

XXII ENCUENTRO AMIC, 2010

¿Comunicación pos-masiva? Revisando los nuevos entramados comunicacionales y los paradigmas teóricos para comprenderlos

Del 2 al 4 de junio en la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

Grupo de Investigación: Comunicación Intersubjetiva

Autor: José Cisneros

Título de ponencia: “Comunicación Intersubjetiva y Trastorno Obsesivo Compulsivo: Primera parte, explorando un terreno resbaladizo”.

PRESENTACIÓN

El presente texto es el segundo reporte de una investigación en curso acerca de *la Comunicación como mecanismo de autoconstrucción humana y social*. En esta ocasión se exponen los resultados iniciales de un experimento, desde la comunicación intersubjetiva, sobre la aplicación de un nuevo concepto de comunicación como coadyuvante en el tratamiento de un sujeto que sufre de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Es una búsqueda exploratoria que parte del análisis de la relación entre la visión del mundo del sujeto de estudio y la visión de las personas que él mismo considera muy relevantes en su vida. Pero el experimento específico consiste en descubrir si mediante el ejercicio continuo de la *acción comunicativa* el sujeto logra alcanzar una meta académica que durante al menos seis años no ha podido conseguir: la redacción y presentación de su tesis de licenciatura.

Como búsqueda colateral, se experimenta con una estrategia metodológica cualitativa que incluye categorías de vinculación afectiva y un sujeto de estudio como *auto-observador* de su comportamiento, congruentes con el concepto de comunicación planteado. Este referente teórico es el concepto de *Comunicación* connotado como *entendimiento mutuo*, que ya ha sido planteado en reuniones anteriores de la AMIC, y que se sustenta principalmente en aportaciones de Jürgen Habermas y Antonio Pasquali, interpretadas y aplicadas por el autor de este trabajo.

1. El problema: Una mirada nueva en un campo ajeno.

El estudio de la comunicación lo iniciaron sociólogos estadounidenses al concluir el primer tercio del siglo XX, y desde el principio le dieron un doble sesgo: En primer lugar, concebir la comunicación como un proceso

unidireccional, de *emisor a receptor*, con el ánimo de persuadirlo, no para escuchar sus inquietudes, y aunque al poco tiempo incluyeron el *feedback* o mecanismo de *retroalimentación*, esto sólo se hizo para saber qué tanto el *emisor* estaba logrando su objetivo de convencer al receptor acerca de su interés específico, como el de reclutar soldados para la guerra, obtener votos para un candidato o nuevos compradores para ciertas mercancías o servicios. El segundo sesgo fue ligar el estudio de la comunicación al uso de los medios de difusión masiva, y por ello su necesidad de concebirla como un mecanismo de persuasión para llegar a grandes audiencias.

Hasta finales de los años 60 y principios de los 70 surge una propuesta realmente distinta con el concepto de *acción comunicativa* de Jürgen Habermas, por una parte, y la idea de *comunicación* de Antonio Pasquali, por la otra, donde se plantea la necesidad de un intercambio igualitario de mensajes entre los actores de la comunicación, y con la finalidad, no de persuadir el uno al otro, sino de entenderse entre ambos y lograr un acuerdo con respeto mutuo. Es a partir de estas bases como el autor del presente texto inicia una nueva búsqueda para definir el concepto de comunicación como un *mecanismo de autoconstrucción de los seres humanos y los tejidos sociales*, sobre lo cual ya se han presentado algunos trabajos en la AMIC, específicamente en el Grupo de Investigación sobre *Comunicación Intersubjetiva* coordinado por Fátima Fernández y Marta Rizo.

Retomando la idea de la comunicación como mecanismo de autoconstrucción humana, se llevó a cabo una investigación sobre la incidencia de la comunicación intersubjetiva en el tratamiento de un sujeto que sufre de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Para lo cual ha sido necesario responder primero algunas preguntas: ¿Por qué abordar un problema tradicionalmente psiquiátrico?, ¿Qué es el TOC?, ¿Qué se espera descubrir y cómo se pretende colaborar al tratamiento del TOC?, ¿Cuál es la disposición del sujeto que sufre TOC para la investigación, y cuál su participación en ella? Veamos.

1.1 ¿Qué es el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)?

El Dr. Humberto Nicolini¹ (2002) describe el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con la presencia manifiesta y persistente de ideas,

¹ El Dr. Humberto Nicolini es médico psiquiatra certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría, Dr. en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y posdoctorado de la University of California en Los Ángeles, EEUU. Profesor del departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, e investigador nacional del Instituto de Psiquiatría y del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Miembro

pensamientos, imágenes o impulsos que son experimentados como intrusivos (es decir, ajenos a la voluntad de la persona) llamadas *obsesiones*, que frecuentemente vienen acompañadas de conductas ejecutadas también de manera repetitiva, estereotipada, ritualista, percibidas también como innecesarias (al menos inicialmente), y a las que se les da el nombre de *compulsiones*.

Tanto las *obsesiones* como las *compulsiones* infringen un gran sufrimiento en quien las experimenta y le hacen consumir una gran cantidad de tiempo diariamente (de una a tres o más horas), lo cual somete a la persona a limitar su capacidad para funcionar laboral o socialmente. Los *actos compulsivos* se realizan como respuesta a un *pensamiento obsesivo* para disminuir la ansiedad, pero a mediano plazo no la resuelven, sino que favorecen la permanencia del padecimiento y el aumento de su intensidad, de modo que la capacidad para funcionar disminuye más aún.

El TOC en cifras

La frecuencia del TOC es similar entre países de culturas y condiciones socioeconómicas distintas, y los reportes de 2002 oscilan entre 2.5 y 3 %. Por ejemplo, en Estados Unidos el promedio fue de 2.5%, en Argentina de 3%; 2.5 % en Brasil y 3.2% en Puerto Rico. En México fue de 2.8%, que en la población de más de 90 millones de habitantes de ese año significaba la existencia de 2 millones de personas afectadas, y que rebasan con mucho la capacidad de las clínicas psiquiátricas del país (Nicolini: 2002, pp.12-13).

1.2 Las causas del TOC

No se han determinado de manera contundente las causas del TOC, pero existen múltiples caminos de diagnóstico, entre los cuales se encuentran:

- a) Factores de química cerebral: Disminución de la serotonina y probable aumento indirecto de la dopamina.
- b) Factores hormonales: Poco conocidos.

- c) Factores hereditarios: Inicio de la enfermedad a edad más temprana en pacientes con antecedentes familiares de TOC.
- d) Factores inmunológicos.
- e) Factores neurofisiológicos y neuropsicológicos.

El Dr. Nicolini (2002) afirma que en la génesis de las obsesiones participa fuertemente el *super-yo*, pues existe correspondencia entre el aumento de las prohibiciones sociales, o ideas religiosas o existenciales, con la aparición del TOC.

Comorbilidad

La *comorbilidad* consiste en el hecho de que al tener una enfermedad se incrementa el riesgo de padecer otra. El TOC está asociado a otros padecimientos, sin tener una causalidad precisa, como tics, *síndrome de la Tourette*, déficit de atención, trastornos de la alimentación y psicóticos, especialmente la esquizofrenia. Es muy importante resaltar la comorbilidad del TOC para la depresión que llega hasta 70%, y también es alta para otros padecimientos de ansiedad como las fobias, la ansiedad generalizada y la crisis de pánico.

1.3 El tratamiento del TOC desde la Psiquiatría y la psicología.

Dadas las múltiples causas del TOC, el tratamiento es también variado, y va desde la cirugía hasta la terapia conductual. Pero es importante hacer notar que en cada uno de estos caminos no hay algo definitivo, sino que la búsqueda es permanente, y en cada caso se trata de configurar una terapia personalizada que incluya uno o varios de esos elementos.

- a) Psicocirugía: Corte de fibras que vinculan los ganglios basales con la corteza prefrontal, a fin de bloquear esta comunicación neuronal y disminuir la sintomatología obsesivo-compulsiva. Respuesta favorable: 30%.
- b) Farmacología: Empleo de fármacos para inhibir la recaptura de la serotonina. Respuesta favorable: de 40 a 60%. También se recetan medicamentos para inhibir la monoaminoxidasa, el carbonato de litio, medicamentos ansiolíticos, antipsicóticos y anticonvulsivos.
- c) Psicoterapia: Descubrir las causas psicológicas del miedo y la ansiedad, principalmente.

d) Terapia conductual: Considerada como complemento de la Farmacoterapia, consiste en establecer metas de comportamiento a fin de ir abandonando las obsesiones y compulsiones como si se tratara de dejar un mal hábito. Se trata de metas específicas a corto plazo, como reducir 15 minutos el tiempo dedicado a bañarse, por ejemplo, y metas a largo plazo, ligadas a las metas inmediatas pero que paulatinamente reducen los malos hábitos al mínimo. Por ejemplo, llegar a emplear sólo 15 minutos para bañarse en vez de las 4 horas que se empleaban inicialmente.

1.4 El paciente impaciente.

Pasemos ahora al sujeto de estudio de la presente investigación, a quien por respeto a su identidad llamaremos *Joel*. Al momento de iniciar la investigación Joel tenía 34 años de edad es soltero, vivía en casa de sus padres, estudió Ciencias de la Comunicación en una universidad privada pero no había presentado su tesis después de intentarlo varias veces a lo largo de seis años; no tenía empleo fijo y sufría de TOC (por ejemplo, para bañarse tardaba un promedio de tres horas) desde antes de los 20 años.

Joel había estado recibiendo tratamiento psiquiátrico de manera irregular desde 1994, a partir de los 20 años de edad, durante 14 años, con una gran variedad de siquiátras. De 2000 a 2006 no vio a nadie. A algunos los vio en una sola ocasión y a uno lo consultó durante año y medio, pero finalmente lo dejó. No confiaba en que pudiera recuperarse y deseaba irse del país para no ser una carga para sus padres. Tampoco confiaba en que pueda hacer su tesis para completar sus estudios de licenciatura. Había intentado suicidarse dos veces por decepción amorosa.

Joel es el mayor de cuatro hermanos, dos hombres y dos mujeres. Una de sus hermanas, que había sido becaria en mi departamento académico, lo trajo a mi oficina para ver la posibilidad de que le asesorara en su tesis (agosto de 2008). Él me contó que ya había intentado hacerla dos veces y fracasó. También me informó que sufría de TOC, pero por sugerencia de su hermana había venido a ver si podía dirigirle su trabajo de tesis. En ese momento había dejado de ver a su último siquiátra. ¿Qué responderle?

La comunicación como *entendimiento*, confrontada.

Desde 2001, al terminar mi tesis doctoral comencé a replantearme el concepto de *comunicación*. Descubrí sesgos contundentes en las teorías norteamericanas con las que nos formaron a la mayoría de los comunicólogos del mundo. Pero a partir del teórico alemán Habermas (1993), el venezolano Pasquali (1990), el ruso Bajtin (2000) y el chileno Maturana (1987), he venido configurando una mirada sobre la comunicación como búsqueda de entendimiento respetuoso, en una relación biunívoca que tiene como consecuencia lógica la construcción de acuerdos en el tiempo inmediato, y la configuración de una cosmovisión compartida a mediano y largo plazos. Un concepto *idealista* según algunos colegas, una relación ética, según otros. Un concepto indispensable para rescatarnos como seres humanos y para la construcción de relaciones sociales comunitarias, según mi punto de vista.

La idea de aplicar conscientemente este concepto en las prácticas comunicativas cotidianas de un paciente de TOC implicaba también la posibilidad de confrontar el concepto en situaciones complicadas, desconocidas para mí. Pero si asumía que la *acción comunicativa* comunicación nos autoconstruye como seres humanos y como seres sociales, ¿no valía la pena someter al juicio de esta experiencia conflictiva la posibilidad de probar o *disprobar* dicha aseveración? ¿Cuál era el problema de conocimiento? Descubrir si la puesta en práctica del concepto de *comunicación-entendimiento* con un paciente de TOC podría aportar beneficios para su recuperación, o cuando menos el logro de su meta académica.

Como se dijo en el apartado del tratamiento para personas con TOC, no existe un tratamiento único desde la psiquiatría y la psicología, y menos aún desde la comunicación, donde ni siquiera se ha intentado alguna vez. A lo más que se ha llegado es al tratamiento con terapia conductual, pero ligada a la farmacología, no a la comunicación profesional. Por tanto, cualquier intento de abordar el TOC en un paciente desde la teoría de la comunicación, al margen de la siquiatria, se convertía a todas luces en una decisión audaz.

2. Objetivos: La audacia nacida del corazón.

La audacia de una decisión como la señalada anteriormente requiere de asumir un papel social más allá del rol académico tradicional y asumirse como observador participante o como investigador de la salud. Pero un comunicólogo académico no es un investigador médico, y como observador

participante había que definir muy claramente la plataforma social de la que se partía para presentarse frente al sujeto de estudio. En este caso, se trataba de un profesor e investigador de la comunicación que busca la manera de contribuir al desarrollo de los seres humanos.

2.1 ¿Qué es ser *educador*?, ¿Qué es ser *investigador*?, ¿Qué es ser *humano*?

Educador es quien educa, y educa de acuerdo a su concepto de *educación*. En mi caso, asumo la idea de Paulo Freire (1974), quien considera a la **educación** como “La reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo”. Y “...nadie educa a nadie. Nos educamos unos a otros mediatizados por el mundo”. Evidentemente, en muy pocas escuelas se *educa* de acuerdo con este concepto. Más bien se capacita a los estudiantes para responder a las necesidades laborales de los empleadores, pero no para *reflexionar sobre el mundo y actuar para transformarlo*. Y en las mejores escuelas se reflexiona, en el mejor de los casos, pero no se actúa sobre la realidad. Sin embargo, en la medida que la reflexión trascienda las aulas, en esa medida se buscará profesionalmente transformar la realidad para bien de todos. En mi caso, la investigación parte de la reflexión sobre los problemas humanos y sociales, y el intercambio de resultados con otros colegas permite el diálogo pedagógico, mutuamente educador, del que habla Freire, para luego buscar su aplicación en las prácticas sociales.

Pero, ¿qué es ser *investigador*? Desde mi punto de vista, un investigador es un buscador de *saberes* y constructor de conocimiento junto con *otros*. Todo conocimiento es una construcción social, pero requiere de observaciones previas y el planteamiento de preguntas acerca de la explicación de los fenómenos que se observan. Y en el caso de la comunicación, las preguntas que nos planteamos son principalmente acerca de las interacciones humanas, sus límites y sus posibilidades.

Finalmente, ¿qué es un ser humano? Entre infinidad de atributos que se le reconocen, hay uno que claramente diferencia al hombre de los demás animales y seres vivo en general: el ser humano es “el ser capaz de transformar su propio mundo natural y social” (Ergas, 20010), y transformarse a sí mismo junto con el entorno, también.

En resumen, si por *educador* entendemos a *quien educa*, y si por *educar* entendemos *la reflexión y acción del hombre sobre el mundo*

para transformarlo. Y si precisamente esta transformación del propio mundo para bien de todos es lo que nos identifica como seres humanos, la investigación que se propone buscar saberes sobre las interacciones humanas que nos permitan autotransformarnos no puede estar mejor alineada, independientemente de sus logros específicos o sus errores.

2.2 El Sí: *Viajeros en la noche*.

Por tanto, la respuesta a la solicitud del paciente de TOC para dirigir su tesis, siendo un sí definitivo, implicaba los lineamientos siguientes:

- a) El tesista sería, no un *objeto*, sino un *sujeto de estudio*. Es decir, tendría que participar voluntaria y activamente en el proceso de investigación. Su rol sería de *asistente de investigación*, con toda la libertad para sugerir caminos y discutir resultados, siendo además *observador de su propio comportamiento*.
- b) La búsqueda de respuestas carecía de experiencias previas, por lo que existiría una corresponsabilidad en los avances, encuentros y desencuentros de la investigación. Y de su propio trabajo surgiría la tesis a presentar como proyecto final de la licenciatura.
- c) Esta corresponsabilidad en la búsqueda de respuestas era perfectamente congruente, tanto con el concepto de comunicación entendido como “el intercambio de mensajes entre seres éticamente autónomos que tienen la mutua voluntad de entenderse y construir acuerdos”, como con el concepto de educación enfocado a “reflexionar y actuar” sobre el TOC, desde la comunicación, para tratar de aliviarlo en alguna medida.

Teniendo en cuenta, entonces, un horizonte desconocido, la voluntad de enfrentarlo, y siendo conscientes de la corresponsabilidad, iniciamos el trabajo como quien camina por la noche en un desierto desconocido (recordando la novela de Javier Sicilia²), pero seguros de querer caminarlo.

2.3 Objetivos fundamentales.

² Javier Sicilia (2006) escribió una pequeña pero intensa novela titulada *Viajeros en la noche*, que narra un recorrido físico y espiritual por el desierto del Sahara a principios del siglo XX, “el viaje de los místicos, de esos hombres que se lanzan en medio de la noche y repentinamente dan en el blanco que nadie veía, que nadie imaginaba...” Editorial Jus. México.

Dado que la investigación específica acerca de la comunicación intersubjetiva en el paciente de TOC forma parte de una investigación mayor titulada “Comunicación y vida: Los procesos de comunicación en la autoconstrucción del ser humano”, es necesario explicitar los objetivos de ésta, pues no sólo forman parte de los objetivos de la primera, sino que a ellos se agregan nuevos objetivos específicos.

2.3.1 Objetivo general

Conocer si a través la comunicación con personas consideradas muy relevantes por los sujetos de estudio, éstos han moldeado significativamente su *forma de ver el mundo*.

Operativamente se considera la *forma de ver el mundo* lo que los sujetos de estudio declaran acerca de su salud, de la economía, la política, la educación, la familia, la amistad, el sexo, la religión, la muerte y la vida.

2.3.2 Objetivos específicos

- 2.3.2.1 Conocer aquello que los sujetos de estudio expresan acerca de su salud, la economía, la política, la educación, la familia, la amistad, el sexo, la religión, la muerte y la vida (*forma de ver el mundo*).
- 2.3.2.2 Contactar a quienes los sujetos de estudio consideran las personas más relevantes en su *forma de ver el mundo*.
- 2.3.2.3 Conocer la *forma de ver el mundo* de las personas consideradas más relevantes por los sujetos de estudio.
- 2.3.2.4 Comparar la *forma de ver el mundo* de los sujetos de estudio con la de las personas consideradas por ellos como las más relevantes en dicha configuración personal.

Ahora bien, teniendo como referencia o *telón de fondo* los objetivos a lograr con todos los sujetos de estudio de la investigación mayor, incluyendo al paciente de TOC, para la investigación específica de éste había que agregar dos tipos de objetivos más: uno particular y otros específicos:

2.4 Objetivo particular

Lograr que el paciente de TOC participe activamente en la investigación sobre “Comunicación y vida: Los procesos de comunicación en la autoconstrucción del ser humano”, hasta lograr la elaboración y presentación de su tesis como resultado de su trabajo personal.

2.5 Objetivos específicos

- 2.5.1 Involucrar al paciente de TOC en la concepción teórica y metodológica de la investigación de referencia.
- 2.5.2 Asignar tareas específicas de investigación al paciente de TOC y supervisar su desempeño.
- 2.5.3 Dirigir al paciente de TOC en el diseño de la estructura y la elaboración de su trabajo de tesis.
- 2.5.4 Participar como sinodal en la presentación final de la tesis del paciente de TOC.

Una vez definidos el objetivos particular y los objetivos específicos del trabajo de investigación con el paciente de TOC, se procedió al trabajo operativo.

3. Herramientas metodológicas: ¿Cómo caminar en la oscuridad?

La herramienta básica para abordar a todos los sujetos de estudio y sus vínculos sociales más fuertes fue la misma, la denominada por el investigador como *Entrevista comprensiva*³, y que ya ha sido descrita en un reporte anterior presentado ante la AMIC (Cisneros, 2009).

Ahora bien, la *Entrevista comprensiva* funciona como instrumento técnico para tratar de capturar un resumen de la *visión del mundo* de los sujetos en estudio, pero ¿qué herramientas metodológicas emplear para involucrar, guiar e impulsar a un paciente de TOC para el desarrollo de una investigación académica y la elaboración de su tesis? Esto es, nuevamente, abrir un camino en la selva asfixiante, o caminar en la noche del desierto. ¿Cómo orientarse en un terreno desconocido?

³ Estamos hablando de una técnica diferente en su concepción a la *encuesta* y a la *entrevista de profundidad*, y que por ahora llamamos *entrevista comprensiva*, en la medida que trata de obtener información sobre las percepciones y valores que pueden significar una resumida *visión del mundo* del entrevistado. Las reglas generales de toda entrevista se siguen respetando en cuanto al establecimiento de *rapport* entre entrevistador y entrevistado (Sierra, 1998). Asumiendo lo que dice Jesús Galindo acerca de que “la investigación académica, y de la otra, se parece más a un proceso sólo administrativo y de movilidad burocrática, que un ejercicio creativo de exploración y de sensibilidad estética” (Galindo: 1998, 19), aquí se ha preferido *pecar* como “explorador” y disfrutar la dimensión afectiva de la conversación, aún cuando se trate de las mismas preguntas para todos los participantes, que *sujetar* la entrevista a un formato ya establecido.

Por supuesto, la mejor manera de caminar en un entorno extraño es acudir a los instrumentos que se tienen a mano: brújula, lámpara, cuerda, navaja, etc. En este caso, la única herramienta que podía funcionar como brújula es el **diálogo**, la práctica de la comunicación intersubjetiva que siempre ha de apuntar al *norte*: el mutuo entendimiento. Siempre y cuando el diálogo se base principalmente en el concepto de *acción comunicativa* y no únicamente en el de *acción estratégica* (Habermas, 1993), pues sólo el primero nos puede llevar al acuerdo basado en la mutua voluntad.

Junto con el diálogo respetuoso y bivalente, otra herramienta indispensable son los **textos periódicos**, puesto que si al final del camino habría que presentar un documento complejo y bien estructurado llamado *tesis*, es indispensable ejercitar la redacción de ideas bien estructuradas y sustentadas en las lecturas o en las experiencias vividas.

Pero más allá de estos dos instrumentos, resultaba indispensable desarrollar una relación humana congruente con el concepto de comunicación que busca realmente el entendimiento entre los actores del proceso. Y esta relación humana no puede darse sin una **apertura afectiva** y una **intuición consciente**. Los científicos más reconocidos como Albert Einstein (2009) afirman que en la base profunda de la ciencia está la *intuición del científico*, en conocimientos indemostrables que desencadenan y animan la búsqueda sistemática:

No hay camino lógico que lleve a (...) leyes fundamentales. Debemos dejarnos conducir por la intuición, que se basa en una sensación de la experiencia (Einstein, 2009: 131).

Por otra parte, en un proceso de comunicación donde se respeta *al otro* (Bajtín, 2000), *éticamente autónomo* (Pasquali, 1990), con sus propios valores, y se busca *un acuerdo que los compromete a ambos* (Habermas 1993), necesariamente tiene que haber una apertura afectiva explícita, transparente, y una observación siempre atenta, a fin de evitar la manipulación de alguno de los actores. Nada fácil, pero a fin de cuentas un reto valioso e indispensable de afrontar para avanzar en esta búsqueda.

En resumen: Se construyó una entrevista con características metodológicas nuevas: Que es estructurada pero con respuestas a profundidad y diferentes en cada sujeto de estudio; que incluye el diálogo con el entrevistador como en la entrevista periodística *de semblanza* pero además comentarios personales de éste. Y, finalmente, que su aplicación

dejó un notorio sentimiento de gratificación en el entrevistado como consecuencia del diálogo.

A contrapelo de la tradición metodológica, en esta búsqueda la relación afectiva del sujeto de estudio con el investigador es permitida explícitamente en congruencia con el concepto de comunicación que sirve de referente teórico, sin que por ello el investigador pierda la posición de observador participante con el sujeto de estudio, y donde éste tiene conciencia de ambos planteamientos. La apertura afectiva y el rol explícito de la intuición, si bien son congruentes con el concepto de comunicación como *entendimiento*, también significan un rompimiento con los cánones de la *objetividad científica* que hemos heredado en México, y de acuerdo a los cuales no debe haber involucramiento personal del investigador. Por ello, constituyen un reto y un riesgo que el investigador aceptó con la idea de hallar un nuevo camino para coadyuvar al tratamiento del TOC desde la comunicación, así como para registrar una posible experiencia *terapéutica* desde la comunicación *intersubjetiva*.

El misterio es lo más hermoso que no es dado sentir. Es la sensación fundamental, la cuna del arte y de la ciencia verdaderos (Einstein, 2009: 14)

Finalmente, con estos cuatro elementos, dos herramientas (diálogo y textos periódicos) y dos actitudes (apertura afectiva e intuición consciente), se llevó a cabo la primera parte del trabajo de investigación con el paciente de TOC, de agosto de 2008 a mayo de 2010.

4. Resultados: Dos pasos adelante, uno atrás; ¿dos atrás?

Dadas las limitaciones de espacio del presente trabajo, no abordaré aquí en detalle los encuentros respecto de los objetivos generales de la investigación “Comunicación y vida: Los procesos de comunicación en la autoconstrucción del ser humano” (sobre la *visión del mundo*) para el caso de Joel, como se hizo en el reporte anterior presentado en el encuentro AMIC de 2009 (Cisneros, 2009) respecto de otro sujeto de estudio, sino que me centraré en los objetivos específicos de la investigación con Joel.

Atendiendo a la investigación particular acerca del tratamiento de Joel mediante procesos de acción comunicativa, el resultado inmediato parece exitoso: El objetivo particular y sus derivados específicos se lograron en un lapso de 21 meses, a pesar de muchas dificultades que se fueron encontrando en el camino. Joel presentó su tesis el 6 de mayo de 2010 con bastante éxito frente a los sinodales y delante de sus familiares. Pero este

final feliz, aunque es un enorme logro de Joel en relación con su enfermedad y un desempeño eficaz en cuanto a los objetivos de la investigación, no es una solución contundente respecto del TOC, por lo que vale la pena analizar un poco más en detalle los resultados y la manera en que se obtuvieron, a fin de dimensionar en lo que vale el aprendizaje obtenido. Tomaremos como base los objetivos planteados para el caso especial de Joel, pero iniciando con los objetivos específicos y cerrando luego con el objetivo particular.

4.1 Involucrar al paciente de TOC en la concepción teórica y metodológica de la investigación de referencia.

Este objetivo se logró mediante dos actividades: el encargo de tareas de **lectura** de artículos de referencia en la investigación general (*comunicación y autoconstrucción humana*), así como libros de autores en los que se sustenta el tema (Habermas, Pasquali, Maturana, Bajtin, Piaget) y literatura sobre el TOC. Por otra parte, el **diálogo** recurrente para conversar sobre dichos temas, pero también sobre muchos otros asuntos planteados por el paciente, como por ejemplo, acerca de las relaciones afectivas de éste con su familia y los conflictos con su novia actual y su novia anterior, o inquietudes laborales.

Cabe mencionar que el diálogo personal estaba complementado con frecuentes llamadas telefónicas, correo electrónico y eventos familiares del *paciente-asistente*, y abarcó los 21 meses de la etapa de investigación que se reporta.

El involucramiento del paciente con la concepción teórica no se dio en extensión, es decir, que ampliara la búsqueda por su cuenta a un sugirió y revisó media docena más, pero sí se involucró con mucha claridad en el enfoque de los conceptos.

4.2 Asignar tareas específicas de investigación al paciente de TOC y supervisar su desempeño.

Las tareas fueron de dos tipos:

- 4.2.1 Realizar cinco *entrevistas comprensivas* de las personas vinculadas con otro sujeto de estudio.
- 4.2.2 Redactar experiencias puntuales sobre sus percepciones, crisis y autoconocimiento de la evolución del TOC en él.

Las entrevistas fueron realizadas puntualmente, con profesionalismo, de acuerdo a los conceptos y criterios acordados. Es de hacer notar que

uno de los entrevistados sugerido se resistió durante tres semanas, y finalmente se negó, pero el asistente hizo todo lo que estaba en su mano durante ese tiempo para conseguir la entrevista, y a continuación ésta fue sustituida por la de otro recomendado del sujeto de estudio. En cuanto a la redacción de experiencias puntuales acerca del TOC, éstas fueron más escasas debido a tres causas: La centralidad del trabajo de investigación y elaboración de la tesis; una experiencia laboral de varios meses a la que el paciente se dedicó durante el período de investigación, y la preocupación por escribir con mucha claridad tales experiencias. No obstante, el nivel de reflexión de sus escritos puede considerarse de muy buena calidad.

4.3 *Dirigir al paciente de TOC en el diseño de la estructura y la elaboración de su trabajo de tesis.*

Este objetivo se logró mediante dos actividades:

- 4.3.1 Analizar las entrevistas realizadas de acuerdo a las categorías definidas para la investigación general (A: Cuerpo, B: Ánimo, C: Intelecto, D: Familia, E: Amistad y F: Autoconfiguración).
- 4.3.2 Redacción de su tesis de acuerdo a un esquema previamente definido.

El análisis de las entrevistas presentó de inicio una gran dificultad al asistente para abstraer las semejanzas y diferencias en la *cosmovisión* de los entrevistados debido a la originalidad en la mayoría de las respuestas de todos los entrevistados. Es aquí donde el investigador dio su mayor apoyo al asistente a fin de estructurar el análisis.

Por lo que respecta a la redacción de la tesis, fue la tarea que más tiempo le llevó al asistente en razón de tres causas: Una gran inseguridad para entregar avances debido a la *obsesión* por entregar un texto *perfecto*, la recaída en conflictos afectivos, y una gran dificultad para concentrarse en el trabajo. De los 21 meses de trabajo la mayor parte se empleó en esta actividad.

Cabe observar que, a diferencia del apoyo del investigador en el análisis de las entrevistas, en la redacción de la tesis su función fue de supervisor cada vez más exigente con el asistente. Un *supervisor-amigo*, pero finalmente *supervisor*. La razón de este rol obedece a dos razones: a) El logro de la redacción de la tesis tenía que ser asumido completamente por el paciente, tanto por la

seriedad académica como para superar sus frustraciones anteriores debidas al TOC; b) Durante la experiencia laboral intermedia (como vendedor de autos), el paciente logró desarrollarse exitosamente en poco tiempo debido, además de su capacidad, a la exigencia inflexible de su jefa y amiga. La observación de esta experiencia por parte del investigador y la demanda de los requisitos académicos hicieron inevitable esta conducta de supervisión.

Por otra parte, es muy importante destacar una eventualidad que escapó absolutamente a toda previsión del investigador y del asistente, y que terminó favoreciendo la culminación del texto por parte del paciente. Durante el año 2009, mientras el tesista hacía grandes esfuerzos por concentrarse en la redacción del documento terminal, la institución universitaria, por disposición de la Secretaría de Educación Pública del país, amplió los procedimientos de titulación de sólo la tesis a la *tesina*, a la titulación por promedio de calificaciones y a la presentación de un proyecto profesional. El asistente se acogió a esta nueva disposición y asumió la redacción de una tesina que, aunque conservó la estructura metodológica de una tesis, la extensión del documento se redujo a la mitad, favoreciendo con ello la concentración del paciente de TOC a un período de tiempo menor.

Lo anterior no quiere decir que el factor de extensión del texto eliminara la dificultad de concentración en su redacción por parte del paciente, como si de flojera se tratara, sino que la presión de esta dificultad se redujo cronológicamente. La pregunta que queda pendiente es: ¿Sin esta reducción del texto, el paciente de TOC hubiera culminado exitosamente su trabajo de tesis? O dicho de otra manera, aludiendo a Einstein, esta pregunta específica seguirá por ahora en el *misterio*.

4.4 *Participar como sinodal en la presentación final de la tesis del paciente de TOC.*

Este objetivo tiene que ver con la evaluación del logro del paciente y la observación de su desempeño por parte del investigador hasta el final de esta etapa. El cumplimiento del objetivo consistió en dos actividades: La entrega de la tesina a los sinodales del jurado para su revisión y observaciones, y la presentación final del trabajo ante los sinodales y la familia del paciente.

La lectura de los sinodales aportó observaciones mínimas debido a que el texto cubrió adecuadamente los estándares de los trabajos *receptionales* de la licenciatura estudiada. Vale la pena aclarar que la capacidad intelectual de este paciente de TOC nunca estuvo ni ha estado en duda.

En cuanto a la presentación del trabajo, la hora en que los sinodales podían (8:00 a.m.) presentó una dificultad adicional para el paciente de TOC, pues a la tensión nerviosa natural en una presentación final, y en este caso después de varios intentos y frustraciones a lo largo de años, se añadió el desvelo y la presión debida a su ritual de limpieza personal que le ocupa tres horas en promedio. Frente a esta situación la familia entera lo apoyó en los preparativos para estar a tiempo, y lo lograron.

Al iniciar la presentación el tesista agradeció a su familia el apoyo, y en ese momento toda la tensión pasada se le hizo presente, se quedó sin palabras, se le humedecieron los ojos, pidió disculpas, y parecía que no podría continuar. El investigador intervino para decirle que estaba bien y que se tomara su tiempo. Lo mismo dijeron los otros dos sinodales. En menos de un minuto Joel se repuso e inició la exposición de su trabajo de una manera clara, ordenada, e incluso amena. Al terminar, fue interrogado por los sinodales y sus respuestas fueron muy adecuadas. Aprobó por unanimidad sin ningún contratiempo.

4.5 Objetivo particular

Lograr que el paciente de TOC participe activamente en la investigación sobre “Comunicación y vida: Los procesos de comunicación en la autoconstrucción del ser humano”, hasta lograr la elaboración y presentación de su tesis como resultado de su trabajo personal.

Efectivamente, aunque con altibajos durante el proceso de investigación, Joel se involucró de principio a fin hasta lograr la presentación de su tesina. Pero hubo tres periodos de retraso que es necesario comentar, pues fueron críticos y en ellos pudo haber fracasado la búsqueda.

El primero surgió a los tres meses de trabajo, cuando una amiga le ofreció un empleo de tiempo completo como vendedor de autos para mantenerse económicamente y no depender de sus padres. Dado que en la entrevista comprensiva Joel había declarado que su padre estaba preocupado sólo con los asuntos económicos, y su madre apoyaba a su

mentor, la decisión de trabajar y dedicar a la tesis sólo tiempos marginales parecía un riesgo necesario para lograr una independencia personal. Joel empezó su nuevo trabajo en un periodo de capacitación, y después de un mes empezó a promover las ventas. Pasó otro mes sin lograr concretar alguna y fue sólo hasta el tercer mes que concretó su primera venta. Mientras tanto se dio cuenta que el empleo era absorbente, y tomando en cuenta además su compulsión, no le quedaba tiempo alguno para avanzar en su tesis. Solicitó a su amiga y jefa cierta consideración para tener tiempos libres para su tesis. Pero la amiga se lo negó. Para entonces habían pasado tres meses y las primeras clientas de Joel mostraron una gran satisfacción con su servicio, pues les explicaba al mínimo detalle no sólo las características de los autos, sino los diversos planes de pago, aseguramiento y servicios de mantenimiento.

Después de tres meses se planteó la decisión de abandonar su empleo para continuar con la tesis y se lo expuso a sus padres y al investigador. Ambos coincidimos que valía la pena dejar las ventas para terminar con su tesis. La amiga se molestó y le dijo que si renunciaba no lo volvería a recibir. Joel asumió la situación y renunció, sin embargo no fue para él una frustración debido al trato amable que sus pocas clientas le daban y que lo reconocían como un magnífico vendedor. Por otra parte, sintió la solidaridad de sus padres y decidió apoyarlos nuevamente en los trabajos de promoción del negocio de éstos, un salón de fiestas.

El segundo momento difícil comenzó aquí, pues Joel casi no avanzaba en su tesis debido a todo el tiempo dedicado a apoyar en el negocio de sus padres, ya que, debido a TOC, cada actividad quería hacerla perfecta y esto le ocupaba demasiadas horas. Estas dificultades, a veces más y a veces menos intensas, siguieron durante casi todo el tiempo de la investigación.

El tercer momento difícil surgió por su reencuentro con la novia por la que había intentado suicidarse la segunda vez. Salió incluso de su casa para vivir con ella en un departamento pagado por la familia. Fue otra época muy tormentosa de encuentros y desencuentros entre la pareja y con la familia de él. Posteriormente, la relación volvió a hacer crisis y los padres intervinieron para regresarlo a su casa. Por supuesto, la tesis volvió a sufrir un retraso importante durante este tiempo.

Finalmente, el investigador-asesor tomó el papel de supervisor estricto y empezó a exigir resultados de avance académico al paciente de TOC. La respuesta no fue inmediata ni del todo satisfactoria, pero a partir de entonces empezó a presionar hasta lograr que el tesista concluyera el documento.

5 Reflexión: “Al andar se hace camino...” si te guías por las estrellas.

No hay duda que se lograron los objetivos planteados, pero también el azar jugó su parte, como en todo proyecto humano. El investigador y el paciente de TOC fortalecieron su relación humana entre ellos y con toda la familia. Vale la pena comentar que en la entrevista aplicada al paciente de TOC sobre su cosmovisión 20 meses antes, visualizaba a su familia como un grupo con el que mantenía mutuo rechazo. Visión que cambió a los largo de este tiempo en el paciente, pues realmente dicho rechazo no existía de parte de su familia, como pudo comprobar el investigador tanto en las entrevistas a sus familiares como en el trato amistoso a los largo de los 21 meses de esta etapa de investigación.

Aquí vale la pena preguntarse ¿qué hizo al paciente de TOC cambiar su visión conflictiva con su familia? Esto no quiere decir por, por supuesto, que entre ellos no haya discusiones normales en toda familia, pero sí que es notorio el cambio de opinión de Joel sobre sus familiares, y especialmente acerca de sus padres. Una posible explicación de este cambio puede consistir en la convivencia que se dio entre el paciente de TOC y sus padres respecto del proyecto de la tesis que se asumió como una responsabilidad familiar, con innumerables muestras de solidaridad a pesar de las discusiones sobre asuntos de logística. Tal vez en menor parte contribuyó también la relación del investigador con toda la familia, y las relaciones de sus miembros también con la familia del investigador. Estas relaciones se iniciaron teniendo como eje el proyecto común de la tesis de Joel, pero fueron evolucionando hasta convertirse en relaciones de amistad, incluso antes de que se lograra el objetivo académico y sin tener la seguridad de conseguirlo.

Pero existe otro elemento a destacar: Joel continuó la relación con su novia a pesar de los conflictos entre ellos y con su familia. También es importante anotar que en la sesión de la presentación de la tesina estuvo presente la novia de Joel, a pesar de la incomodidad que ocasionó en la familia del tesista y la tensión en la que ella misma estaba por encontrarse socialmente aislada. Al terminar la sesión exitosa de Joel, ella se retiró en silencio sin acercarse a él, y sin que éste se inmutara. ¿Qué papel jugó esta relación en la meta de Joel? Directamente fue negativa, pues Joel dejaba de avanzar en el trabajo

académico mientras estaba con ella. Pero desconocemos a nivel profundo en los sentimientos de Joel qué repercusiones pudo tener en su ánimo para continuar con el proyecto. Aquí anotamos otra pregunta que queda pendiente.

Por otra parte, es importante reflexionar también sobre algunos aspectos específicos de la investigación. Como se dijo antes, el *paciente-asistente* tardó mucho tiempo en el proceso de investigación y redacción del texto, pero no en la tarea específica de llevar a cabo las entrevistas de las personas que se le asignaron. El empleo de mucho tiempo en culminar el proyecto es claramente explicable por la naturaleza del TOC que lo impele a regresar una y otra vez sobre la misma actividad, y por los conflictos personales en los que se involucra, pero la prontitud y profesionalismo en la ejecución de las entrevistas abre preguntas y reflexiones sobre sus posibles causas:

¿Es el *gusto* de iniciar una comunicación interesante lo que generó tal conducta? ¿Es la valoración de la expresión de otras personas, como el paciente de TOC desea que se valore la suya, lo que lo movió a entregarse a dicha actividad? ¿Es la aventura de conocer otras visiones de la vida lo que impulsó al *comunicólogo* a cumplir escrupulosamente con el encargo? ¿Se debe acaso a que la oportunidad de entrevistar a las personas sólo se presentaba una vez? ¿Es lo específico de la tarea apoyada en un cuestionario ya elaborado? ¿Fue la mezcla de algunas de estas preguntas o la conjunción de todas ellas? ¿Qué otras explicaciones puede haber? Habrá que continuar la indagación sobre este punto, pues de algún modo esta conducta supera las limitaciones del TOC, y por tanto es una explicación muy relevante tanto para el tratamiento del TOC como para la investigación sobre la comunicación intersubjetiva.

Vale la pena también preguntarse lo contrario ahora: ¿Qué beneficio aportó la *comunicación intersubjetiva* al paciente de TOC involucrado en la investigación?

Tanto la comunicación de Joel con su familia en relación con el proyecto de tesis, como el intercambio inicial del investigador con los padres no puede ubicarse dentro del concepto de comunicación orientada al *entendimiento* (Habermas, 1993), sino como *acción estratégica* enfocada al éxito (la tesis). Sin embargo, la primera conversación del investigador con Joel rebasó la respuesta de un asesor de tesis y se orientó al entendimiento. El acuerdo final consistió en integrar las búsquedas académicas tanto del paciente de TOC como del investigador. Ninguno de los dos estaba obligado ni presionado para tomar este acuerdo, sino que fue el fruto de *prestarse oídos* mutuamente.

A partir de ese momento hubo dos tipos de intercambio de mensajes: uno orientado a lograr la tesis de Joel y avanzar en la investigación (*acción estratégica*), y otro a hablar sobre las inquietudes y angustias de Joel respecto del TOC y de su vida, sin una meta utilitaria. Lo mismo ocurrió con los padres, hermanas, hermano y un amigo de Joel. Empezaron las conversaciones sobre la tesis y se abrieron luego a la vida. Empezó a nacer una amistad (*vinculaciones amorosas*, Maturana, 1987) de persona a persona y de familia a familia. Hay un *entendimiento* cada vez más personal, y en eso seguimos.

¿Qué tanto este contexto de *entendimiento* humano grupal contribuyó al éxito académico de Joel? No lo sabemos, pero es difícil imaginar la culminación del esfuerzo, en 21 meses, sin este factor. Sin embargo, es necesario también dejar muy claro que este experimento no es suficiente para saber si los procesos de *comunicación-entendimiento* sanan en alguna medida al paciente de TOC. Porque una cosa es que se hayan logrado los objetivos académicos que la enfermedad dificultaba, y otra que el trastorno haya cedido en alguna medida con dicho logro. Para ello habrá que continuar la investigación de manera cada vez más puntual.

Desde la perspectiva conceptual, las relaciones individuales y familiares del investigador con el paciente de TOC y su familia se basaron siempre en el concepto de comunicación sujeto a prueba: *El intercambio de respetuoso de mensajes con la mutua voluntad de entenderse y construir juntos un acuerdo*. Hasta el momento los procesos de comunicación basados en este concepto han operado positiva y claramente. Sin embargo, en la parte final del trabajo de tesis la relación con el paciente de TOC funcionó mediante la *acción estratégica con arreglo a fines* (Habermas). Vale decir que las relaciones de amistad continúan al día de hoy y se valora mucho el *intercambio de mensajes con la mutua voluntad de entenderse*, pero también es claro que no sabemos si sólo con este tipo de comunicación se hubiera logrado el objetivo académico, o cuánto tiempo más se hubiera requerido para lograrlo. De hecho, los resultados nos llevan a pensar en su necesaria combinación. Veamos:

En las relaciones cotidianas no se dieron sólo *acciones comunicativas*, y resulta muy difícil, si no imposible, pensar que ello sea factible. Más bien las *acciones estratégicas* aparecen como necesarias para llevar a cabo los acuerdos generados en las primeras. El punto sustancial de la reflexión a partir de esta experiencia es considerar las *acciones comunicativas* como indispensables, claramente diferenciadas de las *acciones estratégicas*, para guiar la convivencia de vinculaciones afectivas y productivas, pero integrar también las *acciones estratégicas* como el mecanismo para llevar a cabo los acuerdos libremente adquiridos.

En otras palabras: Son las *acciones comunicativas*, acciones amorosas (Maturana), las que dan sentido a las relaciones humanas y a la creación de comunidades verdaderas, pero ello no implica que las *acciones estratégicas* no sean necesarias. Por el contrario, éstas resultan indispensables para hacer operativos los acuerdos libres, autocomprometidos, de los actores del proceso de entendimiento. Pero también es necesario considerar que enfocarse sólo a las *acciones estratégicas* es un contrasentido humano y social, porque terminan centrándose en los intereses personales de cada *estratega*, y por tanto, debilitan o rompen los vínculos humanos en aras del éxito individual. La combinación eficaz es aquella donde las *acciones comunicativas* generan los objetivos comunes, y las *acciones estratégicas* el movimiento hacia la consecución de tales metas.

Respecto del planteamiento teórico-metodológico, es necesario ratificar el enfoque epistemológico *constructivista* de Piaget (1989), por una parte, y por otra destacar el valor que Einstein (2009) la da a la *intuición* como disparador de búsquedas científicas y artísticas. Sin estas dos miradas, y los ejemplos cercanos de los investigadores Jorge González Sánchez y Jesús Galindo Cáceres (aunque los errores serán sólo míos) con sus respectivos proyectos de investigación, no tendría la confianza para arriesgarme a una búsqueda sin un camino previo. Por ello también me atrevo a modificar algunos instrumentos como *la entrevista comprensiva* que incluye puntos de vista del investigador, así como la construcción de categorías como las *vinculaciones afectivas*, y el sujeto de estudio que es además *auto-observador* de su proceso.

Finalmente, el presente trabajo, que es sólo una parte de la investigación general sobre la comunicación como mecanismo de autoconstrucción de los seres humanos, me estimula para seguir en la ruta planteada por el concepto de comunicación como búsqueda de entendimiento entre seres éticamente autónomos (Pasquali) y el desarrollo de vinculaciones amorosas (Maturana). Amor, intuición y respeto son, a fin de cuentas, como en la navegación de antaño, las estrellas que guían esta búsqueda académica.

Bibliografía

Bajtín, Mijaíl (2000). *Yo también soy. Fragmentos sobre el otro*. Taurus, México.

Cisneros, José (2009). “Comunicación y vida: Los procesos de comunicación en la autoconstrucción del ser humano. Avances de investigación”. Ponencia,

en C. D. Memoria del XXI Encuentro Nacional AMIC 2009. *Las sociedades de la comunicación, red y del conocimiento frente a la primera crisis económica del siglo XXI*. Del 15 al 19 de junio de 2008. Puebla, Puebla, México.

Einstein, Albert (2009). *Mi visión del mundo*. Tusquets. México.

Ergas Benmayor, Dario (2010) www.darioergas.com. Visitado el 6 de enero de 2010.

Freire, Paulo (1974). *La educación como práctica de la libertad. Siglo XXI*. Editores. México.

Galindo, Jesús (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Editorial Pearson-Addison Wesley Longman. México.

Habermas, Jürgen (1993). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Editorial Rei. México.

Maturana, Humberto y Varela, Francisco (1987). *El árbol del conocimiento*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.

Nicolini, Humberto (2002). *“Repitiendo una y otra vez”. La enfermedad Obsesivo Compulsiva*. Editorial Carraci. México, D. F.

Pasquali, Antonio (1990). *Comunicación y cultura de masas*. Monte Ávila Editores. Caracas, Venezuela.

Piaget, Jean y García, Rolando, (1989), *Psicogénesis e historia de la ciencia*, México, Siglo XXI Editores.

Sierra, Francisco (1998). “Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social”. En: Galindo, Jesús (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Editorial Pearson-Addison Wesley Longman. México.