

LA COMUNICACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tomás Pujol Sansó

En las relaciones interpersonales, la comunicación juega un papel decisivo. Tanto es así, que se podría afirmar que sin comunicación no puede estudiarse, desde el punto de vista psicológico, el grupo. La comunicación tanto en su aspecto de contenido como por las diferentes redes de interacción que favorece es, es esencia, lo que define el grupo y marca sus pautas básicas de comportamiento. Sin comunicación no existe la noción de grupo. A pesar del aparente reduccionismo podríamos afirmar que la psicología social estudia la comunicación de los grupos.

Conviene ahora señalar lo que entendemos por comunicación. Revisando diferentes acepciones como las de Stoetzel ¹, Miller ², Berlo ³, etc., podríamos definir la comunicación como cualquier transmisión de información que ocurre entre dos o más sujetos y que se lleva a cabo mediante la emisión, la conducción y la recepción del mensaje por el receptor y el proceso siguiente de feed-back hacia el emisor; puede ser mediante un vehículo verbal, escrito o gestual.

Es necesario señalar también, como lo hacen Aranguren ⁴ y Miller ⁵ que la comunicación tiene un sustrato instrumental (el emisor está interesado en que su mensaje produzca una respuesta del receptor) y su sustrato expresivo (necesidad psíquica de expresión).

De hecho, todas las tendencias psicológicas presentan unos modelos teóricos equiparables al modelo de la comunicación. Cuando las distintas escuelas, especialmente en sus inicios, intentan estructurar el objeto de estudio de la psicología y proponen unos métodos de experimentación, están coincidiendo plenamente, aunque no de manera explícita, que su verdadero objeto de estudio es la comunicación.

Tal como hemos definido la comunicación vemos que supone el clásico concepto de conducta y que incluso lo rebasa aportando la noción de interacción, básica en el comportamiento humano.

Si suponemos que los procesos comunicativos representan el verdadero objeto de estudio de la psicología, deberemos acercarnos a métodos que puedan operar mejor en su estudio. De todas maneras no es el objetivo de este artículo analizar las diferentes escuelas o las diversas corrientes metodológicas, únicamente revisaremos la práctica clínica.

El psicólogo clínico inmerso siempre en la relación con uno o más pacientes forma un grupo, y por lo tanto, no debe olvidar su inclusión en la perspectiva psicosocial. La comunicación representará para él, el mismo papel preponderante y esencial que ejerce, como hemos visto, en la psicología y concretamente en la psicología social.

(1) STOETZEL, J.: *Psicología social*. Marfil (Alcoy 1974)

(2) MILLER, G. A.: *Psicología de la comunicación*. Paidós (Buenos Aires 1969)

(3) BERLO, G.: *El proceso de la comunicación*. El Ateneo (Buenos Aires 1971)

(4) ARANGUREN, J.L.: *La comunicación humana*. Guadarrama (Madrid 1973)

(5) MILLER, G.A.: *Lenguaje y comunicación*. Cit. por Aranguren (op. cit.)

En la relación clínica psicólogo-paciente podemos incluir el proceso psicodiagnóstico con sus técnicas de análisis (entrevistas y tests) y el proceso terapéutico. Existe, como en el modelo de la comunicación un quién y un cómo. Además, se configura una interdependencia física, una interdependencia acción-reacción (las respuestas de cada uno de los integrantes se condicionan mutuamente) y una interdependencia de expectativas (terapia-curación). Aspectos, los tres, que también lo son de la comunicación.

Podemos afirmar, que el modelo teórico de la comunicación coincide con el modelo diagnóstico y terapéutico, y mucho más si lo entendemos desde el punto de vista operacional.

Un aspecto importante de esta relación es el motivo de consulta, la causa del encuentro clínico, que como afirma Siquier de Ocampo ⁶ estará entrelazado con la sintomatología. Precisamente queda por señalar lo que debemos entender por síntoma; ante todo es una señal de alarma, es la consecuencia de una situación, tiene una historia; en definitiva, nos importa su etiología. El momento desencadenante del síntoma lo conceptualizaremos como "situación traumática".

El proceso vivencial completo quedaría dividido teóricamente, ya que en la práctica es global, de la siguiente manera: situación traumática-síntoma-psicodiagnóstico-terapia. En los casos hospitalarios podría incluirse la reinserción social.

La situación traumática y el síntoma.

Como señala Miller ⁷: "para sobrevivir en un medio fluctuante, un organismo debe tener alguna capacidad que le permita recoger, procesar y usar información". Cuando un sujeto, sea niño, adolescente o adulto, se encuentra en un medio donde los estímulos son contradictorios, ya sea en los aspectos formales o afectivos y como casi siempre ocurre, en ambos, se encuentra con dificultades para recoger, procesar y usar la información. El sujeto en este momento, que puede ser más o menor largo, se encuentra en una situación traumática. Hay una alteración notable del equilibrio. A continuación podrán aparecer las anomalías, ya sean en el momento de recoger, procesar o usar la información. Dentro de los síntomas de recogida podríamos situar los

trastornos perceptivos, en los síntomas de procesamiento destacan los trastornos del pensamiento y, por último, las fobias y las alteraciones psicósomáticas serían ejemplos de síntomas de uso.

El síntoma puede ser considerado pues, como una deformación del proceso comunicativo en su sentido instrumental y expresivo y que como tal supone: a) que el síntoma es el efecto de la situación traumatizante, es una señal; b) es un suceso individual, con lo que un mismo síntoma puede ser originado por diferentes causas y una misma causa puede desencadenar distintos síntomas; y c) el grado patológico del síntoma lo definirá el nivel de incomunicación o deformación comunicativa del sujeto con respecto a su ambiente, por ello, los mismos síntomas pueden tener grados diferentes según la edad, la cultura, etc.

El proceso psicodiagnóstico

Aquí, como ya hemos señalado, se incluyen las entrevistas y la aplicación de tests que persiguen dos objetivos básicos: a) analizar la situación traumática originaria, y b) situar en un plano comprensivo el síntoma manifiesto o latente. En otras palabras, colocar en una dimensión psicósomática la acción del síntoma y sus causas, en definitiva, diagnosticar los motivos de la disfunción comunicativa y el modo en que se realiza.

Hasta ahora hemos estudiado diferentes características del objeto de estudio de la psicología y concretamente de la psicología clínica, pero la relación dialéctica que se establece entre el objeto y el método nos obliga a detenernos momentáneamente en este último. Justo es pensar que los métodos y técnicas que usamos deberán tener un arraigo en el modelo comunicativo. Para realizar el diagnóstico y el tratamiento o para llevar a cabo la mayor parte de investigaciones dentro del terreno de la psicología clínica es necesario el empleo del método clínico que por sus características mejor se adapta a nuestra perspectiva. Veamos dos de las características que indica Reuchlin ⁸: 1) tiene la convicción de que sólo un estudio profundo de individuos particulares es válido, y 2) reconoce y respeta la individualidad, pero en situación y en evolución.

Las técnicas que utilizaremos deberán tener en cuenta estas proposiciones, para ello es

(6) SQUIER de OCAMPO y otros: *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Nueva Visión (Buenos Aires 1975)

(7) MILLER, G.A.: op. cit.

(8) REUHLIN: *Los métodos en psicología*. A. Redondo (Barcelona 1970)

necesario que las dos técnicas básicas, entrevistas y tests, se configuren para estudiar no a átomos o partículas psicológicas, sino a un organismo que representa una totalidad psíquica y física. Esta postura no es otra que la defendida por los estudiosos de la medicina psicosomática. Se trata de la superación del reduccionismo mecanicista.

Para ello, la entrevista no se limitará a una serie de preguntas cerradas que dejen al margen el verdadero valor comunicativo de la relación. La entrevista semidirigida para algunos temas y la libre para otros deberán desterrar las entrevistas cerradas. Por otra parte, la entrevista no buscará la valoración superficial y por zonas del paciente, sino que la comprensión gestáltica de los procesos conductuales o mejor comunicativos en sentido diacrónico y sincrónico, verbal y gestual, manifiestos y latentes; quedan incluidos por tanto todos los procesos dinámicos.

En cuanto a la batería de tests no proponemos el rechazo de estas técnicas, pero sí el empleo limitado. El error muchas veces proviene del propio psicólogo que confía el peso del diagnóstico a sus herramientas. Ningún test tiene una validez total, debe ser siempre sometido a una comprensión de conjunto. Hay que buscar siempre la "repetición de indicios". El atomismo diagnóstico no refleja la personalidad del entrevistado.

El psicodiagnóstico culminará con la devolución o informe psicológico. Aquí el paciente recupera gran parte del material depositado al psicólogo: se trata de un proceso de feed-back. Cabría reparar muchos aspectos sobre el informe, pero nos limitaremos a los dos más importantes:

a) Informe verbal o escrito: excepto en los casos que el informe esté dirigido a terceras personas (maestro, médico, psicólogo), nos inclinamos por el informe verbal, pues permite una dinámica más rica y un nivel de comunicación más profundo. También es aconsejable que se haga verbalmente en la devolución a los padres.

b) La devolución debe llevarse a cabo siempre, incluso con los niños. Ahora bien, la profundidad de la misma dependerá del caso.

Si se continua con una terapia es más aconsejable reducir el informe a los aspectos más externos, reservando el contenido más profundo para las sesiones de terapia.

La terapia

No profundizaremos repasando las diferentes técnicas terapéuticas, nos limitaremos a señalar los requisitos mínimos que deben cumplir:

- 1) Situarse dentro del modelo de la comunicación.
- 2) Tener en cuenta los aspectos dinámicos básicos (ansiedad, transferencia y contratransferencia).
- 3) La sintomatología debe situarse dentro del contexto total de la persona.
- 4) La personalidad entendida longitudinalmente (pasado, presente y futuro). Se trata de restaurar el proceso comunicativo alterado en el pasado y desarrollado así hasta el presente, para referirlo al futuro próximo.
- 5) El objetivo fundamental es que el paciente comprenda su problemática; se persigue la concienciación no la manipulación.

Las distintas tendencias en psicología

Lo que hemos tratado hasta ahora no presupone el rechazo explícito de ninguna tendencia psicológica. Desde el punto de vista teórico todas las escuelas aportan datos valiosos para la psicología clínica, lo mismo ocurre con la metodología. Los enfrentamientos radicales responden más a prejuicios que a actitudes científicas. Cuando apenas hemos cumplido el primer siglo de psicología científica no queda otra alternativa que adoptar una postura ecléctica, integradora y progresista. Los clínicos inmersos en sus reductos teóricos pierden con el tiempo la actitud crítica o en todo caso la transforman en conservadurismo. Su principal preocupación es defender su tendencia, incluso a costa de racionalizaciones, y negar la validez de las demás escuelas. Esta postura obviamente reaccionaria frena el progreso de la psicología.

