercamiento. Por su misma falta de comunicación se encuentra alterado el ritmo corporal y no hay sincronía consigo mismo ni con los demás, lo mismo que sucede con los pacientes autistas.

En general los pacientes con síndromes orgánicos tienen un lenguaje caracterizado por pobreza de vocabulario, expresión desmañada e impropia, detallismo minucioso, perseveración, atascamiento e incoherencia y desorganización del sistema de comunicación analógico y numérico.

Las personas con psiconeurosis presentan sistemas de lenguaje bien desarrollados pero tienen dificultades porque concuerdan erróneamente sistemas

simbólicos con la realidad, así buscan que se interprete su comunicación no verbal pero su expresión es errónea y por lo tanto pueden ser mal interpretados. Por ejemplo en la histeria se hace mal uso de la comunicación para relacionar impresiones y reacciones con el intento de hacer participar al oyente. En este caso la histérica es incapaz de rechazar las intenciones seductoras de un individuo hasta que llega a abrazarla, siendo que su comportamiento en lugar de ser rechazo es de aceptación. El obsesivo compulsivo acentúa lo específico con multitud de detalles que deforma por ser demasiado textual, compara, cuantifica y especifica. El neurótico concentrado en sí mismo espera que los demás aprecien sus instrucciones y las cumplan, cuando el metalenguaje y el lenguaje no concuerdan hay que descubrir cuales son las instrucciones.

En el paciente psicopático hay una preferencia por los verbos y frases cortas. Su mundo es una sucesión de acciones para cuya expresión son inadecuadas las palabras. Al ir en contra del orden público se hace más difícil que entienda las instrucciones o un metalenguaje. Por lo que su comportamiento y su lenguaje no verbal están fuera de contexto continuamente

Un tipo de paciente muy interesante en este caso es el paciente psicósomático, este paciente tiene poca referencia a imaginación, sentimientos o hacia el mundo interior de experiencias. Frecuentemente hace alusión a objetos y hechos somáticos, no observa procesos ni establece relaciones. El mundo es una sucesión de enunciados referentes a su organismo. Wilhem Reich y Alexander Lowen (op. cit. F. Davis, 1971) reconocieron que los problemas psicológicos se reflejan en características físicas. Por ejemplo áreas de tensión del cuerpo y tics nerviosos que forman parte de la "armadura del carácter"; la tensión constante en el cuello citan que puede provenir del miedo a ser atacado por la espalda, la tensión en la boca, garganta y cuello podrá derivar de una decisión de no llorar y una pelvis sostenida en forma rígida puede haber comenzado como modo de refrenar las sensaciones sexuales.

Por otra parte cuando la persona está acostumbrada a valerse de un síntoma para evitar una situación, este síntoma llega a convencer a la persona que hay algo más fuerte que ella por lo que no puede hacer frente a cierta situación. Esta formación puede ser manifestada como nerviosismo, enfermedad, ansiedad, mala visión, alcoholismo, falta de educación o tomar como pretexto a la familia. El tipo de expresión que interesa en este trabajo es la que recae en la salud física. Para J. Lacan (op. cit. Watzlawick, 1976) el síntoma no es signo de una afección sino una expresión para ser leída que solo se interpreta en el orden del significante, el cual no tiene sentido más que por su relación con otro significante y sólo en esta articulación reside la verdad del síntoma. Según Lacan, la oposición de dos síntomas psíquicos que originan la formación del síntoma (psicósomático) no son la oposición entre consciente e inconsciente o entre ello y yo, sino la oposición entre la cadena que representa al sujeto y el objeto que presenta el goce, este goce es la misma formación del síntoma como medida de escape. Se

considera este tipo de síntomas de suma importancia por ser factores de fácil acceso en una entrevista y que pueden dar información sobre el sujeto representando un área a explorar.

F.- CNV EN LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA.

1.- El consultorio.

Como ya se mencionó el contexto para la comunicación es muy importante. El espacio dedicado a una entrevista o a una posible terapia no debe ser improvisado, al contrario, si buscamos la optimización de los resultados habría que favorecer la comunicación haciendo que nuestro paciente se sienta cómodo al relatarnos las experiencias que lo han llevado hasta nosotros. Un cuarto no demasiado amplio, con buena luz que no sea ni tan tenue, ni tan brillante que intimide al entrevistado, lo hará sentirse a gusto. La disposición de los muebles y de los objetos no es casual tampoco. Son necesarias dos o más sillas o sillones individuales cómodos donde el paciente se relaje y pueda sentarse derecho sin sentirse cansado después de 50 minutos de entrevista. José de Jesús González (1986) agrega que de preferencia las sillas sean iguales, que la luz no llegue directamente a la cara, es más conveniente que sea indirecta y que la pintura de las paredes sea de colores neutros. El mobiliario ha de ser agradable y cómodo, no extravagante. Es importante que haya buena ventilación, que no haya calor ni frío y que sean accesibles pañuelos y ceniceros.

Las distracciones pueden ser poco aconsejables por lo que si tenemos demasiados objetos el sujeto no va a prestar atención a lo que se le diga. Un niño se distrae fácilmente y puede dedicarse a voltear por la ventana a mirar los coches y no llegar a concentrarse en el trabajo pendiente. Así mismo cuando el entrevistador es interrumpido por llamadas telefónicas o por algún otro asunto, tampoco se va a concentrar en lo que el entrevistado esté relatando; posiblemente un tema muy importante para este, que después de una interrupción ya no va a poder proseguir. Se sentirá incómodo al no sentirse escuchado y terminará por dejar el proceso. Por su lado José de Jesús González subraya que en cuanto a la terapia en adolescentes, la presencia del teléfono hace sentir al joven que es capaz de llamar cuando lo necesite y por otro lado el recibir llamadas durante la entrevista le hace ver que no es el único que tiene problemas y le ayuda a situarse en la realidad, no sintiéndose omnipotente y dando valor al entrevistador como un ser humano normal al captar su forma de relacionarse con otras personas aunque sea por teléfono.

Existen además objetos en los que se debería poner especial atención antes de decidir ponerlos en un cubículo. Estos son por ejemplo el tipo de adornos que puedan indicar cierta imparcialidad de la ideología del entrevistador. Los artículos religiosos y la propaganda política son asuntos que solo atañen al experto, al tenerlos a la vista le da al entrevistado cierta idea de la forma de pensar del

terapeuta y así el paciente se atendería a esta en el caso de querer agradar y posiblemente se abstendría de tocar el tema que contradijera a la religión aunque este fuera un tema que le ocasionara problemas. Por el contrario, algún entrevistado inconforme podría comenzar a cuestionarnos al respecto y entablar una conversación fuera de lugar que vamos a tener que terminar siendo que el terapeuta mismo la propició.

Continuando con la disposición del mobiliario hay ocasiones en que puede o no existir escritorio, para el caso de la entrevista psicoterapéutica el entrevistado podría sentirse incómodo si no existe alguna barrera, si esta no existe físicamente la va a crear el individuo psicológicamente protegiéndose con brazos y piernas y no ofreciendo una plática fluida. M. Argyle y J. Dean (op. cit. F. Davis, 1971) sugieren que existe una ecuación de intimidad según la cual el nivel de intimidad es igual a la función de todas las pautas de comportamiento como proximidad, contacto visual, sonrisa, temas personales de conversación, etc. tomadas en conjunto. Así podemos observar que debe existir un equilibrio en estos aspectos para que el sujeto pueda darnos información útil. Por otra parte en este caso no es adecuado un diván pues no se va a propiciar la asociación libre aunque se trate de una entrevista abierta no estructurada. También hay que tomar ciertas precauciones al situar el lugar de trabajo, así se plantea que de preferencia la posición del terapeuta en el cuarto sea cerca de la puerta sin obstaculizarla, pues en el caso de presentarse un paciente agresivo habrá necesidad de salir y pedir ayuda. Por último se hará mención acerca de la limpieza del lugar como un aspecto muy importante, hay que ponerle atención a los malos olores tanto dentro como fuera del consultorio, ya sea en la sala de espera o en el baño.

2.- El comienzo.

a.- El entrevistador.

El cuidado personal del entrevistador dice mucho de su persona como profesional, su ropa debe ir de acuerdo al contexto en que se encuentra, como se acostumbra la ropa de trabajo de oficina, sin accesorios llamativos u ostentosos. Es la primera impresión que se lleva el paciente y no haría falta mencionar además del cuidado en el vestido la limpieza del cabello y uñas. Tanto en mujeres como en hombres el uso excesivo de perfume y loción puede ser desagradable.

El lenguaje no verbal del experto puede llegar a descuidarse por no estar consciente de sus actos. Después de varias horas de trabajo puede sentirse cansado o agobiado para fijarse constantemente si se muerde las uñas, se toca la cara, el cabello, se rasca constantemente, juguetea con los pies o las manos. Estas señales son interpretadas por el cliente inconsciente o conscientemente y le harán sentirse incómodo y más aún cuando hay bostezos sentirá que su plática no le interesa al entrevistador. La postura del entrevistador habla tanto de su actitud como de la del entrevistado. Si en el proceso está inquieto o se cambia de postura constantemente se notará impaciente y ansioso. Al recostarse sobre el asiento o

sobre el escritorio aparecerá desinteresado y cansado. Por muy agobiado que pueda encontrarse una buena postura ayudará más a realizar el trabajo.

b.- El entrevistado.

Jorge A. Solanas (1982) considera que la palabra transmite aproximadamente el 30% del mensaje mientras que los gestos, movimientos del cuerpo y la mirada que nosotros clasificamos como comunicación no verbal, transmite el 70% restante del mensaje. Todos los datos de la CNV van a dar la principal fuente de información acerca del mundo interior del sujeto. Desde el momento en que se hace la cita, por lo general por teléfono, al escuchar su voz se detectan aspectos mencionados anteriormente como el tono de voz. Después en la primera entrevista se tiene una primera impresión que va a ser muy importante para el resto del proceso de entrevista. En esta primera cita el entrevistado frecuentemente intenta dar una buena impresión, así que su vestimenta nos dirá cómo es que quiere que le vean.

En la primera entrevista las dos partes integrantes se encuentran a la expectativa; como entrevistadores vamos a fijarnos en varios factores en el momento de recibirlo, un tipo de chequeo general fijándonos en su peinado, cejas, ojos, mirada, apariencia, lenguaje, indumentaria, señas particulares, forma de vestir, etc. buscando que exista cierta congruencia en la mayoría de sus aspectos. Es decir, una paciente de vestir ligero por lo general tiene un estilo de caminar ligero y una persona de mirada sonriente pero boca seria tendría un caminar suave pero firme, enérgico y agresivo. Las posibles incongruencias que se encuentren son información que generan más información. Otro aspecto que observamos en la primera entrevista es la forma de sentarse, la forma en que toma el asiento, si lo acerca, si lo aleja y observar ciertos aspectos que se mencionaron anteriormente en el estudio de esfuerzo-forma de R. Laban por ejemplo.

3.- Entrevistas subsecuentes.

a.- Observaciones y auto observaciones.

En las siguientes entrevistas se va a ir tomando información de lo que relate el sujeto, esto a veces puede desviar la atención de la primera impresión que se obtuvo y de las incongruencias que se encontraron. Es muy fácil para alguien que no sea experto que suceda esto y se deje llevar por las aparentes razones que dice el paciente. Por esto deben seguir haciéndose observaciones constantemente y es necesario no perder la objetividad en cada entrevista. La imagen que muestra el entrevistado cada día puede decir diferentes cosas de su diario vivir y de lo que quiere aparentar de sí mismo, esto es, de cómo desea que le vean. Así mismo es importante para el experto cuidar su imagen y su reacción ante la conversación; si quiere presentarse neutral y no emitir juicios o críticas no solo se deben evitar comentarios, pues el cuerpo puede estar gritando su desacuerdo o sorpresa ante

aseveraciones o relatos que no van de acuerdo con su forma de pensar. Al respecto tampoco es posible mantenerse estático al punto de parecer inhumanos, se necesita mucha experiencia y práctica para controlar y estar consciente de lo que se dice con el cuerpo.

Por ejemplo en cuestión de entrenamiento en entrevistas, Chaple (op. cit. F. Davis, 1971) comenzó sus estudios basándose en los ritmos biológicos, fijándose en los ritmos circadianos y en la importancia del ritmo de los órganos como el latido del corazón. Por lo que considera que el esquema de sincronía de una persona es innato y se manifiesta esta interacción desde bebé, aunque este esquema puede tener modificaciones e ir formando la personalidad. Al comunicarse con otras personas intentará acomodar cierta sincronía y puede variar dependiendo de con quien trate, si con amigos, con familiares o con un jefe. Hizo estudios en situaciones naturales y finalmente decidió entrenar entrevistadores expertos. Estos aprendían a controlar hábilmente su sincronía, tiempos de respuestas y expresiones faciales.

b.- Movimientos durante la conversación.

Los movimientos del cuerpo con sus gestos y cambios de postura, el ritmo interaccional con que se den estos y el esfuerzo-forma con que se presenten según su intensidad, espontaneidad y flexibilidad son lo que va a integrar la compleja comunicación no verbal, además de las características de la voz y el contexto. Estos cinco elementos se van a encontrar presentes en la situación de entrevista psicoterapéutica y es lo que se va a estudiar aparte de la historia particular del paciente. Pues sin hacer menos a esta última, nuestra capacidad debería extenderse para estudiar ambas partes de cuando en cuando durante el proceso. En realidad ésto lo logramos hacer en la mayoría de nuestras interacciones comunes, claramente acertamos la mayoría de las veces al escuchar una plática y aunque no se nos dé la información detallada y específica, logramos comprender lo que nuestro interlocutor quiere decir cuando señala con los ojos a una muchacha, hace una aseveración en tono irónico o se cuenta un chiste de doble sentido. Hay personas más sensibles que otras para captar estos detalles lo mismo que para desenmascarar a un mentiroso.

Algunos vendedores son lo suficientemente susceptibles para captar las necesidades de las personas tomando en consideración la CNV, por ejemplo la dilatación de la pupila. Los vendedores del barrio chino en San Francisco se fijan en la pupila del posible cliente al enseñar su mercancía, prestando atención al momento en que esta se dilata para poner un precio más alto a tal objeto. Otras personas son poco sensibles a los significados de lo que expresa la demás gente fuera de lo que dicen literalmente, posiblemente por tener poca práctica o por estar muy centrados en sus propias respuestas como para fijarse en los cambios que ocurren en los demás.

Una vez que la entrevista ha comenzado debemos ser suficientemente sensibles para relacionar el aspecto general con lo que está diciendo y cuidar que exista congruencia. Una experiencia que sucedió a M. Davis (op. cit. F. Davis, 1971) fue cuando se encontraba con la Dra. I. Bartenieff observando una terapia de grupo en una pantalla y se había ido el sonido. En la imagen se veía una chica muy animada que conversaba la cual le daba una rara impresión que no podía descifrar. De pronto la Dra. Bartenieff aseveró que era una chica muy deprimida con intenciones suicidas. No lo pudieron creer hasta que volvió el sonido y escucharon que la joven hablaba de sus intenciones de envenenarse. Lo que explicó la Dra. Bartenieff fue que los movimientos de esta chica comenzaban con la velocidad del rayo y luego se convertían en algo constreñido y directo. Como si estuviera matando el impulso. Este es un claro ejemplo de cómo podríamos equivocarnos con una persona si nos dejamos guiar por lo que aparenta. En este caso la chica hablaba de envenenarse y no parecía tener el semblante suicida típico de un depresivo, por eso se hace énfasis en que los movimientos que aquí se describen no son infalibles ni es posible estudiarlos por sí solos, sino solo en relación con todos los demás factores que se encuentran alrededor. Además, siempre que se perciba algo extraño en el aspecto general y nos dé la sensación de incongruencia hay que ir más a fondo y buscar qué pueda estar sucediendo, hasta que el terapeuta esté algo más convencido.

Hay ciertos amañamientos que llaman la atención porque son movimientos que se encuentran fuera del contexto de la conversación. Movimientos exagerados que no se relacionan a la descripción de algo y que su intensidad no va de acuerdo a lo que se menciona en el discurso. Parecen movimientos planeados y estudiados que se ven y se sienten falsos y así resulta lo que dicen finalmente.

Por su parte Jurgen Ruesch (1964) menciona que existen personas con impedimentos del habla que padecen desórdenes nerviosos, musculares, óseos o emocionales, que atrofian los órganos terminales sensoriales y motores en el habla. Así frecuentemente se establece un círculo vicioso entre las funciones del habla y el lenguaje convirtiéndolo en frustración y deteriorando aún más la comunicación. Así las lesiones cerebrales de origen traumático, infeccioso, vascular, neoplástico o degenerativo pueden afectar aquellas partes del cerebro que intervienen en las funciones del habla y del lenguaje. Como son las afasias, agnosias, apraxias, dificultades de expresión, perturbaciones en la articulación y tartamudez. Pero además de dificultades orgánicas, en este caso debemos considerar aquellas dificultades que son resultado de influencias emotivas e interacciones humanas como mutismo, afonía, voz de falsete y perturbaciones similares como los tics.

CAPITULO II

CITAS

- 1.- Ricci Bitti, Pío - Santa Cortesi.(1977) **La Comunicación No Verbal**. México: Gustavo Gilli. Col. punto y línea, pag. 63.
- 2.- Ruesch, J. (1964) **Comunicación Terapéutica**. Buenos Aires: Paidós, Biblioteca de psiquiatría, psicopatología y psicósomática, pag. 47.
- 3.- Watzlawick, P., Beavin, H. y Jackson D.(1976) **Teoría de la Comunicación Humana (Interacciones, Patologías Y Paradojas)**. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, pag. 68.
- 4.- Ricci Bitti, Pío - Santa Cortesi.(1977) **La Comunicación No Verbal**. México: Gustavo Gilli. Col. punto y línea, pag. 75.
- 5.- Davis, Flora. (1971) **La Comunicación No Verbal**. México: Alianza, pag. 62
- 6.- Ricci Bitti, Pío - Santa Cortesi.(1977) **La Comunicación No Verbal**. México: Gustavo Gilli. Col. punto y línea, pag. 83.
- 7.-Davis,Flora. (1971) **La Comunicación No Verbal**. México: Alianza, pag.200.

CAPITULO III.

ACTITUD EN LA ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA.

La actitud es una predisposición para la acción basada en experiencias pasadas, en este caso es el comportamiento que presenten los dos participantes en la relación de entrevista. Se quiere remarcar la tendencia en la actitud de continuar patrones de conducta aprendidos en el pasado ante ciertas situaciones. Estos patrones van a moldear la manera de ser de un individuo en su forma de pensar , sentir y comportarse. El paciente está actuando de acuerdo a una experiencia anterior sobre una experiencia nueva.

La actitud puede estudiarse de acuerdo con un modelo de causalidad unidireccional donde el sujeto A intenta influir sobre el sujeto B, pero en la interacción social este modelo no se ajusta pues la dinámica es circular y cada evento es a la vez causa y efecto. Este es el modelo de causalidad bidireccional, donde el poder y la dependencia son cruciales en el proceso y en el resultado de la interacción social. Cada uno de los que interactúan operan constantemente sobre la percepción de las necesidades y recursos que tiene el otro, además de utilizar su poder para establecer el tipo de relación que desea. Así en el caso de la entrevista psicoterapéutica ambos participantes intercambian información y se influyen mutuamente, pues el cambio en la conducta de uno es función de las variables que surgen durante la interacción.

Dentro del modelo de la interacción social Vayer (1980) presenta el esquema de la actitud el cual está relacionado con el esquema de postura.

El esquema de actitud se define como el conjunto de informaciones (íntero y exteroceptivas) que hacen consciente al sujeto de su propio cuerpo en una u otra situación, lo que lleva a ver 2 aspectos del esquema de actitud:

-Actitudes preparatorias a la acción: son aquellos esquemas construidos, por ejemplo el equilibrio corporal del obrero ante su máquina , del deportista antes de la toma de impulso o del paciente cuando se dispone a levantarse para salir.

-Actitudes psicológicas, que se ponen de relieve en tal o cual circunstancia y que son condiciones sociales.

El esquema de postura o conjunto de informaciones conscientes e inconscientes que intervienen para mantener el equilibrio del cuerpo, puede

considerarse como la estructura interna del esquema de la actitud, por eso tienen una relación significativa cuerpo y psique.

A. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD

1. Componentes de la actitud.

Para J. Frank (op. cit Strong-Clairborn, 1985) los factores integrantes de la actitud comprenden los componentes cognitivo, afectivo y conativo.

El componente cognitivo se refiere a las creencias de la gente acerca del mundo y abarcan desde supuestos inarticulables hasta sistemas expresados verbalmente. Las cogniciones no sólo determinan lo que piensa la gente acerca de su experiencia misma, sino que comprenden las categorías conceptuales que se utilizan al percibir objetos, eventos y relaciones. En este sentido, las actitudes no son verdades objetivamente discernibles, sino que son lo que se cree verdadero. Este componente influye en el modo de interpretar el ambiente, puede inferirse a partir de medidas de la conducta verbal del individuo, que incluyen respuestas a cuestionarios, pruebas y otras medidas psicológicas.

El componente afectivo se hace más evidente en las asociaciones emocionales que los individuos establecen con objetos y eventos y puede evaluarse a través de medidas verbales o fisiológicas. Generalmente el componente afectivo está relacionado con la evaluación experimentada con sentimientos positivos o negativos hacia el objeto de la actitud. Algunos investigadores (Rosenberg, 1960) han postulado que los componentes cognitivo y afectivo en las actitudes tienden hacia la congruencia y han encontrado que los cambios en uno de los componentes van acompañados de cambios en el otro.

Por último el componente conativo se refiere a la tendencia a actuar, al curso de la acción o al potencial para actuar. Puede evaluarse observando directamente las acciones de los individuos hacia el objeto.

2. Funciones de la actitud.

En el texto **El Cambio a través de la Interacción** Strong-Clairborn (1985) citan a Mc. Guire para describir las funciones de la actitud. Estas funciones son las siguientes:

- Las actitudes sirven para simplificar y organizar la experiencia y para permitir al individuo entender eventos y relaciones sin verse abrumado por su complejidad.

- Las actitudes expresan y reflejan las reacciones evaluativas basadas en emociones del individuo ante personas, objetos o acontecimientos.
- Las actitudes cumplen una función de defensa. Protegen al individuo de los sentimientos negativos intensos y promueven conductas adaptativas en situaciones que, de otro modo, serían debilitadoras.

3. Intervenciones en la entrevista.

Las actitudes como algo relativamente constante van a ayudar a que la experiencia del mundo se presente organizada y con significado para el individuo al mismo tiempo que le ayudan a adaptarse a nuevas experiencias. Pero también se pueden producir cambios en estas actitudes como resultado de una forma diferente de ver el mundo y de reaccionar a este. Dentro de la forma de ser de un individuo por lo general sus actitudes se forman como un sistema cognitivo-afectivo y de percepción más o menos estable que puede sufrir modificación debido a la experiencia y esta es la herramienta de la que se hará uso en la entrevista. J. Frank (op. cit. Strong-Clairborn, 1980) denominó a estas actitudes que se presentan relativamente estables el "mundo de supuestos" y lo define como:

"La expresión taquigráfica de un conjunto estructurado y complejo de valores, expectativas e imágenes de uno mismo y de los demás en interacción, que guía y a su vez es guiado por las percepciones y la conducta de una persona y está íntimamente relacionado con sus estados emocionales y sentimientos de bienestar" (op. cit. Strong-Clairborn, 1980).1

Las intervenciones del entrevistador hacia el cliente le van a hacer darse cuenta de algunos aspectos de su mundo de supuestos al mostrarle lo que él mismo nos está trayendo y que puede estar contradiciendo otras afirmaciones anteriormente expuestas, estas actitudes son la materia prima para que el cliente pueda esclarecer algunas de las actitudes que puedan estarle causando conflictos.

Un ejemplo de cómo una intervención puede modificar una actitud sería cuando en la entrevista psicoterapéutica llega una paciente quejándose de que su pareja no expresa sus sentimientos y esto hace la relación muy difícil y por lo tanto falta mutua comprensión. Sin embargo la entrevistada tampoco se muestra muy abierta y su actitud es bastante defensiva hacia su escucha. Cuando éste le sugiere que está haciendo lo mismo que su pareja le hace a ella, ésta decide comenzar a explorar lo que realmente le sucede y se muestra menos defensiva y más abierta comprendiendo que no va a mejorar nada callando sus conflictos.

La exploración de las actitudes no sólo indica la orientación a largo plazo que debe seguir el entrevistador, sino que también señala el efecto que las actitudes tendrán sobre el paciente si no las hace conscientes. Si el paciente asume por sí mismo algunas de estas actitudes, será capaz de comprender mejor su medio ambiente y establecer con él una mejor comunicación, logrando una

entrevista mejor y más productiva. Las interpretaciones pueden ser desde respuestas específicas a la conducta del cliente hasta afirmaciones directamente en desacuerdo con sus actitudes, incluyendo el hacer conscientes los acontecimientos y las creencias que tiene el cliente acerca de éstos. El cambio que se va a promover se basa en adoptar una nueva postura reconceptualizando tales experiencias.

B: ACTITUD DEL ENTREVISTADOR

1. Actitudes terapéuticas.

El entrevistador puede no hacer intervenciones verbales y sin embargo el paciente es capaz de comprender sus gestos lo mismo que este del primero. Algunas actitudes son difíciles de localizar en la CNV pero cabe mencionarlas como parte de la revisión de las actitudes terapéuticas . Por lo tanto se intentará ubicar las siguientes actitudes dentro de la CNV.

La actitud que toma el entrevistador es una pieza importante en el estudio de actitudes en el modelo bidireccional. En la interacción durante la entrevista la postura que tome el experto puede mejorar o empeorar las actitudes del entrevistado. Si bien ya mencionamos lo importante que sería que el experto supiese controlar su comunicación no verbal, ésta va a ir de la mano con su propia actitud hacia la persona que trata directamente, por lo que es parte del conjunto de habilidades que debe adoptar si quiere lograr un trabajo más eficiente. Para J. Winkler (1990) la actitud articula en el sujeto cognoscente el significado de lo percibido y la conducta que adoptará frente a ello. En este caso se presenta el proceso interno del terapeuta que decodifica significados de acuerdo a un sistema (axiológico, científico u operacional) para traducirlos al final del proceso en una conducta clínica coherente con dicha actitud. Las siguientes actitudes se consideran las adecuadas para obtener una mejor eficiencia clínica (J. Winkler y F. Ulloa, 1990)

a.- Estructura de Demora

Una actitud importante en el entrevistador es la llamada "estructura de demora". Además de tomarse como una actitud se postula como una habilidad para registrar los afectos, procesarlos y en consecuencia pensar antes de actuar: es la actitud clínica hecha acción. Esto da paso o es el inicio de la aptitud para el clínico. Al retardar una reacción de esta manera se van a evitar falseamientos de la mirada como:

"1.- Lectura parcial: a partir de un detalle se toma la totalidad de un modelo convocado y se tapa a la actual totalidad quedando esta en 2o. plano. Es necesario

reconocer la diferencia en la nueva situación. 2.- Lectura influida por la connotación emocional que despierta el objeto clínico: contratransferencia (por ejemplo, contra identificación proyectiva). Si no hay una estructura de demora se actúan los sentimientos en lugar de pensar. 3.- Practicar teorías: se apela a las teorías en turno, se hace coincidir de forma forzada la información en la teoría que se maneja perdiendo la conexión con el interlocutor y el registro de datos nuevos, los afectos propios y los ajenos." (Winkler, 1990) 2.

Estos falseamientos se originan por un lado en la angustia que causa en el psicólogo la incertidumbre de lo que sucede en una situación específica y por otra parte por la superposición o simultaneidad de la demanda (inconsciente) del clínico con la del entrevistado.

b.- No - Normatividad.

La no-normatividad se utiliza con el fin de tomar los datos obtenidos como claves positivas para la comprensión. La actitud normativa solo reprimiría la información de datos valiosos. Si el paciente percibe que se le comienza a enjuiciar antes de poder explicar lo que le sucede va a inhibirse y además de callar datos importantes podría dar otra versión con el fin de verse mejor ante los ojos del entrevistador.

c.- Tolerancia Discriminada.

La tolerancia discriminada incluye características como la falta de signos de dominación junto con un estímulo amistoso a continuar la tarea, la seguridad de que ningún castigo imprevisto recaerá sobre el paciente y el respeto por su individualidad. Sin embargo el terapeuta debe hacer valer su autoridad e imponer restricciones y que no se confunda con ausencia de limitaciones o que parezca que hace su trabajo por masoquismo. La tolerancia no significa soportar situaciones frustrantes solo porque sí, se requieren un fin y una meta perfectamente establecidas y por medio de esta se define una tarea a realizar a largo plazo. Se aplica tolerancia discriminada cuando para cumplir un deseo o una meta se sacrifica algo. En este caso el entrevistador está reprimiendo algunas actitudes haciéndole entender al paciente que comprende sus síntomas y se toleran, además su forma de lograr satisfacción se respeta pero con un propósito específico. Por ejemplo ayudar al paciente a experimentar con sus descuidadas funciones de comunicación para inducirlo al aprendizaje por ensayo y error.

Cuando el terapeuta se presenta severo y no tolerante debe ser con un propósito correctivo. Ante un paciente confuso, excitado, angustiado o depresivo, debe reducirle la elección de opciones pues estos estados no permiten la evolución de alternativas, por lo tanto la severidad se transmite al excluir (sutil o

drásticamente) todos los modos inaceptables de comunicación. De esta manera el entrevistado lo acepta o se opone, se concentra en un fragmento de información a la vez y va recuperando el equilibrio. En cambio ante pacientes rígidos y obsesivos la elección de mensajes y acciones queda a cargo del paciente y le da la oportunidad de considerar alternativas. Si además no se dan respuestas definidas a lo que exprese el paciente, éste va a experimentar, elegir y rectificar errores.

d.- Verbalización de temas tabú.

El paciente debe aprender que en la terapia no hay temas tabú, si el ventilar un tema oscuro no lo aclara, por lo menos le quita el poder mágico que parece tener lo que está prohibido mencionar. La actitud de que se puede hablar de cualquier cosa se transmite por medio de la demostración práctica, por ejemplo introduciendo temas comunes con referencia al paciente, o a la postura de este: "Ud. está en una posición defensiva, ¿a qué le teme?", o de su elaborado arreglo: "¿a quién quiere seducir". El paciente aprende a hablar de sus sentimientos, su cuerpo, sus esperanzas o de sus reacciones hacia el terapeuta.

e.- Disposición expectante

Cuando una persona acude a la terapia, aunque sea por propia voluntad no siempre está lista para ésta. Por ejemplo hay pacientes que necesitan contacto humano pero que no están preparados para tolerarlo (los catatónicos, suicidas, criminales resentidos y apáticos). El terapeuta transmite el hecho de estar dispuesto, alerta y preparado para actuar cuando el paciente esté listo. Esta disposición expectante requiere paciencia y puede ser que se despida al paciente pidiéndole que vuelva cuando esté dispuesto, que se le esperará. A través de esta actitud se le expresa el hecho de que algo puede cambiar si el paciente está preparado para ello y que el tiempo carece de importancia.

f.- Audición catártica.

La palabra catarsis significa purificación y uno de sus efectos benéficos es que es tranquilizante saber que se cuenta con alguien que nos escuche. (Ruesch, 1964)

La expresión "audición catártica" se refiere a una actitud del terapeuta que implica su disposición a prestar oídos a las inquietudes del paciente, a sus emociones y a otras expresiones, en un esfuerzo por comprender, sin interrumpir, guiar, aconsejar o refutar nada de lo que el paciente diga. Esta actitud inspira confianza e induce a hablar. Aparentemente existe en los seres humanos una necesidad innata o adquirida de compartir información. Una persona se siente inquieta si debe soportar un secreto por sí misma. Al movilizarse los conflictos

neuróticos aumentan la irritabilidad y la tensión, para obtener alivio se entrega a la acción o a la verbalización y en muchos casos el procedimiento menos perjudicial es hablar. Sin embargo, no es sólo el prestar oídos lo que va a hacer sentir al paciente atendido sino también todo el conjunto de signos no verbales que apoyen ésta actitud.

g.- Compromiso condicional del terapeuta.

La actitud del psicólogo respecto al paciente puede describirse como un "compromiso condicional". Al tener al paciente enfrente, el terapeuta debe estar presente con todos sus recursos mentales y físicos, listo a responder y sumergido en el problema del momento. Esto se da siempre y cuando el paciente desee la terapia, pero si éste presenta renuencia, la actitud del entrevistador pasa a ser la de disposición expectante. La actitud del paciente determina en parte lo que sucede y debe hacerse sentir que pierde algo que vale la pena si no asume sus responsabilidades.

h.- Selectividad constructiva.

En la entrevista el psicólogo debe tomar cierta posición, es decir que la actitud sea directiva y no desinteresada o distanciada. El terapeuta deberá definirse y comprometerse consigo mismo cuando llegue el momento de hacer frente a los rasgos patológicos. De esta manera será menos probable que el paciente se valga de ellos para dominarlo o para una tarea auto destructiva.

Para dominar los aspectos patológicos es más conveniente no hablar de ellos. Conforme comienza a madurar el paciente tiene menos necesidad de usarlos y a medida que dispone de tiempo y energía, tiene oportunidad para ocuparse de otros rasgos de su personalidad hasta entonces descuidados. Así, cuando estas funciones comienzan a desarrollarse, el paciente logra nuevas formas de gratificación y el círculo vicioso se interrumpe.

i.- Actitud directiva pero no agresiva.

Algunos pacientes tienen una gran dificultad para conducir la conversación hacia el tema que les preocupa, pierden mucho tiempo en conversaciones al margen y no pueden ser breves y claros. (Esta vaguedad puede verse en psicóticos que no tienen consciencia de las necesidades de la vida cotidiana, los intelectualmente confusos y emocionalmente tensos, no saben en qué dirección moverse). Aquí el entrevistador debe ser directo, cortar por lo sano todo lo circunstancial, identificar la situación, la emoción dominante o el conflicto que lo provoca.

Aunque la información sea insuficiente, el terapeuta deberá hacer conclusiones para ayudar al paciente a aclarar la confusión. Las delimitaciones y aclaraciones del terapeuta proporcionan alivio al paciente. La actitud directa y no agresiva del terapeuta enseña al paciente que es él mismo quien debe aclarar las contradicciones de su existencia. Los sentimientos desagradables y el encarar las realidades sociales y emocionales pueden superarse cuando el paciente tiene que corroborar u oponerse. El paciente aprende a enfrentar su propia confusión interior tratando de formular un plan de acción.

j.- Desempeño responsable

Responsabilidad significa que un hombre debe responder ante una autoridad u otras personas por la confianza que se le ha brindado. Al asumir responsabilidad se adquiere poder caracterizado por la autoconciencia, la consideración hacia el grupo y la orientación hacia una meta (J. Ruesch, 1964). Se desempeña responsablemente quien lo hace con diligencia, sabiduría, tolerancia y habilidad. Para ésto la persona debe hallarse en buen estado de salud física y mental y cuidar de aquellas condiciones que favorecen el crecimiento y la madurez.

La persona que no puede cuidar de sí misma se convierte en una carga. Ocuparse del propio crecimiento representa satisfacer aquellas necesidades que son imperativas para el desarrollo, es decir librarse de los contactos humanos y de los intereses y actividades que no cumplen función alguna en la situación vital del momento. El terapeuta transmite ésto al paciente y éste comprenderá que el trabajo del entrevistador no es un placer altruista sino que es el ejercicio de una profesión para ganarse la vida y una posición.

k.- Intervención pertinente.

En ciertos momentos de la entrevista el psicólogo deberá tomar por sí mismo las riendas, por ejemplo si el paciente está en una etapa auto destructiva puede decidir internarlo o si es un paciente inclinado a la corrupción de menores puede tomar la decisión de avisar a un familiar, un jefe, el médico o un maestro, con consentimiento del paciente. El tomar las riendas tiene una función definida en psicoterapia, proteger al paciente y convencer al paciente que no todo se reduce a conversación. Hay limitaciones conductuales y soluciones alternativas que debe encontrar el paciente.

l.- Comprensión del lenguaje del paciente.

Los procesos terapéuticos actuales derivan de las prácticas psicoanalíticas que fueron creadas para pacientes neuróticos los cuales tienen cierta madurez en

los procesos de simbolización. Sin embargo los pacientes con episodios regresivos y etapas preverbales no han logrado desarrollar adecuadamente el lenguaje verbal para expresar sus pensamientos y sentimientos. Ellos recurren a la "acción" o al lenguaje corporal. El terapeuta deberá mostrar al paciente que éste también puede utilizar lenguaje de "acción". Esto se da más en hospitales donde el terapeuta puede salir con el paciente a caminar o jugar fuera del consultorio. Sin embargo en el consultorio puede tomar acciones como dar a leer un libro, hacerle traer fotografías u objetos para ilustrar su vida y comprender su lenguaje no verbal utilizándolo él mismo conscientemente.

Si el terapeuta actúa con seguridad y sus acciones (CNV) transmiten al paciente un mensaje difícil de expresar con palabras, éste agradecerá su comunicación no coactiva. Después de un intercambio activo como éste es frecuente que el paciente hable con más libertad y use las palabras de manera más significativa. Cuando el paciente utiliza lenguaje verbal grotesco o extravagante lo mejor que puede hacer el terapeuta es tener en cuenta las acciones y gestos que lo acompañan, pues aquí puede estar el mensaje principal y las palabras sólo lo amplían o lo oscurecen.

A veces las palabras no se refieren a algún objeto, pensamiento o sentimiento, pueden representar un procedimiento de "hacer ruido" con el que el paciente intenta resguardarse. Esto brinda un estímulo auditivo externo que por medio de la retroalimentación les da seguridad de estar vivos. En tales situaciones el ruido que hace el individuo orienta y guía sus acciones.

m.- Responsabilidad incondicional.

Se ha hablado sobre el efecto curativo del afecto. En este caso el paciente advierte que el terapeuta no es afectuoso pero le presta atención, no tiene un interés personal sino profesional y de esta manera le responde. El hecho de que una expresión sea tomada en serio y reconocida tiene más valor para el paciente que la realización de sus deseos. Esta es según Little, M. (op. cit. J. Ruesch, 1964) "La respuesta total del analista a las necesidades del paciente". O sea que al responder inequívocamente a la intención del paciente y darle a éste la oportunidad de responder a su turno, se han establecido los fundamentos sobre los cuales puede tener lugar la recuperación. Por medio de esta respuesta las actitudes desfavorables pueden cambiarse gradualmente por otras que favorezcan la mejoría.

n.- Actitudes iniciales del paciente.

| ACTITUDES INICIALES DEL PACIENTE | ACTITUDES DEL TERAPEUTA |
|---|--|
| Esta es una enfermedad de la cual no soy responsable. | Esta es una forma de adaptación., pero quizá hay otras mejores. |
| Quiero agradecerle. | Lo que me agrada es que usted esté bien, |
| Usted no me comprende. | Lo escucho y trato de comprenderlo. |
| Dígame qué hacer. | Discutiremos cada problema a medida que salga. |
| No puedo decirlo. | Cuando esté dispuesto hablará. |
| Quiero que las cosas salgan como yo quiero | Hace falta gran habilidad y pensar mucho para manejar a la gente ; le falta aprender todavía |
| Espero que mejoraré. | Si se empeña mejorará. |
| Usted me curará. | Si encara sus problemas, se conocerá mejor así mismo. |
| Si me meto en dificultades la culpa es suya. | Si se mete en dificultades afrontará las consecuencias. |

C. ACTITUD DEL ENTREVISTADO.

Las teorías de la consistencia cognitiva sostienen que el conjunto de actitudes que mantienen al individuo tienden a la consistencia interna (Strong-Clairborn, 1985). Cuando las actitudes no tienen sentido para el individuo éstas se vuelven inconsistentes y existe dificultad para mantenerlos al mismo tiempo. Por eso es que para que exista un cambio el cliente debe darse cuenta de estas incongruencias en sus pensamientos, sentimientos, acciones, valores y percepciones, para luego lograr integrarlas en un entendimiento coherente que haga necesario un cambio en la conducta. Las actitudes hacia la vida y hacia uno mismo se apoyan en lo que observamos del mundo y puesto que éstas son vitales para la interacción y la adaptación en el medio cuando las actitudes se contradicen implican problemas en el funcionamiento de la persona. Estas incongruencias no se van a analizar en el proceso de entrevista, sin embargo es útil que el entrevistador se percate de ellas como información para la investigación detallada y para conocer las verdaderas razones que llevan al paciente a buscar terapia.

1.- Control y manejo de las impresiones.

Según Strong-Clairborn (1985) las respuestas de los sujetos a las preguntas del entrevistador son intentos activos de controlar a éste. La conducta de los sujetos muestra un intento por aparecer ante el experto bajo el mejor prisma posible, no sólo como deseosos de contribuir al avance del trabajo, sino además como personas íntegras, capacitadas, honradas y modestas. Lo que pretenden al hacer bien las cosas es que el entrevistador no se dé cuenta de sus intentos de control. Lo que ha sucedido por ejemplo en la psicología social que maneja un modelo unidireccional de la actitud, es que al no apreciar la naturaleza interactiva de un experimento, se han hecho teorías que suponen que la conducta de los sujetos en el laboratorio es una expresión de procesos internos y no de "contra-estrategias" para controlar a los experimentadores. Lo mismo puede suceder en la práctica clínica, en la entrevista y en psicoterapia si se hace hincapié en la dinámica interna del entrevistado y no en la dinámica de la interacción entre terapeuta y paciente.

Es importante saber cómo manejan los sujetos a los experimentadores dentro de la teoría e investigación en psicología social y clínica, dado que la conducta y el cambio conductual se refieren precisamente a cómo las personas se manejan unas a otras. Ervin Goffman (op. cit. Strong- Clairborn, 1985) en su libro *El yo social en la interacción* muestra sus estudios sobre el control de las personas entre unas y otras. Escribió sobre cómo se presentan los individuos para controlar a los demás y cómo envían señales sobre el tipo de interacción que esperan. Describió la conducta social como aprendida y controlada por normas, donde la mayor parte de la conducta es ritual y estereotipada. Para él, el objetivo de la interacción es finalmente el control social. De ahí que el individuo se esfuerce por conseguir control social presentándose a sí mismo y a los demás desde determinados ángulos y manejando impresiones. Estas excepciones a la racionalidad y a la conducta esperada constituyen claras expresiones de las funciones subyacentes de la interacción. Por otra parte, menciona que en la interacción social las verbalizaciones que hacen las personas acerca de la causalidad de los eventos y de sus propias características no tienen como objetivo ser exactas, sino manejar las percepciones y conductas de los demás. Sin embargo ya vimos que aunque se intente regular a la CNV, hay gestos inconscientes que no se pueden controlar y éste puede ser un factor muy importante y una herramienta útil al buscar las incongruencias en la comunicación con el entrevistado.

2.- CREDIBILIDAD: manejo de integridad y competencia.

En este inciso se observará cómo la gente utiliza la interdependencia al manejar las impresiones de integridad y capacidad que muestran ante los demás y de cómo perciben con agrado las causas personales y la impresión que los demás tienen de ellos. En los diversos experimentos recopilados por Strong-Clairborn (1985) parece ser que el mostrarse consistente es una estrategia importante para el manejo de las impresiones.

Las impresiones principales a manejar en la interacción con los demás son las percepciones de los recursos y necesidades. Cuando una persona da la impresión de carecer de algo (por haber perdido el control emocional, no ser sincero, ser poco cooperativo, ignorante o estúpido) los demás perciben que tiene necesidad de sus recursos y actúan para influir en cambiar a esa persona de modo que se adapte mejor a lo que ellos desean. Por el contrario, si una persona da la impresión de estar capacitada, ser cooperativa, sincera e íntegra, podrá influir en los demás para que satisfagan sus necesidades, debido a que los demás la perciben como una persona de amplios recursos. Una cualidad de las personas para influir sobre los demás y defenderse de la influencia de éstos es su credibilidad.

La credibilidad puede dividirse en dos componentes: **integridad y credibilidad.**

a. Manejo de amenazas a la integridad.

La **integridad** es un modo que tienen las personas de tratar con los demás. Esta responde a la pregunta de si puede esperarse que las personas actúen estrictamente en su propio beneficio a corto plazo sin tener en cuenta a los demás o que adopten una perspectiva de mayor alcance y actúen a favor del bien colectivo. La integridad incluye conceptos tales como la moralidad, la ecuanimidad, la confiabilidad, la humildad, la honestidad y la honradez.

Por ejemplo: si una persona fuera percibida como mentirosa y malévola se dañaría seriamente su credibilidad, de acuerdo con esto se encuentra que las personas pueden cambiar una opinión suya para proteger su credibilidad ante los demás preocupándose por la consistencia personal. Por otra parte un factor que influye en la credibilidad es la ecuanimidad en las relaciones de grupo, un supuesto es que el grupo recompensa a quienes son ecuanímenes y castigan a quienes tratan a los demás de forma poco ecuaníme. Strong-Clairborn (1985) reportan un experimento de Reis y Gruzén (1976) en el cual cuatro personas tenían la tarea de repartir la paga de un grupo. Cuando se pidió que reportaran el reparto, la asignación del dinero fue de acuerdo con equiparar la cantidad recibida con el trabajo realizado (ecuanimidad). Cuando no se pidieron informes y sólo los otros sujetos conocían la cantidad, la distribución fue en partes iguales y si no se iba a

informar a los otros sujetos ni al experimentador acerca del reparto, los sujetos asignaban la mayor parte del dinero a sí mismos (no ecuanimidad). Esto implica que las personas tienden a buscar su propio beneficio si no se ven obligados a causar buena impresión ante los demás.

Otro tipo de amenaza a la integridad es la debilidad. El resultado de no responder a un daño o amenaza se puede interpretar como un síntoma de debilidad y da lugar a futuras amenazas, si la persona responde a este acto se restaura el poder y su imagen social. En cambio si un sujeto presenta agresividad sin una previa provocación puede hacer que los demás le atribuyan malevolencia, por lo que percibir algo como agresión depende de que ésta se vea como intencionada y voluntaria. Si las causas se presentan como circunstanciales es reducida la intencionalidad percibida de producir daño. Así la venganza es función de la agresión que no puede ser descontada o justificada cuando las personas desean evitar parecer injustas y malévolas ante cualquier observador.

Las personas están motivadas a dar una buena impresión pero el enfatizar demasiado las propias cualidades puede causar el efecto contrario en la impresión de los demás acerca de la integridad del individuo. Sin embargo la modestia sólo es relevante cuando otro ha percibido las cualidades o habilidades de una persona. Un efecto paralelo a la modestia es la moderación del descuento de una mala acción. El atribuir las cosas mal hechas y las acciones negativas excesivamente a causas externas hace que otros reaccionen negativamente, ya que se tiene la opinión de que la persona no afronta las consecuencias de su conducta. Así la gente trata de minimizar las implicaciones personales positivas de sus buenas acciones y modera su tendencia a eludir la responsabilidad de las malas acciones cuando hay observadores presentes. Las estrategias de modestia poseen un efecto oculto, aunque las personas estén siendo modestas mostrándose un poco negativas acerca de sí mismas, también están aumentando lo positivo de su conducta. Si la modestia favorece la integridad y por tanto la credibilidad de una persona competente, comportarse modestamente hará que los demás le adjudiquen una mayor competencia.

b. Manejo de las amenazas a la competencia.

Competencia.

La **competencia** abarca las capacidades y habilidades de la persona para resolver problemas y enfrentarse con éxito a circunstancias difíciles. Las habilidades y capacidades para lograr objetivos interpersonales e impersonales se relacionan íntimamente con la valía de una persona ante los demás, en el sentido de lo que puede conseguir esa persona que sea de valor para los demás. La competencia es componente clave de la capacidad de una persona para influir sobre otros. Las personas sensibles a la evaluación de otros no pierden

oportunidad para demostrar su competencia, sin embargo siempre hay lugar a la modestia en pro de la apariencia de integridad.

Por el contrario la incompetencia deteriora la imagen de una persona, por ejemplo la incapacidad en tareas intelectuales en un estudiante universitario. Heider (op. cit. Strong-Claiborn, 1985) sugirió que la gente explica los resultados de tareas de habilidad recurriendo a los factores de competencia, esfuerzo, dificultad y suerte. La competencia tiene dos componentes: **capacidades**: aspectos intrínsecos y físicos de una persona y **habilidades**: lo que la persona ha aprendido en el pasado acerca de cómo realizar ciertas tareas, están limitadas por la experiencia y capacidad.

Esfuerzo

El **esfuerzo** es la variable que define en qué medida se aplican a una tarea las habilidades y capacidades, está controlado por la voluntad y por el estado de ánimo (por lo que experimenta variaciones de una tarea a otra). La dificultad y el azar son determinantes de la ejecución que radican fuera de la persona, constituyen características de la tarea y del ambiente. Las tareas donde muchos fracasan se perciben como difíciles y la suerte es una circunstancia azarosa. La mala ejecución en tareas fáciles implica, para los observadores, un esfuerzo insuficiente. La falta de esfuerzo en una sociedad que valora la competencia lleva al castigo moral y al desprecio dañando la integridad de la persona, ésta puede ser peor vista que la misma incompetencia.

Fracaso

Las personas con baja autoestima tienden a atribuir el éxito a las circunstancias ambientales o momentáneas y el **fracaso** a su propia incompetencia. Pero cuando otros dependen del esfuerzo de una persona, la falta de esfuerzo es equivalente a la falta de interés e implica la existencia de un motivo subyacente para hacerles daño que es equivalente a la malevolencia. Recurrir a la falta de capacidad constituye una poderosa estrategia para contrarrestar a los demás en la lucha por el control de las relaciones. En una tarea interdependiente un grupo de estudiantes castigaba más a los que habían tenido una mala ejecución al percibir que ésta se debía al poco esfuerzo, que cuando consideraba que se debía a la falta de capacidad. La estrategia de encubrir el fracaso con verbalizaciones de falta de capacidad se presenta en el consejo y en la psicoterapia en clientes que se sirven de ella para protegerse de la mejoría y en estas terapias se refleja la voluntad contra la capacidad. De esto ya hemos dado un ejemplo en el capítulo anterior al mencionar el argumento de la incapacidad en pacientes que presentan síntomas psicósomáticos que no pueden controlar y los imposibilita para actuar o hacer frente a un problema. Otros sujetos ante una mala actuación prefieren buscar causas incidentales que enfrentar su incompetencia a la falta de esfuerzo.

Egoísmo.

Como una forma para el manejo de las amenazas a la competencia es común que un individuo atribuya el éxito en alguna tarea a su buena competencia y el fracaso a factores externos. Lo mismo pasa hasta en las aulas con los alumnos, al aprobar un examen exclaman "aprobé" y cuando no " me reprobaron" llegando a atribuir factores de malevolencia al profesor. Exactamente igual pasa en el consultorio, el paciente muestra egoísmo con sus logros y es frecuente que culpen al terapeuta por sus fallas o cuando algo no se resuelve.

Influencia

A nadie le gusta pensar que existe alguien más que pudiera ser suficientemente convincente para negarle su propia capacidad de albedrío, razonamiento y elección. La **influencia** da lugar a pensar que la otra persona tiene mayor poder social o que es más inteligente que ella misma. La persona influenciada aparecería con carencias que la hacen vulnerable a los recursos del otro, por esta razón a las personas no les gusta aceptar este hecho. Para evitar las posibles situaciones anteriores prefieren alegar que el otro es un experto, que se cambió por propio convencimiento o simplemente negar el cambio debido a tal influencia. Cuando la persona influenciada le permite ver al persuasor que ha logrado su propósito, este hecho puede significar que la persona quiere adaptarse al persuasor para que éste le observe como una persona inteligente y con habilidades. Un tercer observador podría opinar que a esta persona le falta integridad si percibe que lo ha hecho por agradar al otro en busca de algún beneficio.

Recurrir a demandas, órdenes y amenazas puede hacer que la persona se resista a tales demandas con tal de no verse débil, vulnerable, incompetente o temeroso al persuasor, a pesar de que la demanda fuera de acuerdo con su conducta o forma de pensar. Strong-Clairborn (1985) reporta un experimento de Wordel y Brehan (1970) donde se utilizaron frases persuasivas en las que algunas de éstas incluían frases de demanda que no dejaban alternativa. Los estudiantes cambiaban su forma de pensar en todos los casos menos en las frases que eran exigentes y amenazadoras para su competencia. Por su parte Heilman y Toffler (1976) encontraron que la percepción de alternativas elimina el efecto de las amenazas, señalando que la percepción de elección fue efectiva en sus experimentos porque crea una percepción de independencia y autodeterminación.

Este estudio indica que el desafío ante una amenaza se basa en las consecuencias interpersonales de parecer indefenso, dependiente y sin posibilidad de elección que acompañan a la condescendencia y no a una preocupación interna de restaurar la libertad. Por lo tanto las amenazas constituyen un medio poco eficaz para obtener condescendencia, debido a las implicaciones que tiene el

hecho de obedecer bajo amenazas para la imagen pública del receptor: impotente, débil, controlado por otros y falta de autodeterminación.

Algunas veces se utiliza en terapia el procedimiento de ofrecer alternativas para vencer la resistencia del cliente ante los distintos cambios terapéuticos. El hecho de brindar al entrevistado la oportunidad de decidir puede bajar la angustia producida por la tensión de ser interrogado por un experto. Si se lleva una entrevista más abierta que dirigida, dando opciones al paciente de los temas que posiblemente pudiera ir llevando y de acuerdo a esto ir preguntando sobre lo mismo que él ofrece, le daría la sensación de menor presión para contestar lo que se busca.

3. Manejo de otras personas

a. Manejo de impresiones.

La impresión de integridad y competencia es importante para muchas personas pues les preocupa la idea que tienen los demás de ellos. Estas impresiones son formas de controlar las reacciones de otros para satisfacer sus necesidades por medio de retroalimentación. Las percepciones, atribuciones y reacciones relativas a la conducta de otro constituyen intentos de influir en él. Orvis, Kelley y Butler (op. cit. Strong-Clairborn, 1985) hicieron un estudio basándose en esta idea, sobre las causas de los desacuerdos entre miembros de parejas heterosexuales y manifestaron que la percepción y la comunicación son procesos inseparables y mantenedores de la relación. Sugieren que la explicación que hace una persona acerca de la causa de la conducta de otra con quien interactúa puede no ser exacta, racional y completa. La discusión de ésta a su vez influye en el origen de la conducta futura. Al pedir los motivos de la conducta que fue la fuente de desacuerdo encontraron una larga lista de conductas negativas. La clase o categoría de las causas variaba desde factores circunstanciales, características de la persona, intención del agente sobre la pareja hasta el hecho de que la acción fuera a propósito sus consecuencias. Y la mayor diferencia se encontró entre el tipo de causas atribuidas a la conducta en uno mismo y la conducta realizada por el compañero. Atribuyendo factores externos o estados psicológicos pasajeros a las conductas propias como medio de descontar acciones inadecuadas y manejando la impresión de sí mismo. En este caso ofrecían la imagen de que la conducta era por el bien del otro o que esta no era intencional.

Por otro lado las causas atribuidas a la conducta del otro eran explicaciones que se atribuían a la incapacidad y las características de la persona y atacaban directamente la competencia e integridad del compañero. La persona reacciona contra los intentos que tiene la otra de producir un cambio afirmando su

incapacidad. Podemos pensar que ésta atribución asimétrica de causas a los desacuerdos en la pareja es una forma manipulada de persuadir al otro al cambio.

Clasificaron las respuestas de los sujetos en dos dimensiones, una de acuerdo a la actitud positiva o negativa de uno hacia el otro y la segunda de acuerdo a la intencionalidad que había existido en ambos casos. Estos autores concluyeron que en conflictos interpersonales, las personas se inclinan a transmitir el mensaje de que el otro no se preocupa por ellos y es malo. Prefiriendo pensar en una retroalimentación negativa y buscando el cambio en el otro de esa conducta que los irritó. Esto refleja una actitud negativa hacia el compañero. Para eliminar estas atribuciones negativas, se requiere cambiar actitudes mutuas tanto como (o incluso más que) cambiar las conductas desencadenantes que esas atribuciones pretendan eliminar.

b. Agrado.

En nuestro trato con las demás personas es importante el hecho de agradarles. Por lo general nos agradan aquellos a los que agradamos y viceversa. Nos pueden agradar la personas a las que percibimos similares en algún aspecto ya sea por pertenecer al medio al que nos relacionamos o por tener gustos en común. Según Jones y Gordon (1972) parece que nos agradan las personas cuando no son pretenciosas sino modestas respecto a sus características positivas, al no quejarse de sus infortunios y al ser realmente francas.

c. Estabilidad.

La estabilidad es una característica socialmente aceptable. Por lo que la persona va a hacer intentos de aparecer como tal. De modo que al tener conductas inaceptables éstas sean atribuidas por otros a causas externas y no internas, lo cual conserva su imagen ante los demás.

d. Cómo nos perciben los demás.

Las personas dan importancia al juicio que otros hacen de ellos aunque no siempre los consideren válidos debido a las razones que creen que se encuentran tras de estos juicios. Por ejemplo la opinión positiva de un subordinado que busca algún beneficio. Sin embargo estos juicios no pierden del todo su peso pues al tomarlos en cuenta estamos buscando la aceptación de los demás y el sentido de pertenencia.

4. Negación de responsabilidades por medio de defensas

En los resultados de las investigaciones que hemos revisado las personas dan la imagen de negar la responsabilidad en los acontecimientos negativos a través de la defensa, la racionalización y por medio de apelar a su propia debilidad e incompetencia, utilizando el proceso de descuento para lo negativo y de aumento para lo positivo.

La solución preferida para explicar las acciones que atacan la propia credibilidad es descontar la conducta recurriendo a alguna circunstancia externa. Cuando no son víctimas de las circunstancias o la suerte se refugian en la actitud de inocencia, no percibían la acción como perjudicial o atribuyen la falta de esfuerzo a un estado pasajero. Estas estrategias se basan en la justificación y en la racionalización. El recurrir a la incapacidad como explicación de las causas de una conducta negativa, elimina la responsabilidad de ésta y por lo tanto, hace imposible el cambio voluntario; esto se puede denominar una estrategia de debilitación (Strong-Clairborn , 1985).

El individuo trata de impedir que lo descubran por lo que utiliza defensas para encubrir sus otras defensas. La estrategia elegida se ampliará así para evitar ser descubierto formando una cadena. Según los resultados de Orvis, Kelly y Butler (1976) la acusación de malevolencia no pretende tachar al otro de malo sino conseguir que en un futuro no se comporte de la misma manera si no quiere dar la impresión de malevolencia.

La negación de responsabilidades afecta la interacción haciendo que ésta se deteriore al aumentar la desconfianza, el sentimiento de no ser comprendido y de no agradar. En una relación con problemas que no se pueden resolver fácilmente se utiliza más la estrategia de debilitación, pues la persona con más poder no puede desarticular esta estrategia. En el tratamiento psicológico parece claro que la estrategia de incapacidad es un ingrediente habitual de muchos síntomas neuróticos (depresión, ansiedad, enfermedad, etc.) donde las otras estrategias también se continúan utilizando.

Es posible que la parte contraria al intentar el cambio y no lograr respuesta experimente resentimiento, venganza y depresión. Al percibir a los demás malévolos resulta una actitud de constante enojo con atención a las equivocaciones de otros y un esfuerzo para reformarlos. Es probable que este estado de alerta emocional produzca desequilibrio físico y alteraciones en las relaciones con los demás.

a.- Estrategias utilizadas para resistir al cambio:

Las estrategias utilizadas para cambiar las percepciones de las causas de la conducta con el fin de consolidar el poder personal y el control en la interacción, con el fin de resistirse al cambio según Strong-Clairborn (1985) son:

Justificación: El individuo atribuye a causas externas la conducta negativa, perjudicial y de fracaso con el fin de evitar que se le atribuyan a sus intenciones y características personales, las implicaciones de esa conducta.

Racionalización: La persona presenta, inventa o modifica las causas internas de la conducta (la cual ya es conocida, lo mismo que sus efectos) para negar que las consecuencias perjudiciales o de fracaso eran intencionadas.

Debilitación: El paciente atribuye a causas internas involuntarias la conducta negativa, perjudicial y de fracaso para evitar que se atribuyan a sus intenciones e integridad los resultados negativos de su conducta.

Vilipendio: El individuo cree y comunica a los demás que todas las conductas negativas, perjudiciales y de fracaso corresponden a las intenciones y características malévolas de la otra persona.

D. ACTITUD Y CNV.

Se pretende buscar la relación de las actitudes del entrevistado y del entrevistador con la CNV con el fin de transmitir completamente la actitud terapéutica que se desea o bien encontrar las actitudes que presenta el entrevistado verbalmente contrarrestándolas con lo que dice no verbalmente.

La transmisión correcta de una actitud terapéutica puede basarse en la coherencia de lo que se exprese verbal y no verbalmente y de que el terapeuta sea consciente de su comunicación corporal al transmitir una idea. Un ejemplo muy sencillo pero básico comienza con la estructura de demora, hay que pensar antes de actuar. Con la CNV se está expresando automáticamente lo que se piensa y se siente al respecto de algo que dice el entrevistado, aunque no todo es controlable respecto a este tipo de expresión, el retardar la acción permite tomar la actitud adecuada.

Cada una de las actitudes mencionadas tendrá según el caso cierta expresión por parte del entrevistador y sería imposible mencionar todas las posibilidades pues como se dijo anteriormente no hay signos específicos, ni éstos son infalibles; es el significado que se le da en el momento según los demás factores que integren la comunicación. El terapeuta ha aprendido a decodificar

factores como pueden ser el contexto, el ritmo y el tono de voz mediante su experiencia en las interacciones sociales, pero la mayoría de las veces es, como todos, apenas consciente de estos. Si al respecto de la tolerancia discriminada se da a entender al paciente que se le acepta tal como es pero por otra parte se reacciona de una forma contraria, ya sea presentando ansiedad o no mostrando interés, no se va a lograr avanzar en la entrevista. La propuesta es hacerse consciente de esta CNV para lograr transmitir al entrevistado lo que se pretende.

Respecto a la actitud del entrevistado la propuesta es que sabiendo que va a intentar manejar ciertas impresiones en cuanto a credibilidad, manejo de otras personas y negación de responsabilidades, se busquen incongruencias entre su lenguaje verbal y el no verbal. El entrevistado puede querer manejar ciertas impresiones para quedar bien ante el experto, por ejemplo demostrando sus capacidades intelectuales, en los negocios o como hombre y al buscar en la CNV qué se esconde detrás de estas actitudes se pueden encontrar aquellas incongruencias que van a dar información útil para la entrevista.

1.- Estudios y Aplicaciones encontrados sobre CNV y Actitud en la entrevista psicoterapéutica.

La propuesta original de este trabajo plantea a la CNV como un elemento susceptible de interpretarse en la entrevista psicoterapéutica en relación a la actitud presentada tanto en el entrevistado como en el entrevistador.

En el capítulo 2 se describieron las diferentes señales de la CNV y se aclararon los aspectos integrativos de éste tipo de comunicación con el fin de situar en un contexto este comportamiento. A continuación se indican las diferentes formas en que se puede presentar y qué es lo que se puede observar en esta conducta, según los estudios y trabajos de diferentes autores.

a. Noción de esquema corporal. P. Vayer.

P. Vayer (1980) en su libro "El Equilibrio Corporal" se dedicó al estudio de diferentes grupos de personas con dificultades de comunicación explorando sus habilidades psicomotrices y evaluando su personalidad. Así estudió pacientes catalogados como débiles mentales y niños con perturbaciones del equilibrio en bipedestación, hizo estudios de psicofisiología con niños retardados explorando funciones del sueño, estudios de psicología en una institución con adolescentes y adultos débiles mentales y por último observaciones en psiquiatría con enfermos mentales adultos. Vamos a desarrollar esta última experiencia para dar una idea de su trabajo.

Según Vayer (1980) *3* "Las experiencias en instituciones y en re-educación de la actitud han demostrado que la regulación de las funciones tónica y motora favorecen la regulación de las actividades y como consecuencia la responsabilidad de su persona y de sus problemas en el sujeto

deficiente o desequilibrado” Y agrega que una relación de ayuda centrada sobre las interacciones y comunicaciones corporales debe facilitar el diálogo y acelerar la re-equilibración, si no es la curación. Por lo que hizo las siguientes observaciones en una institución psiquiátrica.

La población constó de 60 sujetos (adultos y adolescentes) definidos como enfermos mentales. No se observaron enfermos de los denominados “crónicos”.

Elaboró un examen psicomotor que constó de 5 pruebas, fue una modificación de las pruebas que utilizó con niños². Este examen permitió valorar en puntos, de 1 a 10, las siguientes conductas (Vayer, 1980) 4:

| <u>CRITERIOS</u> | <u>INTERACCIONES SER MUNDO.</u> |
|--------------------------------|---|
| 1) Control postural | } Organización del yo. |
| 2) Control segmentario | |
| 3) Control ideomotriz | } Organización dinámica. |
| 4) Coordinación sensoriomotriz | |
| 5) Organización del espacio. | } Organización perceptiva y cognoscitiva. |
| 6) Organización del tiempo. | |

A esto se agregaron 2 pruebas proyectivas, dibujo libre con elección de colores y prueba de las pirámides coloreadas de Pfist.

En la observación de los sujetos antes de brindarles alguna clase de ayuda, encontró una vinculación entre las perturbaciones del comportamiento psicológico y las perturbaciones del comportamiento dinámico. Consideró entonces las perturbaciones como una expresión de la ansiedad característica de estos sujetos.

² La batería que utilizó en niños con deficiencias mentales constó de ocho pruebas, estas pruebas fueron desarrolladas para aportar una referencia en edad de desarrollo: Nivel de Respuesta Actual (NRA). Las respuestas fueron traducidas gráficamente en un perfil de desarrollo y de comportamiento que constituyó una Estructura de Respuesta Actual (ERA).

Los criterios utilizados para analizar los niveles y estructuras de respuesta fueron en su conjunto de naturaleza psicomotriz, es decir asociando la acción a la reflexión. Estos criterios se fundaron en las interacciones corporales y se relacionaron con el comportamiento que interviene en toda acción con el entorno.

Vayer consideró los resultados como manifestaciones de la actividad del sujeto y de sus lazos con la estructura de la personalidad, además opinó que para que la observación refleje la estructura de la personalidad debe cumplir con las siguientes condiciones.

- 1.- Centrarse en los comportamientos que son diferentes de aquellos que derivan de interacciones habituales.
- 2.- Todos los comportamientos observados deben relacionarse con las expresiones de la personalidad tónica y de motilidad.
- 3.- Los resultados de cada ítem deben traducirse en un esquema comparativo a fin de poder describir las estructuras de comportamiento y evolución.

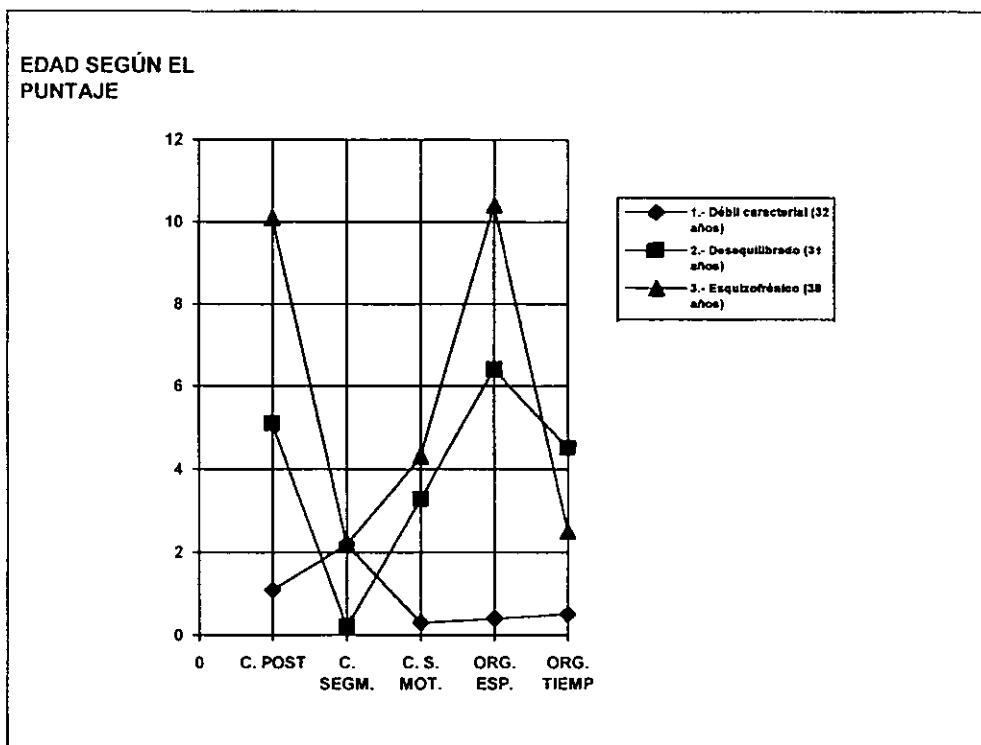
De las observaciones se desprendieron 3 tendencias principales:

-Los denominados desequilibrados tienen un perfil de comportamiento psicológico y dinámico relativamente parecido.

-Los esquizofrénicos presentan perfiles anárquicos con diferencias, a veces, considerables en las respuestas observadas en una misma conducta.

-Únicamente los débiles mentales están bien caracterizados con perfiles uniformizados hacia abajo en las pruebas de las diferentes conductas.

PRUEBAS DE EXAMEN PSICOMOTOR



Gráfica 1³ (Vayer, 1980) 5

³ Esta gráfica ejemplifica el comportamiento de tres pacientes crónicos. Se puede observar que en el paciente esquizofrénico y en el desequilibrado la calificación baja notablemente en la evaluación del control segmentario. En cambio en el control postural y en la organización del espacio la calificación es muy alta en el esquizofrénico y en un término medio en el desequilibrado. A diferencia de estos el débil caracterial tiene calificaciones muy bajas o nulas.

Los medicamentos como los psicolépticos y psicoestimulantes afectan el nivel o grado de vigilancia y la regulación tónico - postural. Se tomó en cuenta este problema por lo que se eligió un grupo de 10 pacientes a los que se les fueron eliminando las drogas progresivamente. Se repitió la observación encontrando poca o ninguna diferencia en las pruebas que implicaban la consciencia, la organización dinámica de sí mismo y la mejoría significativa en las conductas motrices vinculadas a la reflexión sobre ellos mismos y a la memoria inmediata es decir, la organización del espacio y del tiempo.

Después de la observación dirigió su trabajo a la relación de ayuda. Trabajando con 10 pacientes entre 14 y 38 años desequilibrados y esquizofrénicos, planeando un conjunto de actividades para ser desarrolladas con la supervisión de un enfermero.

-Actividades tendentes a favorecer el reconocimiento de sí mismo, el equilibrio corporal, la organización dinámica de sí mismo, etc.

-Actividad deportiva, especialmente el baloncesto diariamente.

En los resultados se observó que el grupo se relacionó perfectamente, logrando un adelanto en las situaciones basadas en comunicaciones corporales, resultando una mejoría general del comportamiento. La evolución en la conducta psicomotriz fue de 3 puntos de calificación como media.

Tres años más tarde prosiguió su trabajo en el mismo centro con los mismos colaboradores, con el fin de definir las grandes líneas de un contexto general para desarrollar una intervención centrada en las comunicaciones.

De esta experiencia Vayer (1980) concluye que "existe una verdadera posibilidad de análisis dinámico de las personalidades desequilibradas o de aquellas cuya comunicación con el mundo de los demás está perturbada". Opina que es más interesante éste tipo de observación que las observaciones psicológicas habituales.

Acerca de la relación de ayuda concluye que la concomitancia basada en comunicaciones corporales facilita el reconocimiento de sí mismo y la reestructuración del Yo en esas personas, lo que repercute en todos los comportamientos. Esta observación fue que "El lenguaje del cuerpo y la acción corporal que constituye la base de todas las comunicaciones humanas no puede ser algo reservado" Vayer (1980). Tanto los asistentes de psicología como de psiquiatría, comprendieron y utilizaron esas comunicaciones corporales para reencontrar y desarrollar el diálogo con sus pacientes.

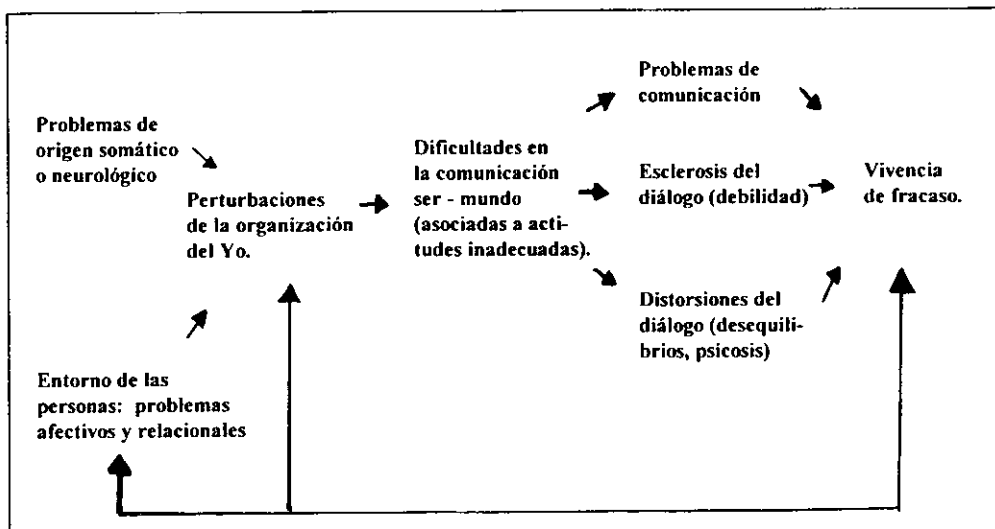
A partir de estos estudios Vayer formó la noción de esquema corporal, la cual supone una organización de las sensaciones relativas al propio cuerpo, en

relación con los datos del mundo según la organización del Yo en un enfoque dinámico.

Las comunicaciones bien vivenciadas en situaciones que favorezcan la reequilibración o la organización del Yo, se distinguen en los diferentes aspectos visibles de las interacciones del sujeto con su entorno: equilibrio postural y comportamientos más ajustados a la realidad presente. Esta reorganización del Yo se acompaña de un desarrollo de las capacidades de autorresponsabilidad de la persona y de su acción, facilitando asimismo el retorno y el desarrollo del diálogo con las personas aisladas del mundo por sus limitaciones de comunicación.

El movimiento es materialización de las intenciones, esta intención es actitud que se vuelve dirección de la conducta. Como la persona es un ser en interacción con el mundo, gracias a las diferentes funciones que constituyen las redes de comunicación, para desarrollarse a sí mismo debe actuar y asumir la información de las comunicaciones en las que participa. Cuando la persona tiene fracasos en esta comunicación se dan dificultades a nivel del Yo. Las vivencias y reacciones de fracaso se vuelven una retroalimentación negativa que mantiene el estado de desequilibrio de la personalidad y al mismo tiempo afectan al entorno de las personas con quienes se relaciona, las cuales a su vez reaccionan. Lo que da como resultado que las dificultades de diferente origen provoquen comportamientos parecidos.

Reacciones al fracaso (feed - back negativo) (Vayer, 1980) 6

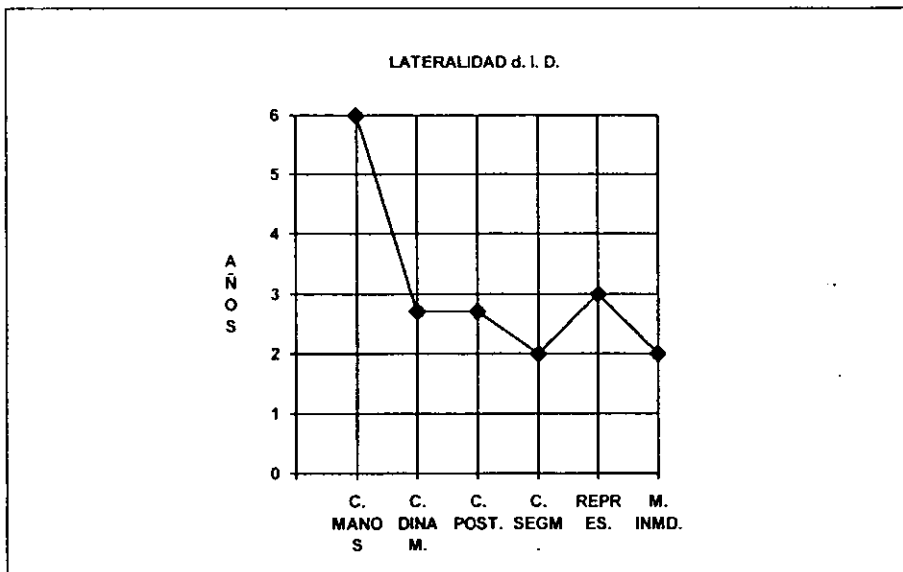


Cuando se brinda ayuda a nivel del Yo y a nivel de la regularización tónica y energética, el sujeto puede volver a estar disponible para la comunicación. Esta organización profunda de la personalidad es la que se trata de expresar en la noción de esquema corporal, la cual se reúne en datos biológicos, de interacción, de interrelación y sociales.

En las personas que encuentran dificultades en la comunicación con el mundo no se puede definir la relación de ayuda con reglas, sino por medio de un diálogo aceptado por una y otra parte y éste es el tipo de diálogo que proponemos para la entrevista. Los problemas de comportamiento son fundamentalmente problemas de comunicación, es decir, manifestaciones discordantes de la relación sujeto - mundo. En las discordancias se encuentra una incompatibilidad de las interacciones o de los lenguajes. Lo que importa en realidad para la entrevista, más que el comportamiento por sí solo es el significado de éste.

Para ejemplificar esto se tomará uno de los casos mencionados por Vayer donde una niña de 10 años 4 meses obtuvo los siguientes resultados en el examen psicomotor.

PRUEBAS DE EXAMEN PSICOMOTOR Vayer (1980) 7



Gráfica 2

La gráfica muestra la edad de la niña según la evaluación en el control de las manos, control dinámico, control postural, control segmentario, la representación que tiene de su cuerpo y la memoria inmediata. Como se puede observar la pequeña presenta una edad muy por debajo de su edad cronológica. La evaluación más alta es de 6 años en el control de las manos y los demás datos se encuentran en una maduración entre los 2 y los 3 años.

Esta tabla no nos da suficiente información si no tomamos en cuenta que Teresa P. es una niña italiana viviendo en un seno franco - canadiense y donde solo se habla inglés o francés. Ella se encuentra perdida, por lo que reacciona con el rechazo a hablar, hacer y dibujar pues manifiesta el pánico de sentirse en un mundo donde cualquier comunicación es imposible. Estos datos detrás de un hecho serán de interés al hacer un diagnóstico para la terapia en potencia. Las dificultades a nivel del Yo se manifiestan en las comunicaciones discordantes y esas discordancias y disonancias en el discurso tienen siempre una significación.

La estructura interna del esquema de actitud posee un carácter absolutamente personal, por lo que puede existir un esquema de postura particular ya que cada uno expresa su equilibrio corporal de acuerdo con sus propias experiencias. Si partimos de la idea que los problemas en la organización del Yo se explican por los fracasos vividos en la comunicación del sujeto con el mundo y las reacciones tónico afectivas del sujeto a su fracaso, estas últimas son una retroalimentación negativa que mantiene el estado de perturbación y desequilibrio de la personalidad. Cuando la persona reencuentra el diálogo corporal desaparecen las manifestaciones patológicas de la búsqueda de sí misma. Estos son algunos ejemplos que da Vayer de la manera en que se hacen intentos por encontrar este diálogo.

-El niño que permanece replegado sobre sí mismo, así como el que rechaza el contacto, expresa su presencia a los que les rodean a través de su no querer.

-El que chilla o hace ruido, así como el que tira, rompe, destroza, afirma su presencia respecto a los demás: "Yo también soy, yo también puedo hacer, esto te molesta pero es así".

-Cuando un niño se mutila o se masturba está buscando reconocerse, tiene necesidad de contacto para sentir que existe.

-El niño autista que tira del pelo a otro niño y luego le toma la mano y la pone sobre su propia cabeza expresa su necesidad de entrar en contacto y de comunicar.

-El niño que golpea con o sin moderación, así como el que agrede verbalmente al adulto, manifiesta una búsqueda de contacto y comunicación utilizando otros mediadores que los utilizados por el niño débil que va siempre a la búsqueda del

contacto corporal. Pero expresan al mismo tiempo su desconcierto y su rechazo de un mundo que no le permite ser como él desearía.

-El que es incapaz de proseguir una acción, que la reorienta y modifica constantemente, expresa su inseguridad al tiempo que su deseo profundo de obrar y manifestarse.

Según Vayer el conjunto de estos comportamientos discordantes tienen siempre un sentido e incluso una doble significación: expresan la inseguridad del sujeto y a la vez una búsqueda que puede estar orientada hacia sí o hacia el mundo de los otros, siendo los objetos utilizados puros mediadores accesorios.

b. Estudios con ritmos interaccionales. E. Chaple.

Dentro del material revisado encontramos los estudios de Eliot Chaple (op. cit. F. Davis, 1971) que se basó en los ritmos biológicos para entrenar entrevistadores. Este autor "descubrió" los ritmos interaccionales, inventó métodos para medirlos e hizo un programa en computadora para analizarlos al cual llamó cronógrafo de la interacción. Con estas herramientas entrenó entrevistadores para que manejaran los ritmos interaccionales durante las entrevistas, controlando hábilmente su sincronía con la otra persona, los tiempos de respuesta y las expresiones faciales.

Mediante una primera entrevista de diagnóstico se registró el compás básico de la persona para después someterle a medidas de tensión exactas y así determinar sus esquemas de reacción característicos. Primero se daba complementariedad total (sincronía de ritmos y movimientos), después el entrevistador dejaba de responder formando silencios, en esta situación el entrevistado se sentía rechazado. Cada individuo puede reaccionar de manera diferente, algunos rompían el silencio cada vez más pronto, como apresurando los ritmos tratando de provocar respuesta en el otro y a estos los describe como el tipo de persona que no delega responsabilidades y prefiere hacer un trabajo ella misma al no encontrar cooperación. Otras personas hablaban más cuando el entrevistador no hablaba; Chaple argumentó que esta reacción era desencadenada por el enojo. Otras reacciones eran: la falta de respuesta y el quedarse callado. Lo más común era una respuesta mixta entre las antes mencionadas tratando de restablecer el equilibrio aunque también había algún individuo que no se enteraba de esta demostración de rechazo.

Al volver al esquema de complementariedad siguiendo con la sincronía se buscaba sacar el índice de tensión en el sujeto comparado con el primer período, donde algunos se recuperaban y la mayoría mostraba algunas diferencias con el grado de complementariedad. En el siguiente patrón se interrumpía al individuo 3 segundos después de que comenzaba a hablar y luego se insistía durante 12

ocasiones o 15 minutos. Chaple determinó la interrupción como una forma de dominación. Pocas personas eran persistentes en hablar, por lo general dudaban y cortaban. Otra reacción fue la de sumisión: el sujeto callaba e intentaba huir o se volvía muy dubitativo y hacía las pausas mientras inventaba algo para decir.

Para Chaple resultó distinta la interrupción efectuada por el entrevistador al principio que casi antes de terminar la exposición, pues esta significaba impaciencia y hacía sentirse inseguro al sujeto. Al volver a la complementariedad se volvía a medir el grado en que había cambiado el ritmo de interacción, encontrando que algunas personas reaccionaban poco. Pueden parecer casi normales pero su ritmo es más rápido y sus acciones cortas lo que hace difícil sincronizar con ellas, demostrando según Chaple que no han logrado superar el conflicto. La persona que en este periodo se muestra petulante por lo general no quiere hablar. Otras dejan pasar largos intervalos de silencio antes de contestar a una pregunta y en cambio las personas que hablan mucho se vuelven muy impulsivas y excitadas.

Este tipo de análisis lo utilizó en empresas para predecir la capacidad de un vendedor, acertando entre el 85.4% y el 97.7% de los casos y descubriendo que se requiere de diferentes tipos de personalidad según el artículo que se vaya a vender. Ya que unos pueden necesitar un ritmo de interacción flexible y rápido, mientras que otros necesitan de cierto grado de dominio para saber cuando una persona está interesada en un producto.

El cronógrafo interaccional también ha sido utilizado en terapia para adolescentes con problemas de comportamiento violento y antisocial, detectando por medio de este método cuales son sus reacciones (y ante qué situación), con el fin de actuar sobre estas reconociéndolas y controlándolas para modificar su comportamiento más que llegar solamente a un conocimiento interno.

c. Uso de la mirada en diagnóstico médico. Bensing et al.

Bensing et al.(1995) se dedicaron al estudio del contacto visual del paciente utilizándola como una herramienta para descubrir y manejar problemas psicosociales en la práctica médica.

Hicieron entrevistas y tomaron una muestra aleatoria de 337 consultas videograbadas junto con cuestionarios dirigidos tanto a los practicantes como a los pacientes. En el estudio se asoció el contacto visual del practicante con lo siguiente:

1.- El comportamiento verbal afectivo y el comportamiento en los temas psicosociales.

2.- Con la plática del paciente y el número de problemas psicológicos y sociales que reportaba.

3.- En las consultas donde se vió un grado relativamente alto de contacto visual por parte del paciente, se encontró que el practicante tenía mayor cuidado en la historia psicosocial de éste y era más hábil para identificar a aquellos pacientes con desórdenes mentales.

En el estudio del porcentaje de contacto visual se observó que ésta es una técnica útil, tanto para detectar problemas mentales como para mostrar interés en la historia del paciente, lo que puede animar al paciente a hablar de preocupaciones que de otra manera se quedarían guardadas. Los resultados de esta investigación indican que la mirada es un factor importante en la habilidad para emitir y decodificar mensajes, por lo que facilita el proceso de psicodiagnóstico. Bensing et al. recomienda que en el entrenamiento de estrategias comunicativas se incluyan técnicas no verbales, en particular el contacto visual.

d. El síntoma psicosomático. Joyce Macdougall.

¿Qué sucede en un síntoma psicosomático?

¿Quiénes son estos pacientes?

¿Cuál es la diferencia con la histeria?

Existen personas que acuden al médico con la queja de un mal somático cuando en realidad éste es de carácter psicológico. El médico sin saberlo les da tratamiento a las enfermedades según sus síntomas y prescribe cierta medicación. Al no encontrar una cura a su enfermedad el paciente acude a otros médicos y a diferentes estudios sin encontrar solución alguna. En pocas ocasiones algunos pacientes son canalizados hacia una terapia de carácter psicológico o analítico y aquí el paciente intenta encontrar las razones de sus síntomas, si es que logra entender y aceptar que son causados por conflictos emocionales.

Joyce Macdougall (1991) encontró que en estos pacientes no existe la expresión de afectos. Las personas no pueden llevar al lenguaje verbal aquél sentimiento de angustia que les aqueja, no pueden expresar su dolor con palabras

y tampoco son capaces de diferenciar un sentimiento de otro, confundiendo una emoción placentera con una displacentera. A estos pacientes los denominó alexitímicos (a=sin; lexis=palabra; thymos=corazón, afecto) o sea una persona que carece de palabras para nombrar sus estados afectivos o que no puede distinguir unos de otros

J. Macdougall (1991) menciona que se representa un drama en el interior del paciente del cual no llega sonido alguno a los oídos de los que se encuentran fuera. Aquí sería conveniente agregar que no llega sonido alguno ni al paciente mismo, por lo que su forma de expresión es preverbal y grita algunas veces por medio de la piel u otro órgano el dolor o preocupación que sus frases dirían. Su actitud se manifiesta en el cuerpo, la intensión que precede a la acción no pasa la barrera de la piel por lo que se revierte contra sí mismo inhibiendo o alterando funciones fisiológicas.

Según J. Macdougall estos pacientes están reaccionando al **desamparo psicológico** que desde pequeños percibieron mediante manifestaciones psicósomáticas. Pero estas personas no pueden relacionar su mal a un estado afectivo puesto que no es capaz de identificarlo por mucho que ponga de su parte. Cuando el entrevistado logra comprender que las razones del síntoma están en el fondo de sí mismo, entonces se le podrá canalizar a una terapia.

Al encontrar a un paciente de esta naturaleza durante la entrevista, se intentará detectar si es un caso de alexitimia o si es otro tipo de paciente. Una persona que ha recibido amparo psicológico de parte de su madre es la que ha obtenido en sus primeras etapas su calor y sus cuidados, la protección del cuerpo de la madre, el ritmo de su cuerpo y la música de su voz como lo señala Macdougall. Cuando la madre brinda estos cuidados al niño lo tranquiliza y finalmente el bebé concilia el sueño. Esto da al individuo un sentido de contención. En un principio no percibe su cuerpo como diferenciado de la madre encontrándose en una simbiosis perfecta, pero poco a poco el individuo va haciendo una diferenciación, dándose cuenta de los límites de su cuerpecito y logrando la imagen corporal de sí mismo.

Aquí encontramos un parecido con el psicótico que no logra la representación de su cuerpo como continente y tiene los mismos temores en cuanto a los límites del cuerpo, aunados a fantasías de una fusión corporal donde hay miedo a perder la identidad personal, sus pensamientos y emociones. Aunque exista este origen parecido, la autora distingue la psicosis de la psicosis, en que en esta última; "El pensamiento puede concebirse como una inflación delirante del uso de la palabra, cuya meta es llenar espacios de vacío aterrador. Mientras

que en los procesos de pensamiento de las somatizaciones, se intenta vaciar la palabra de su significado afectivo” Macdougall (1991). Así que en la alexitimia el cuerpo es el que delira, sin embargo se distingue de la histeria en que en esta, además de que el síntoma proviene de un conflicto en la fase edípica, este es imaginario y en el psicósomata la enfermedad es real.

J. Macdougall (1991) aclara que lo que es expresado por el cuerpo no es toda la carga afectiva, sino únicamente aquella parte de la angustia que sobrepasa los mecanismos de defensa. El hecho de que una persona presente alguna vez un síntoma psicósomático no lo convierte en alexitímico, todos pasamos alguna vez por momentos de mayor ansiedad que los habituales donde terminamos con síntomas físicos. También existen alexitímicos que no presentan síntomas psicósomáticos.

Para los psicósomáticos la carga energética de la ansiedad se presenta más elevada, puesto que no logran expresar la carga afectiva por medio de la palabra y en consecuencia no pueden trabajar con este dolor. El hecho de que un sujeto presente un síntoma de mayor o menor grado parece ser que depende de la fuerza yoica.

El hecho de caer enfermos se considera una “salida” en períodos de crisis que les permite palpar sus límites corporales y asegurarse un mínimo de individualidad separada de cualquier otro objeto significativo. Este tipo de comunicación corresponde al pensamiento operatorio y en este caso el sujeto “desafectiviza” el pensamiento. Esto se remonta al hecho de haber tenido una madre que no supo escuchar las necesidades y preferencias del pequeño, por lo que sus reacciones hacia él son la imposición de sus propios deseos y necesidades, creando en el bebé un sentimiento constante de frustración y de rabia impotente que no le permite la individualización.

El ser humano tiene la necesidad natural de volver a experimentar continuamente la sensación de la vida uterina convirtiéndose en UNO con la madre, sin embargo tiene también la necesidad de separación, la cual debe ser permitida por la madre. Para lograr esto y revivir la ilusión de la fusión con la madre el bebé hará uso de la internalización del objeto (por medio de la incorporación, introyección e identificación) para tener una representación tranquilizante y tener acceso a la autonomía somática y psíquica, conformando o constituyendo su propio Yo.

Más adelante cuando el niño logra decir la palabra "mamá" está evocando todo el sentimiento reconfortante y tranquilizante que esta palabra contiene, por lo que transforma el sentimiento en palabras y el contacto con la madre es reemplazado por el lenguaje (en su forma simbólica) alejándose del deseo contradictorio de ser él mismo sin dejar de ser parte indisoluble del otro.

Cuando el proceso no se lleva a cabo de ésta manera, la problemática de estos pacientes se define como "una fantasía fundamental de que el amor lleva a la muerte y que solamente la ausencia de toda libido garantiza la supervivencia psíquica; y por tanto el sujeto busca, mediante un trabajo de desafección, proteger su supervivencia mental, ya que teme perder no solamente las barreras psíquicas contra la imposición provocada por otros, sino también la pérdida de sus propios límites corporales." (J. Macdougall, 1991). Podemos pensar que el cuerpo reacciona en un intento por curarse delimitándose a sí mismo evitando la muerte psíquica.

e. Jorge A. Solanas

La utilización de técnicas de video ha sido un método más para la observación en psicología, J. A. Solanas aprovechando este recurso utilizó la cámara como testigo en psicoterapia de grupo, ya fuera dejándola inmóvil, grabando él mismo o dejando a alguien del grupo que tomara escenas de lo que sucedía durante el proceso terapéutico.

El autor se basa en que el paso del tiempo deja su huella tanto en la psique como en el cuerpo. Conforme uno vive se van sufriendo una sucesión de duelos, el crecimiento en sí y el paso de una etapa a otra. Esos procesos entrañan la pérdida de ciertas actitudes y relaciones que han de ser sustituidas por otras más evolucionadas. Así estas pérdidas afectan en su proceso de duelo (que no siempre es bien elaborado) al Yo. Durante estos grandes cambios se puede ir debilitando el sentido de identidad y son las imágenes que el sujeto incorpora las que ayudan a crear este signo y le sirven para modificar la visión temporal de sí mismo.

La utilización del video en la captación y la devolución de palabras, gestos, movimientos, posturas, etc. permite confrontar al paciente con imágenes reales que actúan como correctoras de sus imágenes interiores. Todo encuentro con esas imágenes reviste importancia emocional, ya que opera como factor de cambios y simultáneamente contribuye a la afirmación de su identidad. Si la imagen real coincide con la deseada, el sujeto la reconocerá y manifestará su aceptación, si no coincide, su reacción será el rechazo. Aunque este no va a ser tan rotundo como el

que opone a la interpretación psicoanalítica, puesto que el testimonio de la imagen tiene objetividad.

Solanas marca como los propósitos más comunes de la filmación los siguientes:

- 1) Observarse, leerse, reconocerse, explorarse y descubrirse apoyándose en la información totalizadora que ofrece el lenguaje de la imagen audiovisual,
- 2) Afirmación de la propia identidad (rectificación de identificaciones negativas , restablecimiento de la capacidad de discriminación, incorporación de imágenes reales, etc.)
- 3) Conocimiento de la microfisonomía.
- 4) Mayor acceso al conocimiento de sí mismo en los aspectos verbales y no verbales.
- 5) Conocimiento de los conflictos y las inhibiciones que se manifiestan en el manejo de la cámara.
- 6) Desdramatizarse, aprendiendo a jugar con las propias imágenes.
- 7) Contar con memoria testimonial mediata e inmediata, capaz de recrear las imágenes tantas veces como sea necesario.
- 8) Conocimiento de las fantasías que se desplazan sobre la cámara.
- 9) Posibilidad de seguimientos evaluativos.
- 10) Corrección de distorsiones de la propia visión temporal.

CAPITULO III

CITAS.

- 1.- Strong - Clairborn.(1985) **El Cambio A Través De La Interacción: Procesos Psicosociales En Consejo Y Psicoterapia.** Bilbao: Desche Brouwer, pag. 71.
- 2.- Winkler, Jaime.(1990) **El Grupo Operativo en la Formación Universitaria del Psicólogo Clínico.** (cap. IV. El método clínico: descripción). Tesis doctoral. Universidad de París VII, París, pag. 40.
- 3.- Vayer,(1980) **El Equilibrio Corporal,** Barcelona: Científico Médica, pag.55.
- 4.- Vayer,(1980) op. cit., pag. 47.
- 5.- Vayer,(1980) op. cit., pag. 57.
- 6.- Vayer,(1980) op. cit., pag. 79.
- 7.- Vayer,(1980) op. cit., pag. 110.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A.- SINTESIS

En esta tesis se revisaron temas como la entrevista, la comunicación no verbal y la actitud en la entrevista. Además, se revisaron diversos estudios acerca de las aplicaciones de éstos dos últimos temas.

La entrevista se abordó desde el punto de vista de Sullivan. Se hizo énfasis en que ésta deba ser interactiva, de tal modo que en el evento participen tanto entrevistado como entrevistador. Se revisaron conceptos como la comunicación, el lenguaje no verbal, la ansiedad, la actitud, y el teorema de la emoción recíproca. También se revisaron las etapas de la entrevista que son: el recibimiento formal, el reconocimiento, la investigación detallada y la terminación.

Dentro de los tipos de entrevista sugeridos por Sullivan no se mencionó que la entrevista sea por sí misma psicoterapéutica, aunque en la definición se dijo que el entrevistado obtiene beneficios al aclarar experiencias de sí mismo. Así se trató este caso llamado entrevista psicoterapéutica porque puede ser parte de una terapia psicológica en la fase de diagnóstico.

En el capítulo 2 se trató el tema de comunicación no verbal y lenguaje corporal. Ricci Bitti (1977) incluye en su definición elementos como los gestos, movimientos y uso del espacio, junto con aspectos del lenguaje verbal como el tono, el ritmo y el contexto. Por su parte Flora Davis (1971) describe como componentes de la CNV las siguientes señales y sus aspectos integrativos:

Señales no verbales

-Expresión del rostro:

Sudación frontal.

Mirada

Posición o movimiento de:

Cejas

Boca

Sonrisa

Músculos faciales

- Movimiento de brazos y manos.
- Postura del cuerpo.
- Orientación del cuerpo hacia los demás.
- Aspecto exterior.
- Proximidad - distancia.
- Contacto físico.

Aspectos integrativos de la CNV.

- Coordinación del movimiento.

Sincronía interaccional
Rítmicos corporales
Intensidad del movimiento
Esfuerzo - Forma

- Aspectos no lingüísticos del discurso

Tono
Ritmo
Fluidez

- Contexto.

Además de mencionar los tipos de movimientos y los aspectos integrativos de la CNV, se ubicó a estos en la situación de entrevista con el fin de que sirvan como una herramienta para la investigación, facilitando el proceso de diagnóstico. También se describieron algunos tipos de expresiones no verbales en los diferentes trastornos psicopatológicos.

En el capítulo 3 se revisó el tema de la actitud en la situación de entrevista psicoterapéutica. Este tema se delimitó en dicho contexto puesto que es muy amplio y abarcarlo por completo se encuentra fuera de los fines de este trabajo. Por lo tanto el trabajo se dirigió a mencionar los componentes de la actitud, las funciones, las intervenciones y finalmente se presentaron las actitudes terapéuticas

que debería presentar el entrevistador y los posibles tipos de actitudes presentadas por el entrevistado. Se habló sobre el cambio de actitud tanto en el capítulo 1 como en el capítulo 3 dado que durante la entrevista también se van a encontrar cambios en las actitudes del paciente.

Se encontró que la actitud y la CNV se relacionan estrechamente debido a que las dos expresan, entre otras cosas, emotividad. Al respecto Birdwhistell (op. cit. F. Davis, 1971) dice en "Kinesics & Context", (1970): "las actitudes y los gestos del individuo están cargados a la vez de significado y expresan la personalidad profunda". Así se mencionaron las características básicas de la actitud y luego se relacionaron con características de la personalidad.

Finalmente se describieron diferentes estudios de comunicación no verbal y lenguaje corporal para estudiar la actitud y la personalidad. Primero, la noción de esquema corporal de Vayer (1980) que parte de la relación cuerpo - organización del Yo, las cuales se sitúan en interacción con el medio que los rodea. Este estudio reúne aspectos principalmente fisiológicos, psicológicos y sociales y propone formas para restablecer los disturbios en la comunicación como terapias psicocorporales individuales o en grupo.

En segundo lugar, se revisó el trabajo de E. Chaple (op. cit. F. Davis, 1971) a partir del descubrimiento de los ritmos interaccionales en la conversación. Los ritmos interaccionales permiten un sentido de complementariedad o de rechazo con la persona con quien estemos interactuando. Chaple hizo experimentos entrenando entrevistadores para que controlaran estos ritmos y pusieran sujetos a prueba detectando sus reacciones a la complementariedad y rechazo, logrando diagnósticos de la personalidad y pronósticos en selección de personal.

El grupo de J. Bensing, J. J. Kersens y M. van der Pasch hizo investigación sobre el uso de la CNV, particularmente la mirada, como una herramienta para descubrir problemas psicosociales en pacientes que acuden a consulta médica. La conclusión de los investigadores es que se debería incluir el estudio de CNV junto con técnicas verbales como una herramienta útil en el diagnóstico de enfermedades que tienen una base emocional.

El cuarto estudio menciona el trabajo de Joyce Macdougall (1985) con pacientes psicosomáticos, donde se relacionan los orígenes del síntoma con un abandono de la madre durante las etapas preverbales. Cuando el niño percibe desamparo y no obtiene el sentimiento reconfortante y tranquilizante de la madre, es incapaz de librarse de la ansiedad y su forma de economizar responde privando de afecto toda situación. Al no poder expresarse por medio de la comunicación simbólica en su forma verbal, presenta síntomas psicosomáticos.

El último estudio revisado fue el de Jorge A. Solanas quien utiliza el método de grabación en video para devolver al sujeto su propia imagen de una forma objetiva. Sin embargo para el fin de la entrevista no se propone el confrontar al paciente, sino solamente llevar a cabo la investigación detallada de quién es la persona que tenemos enfrente. Con este fin es posible hacer uso del video para lograr un estudio más exacto al poder recorrer las escenas de la entrevista una y otra vez o más tarde en el proceso terapéutico.

Como este trabajo se dedicó al estudio de la CNV y la actitud dentro de la entrevista, no se incluyeron autores que se han dedicado al estudio del cuerpo y a la terapia psicocorporal como son W. Reich y Lowen, quienes han propuesto la terapia basada en la bioenergética. Se espera que en un trabajo próximo se puedan abordar temas relacionados a la ayuda terapéutica basada alrededor del cuerpo, de forma que además de utilizar la CNV, como en este caso con el propósito de evaluar la personalidad de nuestro entrevistado, se logre a continuación utilizar estas mismas armas con un fin terapéutico.

B.- CONCLUSIONES

Después de exponer los temas de la comunicación no verbal y de la actitud en la entrevista psicoterapéutica, se concluye que estos temas se relacionan de tal forma que ambos expresan las emociones y la personalidad del paciente. La actitud está relacionada con la emotividad y ésta se refleja en la postura, en los gestos y en las expresiones corporales, pero son los aspectos que denominamos integrativos los que dan significado a ambas cosas.

Dentro de los aspectos integrativos se menciona la importancia del contexto en el cual se da la comunicación y en este caso la entrevista es el contexto donde se va a dar la relación entre entrevistado y entrevistador. Y es con este encuadre que contestamos las preguntas planteadas en un principio.

Por ejemplo, en cuanto a la relación en el consultorio, cuando el terapeuta y el paciente se encuentran en la situación de entrevista psicoterapéutica se produce cierta ansiedad en la relación. Esta ansiedad se va a expresar en la conducta no verbal de ambos participantes y ante esta comunicación se va a presentar una actitud. Cada uno de los miembros de la entrevista trae consigo determinado repertorio de actitudes de las cuales va a seleccionar alguna que se adapte a la situación presente. De esto depende que se favorezca o se entorpezca la labor de entrevista y es el entrevistador el responsable de manejar esta situación, respondiendo según dicte su experiencia en las cuestiones de manejo de actitudes.

Acerca de la actitud del paciente en su primera visita y en las siguientes, concluimos que ésta se relaciona con el beneficio que espera uno del otro. Por ejemplo, si en la primera visita el paciente llega con una actitud idealizada sobre el terapeuta y tiene la fantasía de que éste le va a solucionar sus problemas, logrando al final la felicidad eterna, se puede enfrentar a una realidad muy frustrante al descubrir que el terapeuta no responde de esa manera. Va a ser peor si además el entrevistador toma una actitud omnipotente y se cree que en realidad sí va a solucionar la vida del paciente. En este caso el entrevistado se va a sentir frustrado y engañado en las siguientes entrevistas porque el especialista no le da lo que él espera.

La actitud del experto debe hacerle ver al paciente que es él mismo quien debe encarar sus problemas para conocerse mejor y a partir de esto tomar sus propias decisiones con responsabilidad.

Algunas de las actitudes iniciales del paciente son el querer agradar al entrevistador, el pensar que no le comprenden, el esperar que le digan qué hacer y pensar que el terapeuta le va a curar mágicamente. Pero otras actitudes que puede tomar el entrevistado se basan en los efectos de la interacción entre los participantes, por ejemplo: el control y manejo de impresiones ante el entrevistador como la credibilidad, la integridad, la competencia y la capacidad. Por lo tanto, se concluye que la relación de los integrantes de la entrevista va a estar vinculada a las actitudes que tome cada uno de ellos a lo largo de este proceso, ya que como vimos, en la interacción social la dinámica es circular, así que cada evento es a la vez causa y efecto. Los que interactúan operan constantemente sobre la percepción de las necesidades y recursos que tiene el otro, además de tratar de utilizar su poder para establecer el tipo de relación que desean.

De esta manera se encuentra que el paciente entrevistado hace intentos por controlar al entrevistador manejando la impresión que éste pueda tener de él, protegiendo su integridad, capacidad y competencia. Otras veces maneja su imagen en relatos que incluyen a otras personas, siguiendo sus esfuerzos por quedar bien y finalmente puede objetar sus responsabilidades recurriendo a causas externas, negando intencionalidad, argumentando debilidad o adjudicando la culpa a otra persona.

Estos intentos de control deben ser esperados por el entrevistador como una posible actitud que tal vez se analizará más tarde, pero en el momento quizá está escondiendo información necesaria para un diagnóstico más preciso.

¿Qué sucede al terapeuta durante el proceso de entrevista al escuchar la historia y las emociones del paciente? Encontramos que en la situación de entrevista psicoterapéutica pueden existir supuestas actitudes dirigidas hacia el entrevistador que en el fondo son apuntadas a una persona distinta a éste. Este efecto de distorsión paratáctica puede suceder no sólo de entrevistado a

entrevistador sino también en el sentido opuesto si lo relacionamos con la transferencia y la contratransferencia. Por lo tanto podemos pensar que cuando el terapeuta forma una distorsión paratáctica se puede olvidar que tiene enfrente a cierto paciente haciendo a un lado su posición como experto, dejándose llevar por la ansiedad y el temor a la devaluación de su persona. De esta forma el entrevistador puede hacer intentos por controlar y manejar la impresión que causa al paciente, protegiendo su credibilidad.

Generalmente el terapeuta tiene un entrenamiento que le va a permitir controlar estas situaciones. Las reacciones van a ser demoradas para poder ser analizadas, pero mientras esto sucede y el terapeuta calla, la comunicación no verbal se expresa inconscientemente.

Una propuesta surgida a partir de este estudio es el conceder la importancia necesaria al estudio de la CNV y al entrenamiento en este campo para la aplicación de la psicología. Es decir, que en la formación de psicoterapeutas, se trate el tema del lenguaje corporal de modo que la CNV pueda manejarse como una herramienta no solamente teórica sino también práctica, así como se menciona en los estudios de Vayer, Chaple, Bensing et al. y Solanas. Además, como segunda propuesta, nos parece muy importante incluir a los síntomas psicósomáticos como parte de las señales de la comunicación no verbal que expresan estados emotivos.

Esto último debido a que se encontró que los síntomas psicósomáticos son una manifestación de las emociones no expresadas de la persona, quiere decir que el cuerpo "habla" por medio de este lenguaje cuando no se puede manejar la ansiedad. A este tipo de pacientes que no pueden expresar afectos se les llama alexitímicos. Sin embargo, no se puede afirmar que la aparición de síntomas psicósomáticos en estas personas corresponda exactamente a una determinada patología o disturbio emocional, pues aunque se puedan dar interpretaciones, no existe una relación directa entre el síntoma y la causa de éste como puede suceder en la histeria. La raíz del problema se encuentra en etapas preverbales y por lo tanto antes del establecimiento de símbolos. Además en este caso los síntomas son completamente reales, no como en los hipocondriacos.

Por otro lado se plantea el hecho de que no todos los síntomas van a ser observados a simple vista, sin embargo del interior del sujeto se hace un intento de expresión que a veces se refleja como daño de órganos o dolor de éstos. Afortunadamente vivimos en una época donde el uso de la tecnología puede corroborarnos que el paciente tiene una disfunción hepática, un desorden neurológico o acaso una arritmia cardíaca, además de poder corroborar con el paciente problemas de insomnio o de eyaculación, por ejemplo. Estos síntomas son reales, observables y representan otra forma de comunicación no verbal que el terapeuta en formación debe aprender a diferenciar.

Para llevar a cabo la primera propuesta sobre el entrenamiento en el uso de la CNV como una herramienta, se esperaría que el terapeuta o entrevistador sea capaz de controlar ésta, incluyendo por ejemplo, el uso de la sincronía interaccional para lograr la actitud terapéutica adecuada y deseada. Así mismo, que sea capaz de dar significado al lenguaje corporal del entrevistado en una forma global relacionándola con las actitudes presentadas y estando atento a esas incongruencias que se presentan entre el discurso verbal y el del cuerpo.

De acuerdo a un estudio hecho por C. Santoyo, J. Benavides y G. Allier (1995) en la Facultad de Psicología, UNAM, una de las críticas y propuestas más recurrentes al curriculum fue al respecto de la formación del alumno en el aspecto práctico, el desarrollo de las habilidades necesarias y la relación del curriculum con el ejercicio profesional. Por estos motivos la propuesta mencionada se dirige en específico al cambio curricular de la licenciatura de la Facultad de Psicología a la materia de Teoría y Técnica de la Entrevista en su parte práctica. Por lo que se incluye la siguiente propuesta para el programa de prácticas de dicha materia, intentando relacionarlas con el programa de teoría con el objetivo de brindar al estudiante las habilidades necesarias para el ejercicio profesional.

C.- PROPUESTA PARA LAS PRÁCTICAS DE TEORÍA Y TÉCNICA DE LA ENTREVISTA.

OBJETIVO:

Las prácticas tienen como objetivo ayudar al alumno en la formación y desarrollo de las habilidades necesarias en el ejercicio de las técnicas de entrevista, por medio de la observación, de simulaciones y de la práctica.

TEMA I. LA ENTREVISTA:

- Revisión general de las etapas de la entrevista.
- Observación de entrevistas en cámara de Gessell, análisis y discusión de lo observado.
- Observación de la CNV y de las actitudes relacionadas con los datos aportados por el paciente.

TEMA II. COMUNICACIÓN HUMANA APLICADA A LA ENTREVISTA:

- Simulación de entrevistas dentro de la clase detectando los diferentes elementos de la comunicación, tales como: emisor, receptor, mensaje, medio, codificación y decodificación.
- Diferenciar los distintos tipos y niveles de la comunicación humana: verbal, no verbal, consciente e inconsciente.
- Diferenciar los elementos de la comunicación no verbal.

Señales no verbales:

Contacto físico
Proximidad-distancia
Orientación
Postura
Aspecto exterior
Expresión del rostro
Movimiento de brazos y manos
Síntomas psicósomáticos.

Aspectos integrativos de la CNV:

Coordinación del movimiento

-Ritmos corporales

-Sistema de análisis de Esfuerzo-Forma

Proporción entre gesto y postura
Flujo de esfuerzo
Flujo normal y la figura.

Aspectos no lingüísticos del discurso.

-Variaciones inherentes a la cualidad de la voz, ritmo, continuidad del discurso etc.

-Grado de ansiedad: variaciones debidas a perturbaciones inconscientes.

La relación del contexto en la comunicación.

-Simulación del contexto de la entrevista: espacio, lugar, distancia, aspectos culturales, institucionales, etc.

-Manejo de la información requerida en la entrevista.

TEMA III. LOS PARTICIPANTES EN EL PROCESO.

- Observación de entrevista y discusión de las actitudes observadas.
- Prácticas de entrevistas dentro del salón de clase entre alumnos.
- Entrevista a un compañero y discusión de las actitudes de cada uno.

Ejemplos de aplicación de actitudes terapéuticas.

- Estructura de demora.
- No normatividad.
- Tolerancia discriminada.
- Verbalización de temas tabú.
- Disposición expectante.
- Audición catártica.
- Compromiso condicional del terapeuta.
- Selectividad constructiva.
- Actitud directiva pero no agresiva.
- Desempeño responsable.
- Intervención pertinente.
- Comprensión del lenguaje del paciente.
- Atención incondicional.

Ejemplos de actitudes del entrevistado.

- Discusión de los aspectos transferenciales y contratransferenciales en el desarrollo de la entrevista.

TEMA IV. ELEMENTOS QUE INTERFIEREN EN LA COMUNICACIÓN.

- Práctica de entrevista a un sujeto fuera del salón de clase.
El alumno realizará una primera entrevista a un sujeto real haciendo un primer reconocimiento:, tomar los datos de la persona e investigar los motivos que pueda tener el paciente para visitarlo (paralelamente a la práctica a realizar).

- Discusión de la primera entrevista realizada:
Identificar los elementos que interfirieron en el desarrollo de ésta y analizar las formas de solucionarlos acudiendo a la teoría: ansiedad, mecanismos de defensa, teorema de la emoción recíproca, etc.

TEMA V. ETAPAS DE LA ENTREVISTA.

- Discusión de los encuentros subsiguientes con el paciente de práctica a modo de supervisión.
- Revisión de las etapas de la entrevista (apertura, reconocimiento, investigación detallada, clausura) en relación al paciente con aplicación de la teoría.

TEMA VI. LOS PARTICIPANTES Y LA COMUNICACIÓN.

- Observación de entrevistas en cámara de Gessell revisando la CNV.
- Simulación de entrevistas en clase haciendo énfasis en las actitudes y en la CNV.
- Reconocimiento de las diferentes señales no verbales aisladas y su significación en el contexto de la entrevista.
- Identificación de aspectos integrativos de la CNV.

TEMA VII. TIPOS DE REGISTRO Y REPORTE.

- Utilización de material de ayuda para el registro de la entrevista en clase. Notas , grabaciones y cinta audiovisual.
- Análisis del material utilizado.
- Preparación del reporte que se va a entregar: Guías, formato, destinatario, etc.

TEMA VIII. ENTREGA DEL REPORTE FINAL.

- Entrega del reporte final y grabación en cinta de audio o cinta audiovisual de un ejemplo de su entrevista.
La grabación en cinta audiovisual se hará sobre el alumno, de forma que se pueda apreciar principalmente la CNV de este y que se pueda escuchar al entrevistado.
- Discusión sobre la experiencia.

- Revisión de las actitudes mostradas en el material entregado cinta de audio o videotape.
- Observación y discusión de la CNV mostrada por el alumno en la cinta audiovisual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerman, A. (1970) **Psicología Aplicada**. Madrid: Morata.
2. Allport, W. (1965) **La personalidad, su configuración y desarrollo**. Barcelona:Heider.
3. Argyle, M. (1980) **Comunicación Interpersonal**. México: Harla.
4. Balint, Enid, J. Norell. (1979) **Seis Minutos Para El Paciente (las interacciones en la consulta con el médico general)**. Buenos Aires: Paidós.
5. Benavides, J., Santoyo, C., Allier, G. (1997) **Análisis de las Críticas a los Programas de las Materias de Licenciatura. Hacia el Cambio Curricular. Diagnóstico del Curriculum Actual de la Facultad de Psicología**. Facultad de Psicología, UNAM. México.
6. Burgoon Judeek, (1992) Non verbal behavior as indices of arousal: Extensión to the pshycotherapy context. **Journal of Nonverbal Behavior** 16, (3), 159-176.
7. Cicero, F.M. (1992) **Ciencia y Método Científico, Teoría y Técnica de la Entrevista**, apuntes, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México.
8. Danziger, Kurt. (1982) **Comunicación Interpersonal**. México: Manual moderno.
9. Davis, Flora. (1971) **La Comunicación No Verbal**. México: Alianza.
10. Facultad de Psicología UNAM,(1994) **Instructivo Para Titulación De Licenciatura**. UNAM
11. Fiorini, Héctor J. (1992) **Teoría y Técnica de Psicoterapias**. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
12. Flores Palacios Fátima, (1994) La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: Posibles repercusiones en la intervención clínica. **Revista Mexicana de Psicología**, II (2). 145 -153, México.
13. Freud, Ana.(1993) **El Yo Y Los Mecanismos De Defensa**. (5a ed.) México: paidós
14. Fromm - Reichmann, F. (1984) **Pricipios De Psicoterapia Intensiva**. Buenos Aires Horné/ Paidós.
15. González Fragua, A. Luisier, P. Font Quer.(1969) **Enciclopedia De Historia Natural, Vida De Los Animales, De Las Plantas Y De La Tierra.**, Mallorca, Barcelona: Instituto Galllach de librería y ediciones Tomo III, 328-329, 393-394.
16. González N., J. J., Romero A. J., Tavira F. (1986) **Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica Para Adolescentes**. México D.F.: Trillas.85-91.
17. González N., J. J, Monroy A., Kupfeman S., (1978) **Dinámica de Grupos, Técnicas y Tácticas**, México D.F.: Pax / Librería Carlos Césarman, S. A.
18. Greenberg, Ira. (1977)**Fundamentos Y Normas De Psicodrama**. Buenos Aires: Horné/Paidós
19. Hall, Edward. (1961) **El Lenguaje Silencioso**. México: Grijalbo/Conaculta, Col. Los noventa
20. Hall Edward.(1972) **La Dimensión Oculta**, México: SXXI.
21. Horney Karen, (1960) **La Personalidad Neurótica De Nuestro Tiempo**, Buenos Aires: Paidós.

22. Jiménez B. y Aragonés J. L. **Introducción a la Psicología Ambiental**. Alianza Editorial, Madrid: Alianza. pag. 116-123, 162- 191.
23. Josien M., Bensing, J. J., Kersens, Van der Pasch, M., (1995) Patient - directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. **Journal of Nonverbal Behavior**. 19 (4), winter.
24. Macdougall, J. (1989) **Teatros del Cuerpo**. Julián Yébenes, S. A..
25. Noyes, (1971). **Psiquiatría Clínica Moderna**, México: La Prensa Médica Mexicana
26. Ricci Bitti, Pio - Santa Cortesi.(1977) **La Comunicación No Verbal**. México: Gustavo Gilli. Col. punto y línea.
27. Ruesch, J. (1964) **Comunicación Terapéutica**. Buenos Aires: Paidós, Biblioteca de psiquiatría, psicopatología y psicósomática.
28. Singer, Erwin.(1975) **Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia**. México: Fondo de cultura económica.
29. Solanas, Jorge A.(1982) **El Rostro Y El Espejo. El Valor Psicoterapéutico De La Imagen Filmica**. Buenos Aires: Paidós, Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicósomática.
30. Street , Jr. Richard L. - Buller David B.(1987) Non verbal response patterns in physician - patient interactions: A funtional analysis. **Journal of Non Verbal Behavior** 11, (4), 234 - 251.
31. Strong - Clairborn.(1985) **El Cambio A Través De La Interacción: Procesos Psicosociales En Consejo Y Psicoterapia**. Bilbao: Desche Brouwer.
32. Sullivan, H. (1987) **La entrevista psiquiátrica**. Ed. SXXI, Nueva Imagen. Buenos Aires.
33. Timbergen N. (1969) **El estudio del instinto**. México: Siglo XXI.
34. Vayer,(1980) **El Equilibrio Corporal**, Barcelona: Científico Médica.
35. Watzlawick, P., Beavin, H. y Jackson D.(1976) **Teoría de la Comunicación Humana (Interacciones, Patologías Y Paradojas)**. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
36. Winkler, Jaime.(1990) **El Grupo Operativo en la Formación Universitaria del Psicólogo Clínico**. (cap. IV. El método clínico: descripción).Tesis doctoral. Universidad de París VII, París.
37. Wolberg, Lewis. (1972) **The Technique Of Psychotherapy I., -The Conduct Of Psychotherapy Interview Pg. 361 - 363, -"Identifying Important Trends And Patterns: The Examination Of Attitudes Toward The Therapist, Including Transference"**. Pg. 554 - 558.