

ÉTICA Y LENGUAJE KINÉSICO

David Acosta Herrera

ecuadoracosta@hotmail.com

Contenido

ÉTICA Y LENGUAJE KINÉSICO.....	1
INTRODUCCIÓN	3
DISCUSIÓN	3
Intervención, modelos y propuestas	3
Kinésica y psicoterapia integrativa.	4
EN CONCLUSIÓN	9
REFERENCIAS	10

INTRODUCCIÓN

La kinésica y la labor psicológica son pares científicos que deben correlacionarse para que, de esta manera, se pueda conseguir una potenciación de las labores psicológicas en la práctica. En sí, el conocimiento de la kinésica, tanto para la psicología clínica como para lo pericial – judicial, es de suma relevancia, como se ha tratado ya en un ensayo anterior y, así también, en muchas otras ramas de acción del quehacer diario del psicólogo como son: los procesos de trabajo infantil, rehabilitación, de relación a lo laboral, industrial, organizacional, como selección de personal, entre otras.

Empero, en este ensayo, no abordará esta importancia, sino que analizará aquellos aspectos que bordean el ámbito axiológico del uso del conocimiento kinésico en la labor profesional del psicólogo, que es de suma importancia dialogarla, para poder llegar a consensos y a un uso adecuado de los conocimientos relevantes de la Kinésica en la práctica, más que nada en la psicología clínica y psicoterapéutica, en la que debemos pensar, qué tan prudente es conocer y qué tan viable es reflexionar, dirigir o confrontar al paciente con sus emociones personales, pensamientos o mentiras, que ha decidido, de manera consciente o no, no dar por información al terapeuta.

DISCUSIÓN

Intervención, modelos y propuestas

Para empezar por la problemática que respecta a la psicoterapia y la viabilidad del uso de la kinésica en el proceso terapéutico, se debe hablar del proceso en sí y determinar los patrones importantes de la psicoterapia, para focalizar el desarrollo de la misma en la condición moral del terapeuta, en base al conocimiento que tiene y la *INR (información no referida)*¹ emitida de manera espontánea por el paciente.

En un primer momento, se puede establecer un símil a la kinésica, el mismo que aclarará, el por qué la importancia de los conceptos y el dialogo sobre la axiología del uso de la kinésica en psicoterapia: El lenguaje corporal es una llave que nos abre, como un libro, el diario personal del paciente, en cuanto a sus emociones y sus aspectos relacionales, por ejemplo:

Si retomamos el tema de su separación ¿Cuánto le perturba esta situación ahora?
No, ya no me perturba nada.

Podría suponerse, en este simple ejemplo que, tomando en cuenta la praxis del quehacer psicológico, aquello que nos ha dicho el paciente es lo que es y no podemos dar un paso más allá, empero, suponiendo que se descubre en la paciente, en sus microexpresiones que este: No, ya no me perturba nada, no es real y que la paciente miente, ¿cómo deberíamos reaccionar?

Aquí viene la primera pregunta que todos los profesionales psicólogos, conocedores de la Kinésica deben hacerse: ¿Por qué miente? Puede que esté claro, la paciente miente porque es un tema que no desea confrontar de nuevo o no desea hablar de ello o quiere

¹ INR se mencionará a toda aquella información o datos que el paciente no ha referido o que ha preferido mentir para no dar el dato a conocer y que el terapeuta ha captado por su formación kinésica.

simplemente dar por sentado que ya no es un tema que deba preocuparle, quizá no miente para el psicólogo, desea mentirse a sí misma, con el afán de no tener que tocar el tema de la separación de nuevo.

Entonces, ¿qué se debería hacer?; ¿Confrontarla? Está claro que está mintiendo, pero, ¿qué tan factible es confrontar?; incluso, ¿qué tan ético sería confrontarla? Esto en muchos casos dependerá simplemente del modelo terapéutico que estemos usando, la corriente o en su defecto, el modelo psicoterapéutico que estamos realizando, por ejemplo: El psicodinámico establece que debe haber un proceso personal de la persona, confrontarla simplemente nos producirá una problemática terrible, en cuanto que, el paciente ha decidido por sí misma dar por cerrado el tema, a pesar de que todavía le afecta, y, al ser el psicodinámico un modelo no directivo, es evidente que preferirá no confrontarla, hasta que el o la paciente decida volver a la temática, en el momento en que le sea posible y necesario retomar el tema.

Si usamos otro tipo de modelos, con enfoques más directivos, como el Conductual, el Cognitivo Conductual, entre otros, la respuesta sería que, más que nada es la estabilidad y la salud mental de él o la paciente, por ende, debe realizarse la confrontación, para establecer un punto de partida que nos dirija a buscar aquellas ideas, pensamientos o necesidades, que hacen que la paciente (en el caso del ejemplo) mienta, o busque no volver a tocar la temática de la separación.

Se podrían topar otros modelos, que permitirían buscar varias formas de desarrollo para dar respuesta a estas preguntas como, por ejemplo, mencionar que, en un aspecto de modelos sistémicos, se hablaría de que el tema de la separación es un “*campo minado*” y tocar el tema es difícil, aunque debe realizárselo, el terapeuta debe juzgar un “*timing*” adecuado para confrontar o en su defecto para no hablar del asunto, hasta que el paciente se sienta listo.

En este caso, se procurará establecer una visión más vista desde la psicoterapia integrativa, en la cual estableceremos momentos, instantes o circunstancias en las cuales se podría o, incluso, se debería confrontar este INR con él o la paciente, en tal caso, estos son los puntos que se podrían establecer desde la terapia integrativa.

Kinésica y psicoterapia integrativa.

Como se conoce, la psicoterapia integrativa, bordea los estándares establecidos de los modelos, para generar un modelo psicoterapéutico, que incluya varias formas de trabajo psicoterapéutico, establecido tanto por los aspectos de personalidad, como por las necesidades del paciente, esto quiere decir que, sin dejarse llevar por apasionamientos relacionados a las teorías y a los dogmas de pugna existentes entre teorías, establece un plan de práctica psicoterapéutica, basado en las necesidades del paciente, sus rasgos de personalidad, ajustando el quehacer psicoterapéutico al paciente y no a las teorías, tanto a las características propias del mismo, como a sus peticiones generales de su problemática. Esto nos da un marco referencial de técnicas y recursos terapéuticos, que pueden ser usados para llevar a cabo el proceso, con el fin de dar una solución viable, rápida y satisfactoria al paciente, sin llegar a eclecticismo, ni a procesos holísticos, sino a un trabajo sistematizado, organizado y claro de los recursos por utilizables y por utilizar, como de su eficiencia en casos determinados.

En esto se puede llegar a generar teorías simples sobre el momento en que el paciente puede ser abordado sobre sus mentiras, incongruencias dialógicas, etc. Y esto se da, evidentemente, en la comprensión del proceso y algunos factores que favorecerían el confrontar o el no confrontar al paciente, estos elementos son:

Establecimiento del rapport, la empatía y el nivel de confianza del paciente.

Timing: Preguntarnos si el paciente está listo y puede soportar dicha confrontación, además, de que se debe juzgar, de manera adecuada, si es tiempo y es un buen momento para realizar dicha confrontación

Umbral de dolor: No puede ser la confrontación en frío y hay que tomar en cuenta que el timing debe establecerse desde las características psicológicas del paciente, y la información que hemos obtenido del mismo, con respecto a su área afectiva y de pensamiento.

Funciones mentales superiores: Determinar cuáles son las áreas afectadas y determinar así, qué tan viable y factible puede ser la confrontación, tomando en cuenta que esta debe tener un fin terapéutico, sea para producir un insight, o permita al paciente llegar a una reflexión profunda que genere un cambio significativo.

El diagnóstico: Cabe recalcar que hay diagnósticos que podrían permitir un trabajo exhaustivo con el paciente y así llegar a dar solución viable de sus necesidades. Empero, en otros diagnósticos, esto podría ser un tema de riesgo y a la vez, algunos diagnósticos, impedirían que se consiga, finalizar de manera correcta con el proceso.

Si se analiza cada punto podremos ver con más claridad estos apartados y acercamientos:

- *ESTABLECIMIENTO DEL RAPPORT, LA EMPATÍA Y EL NIVEL DE CONFIANZA DEL PACIENTE.*

Si bien es cierto, todo psicoterapeuta establece un vínculo con el paciente, el mismo que está basado en características axiológicas que permiten al terapeuta acercarse al paciente de manera empática, para procurar reconocer y comprender el dolor del otro y así mismo, este pueda sentirse acogido y comprendido, sin que se establezca otro vínculo, que no sea el del Paciente-Terapeuta.

En el primer momento, en el que, tanto paciente como terapeuta se comprenden el uno al otro y el paciente se permite ofrecer cierta información al terapeuta, porque percibe que el terapeuta es capaz de reconocer su dolor y comprenderlo, se le denomina empatía. El otro momento, en el que el paciente y terapeuta sienten comodidad, confort, para establecer dicha relación, y que se presenta en consulta, en el momento en que el paciente reconoce en el terapeuta, como una vía posible de solución a sus necesidades psíquicas y da paso a que se establezca la relación profesional, se le denomina rapport.

Es evidente, ya con estos acercamientos teóricos, que una confrontación del INR por el paciente, no se podría dar si estos dos componentes no se han establecido primero, es decir, en el momento en que iniciamos la sesión, si el paciente ha decidido excluir de los temas a tratar, la separación, es porque todavía no está lista para realizar dicha confrontación vital.

En sí, podría manejarse estos dos aspectos iniciales, de inicio para generar una mejor empatía y estrechar dicha relación, para así poder hacer que la paciente (en el caso del

ejemplo), sienta que existe la posibilidad de trabajar dicho tema, con el firme convencimiento de que se llegará a una resolución clara de ese conflicto.

Por otro lado, la empatía permitirá que el profesional se pueda dar cuenta de que el paciente está preparado o no para recibir la confrontación o si más bien lo apuntamos, como un posible tema que se trabajará en días ulteriores a la terapia en la que se mencionó el asunto y la paciente mintió.

- *TIMING*

El timing es un tema de suma importancia, puesto que aborda una temática que también concierne a la kinésica y no del paciente en sí, sino del terapeuta.

Muchas veces el terapeuta se ha tenido que encontrar con pacientes que no desean hablar, que manifiestan ciertas reticencias a mencionar algo o decir algo, así como presenta, momentos o instantes en que puede negar un asunto, por más evidente que este pueda ser para los ojos del clínico:

Al mencionar el caso de su separación veo que usted se pone tensa
No doctor, para nada, como le he dicho antes, es algo que ya lo superé y no quiero volver a hablar del asunto.

Quizá, por la información que nos refiere el paciente, podríamos hacer caso omiso de la situación y continuar a temas relevantes, a pesar de que muchas condiciones del relato, la conducta, entre otras del paciente, hablan por sí solas y dejan en claro que el tema no está saldado en su totalidad como, por ejemplo:

Suponiendo que la paciente llegó a consulta justamente por el tema de la separación, al mencionar sobre el tema, menciona ya no tener problemas, al insistir, vuelve a negar la situación y menciona ya estar restablecida, entonces, la primera objeción obvia que podría realizarse es: ¿entonces que la motiva a seguir viniendo a terapia?

Otro factor relevante es el material referido por la paciente en el momento en que menciona: y no quiero volver a hablar del asunto. Es una cuestión tajante, que confronta al terapeuta y lo moviliza a tomar una decisión clara, si continuar en el tema y buscar en ello qué está sucediendo, o dejarlo pasar.

En cierto modo se podría decir que, con estas suposiciones, estamos frente a un caso que, en realidad, no ha superado en su totalidad el caso de la separación. Y si a eso se le suma la kinésica que demuestra que la paciente miente, pues la conclusión es simple, la persona no ha superado la separación y el tema, por alguna razón, se ha vuelto “campo minado”.

Los siguientes pasos del terapeuta serán seguir o dejar, o en su defecto, buscar en frío algunas cosas que pueden llevarnos nuevamente al tema, sin que el paciente sepa que se ha buscado aquello y así confrontar la situación, empero estas decisiones hablan por sí solas, en cuanto a lo que se refiere al timing y es referido a la ansiedad del terapeuta, en casos justificado, por buscar la verdad y así poder ayudar al paciente.

Es evidente que el terapeuta emitirá este mensaje de ansiedad al paciente, así como también emitirá ciertas molestas en cuanto a lo que el terapeuta descubrió de su

paciente. Microexpresiones, movimientos del cuerpo, manos, muñecas, dirección de las ordenes modificadas, y posiblemente, movimientos contráctiles de los satélites, lo que darán al paciente un sentimiento de hostilidad o percibirá falencias en el rapport. Incluso, porque el terapeuta puede llegar a pensar que sí el paciente o la paciente le ha mentado, es porque la relación profesional se ha visto afectada en algún momento, todo esto, se pronuncia en el lenguaje corporal del terapeuta y lo detectará el paciente, lo que provocará que el terapeuta cometa errores, porque no estará pendiente y objetivamente claro, para determinar el timing justo, en el que podrá confrontar la INR.

El Timing, entonces, para darle una definición precisa, es aquello que el terapeuta percibe que debe decir y encuentra el momento justo para decirlo. Es decir, es ese tiempo que el terapeuta conoce y determina que debe decir algo, que permitirá que paciente pueda llegar a un insight o a la resolución de su conflicto. Esto puede realizarse, siempre y cuando, las condiciones primeras, que ya se han mencionado en cuanto a la ansiedad del terapeuta, no provoquen que este, tropiece con el deseo de dirigir la sesión a ello que el paciente no desea hablar, o con ese deseo (inadecuado a toda luz), de que el paciente, o la paciente en el caso del ejemplo, acepte que no ha superado la situación y que ha mentado, inclusive, para así poder ayudarle, realmente a superar su dolor.

Como se puede observar, mantener la objetividad y la tranquilidad en sesión es prioritario, más cuando la kinésica permitirá al clínico evidenciar mentiras, retrocesos, insatisfacciones en cuanto a la terapia, incluso, aquellas negativas finales, en las que ciertos pacientes se comprometen a realizar algo en particular, pero su lenguaje corporal anuncia claramente que no lo va a realizar o que no se ha comprometido de verdad, es decir, el timing se puede establecer, siempre y cuando el clínico pueda soportar la ansiedad y deshacerse de la necesidad inadecuada de buscar, que el paciente haga lo que creemos que es mejor para él/ella.

- *Umbrales de dolor.*

Para establecer el timing correcto, como se ha mencionado ya, debe existir una objetividad y la eliminación de pensamientos producidos por la ansiedad en el terapeuta, incluso para evitar que la kinésica del clínico, ponga en riesgo el rapport y la empatía, que para el momento debe estar ya establecida.

Sin embargo, es importante saber muchas cosas más del paciente, que nos determinarán si este podría estar preparado o no para enfrentarse a la confrontación y eso se puede establecer, con mucha claridad, en el momento en que el terapeuta, comprende y atiende a los umbrales de dolor del paciente.

En un ejemplo sencillo se puede revisar y comprender de manera sencilla, a lo que se refiere los umbrales de dolor:

Suponiendo que X persona pierde a su mascota, un perro Y que lo ha acompañado por un lapso de un año.

X¹: La respuesta de X es simple, reflexiona sobre la situación y con algo de pena acepta la perdida y busca una nueva mascota, con la intención esta vez de cuidarla mejor y de estar pendiente del mismo. (Umbral de dolor Medio)

X²: La respuesta de X es completamente caótica, la pérdida de su mascota ha sido de una magnitud tal que, al momento de reflexionar sobre ella, pierde todo control y llora, incluso hace referencia en cuanto concluye que la mascota fue parte de la familia y era como un hijo o un hermano. (Umbral de dolor Bajo)

X³: La respuesta de X es muy compleja, en cuanto no hay respuesta, es como si no hubiera sucedido nada, como si existiera en sí mismo un aplanamiento afectivo que no le permite sentir. En su reflexión refiere: Es solo un perro, se compra otro y ya está. (Umbral de dolor Alto)

Es evidente que podrías sacar conclusiones, incluso clínicas de los X expuestos en este ejemplo, empero, no es el caso, la idea fundamental está en los umbrales de dolor de los tres sujetos aquí expuestos.

En cuanto al umbral de dolor digamos que es un “tope”, que va de menor a mayor y que en cada sujeto es diferente, por lo que cada dolor de cada sujeto debe respetarse, puesto que la experiencia del dolor entre las personas es diferente y se la vive de diferente manera. Cuando el tope del umbral de dolor es muy bajo, es muy fácil que cualquier acontecimiento que supere ese tope máximo, le provocará un dolor significativo y, por tanto, con estar personas se debe tener en consideración su posible vulnerabilidad.

En sí, la cuestión de los umbrales de dolor, permitirá al clínico apreciar si es factible o no el lanzar la confrontación de la INR, puesto que será más sencillo identificar, si el paciente está apto para soportarlo, así mismo, este detalle debe ser valorado en un momento justo para realizar la confrontación (Timing) en un ambiente adecuado de empatía y rapport.

- *Funciones mentales superiores.*

La valoración de las funciones mentales superiores, permitirá al clínico establecer el grado de unicidad que tiene el paciente, si está orientado, si puede atender, si puede analizar y sintetizar, si su pensamiento no está alterado, si sus emociones son manejables o si más bien, el paciente ha perdido la funcionalidad del control emocional, si su lenguaje es apropiado, si su discurso no responde a otro tipo de problemáticas, como diagnósticos, que podrían complicar o afectar al paciente, en el caso de realizar dicha intervención, refiriendo y confrontando al paciente aquel material de INR.

En sí, el paciente no tiene la connotación intelectual adecuada, si su pensamiento se ha complicado en algún tipo de patología, si su lenguaje responde a otro tipo de diagnósticos, que pueden ser de tipo psicóticos, por ejemplo, entre otras peculiaridades, el clínico podrá determinar el grado de factibilidad de usar la INR o de no usarla, puesto que, como se ha mencionado antes, esta confrontación debe tener objetivos claros.

- *Diagnóstico*

Ahora bien, si ya se ha conseguido valorar las funciones mentales superiores, se ha establecido la empatía y el rapport, así como se ha conseguido determinar el grado de vulnerabilidad y soporte de sus umbrales de dolor, queda por analizar el diagnóstico, el

mismo que contempla una parte importante para establecer una buena planificación psicoterapéutica.

De inicio, el diagnóstico nos puede dar una guía importante sobre lo que se puede o no se puede hacer con un paciente, empero el diagnóstico clínico por sí solo no permitiría una buena resolución en la toma de decisiones, para el uso de las INR, en sí el diagnóstico clínico debe ir ligado al diagnóstico personalológico, lo que volverá mucho más sencillo el determinar la factibilidad del uso de la INR en ciertos pacientes como, por ejemplo:

- **Rasgos histriónicos de personalidad + Ansiedad** = Se puede correr el riesgo que, al confrontar a este paciente histriónico (Tipo emocional) a la verdad, pueda generar una ansiedad más alta y así provocar un daño iatrogénico en el paciente, quizá en este se deba dotar de recursos para que el umbral de dolor suba, se establezca una relación profesional más estrecha y finalmente se juzgue adecuadamente un timing para realizar la acción de la confrontación de la INR.
- **Rasgos Límites (tipo impulsivo) + Depresión** = Esto puede ser una bomba de tiempo, el confrontar al Límite (Tipo emocional) a la verdad con la INR, podría resultar, inclusive fatal, tomando en cuenta los rasgos límites y la depresión, más si la depresión tiene una profundidad grave y existen ideas suicidas.
- **Rasgos Obsesivos-Compulsivos (OC) + Trastorno de estrés agudo** = El tipo de personalidad OC, es de tipo cognitivo, el mismo que podría ser mucho más sencillo establecer el timing adecuado, siempre y cuando, se tome en cuenta el rapport y la empatía, así como los umbrales de dolor del paciente.
- **Rasgos de personalidad Evitativo + Estrés postraumático** = Este tipo de personalidad es de tipo de Déficit relacional, el cual podría encontrar varios tipos de reticencia en el momento en que el terapeuta trate de usar la INR por el paciente, por lo que se propondría, fortalecer la relación profesional y dar recursos al paciente que le permitan responder adecuadamente ante la arremetida de la verdad, sobre sus problemáticas. Hay que tomar en cuenta que su misma característica de déficit relacional, complicaría mucho el aspecto relacional de paciente terapeuta, así que, el no juzgar el timing adecuado y al no establecer de buena manera la empatía y el rapport, podría ocasionar la deserción del paciente a la terapia, en el momento en que se usara la INR.

EN CONCLUSIÓN

- El uso del conocimiento de la Kinésica en terapia, debe usarse con fines claros, siempre y cuando las condiciones para el uso de la misma, esté acorde a las necesidades del paciente y no a la ansiedad o el deseo del terapeuta, puesto que las más importantes son las expectativas del paciente, que las del terapeuta.
- El uso del conocimiento de la Kinésica en terapia, nos permitirá ingresar a cuestiones que el paciente no desea decir, por lo que, debe juzgarse si este tipo de INR por el paciente, es factible de uso o no, ya que el paciente no nos lo ha comentado, o a mentido, emitiendo un mensaje claro: No le permito buscar o

indagar en ese lugar, por lo menos no por ahora. Esto quiere decir que, ya que la kinésica abre el diario de los pacientes sin permiso alguno, hay que ser cautelosos y el secreto profesional debe ser una prioridad, incluso para el mismo paciente, el cual desconoce que el clínico conoce la realidad de sus emociones e incluso a reconocido sus mentiras.

- Es importante establecer que el psicólogo se debe a sus pacientes y a las personas por las que labora, empero, este conocimiento debe ser usado con responsabilidad y ética, tomando en cuenta que somos un profesional de servicio.

REFERENCIAS

- Fernández H. (2014) *Paisajes de la Psicoterapia*, 1era Reimpresión, Ed. Polemos, Argentina pág. 34
- Hernáez, V. C. (2005). Personalidad, self y salud. *Escritos de psicología*, (7), 35-43.
- Balarezo, L. (2014). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. B. Lucio, "Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Lucio, B. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Editorial Unigraf.