

## ARTICULO - LA COMUNICACIÓN PSICOLÓGICA – Pág. 1

Jesús Ruiz de la Rosa y Concha Hita

La palabra ha sido durante mucho tiempo el principal campo de los estudios sobre la comunicación humana, más tarde se integrarán las actitudes corporales, los gestos y todos los signos paralingüísticos que acompañan al lenguaje, algo que podríamos llamar comunicación analógica. La importancia del fenómeno comunicativo está complementada por la extendida idea sobre la imposibilidad de no comunicar, idea que fue impulsada por el grupo de Palo Alto, que surgió bajo la dirección de Watzlawick, allá por los años sesenta del siglo XX. Según dicha concepción, actividad o inactividad, palabras o silencio tienen siempre valor de mensaje, es decir, influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por lo tanto, también comunican.

Nosotros coincidimos con la definición que hace De Vito (1992) según la cual la comunicación es el acto, realizado por dos o más personas, de enviar o recibir mensajes distorsionados por el ruido, que ocurre dentro de un contexto, que tiene algún efecto y que permite la retroalimentación.

Podemos llamar *ruido* a lo que denominamos en Gestalt la zona intermedia (pensamientos, ideas, introyectos, etc.) y que hace que oigamos los mensajes, entre otras cosas que nos afectan, de determinada manera.

La comunicación no es estática sino activa, está en constante cambio, por lo que requiere de la intervención de diferentes procesos cognitivos.

Ha habido dos grandes tradiciones de investigación en la comunicación: la tradición referencial y la tradición socio-lingüística.

El paradigma referencial se inicia en Europa, en la década de 1920, con los trabajos realizados por Piaget y posteriormente por Vigotsky, que aportaron, sobre todo, sus estudios sobre el lenguaje egocéntrico en la comunicación. Por su parte, los comienzos de la tradición sociolingüística son más diversificados al abarcar varias disciplinas, entre las que están la lingüística, la sociología, la psicología, la antropología y otras. También podemos encontrar antecedentes en los autores mencionados, aunque tiene una fuerte influencia de Chomsky, quien distingue entre competencia (conocimiento de la lengua por parte del hablante-oyente) y actuación (uso real de la lengua en situaciones concretas).

### **La comunicación en el Psicoanálisis, Psicoterapia Existencial y en la Programación Neurolingüística**

En este epígrafe abordamos la *comunicación* que se da en dos concepciones muy diferentes de la psicoterapia: el psicoanálisis y la psicoterapia existencial, y también en una, podríamos llamar, tal vez, *técnica*, que no se encuadra en ningún paradigma concreto, la programación neurolingüística (PNL). También vamos a hacer un pequeño recorrido por algunas actitudes que se pueden dar en la sesión de terapia, durante la conversación terapéutica y que pueden inducir unos efectos muy concretos.

### **En el Psicoanálisis**

La enfermedad mental, en el psicoanálisis, nace como consecuencia de la lucha y los conflictos que se establecen a partir de la imposibilidad de satisfacer las pulsiones debido a las represiones del Ego o de la realidad exterior. Esta barrera es la resistencia del enfermo y el terapeuta intenta romperla mediante preguntas que llevan al acontecimiento que ha originado los síntomas. Para ello utilizará la interpretación del discurso del paciente pidiéndole que formule libremente todos sus pensamientos, interpretará sus sueños, sus actos involuntarios de la vida cotidiana, y hasta sus juegos de palabras.

Las técnicas específicas de la conversación psicoanalítica son: la anamnesis, la solicitud de verbalización catártica, la atención flotante, la interpretación y el análisis de transferencia.

Como en toda conversación psicológica, quien dirige el intercambio (el terapeuta) interviene en la conversación a través de su lenguaje y de su rol. Algunos estudios han mostrado que el paciente va adoptando poco a poco el lenguaje del psicoanalista, como también adopta una determinada manera de enfocar su problema.

### **En Psicoterapia Existencial**

La concepción de enfermedad mental de la Psicoterapia Existencial reposa en unos conceptos muy diferentes a los del Psicoanálisis, por lo que la conversación terapéutica no tendrá un peso distinto.

La primera función del terapeuta existencial es comprender el mundo del enfermo. Intentará sacar a la luz, mediante una actitud comprensiva y a través de la conversación, los axiomas psicológicos de su subjetividad.

El psicoterapeuta existencial utiliza las técnicas de comunicación interpersonal que se utilizan en las conversaciones no directivas. Justifica la manipulación del enfermo (siempre hay manipulación) mediante los valores humanistas que subyacen a su acción y también por el hecho de que velan siempre por la confianza y el acuerdo de su paciente, quien siempre puede «negociar» su cambio.

### **Programación Neurolingüística**

La PNL fue creada y diseñada por un lingüista, *J. Grinder*, y un matemático y también psicoterapeuta, *R. Bandler*. Se dedicaron a observar, para identificar sus patrones verbales y comportamentales a tres grandes terapeutas de aquel momento: Fritz Perls, Virginia Satir y Milton Erickson.

La PNL se basa en las «presuposiciones» que se llaman así porque se presupone que son verdaderas y han de ser tomadas como guías que definen nuestra actuación en los diferentes contextos en los que nos movemos.

Las presuposiciones de la PNL las podemos agrupar en dos básicas: *el mapa no es el territorio* y *vida y mente son procesos sistémicos*. De éstas se desprenden las presuposiciones operativas, tales como: *mente y cuerpo son parte del mismo sistema cibernético, todo comportamiento tiene una intención positiva, todo comportamiento es útil en determinado contexto, las personas cuentan potencialmente con todos los recursos necesarios para cambiar y para actuar eficientemente; etc.*

Todas las personas tienen una modalidad sensorial preferente de inscribir las experiencias y los recuerdos. Cuando hemos identificado la modalidad sensorial preferente podemos ajustar

nuestras verbalizaciones a ésta, de manera que podamos conseguir un rapport más adecuado con el paciente, describiendo las situaciones desde su modalidad y modificando la experiencia de éstas.

El punto central es que las personas sufren no porque el mundo no sea lo suficientemente rico como para poder satisfacer sus necesidades, sino porque tienen una representación tan empobrecida de éste que no encuentran una salida posible.

### **Rogers: la relación en la conversación y efectos inducidos por las actitudes**

Rogers, con sus estudios sobre la conversación, ha ayudado mucho en el progreso del conocimiento sobre lo que ocurre en las situaciones de intercambio. En estos estudios se muestra que durante el intercambio cara a cara se dan principalmente seis clases diferentes de actitudes, paralingüísticas u orales, que definimos a continuación.

- **Actitud de evaluación o de juicio moral:** Con esta actitud, la persona que la mantiene, muestra aprobación o desaprobación moralista, se remite a las normas, situando al interlocutor en una posición de inferioridad moral.
- **Actitud interpretativa:** Mediante esta actitud el terapeuta, desde su punto de vista, interpreta la información facilitada, indicando a su interlocutor una causa probable ligada al fenómeno que éste acaba de describir, facilitando una explicación de su discurso.
- **Actitud de apoyo consuelo:** El terapeuta aporta una compensación afectiva a su interlocutor y también le anima. El discurso puede ser paternalista, maternalista o también de consuelo.
- **Actitud de investigación:** Con esta actitud el terapeuta da a entender que quiere saber más, que busca una información suplementaria en relación a un punto específico que le parece importante. Es como si llevara a cabo una investigación, pidiéndole al paciente, o al entrevistado, más datos sobre determinados aspectos o elementos de su vida.
- **Actitud de solución de problema:** El terapeuta da ideas o aconseja para salir del problema pudiendo remitir al interlocutor a otra persona que sí sea capaz de resolverlo.
- **Actitud de comprensión:** Con esta actitud el terapeuta no realiza ninguna de las actitudes anteriores, muestra que tiene empatía hacia lo que dice el paciente y se esfuerza por demostrar que ha entendido lo que éste ha querido decirle desde el punto de vista de dicho interlocutor.

### **Efectos inducidos**

Cada una de las actitudes que acabamos de definir induce unos fenómenos típicos de comunicación al interlocutor que las experimenta, según los primeros estudios de Rogers y Kinget.

La primera de ellas, *actitud de relación de evaluación y de juicio moral* (tanto positivo como negativo) hace que el interlocutor reaccione según sus predisposiciones, es decir, no lo deja indiferente, así podrá reaccionar experimentando un sentimiento de culpabilidad, de inferioridad, de ansiedad... Esto puede provocar dos cosas: que se someta a la dirección moral así propuesta (una comunicación de dependencia) o bien puede provocar el disimulo de lo que se quería decir y provocar el fin de la comunicación sobre un tema o el desplazamiento hacia otro tema.

La *actitud de interpretación* o explicativa lo primero que puede inducir es a experimentar un sentimiento de incomprensión, que puede conllevar el intento de rectificar la interpretación. También puede llevar a reacciones de independencia: de irritabilidad primero y luego de desinterés y fuga de la conversación. Por el contrario, la actitud de interpretación puede provocar, así mismo, reacciones de sumisión y de aceptación.

La *actitud de explicación* puede provocar cualquiera de las dos reacciones que hemos descrito en la actitud de interpretación y también el paso a un nivel intelectual y la búsqueda de la satisfacción intelectual del saber.

Con la *actitud de relación de apoyo afectivo* se pueden provocar tanto el sentimiento de no ser comprendido por el otro (que quiere desdramatizar las cosas artificialmente y por lo tanto se rechazan sus consejos), como el sentimiento de que te están tratando como a un niño. Este último sentimiento puede así mismo provocar dos posibles reacciones: si se acepta abre la vía de la independencia (una esperanza de ser guiado o consolado) pero si se produce irritación se abre la vía de la conraindependencia y todas las actitudes de oposición a lo que se dice y a la relación con quien lo dice.

La *actitud de investigación* puede inducir a someterse a la autoridad superior y dar lugar a la pasividad, lo que consiste en esperar a que te pregunten y tratar de ayudar mediante las respuestas. Lo que el paciente quiere decir se abandona en favor de los problemas que le parecen importantes al terapeuta quien hará las preguntas en base a estos problemas que para él son relevantes. Con esta actitud el paciente puede ser llevado lejos respecto a lo que él pretendía decir al principio. Así mismo esta actitud puede dar una impresión de indiscreción y provocar resistencias o bloqueos y llevar al paciente a disimular.

La *actitud de solución de problemas* puede inducir la aceptación-sumisión y una dependencia hacia la solución propuesta. El paciente es como si dimitiera en relación con su problema. Esta actitud también puede dar la impresión de ser desairado y hasta puede producir un sentimiento de incomprensión si la solución está chapada y es impuesta.

Veamos algunos ejemplos:

Paciente de 19 años con la voz tensa, primero explosiva y después angustiada: «*Detesto a mi padre. ¡Lo odio! ¡Lo odio! ¡Lo odio! Y sin ninguna razón. Mi padre es pastor. Es un hombre justo y bueno. Nunca me ha pegado y, a pesar de ello, experimento un sentimiento violento hacia él, lo que me produce un terrible remordimiento. No tengo ninguna razón para detestarlo. Sé que está muy mal odiar al propio padre, sobre todo si no se tiene motivo... Esto me angustia terriblemente.*»

*Intervención de tipo explicativo:* «Descubrirá que bajo ese odio se esconde un amor hacia él y que este amor es el factor real de los sentimientos de culpabilidad...».

*Intervención de tipo evaluativo:* «Ya que su padre es justo y bueno, tiene que sufrir mucho por su odio hacia él. ¿Ha pensado usted en los tormentos que inflige?».

*Intervención de tipo resolución de problema:* «Tendría que alejarse un tiempo del medio familiar».

*Intervención de tipo investigación:* «Hábleme de su padre. Dígame todo lo que le venga a la mente al respecto...». (Mucchielli, 1989)

## LA COMUNICACIÓN EN GESTALT

La frase más importante de Korzybiski fue sin duda «un mapa no es el territorio que representa pero, si es correcto, tendrá una estructura semejante al territorio» (casi siempre mal citada como “el mapa no es el territorio”). Es una de las tres premisas de la semántica general. El lenguaje es el mapa que utilizan las personas para representar las realidades que perciben, es decir, nos vamos creando mapas de la realidad en nuestras representaciones internas y sobre la base de esos mapas actuamos y respondemos. Debido a que cada persona tiene sus propias experiencias y no hay dos personas iguales, no existen dos mapas iguales, por lo que cada cual crea un modelo diferente del mismo mundo y por lo tanto experimenta una realidad diferente.

Otra de las premisas de la Semántica General es: «el mapa no cubre todas las características del territorio». Es algo así como que las palabras no recogen todas las características de los objetos a los que se refieren. *«Toda la experiencia de las personas, la totalidad de sus hechos no caben en las palabras con las que lo expresan. El lenguaje es una representación convencional que no abarca los hechos en su totalidad, sino que más bien refleja la personalidad de quien habla».* (P. Peñarrubia, 1998).

### Terapia dialogal

En terapia gestalt la principal herramienta del terapeuta es su presencia activa, algo diferente en el psicoanálisis, donde la interpretación es la única forma de contacto entre paciente y terapeuta, la presencia de éste es pasiva. El diálogo Yo-Tú en la terapia gestáltica es la equivalencia a la neurosis de transferencia en el psicoanálisis.

Lo fenomenológico en el encuentro es buscar la comprensión desde las vivencias del otro, desde lo obvio de la situación, desde la relación entre el organismo y el ambiente y no desde la interpretación del observador.

La gestalt es una terapia dialogal y el diálogo es una forma especial de contacto. Cuando contactamos con un otro mantenemos nuestra identidad separada. *«En el contacto dialogal la figura de interés para ambos es la interacción con la otra persona como persona»* (Yontef, 1995).

Aceptar al paciente tal y como es ahora, en la actualidad, y creer en su propio potencial para poder cambiar la forma en que se está manifestando en este momento, por una expresión más plena de ese potencial, es tener fe en la autorregulación orgánica. Para reforzar ese potencial, esa capacidad de autorregulación, es para lo que está el trabajo de diálogo y darse cuenta de la terapia gestáltica. No está desarrollado para tratar de cambiar a nadie, para forjar un nuevo carácter que esté de acuerdo a una norma de salud mental, que como terapia existencial no existe en la terapia gestalt.

El terapeuta gestáltico se fijará en lo que se debe explorar mucho más que en lo que se debe cambiar. Esta exploración vivencial se conduce de una manera neutral, explicando lo que es. En el reconocimiento de lo que es va incluido aceptar cómo se está (atascado, frustrado, infeliz, etc.). Lo que es, es y punto.

Todo se organiza alrededor de la tarea de poner de manifiesto el darse cuenta del paciente para que se pueda dar la autorregulación orgánica. Siguiendo a Yontef vamos a resaltar

cinco características de esta relación dialogal en el contacto Yo-Tú.

Inclusión, Presencia, Compromiso con el diálogo, No explotación y Vivir la relación

### ACTITUDES GESTÁLTICAS

En nuestra opinión, la comprensión y la empatía son las dos actitudes comunicativas más importantes dentro del espacio terapéutico.

Debemos ser primeramente honestos con nosotros mismos y con el paciente, reconocer si podemos o no acompañarle en su proceso. El contacto con el paciente se basa en la autenticidad. También es muy importante ser congruente, es decir, pensar lo que uno dice, decir lo que uno piensa y mantener de acuerdo el paralenguaje y el lenguaje que se le muestra al paciente. La congruencia del terapeuta va a ayudar a que aflore la del paciente. Esto conlleva que el terapeuta esté atento a sus propias emociones internas y que esté dispuesto a aceptarlas.

La actitud de comprensión genera el sentimiento de ser entendido y permite que haya confianza, que es, al fin y al cabo, lo que le facilita al paciente profundizar en el entendimiento de los problemas que va tratando, y que además vaya tomando conciencia de lo que implica su modo de ser, siendo esta toma de conciencia crítica lo que le permite decidir los cambios que podrá ir realizando.

¿Empatía o simpatía? Este fue un gran dilema en la Terapia Gestalt.

Según Perls, el terapeuta gestáltico utilizará la simpatía en lugar de la empatía, puesto que: la empatía es *«una especie de identificación en la que el terapeuta se excluye a sí mismo del campo y por ende elimina la mitad del campo. En la empatía el interés del terapeuta está centrado exclusivamente en torno al paciente y sus reacciones»*. (F. Perls, 1973, página 105). Sin embargo más adelante en el mismo libro (p. 106) dice: *«En la simpatía, al igual que en todas las formas de confluencia, el límite de contacto está ausente. El terapeuta se convierte de tal modo en el paciente, que pierde absolutamente toda perspectiva de los problemas del paciente. Está tan sumergido en el campo que no puede ser testigo de él»*.

Pensamos que lo principal de la actitud no directiva en la comprensión del otro la constituye la empatía. Creemos que el ser simpático no presupone ninguna comprensión del otro, sino más bien una identificación casi emocional con él.

El teórico moderno de la empatía fue Rogers y para él este término *«indica la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro, participar en su experiencia en la medida en que la comunicación, verbal y no verbal, lo permita..., captar el significado personal de las palabras del otro... de una participación en la experiencia del otro, sin limitarse a los aspectos puramente emocionales, que implica captar la experiencia desde el enfoque de la persona que la experimenta... pero manteniéndose emocionalmente independiente»*.

El comprender empáticamente al otro no quiere decir que tengamos que dejar nuestros sentimientos fuera, el terapeuta siente y ese sentir está ahí dentro, en la consulta, en el contacto con el otro y ese sentir nos hará tener intuiciones, no nos va a dejar en el plano únicamente intelectual.

## **TÉCNICAS Y PRINCIPIOS COMUNICATIVOS GESTÁLTICOS**

Las estrategias comunicativas en el terapeuta se enmarcan dentro de las actitudes comunicativas emanadas de la propia teoría gestáltica y no deben entenderse, y esa es nuestra intención, como guión y manual de uso, absolutamente contrario a la idea de la Gestalt. Si la persona cambia sus maneras de comunicar, es decir, sus patrones comunicativos, y es consciente de ello, se está facilitando el cambio a nivel más profundo. Podríamos dividir estas técnicas gestálticas en dos apartados principalmente: para hacerse responsables y para aumentar la conciencia.

### **Técnicas para hacerse responsables**

Yo-Tú, Lenguaje personal versus impersonal, Responsabilizarse de la expresión, Sobre el cuerpo y las conductas, Sí, pero..., La formulación de preguntas, No murmurar, Concretar.

### **Técnicas para aumentar la conciencia**

En realidad todas las técnicas gestálticas están «diseñadas» para aumentar la conciencia de la persona, es decir, la gestalt persigue que el paciente se dé cuenta de lo que piensa, siente y hace de manera casi automática, sin apenas prestar atención. Algunas técnicas comunicativas que facilitan ese darse cuenta son: Continuo de conciencia, Aquí y ahora, Repetición, Exageración, Imitación,...

## **IMPLICACIONES DEL LENGUAJE TERAPÉUTICO Y ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS**

### ***El Metamensaje***

Pero, ¿qué decimos los terapeutas?

Nos entrenamos más para observar las palabras del paciente, sus matices e inflexiones, el lenguaje corporal, su respiración, pero nuestras palabras no se tienen tanto en cuenta.

En este apartado vamos a examinar justamente este aspecto, el cómo decimos lo que decimos y su implicación en el proceso terapéutico, las distintas formas de facilitación del proceso de darse cuenta desde nuestro lenguaje como terapeutas. No son tanto técnicas como consideraciones y actitudes comunicativas que se expresan de diversas maneras a lo largo del proceso terapéutico.

El mensaje lleva unido un metamensaje (cómo, actitud) que debe ser consistente con los objetivos terapéuticos y donde descansa un gran potencial. El mensaje, sin un metamensaje bien construido, puede ser vivido como una intrusión peligrosa, y por tanto rechazable, de material extraño y provocar resistencia.

Hay modos de decir las cosas y de efectuar devoluciones que suponen un mayor respeto por la autoestima del paciente, son facilitadoras del darse cuenta y producen una menor resistencia y esto se debe en gran parte a la fuerza del *metamensaje* y su papel como parte intrínseca y crucial del mensaje total transmitido.

### ***Aceptación o rechazo***

Las buenas devoluciones tienden a estar orientadas al permiso, a la aceptación. Tratan un aspecto de la experiencia del paciente que éste ha ignorado o escondido y transmiten el mensaje de que está bien aceptar esa experiencia. Sin embargo, no es raro encontrar que muchas devoluciones conllevan una censura implícita.

### ***Explorar o intervenir***

En abordajes como el nuestro, a veces es difícil distinguir realmente entre las fases de exploración e intervención. En gran medida la exploración es la intervención: la terapia indaga más y más profundamente en la experiencia de la persona con el fin de aumentar la comprensión de sí misma. También en la exploración o análisis existen formas de decir las cosas facilitadoras y no facilitadoras. Los comentarios formulados en forma de preguntas pueden tener connotaciones acusadoras o exculpatorias. El arte de preguntar en terapia consiste en acercar al paciente gradualmente a un terreno que ha temido afrontar hasta el momento. Al hacer esto la manera concreta en que el terapeuta formula la pregunta puede marcar una diferencia crucial.

### ***Los recursos internos***

Desde la Gestalt, la orientación de los esfuerzos terapéuticos hacia la afirmación y utilización de las potencialidades del paciente no implica que se ignoren las dificultades, los puntos débiles, las inhibiciones, que desempeñan un papel de primer orden en los problemas que le trajeron a consulta. La persona del terapeuta debe tener una visión clara de las potencialidades del paciente. Es sobre estas potencialidades que se edificará el progreso terapéutico.

La terapia es un proceso de cambio. El paciente es una persona en transición. Se debe salvar su tendencia a pensarse en términos estáticos. Nuestros comentarios pueden facilitar o dificultar la sensación del paciente de que el cambio es posible, contribuyendo a crear en él el sentimiento de estar anclado, o, por el contrario, pueden alentarle a imaginarse para sí mismo alternativas de futuro variadas.

### ***Dos polos del proceso: la aceptación y el cambio***

Como terapeutas nos encontramos con un gran desafío a la hora de la reconciliación entre el cambio y la aceptación, dos polos conflictivos en el procesos terapéutico.

La mayoría de nosotros luchamos por poder reconciliar los dos polos del proceso terapéutico, unas veces apoyaremos más uno de ellos y otras el otro, pero siempre intentaremos que el proceso no limite o reduzca demasiado ninguna de las dos direcciones.

Siempre, o casi siempre, hay un deseo de mantenernos igual que hasta ahora junto a un deseo de cambio, y esto es lo que le da intensidad al fenómeno de la resistencia y lo que posibilita que se le pueda prestar atención sin por ello dejar de empatizar con la experiencia que tiene el paciente del mundo.

### ***Atribuciones***

Las *atribuciones* son los estados o sentimientos que atribuimos al paciente que no han salido durante la sesión y que en determinadas ocasiones pueden resultar útiles.

Este tipo de devoluciones nos coloca al lado del paciente, viendo algo con él, reconociendo que es algo que él ya sabía y por lo tanto se está comentando algo que es del conocimiento común de los dos. Esto incluye frases como *por lo que veo te das cuenta de..., si te he entendido bien, lo que estás diciendo es..., etc.*

### ***Resaltando la temporalidad***

Durante el proceso terapéutico se van dando etapas de más y de menos ansiedad. Nosotros podemos expresar nuestra comprensión orientando nuestras intervenciones hacia el futuro, haciendo devoluciones que describan esas etapas de mayor ansiedad como temporales.



También se le puede decir que ha entrado en un momento del proceso en el que se espera surja más ansiedad. Aquí se le ayuda a que se dé cuenta de que el momento es «una etapa» y por lo tanto pasará y además de que la ansiedad es «algo que se espera» por lo que se puede tomar, en lugar de como un problema, como una señal de que el proceso progresa.

### **Movilizar a la acción**

Las atribuciones también pueden utilizarse para ayudar al paciente a que emprenda alguna acción que le lleve a cerrar una gestalt inconclusa, esos casos en los que se ha quedado sin decir algo que se convierten en rumiaciones, o iniciar una acción concreta que no se atreve a llevar a cabo. Los comentarios del tipo *parece como si lo que te gustaría decir (hacer) fuera...* ayudan al paciente a darse cuenta de los sentimientos e inclinaciones que no logran acceder del todo a la consciencia y le ayudan a vincular esos sentimientos y tendencias para posibilitar acciones eficaces hacia completar las gestalts inconclusas.

### **Preguntas al terapeuta ¿se responden?**

Hay momentos que para algunos terapeutas resultan verdaderamente difíciles, que son cuando un paciente les pregunta algo sobre ellos. Hay otros terapeutas que piensan que el revelar cosas sobre ellos, compartir con el paciente sus propios sentimientos y experiencias, ayuda a éste a recibir las devoluciones que se le hace de un modo menos defensivo o que incluso le resulten menos dolorosas.

Pero, ¿hasta dónde llega la relación y presencia congruente del terapeuta?

Cuando un paciente pregunta, el modo de responderle depende de la función que puedan cumplir esa pregunta; por ejemplo, cuando un paciente normalmente desplaza su responsabilidad y la coloca en otros se debe tener en cuenta este posible desplazamiento del foco de atención hacia el terapeuta; ahora bien, si el paciente es una persona tímida, que tiene problemas para pedir algo, o que no se atreve a preguntar por no parecer invasivo, entonces el responderle a una pregunta del tipo ¿tienes pareja? o ¿vas a salir este puente? puede ser un momento de intimidad que sea importante reforzar.

### **Reconstrucción**

Durante la sesión ayudamos al paciente en un proceso de replanteamiento, en un proceso de *poder entender* cómo es, que, como decía Rogers (1961) *guarde más consonancia con su experiencia vivida*.

Se potencia ese proceso de *reconstrucción* cuando estamos atentos a apoyar o confrontar esas ocasiones en las que los pacientes hacen las cosas de manera diferente. Devoluciones como *parece que esta vez sí le has dicho a Juan lo que tú querías, noto que has dejado de ir tan a menudo a ver a María últimamente, antes te callabas cuando algo no te gustaba y ahora te atreves a decírmelo directamente*, etc. son comentarios que pueden hacer que el paciente se dé cuenta de que hay un cambio que, al estar dentro de la dinámica diaria, podría pasar inadvertido, y pueden conseguir que se agilice el proceso.

### **Reformulación y paradoja**

Cada uno de nosotros respondemos a lo que percibimos que está sucediendo, no sólo a lo que realmente está ocurriendo, ya que hay tantas percepciones del mundo como personas viven en él.

La *reformulación* puede ser una construcción de la realidad desde diferentes puntos de vista, para buscar una forma más válida de comprender el patrón de vida. Una reformulación puede ser una manera de dar significado a un evento psicológico y apunta a una solución potencial de los dilemas que se presentan sin solución aparente.

Rogers ya demostró las inducciones positivas de la reformulación, que, bien empleada, puede provocar el darse cuenta en la persona. Siguiendo a Rogers podemos nombrar cinco formas de reformulación: Reformulación-reflejo, Reformulación-síntesis, Reformulación por inversión de las relaciones figura-fondo, Reformulación-clarificación, Reformulación del paralenguaje.

La paradoja según el diccionario es una «*figura de pensamiento que consiste en emplear expresiones o frases que envuelven contradicción*».

Uno de los objetivos principales de las intervenciones paradójicas es ayudar a la persona a que deje los intentos de solucionar un problema que al final acaba empeorando (en definitiva esos intentos de solución que son en sí mismos paradójicos) por ejemplo: los intentos de dormirse de los insomnes que al final le hacen pasar la noche en vigilia, o los intentos que hacen los ansiosos por calmar la ansiedad que en muchas ocasiones lo que hacen es provocarla mientras que si se esforzaran en estar más ansiosos cabría la posibilidad de que se calmasen.

Muchas veces utilizamos en la consulta técnicas paradójicas, por ejemplo: cuando le pedimos al paciente que incremente un movimiento o conducta que está llevando a cabo, o en otros casos tan sólo hace falta que le digamos que observe lo que está haciendo. Estas peticiones en sí mismas cambian la conducta y de ser una «intrusa» pasa a ser observable y se puede convertir en un elemento importante para un darse cuenta. Una intervención así se puede hacer de la siguiente manera: *No pares ese movimiento ahora, vamos a ver qué significa o con qué se relaciona y mira cuándo lo llevas a cabo.*

## **LO NO VERBAL**

La Gestalt no es fundamentalmente una terapia psicocorporal, contrario a una opinión muy extendida, y para muchas escuelas el trabajo sigue siendo esencialmente verbal, con una movilidad corporal restringida, y mucho más en terapia individual.

El papel que juega la comunicación no verbal dentro de la sesión terapéutica es básico para el objetivo que se persigue dentro de ésta: acompañar y hacer consciente al paciente de cómo se maneja en sus relaciones con el mundo. Además debemos tener presente que la comunicación no verbal es una herramienta indispensable para el buen quehacer terapéutico.

En la medida en que podamos acompañar el proceder del paciente, tanto verbal como no verbalmente, estamos acompañando también a su experiencia de un modo completo. Es decir, haremos esto atendiendo a sus emociones espontáneas y a su manifestación corporal (respiración, expresión facial o del cuerpo, pequeños gestos no conscientes...) así como al tono de su voz tanto como al contenido de sus palabras: LA FORMA nos interesa tanto como el fondo, el significante tanto como el significado.

Indudablemente en Gestalt, y creemos que en ninguna otra corriente psicológica, no podemos hacer afirmaciones claras y concretas de lo que significa emocionalmente cualquier gesto o conducta no verbal, sin embargo estos sí son la expresión de intenciones emocionales, de ahí la importancia que para nosotros, como psicoterapeutas, tiene el comprender su papel durante la interacción.

Así mismo, la interpretación de la conducta no verbal del paciente la hacemos en cuanto a su congruencia con la comunicación verbal y siempre confirmando con él o ella su significado. Hacemos un pequeño recorrido por los tres ámbitos de estudio de la comunicación no verbal

que pensamos nos pueden ayudar en nuestro quehacer terapéutico: La kinesia, la paralingüística y la proxémica.

### **Kinesia**

Desde este ámbito se han estudiado principalmente: la postura corporal, los gestos, la expresión facial, la mirada y la sonrisa.

Dentro de la **postura corporal**, la forma de posicionarse el paciente, el ángulo de cómo el cuerpo se posiciona (orientación, el ángulo de orientación puede regular el grado de intimidad de una conversación), la energía y dinamismo en el movimiento, su congruencia con el contenido verbal, etc.

En cuanto a los **gestos**, movimiento propio de las articulaciones, en especial de los brazos, las piernas y la cabeza: *Reguladores de la interacción, Ilustrativos, De adaptación, Emblemáticos, Que expresan estados emotivos (patgrafos)*.

Sin lugar a dudas la **expresión facial** es el medio más rico e importante para mostrar las emociones y el estado de ánimo. Además de para esto también se utiliza para regular la interacción y, así mismo, reforzar a los intervinientes en la misma.

Aunque forme parte de la expresión facial, **la mirada**, debido a la importancia que tiene en la comunicación no verbal, se estudia de forma independiente.

Con la **sonrisa** lo que expresamos normalmente es alegría o felicidad.

### **Paralingüística**

Cuando hablamos de paralingüística nos referimos a todos los aspectos del habla, exceptuando la voz. Estos son el ritmo, el volumen, la entonación, el énfasis. Las tres cuestiones que consideramos son las más influyentes dentro de una interacción: La cualidad del **tono** que nos interesa es la adecuación emocional del tono de voz utilizado durante la conversación. El **ritmo** se refiere a la fluidez verbal con que se expresa la persona. El **volumen**, un volumen elevado de la voz suele ser un indicador de que el interlocutor quiere imponerse en la relación y está relacionado con una intención de mostrar autoridad. Si el volumen es muy bajo puede indicar el deseo de ser atendido con esfuerzo por parte de quien escucha, como una manera de hacerse especial.

### **Proxémica**

Es como llamamos al conjunto de comportamientos no verbales que se relacionan con la utilización y la estructuración del espacio inmediato, algo que podríamos llamar *el espacio personal*.

El espacio personal es ese espacio que nos rodea, ese espacio donde no dejamos, a no ser que nosotros queramos, pasar a nadie. Consideramos nuestro un mayor espacio hacia adelante, un poco menos hacia los lados y menos aún a nuestra espalda. Algunos estudios parecen confirmar que el espacio cómodo para la cultura mediterránea es de unos 40 cm.

Cuando alguien viola ese espacio nos produce tensión, sensación de amenaza o incomodidad.

### ***Trabajar lo paraverbal***

Como terapeutas gestálticos debemos estar muy atentos a todos estos «mensajes» que nos van llegando del paciente sin que éste sea consciente de que los da, es decir, observaremos la postura, los gestos, los movimientos, etc. que nos estarán dando pistas sobre lo que está pasando en ese momento y que son una forma de comunicación destinada principalmente al terapeuta.

Ante estas manifestaciones lo que haremos será incitar al paciente para que él mismo sea consciente de lo que está haciendo para lo que le pediremos que amplifique el gesto, o bien que lo repita o simplemente que tome conciencia, y cuando se dé cuenta de lo que hace le preguntaremos qué siente en ese momento. Muchas veces surge un darse cuenta, o toma de conciencia, de actitudes pasadas, o incluso presentes, que provocan un *insight* que puede ir, o no, acompañado de manifestaciones emocionales intensas.

### ***Otras comunicaciones no verbales***

Cuando hablamos de comunicación no verbal no debemos olvidar otras formas que no son los mensajes corporales. Puede haber infinidad de maneras de comunicación en una consulta terapéutica, tantas como la imaginación nos permita. Ponemos a continuación un par de ejemplos.

Una forma de comunicación entre paciente y terapeuta puede ser mediante un diálogo establecido con pinturas, haciendo ambos un dibujo, dejándose llevar sobre un papel. Es ésta una manera de comunicación emocional que va más allá de lo que podamos decir verbalmente y que permite explorar la confluencia, la invasión o los límites que pone y que traspasa el paciente cuando está «dialogando» con su terapeuta.

Otras veces será a través del movimiento como habrá comunicación, ya sea con música o sin ella. Se busca que el cuerpo exprese lo que está contenido, reprimido o bloqueado. En otras ocasiones el terapeuta acompaña al paciente en un recorrido corporal y le ayuda a poner palabras a las sensaciones.

Las devoluciones corporales han de hacerse con cuidado, en función del momento del proceso terapéutico y del nivel de confianza que se tenga en la relación paciente-terapeuta y estar siempre dispuesto a volver atrás para no levantar resistencias. Así que una buena técnica pasa por no forzar. El cuerpo siempre viene a terapia y eso supone una ventaja, tanto para la persona como para el terapeuta