III

LA COMUNICACIÓN VERBAL (CV) Y NO VERBAL (CNV)

J.A. Flórez Lozano

Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

«No encuentres la falta, encuentra el remedio»
Henry Ford (1844-1929)

INTRODUCCIÓN

En la relación del médico y/o enfermera con el paciente existe un continuo intercambio de mensajes entre el «emisor» y el «receptor», del cual va a depender, en gran parte, la eficacia terapéutica y los diversos problemas psicopatológicos derivados de una hipotética relación «disfuncional». Los seres humanos cuentan básicamente con dos niveles de comunicación: La comunicación verbal (CV) y la comunicación no verbal (CNV). Ambos tipos de comunicación, adquieren matizaciones claramente distintas en función de la variabilidad cultural; así, por ejemplo, los europeos mantienen importantes distancias interpersonales; se ha sustituido el contacto físico como sistema comunicativo por el de las palabras o incluso los «informes» escritos de un ordenador.

Incluso en la experiencia clínica cotidiana, como consecuencia de la masificación de la asistencia sanitaria, del escaso tiempo y de la biotecnología abrasiva, ha ido disminuyendo progresivamente el intercambio verbal (Hall, 1959), prescindiendo de esta forma del primer y más importante instrumento terapéutico, que es *la palabra*.

El manejo y el entrenamiento en los procesos de comunicación, se nos hace especialmente importante. La manera de realizar afirmaciones, preguntas y respuestas es una parte muy importante del proceso comunicativo entre los individuos; la forma en que se ordenan las palabras en una afirmación o en una pregunta, puede afectar a la manera de contestar del individuo y, ello, puede hacer relativamente fácil o difícil que el paciente responda de manera adecuada. La co-

municación se puede hacer sencilla o muy complicada, en particular, cuando ignoramos la personalidad y cultura del paciente; es necesario desarrollar preguntas sencillas, sin ningún tipo de ambigüedad.

El contexto y las circunstancias en que se desarrolla la comunicación interfieren en los mensajes, en los símbolos y en los contenidos. Y hay que reconocer que las circunstancias son muy especiales (hospital, laboratorio, urgencias, UVI, etc.). Así, por ejemplo, en una de nuestras observaciones, hemos podido comprobar la siguiente afirmación de un paciente a una enfermera: «*Confío plenamente en Vd. y siento una gran satisfacción en que haya venido a hablar conmigo*». Evidentemente, este tipo de afirmación, en absoluto, quiere decir lo que se podría desprender de la frase, porque fácilmente podemos entender que en una primera entrevista de contacto «nadie» va a confiar plenamente en nosotros.

Sin duda, la separación entre los dos sistemas básicos de comunicación es realmente artificial, ya que continuamente existen implicaciones mutuas entre ambos sistemas. Así, por ejemplo, junto al contenido de la conversación, puede ser más útil e interesante la velocidad al hablar. El paciente, puede tratar de convencer a la enfermera de que «se encuentra bien», sin embargo, la velocidad al hablar o el timbre de voz, nos está advirtiendo de todo lo contrario.

LA COMUNICACIÓN VERBAL

Ya hemos indicado que la interrelación «médico/enfermera-paciente», se realiza fundamentalmente a través del lenguaje. Un lenguaje relaciona sistemáticamente símbolos (sonidos, letras o signos) con significado y propone reglas para combinar y recombinar dichos símbolos, para que la persona pueda expresar su pensamiento de manera original, apropiada y coherente. Todo pronunciamiento está compuesto de sonidos básicos o *fonemas*. Los lenguajes combinan los diversos fonemas para formar unidades que tengan sentido, es decir, los *morfemas*.

Los lenguajes, vienen articulados por una gran número de reglas que indican el modo como se han de combinar fonemas y morfemas para formar las palabras; las reglas también nos dicen cómo se debe combinar las palabras para formar frases y oraciones gramaticales. Aunque todo lenguaje tiene normas, también es increiblemente flexible y ofrece enormes posibilidades de innovación; saber una lengua significa dominar un conjunto de principios que permiten al hablante generar un número casi infinito de oraciones gramaticales. El lenguaje es una función extraordinariamente creadora; el ser humano siente la necesidad de generar «nuevas formas de expresión» y de comprensión.

Naturalmente, la capacidad para un lenguaje creativo va a depender del conocimiento que se tenga y del uso que se haga del conjunto de principios gramaticales que rigen la producción del habla. El lenguaje nos sirve para comunicar pensamientos y deseos y para obtener lo que queremos; pero además, el lenguaje es algo más que simples palabras sueltas; es necesario, poner atención especial en la formación de las frases para expresar de la mejor manera posible nuestros pensamientos e intenciones. Gracias al lenguaje, nos comunicamos con nuestros semejantes y además podemos ser «aceptados» por ellos.

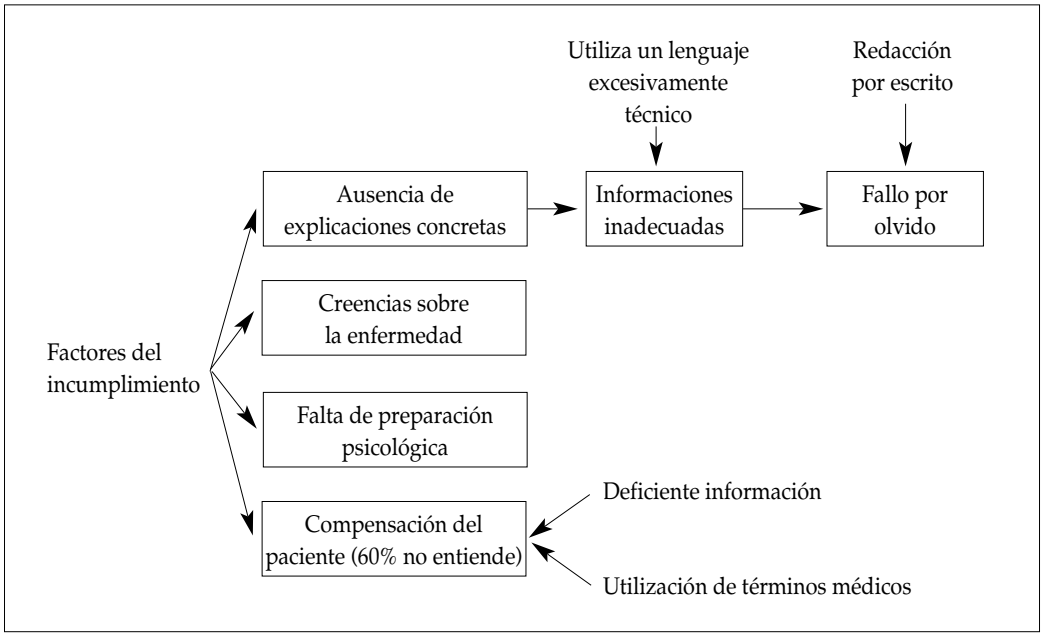


Figura 1. Factores del incumplimiento terapéutico.

La relación entre el pensamiento y el lenguaje es íntima, ya que su evolución ha sido paralela y, también, la percepción se ve muy influenciada por el lenguaje, porque éste abstrae el mundo perceptual. Nombrar un objeto (por ejemplo, un medicamento), es seleccionarlo para llamar sobre sí la atención. En el hombre, el pensamiento puede ir acompañado de un lenguaje interior. Precisamente, el pensamiento supone relaciones entre ideas, no solamente entre palabras y, justamente la palabra moviliza las correspondientes ideas, de tal suerte, que cuanto más abstracta es la idea, más importante es la palabra, u otro símbolo, para su evocación.

EL ASPECTO INFORMATIVO DE LA COMUNICACIÓN

La simple «información» del médico y de la enfermera hacia el paciente parece presentar problemas a juzgar por la general «insatisfacción» que se detecta en estudios controlados en pacientes hospitalizados. Aproximadamente, entre un 11 y un 68% de pacientes se muestran insatisfecho por falta de información (Levy, 1976). La insuficiente información tiene que ver con el diagnóstico, prognosis, progresos en la enfermedad, cuidados posteriores, etc. Levy (1976), relaciona los cambios temporales en cuanto al grado de insatisfacción con los cambios en los estados de ánimo del paciente y que parecen seguir la representación de una curva (Fig. 1).

En todo caso, los problemas de insatisfacción dependen básicamente de los siguientes factores:

a) La personalidad del paciente. Posiblemente, determinadas características de la personalidad del paciente, son las responsables de la insatisfacción del mismo, aunque dichas variables tienen poco interés práctico. Probablemente, el neuroticismo, la ansiedad, la inestabilidad emocional, la arro-

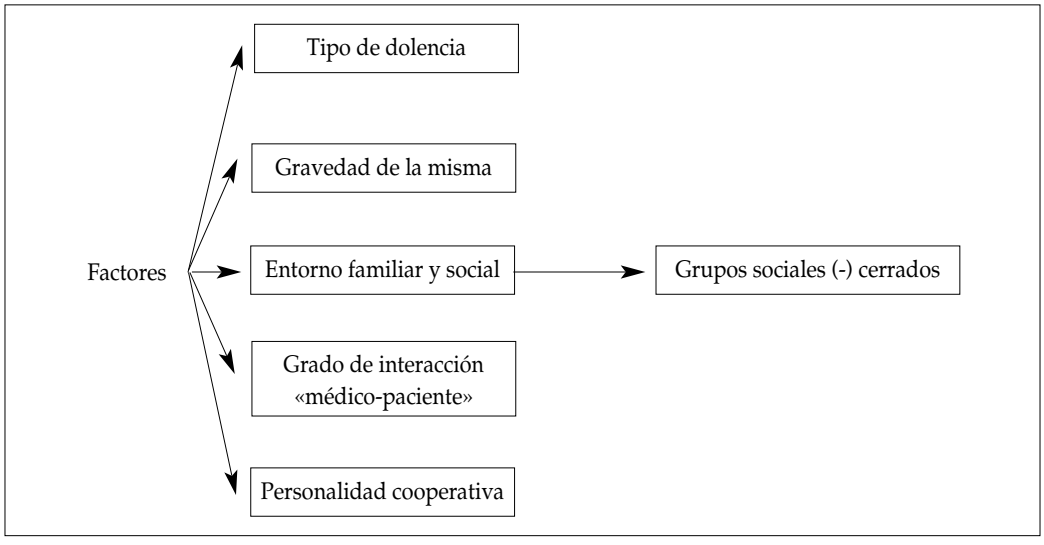


Figura 2. Factores en el incumplimiento terapéutico.

gancia, el perfeccionismo, el «super-yo» hiperdesarrollado, el infantilismo, la dependencia, etc., constituyen algunas variables explicativas de la insatisfacción del paciente hospitalizado (Fig. 2).

Pero, además, muchos de los fallos que surgen en la comunicación para que sea efectiva se deben a errores de comprensión y de memoria. De acuerdo con Levy (1976), tres son los factores más importantes que tienen que ver con la dificultad de comprensión de los mensajes: *a) La dificultad del material, b) La ausencia de conocimientos del paciente, c) La timidez del paciente.*

b) En relación al material, la mayoría de los estudios realizados, coinciden en el sentido de que la casi totalidad de los mensajes son realmente incomprensibles para el paciente. Igualmente, existen numerosas concepciones erróneas por parte del paciente, incluso con términos médicos aparentemente familiares, de tal suerte que el paciente los puede asociar con enfermedades graves que originan temores y angustia. Los médicos y enfermeras, empero, desean que los pacientes tengan *conocimientos médicos amplios,* con el fin de conseguir un mejor nivel de información y de cumplimiento terapéutico.

c) Los fallos en la comprensión de los mensajes, también están relacionados con la «timidez» o «falta de confianza», por lo cual el individuo no es capaz de pedir la información complementaria que se necesita. Cartwright (1954) pudo constatar que los pacientes querían tener más información y conocimientos acerca de su enfermedad y procedimientos terapéuticos, pero no la solicitaban (no se atrevían); temían molestar al médico, a la enfermera; pensaban que «metían la pata», etc.

De alguna manera, esta falta de iniciativa del paciente es reforzada por el propio «sistema hospitalario», ya que éste promueve fundamentalmente la exhibición de un rol de conducta «bueno» que se caracteriza por el estricto cumplimiento de las normas y del cumplimiento terapéutico, lo que implica sumisión y «no hacer preguntas». Por otra parte, una vez más, la «masificación sanitaria» también impide un mayor acercamiento al paciente, una profundización y desarrollo de

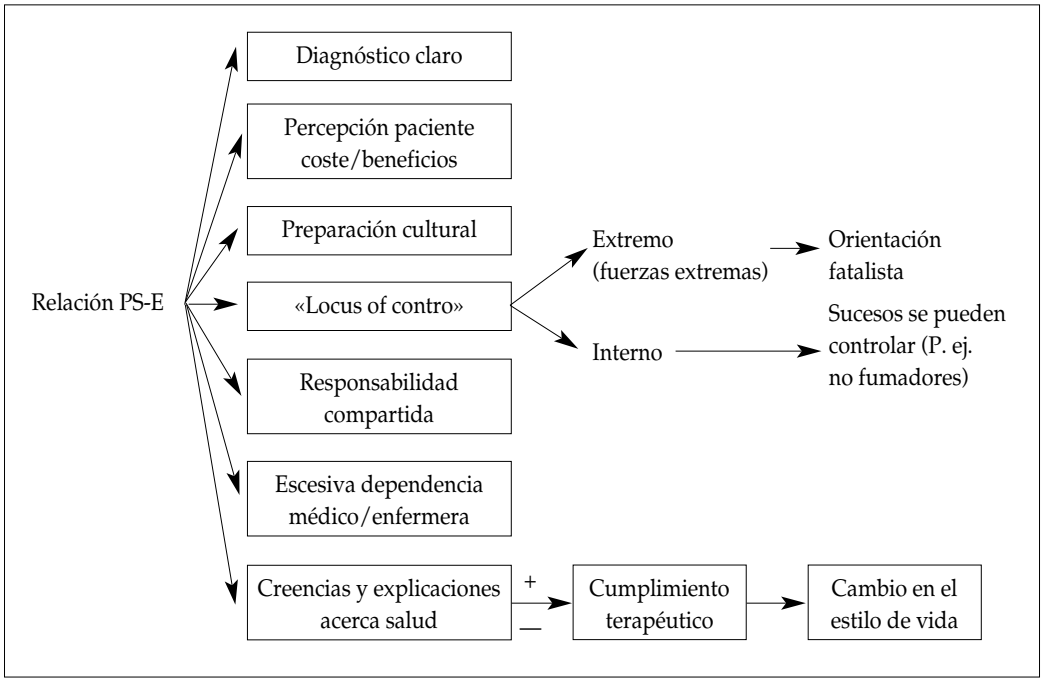


Figura 3. Aspectos psicológicos del cumplimiento terapéutico.

la relación con el paciente. Por eso, inconscientemente, existe una profunda frustración e insatisfacción en el paciente. Y también podemos añadir que dicha frustración afecta al médico y a la enfermera, por cuanto se ven privados de uno de los aspectos fundamentales de su atención, la comunicación con el paciente (Fig. 3).

De otra parte, la mayoría de instrucciones y consejos médicos se olvidan con inusitada rapidez. Aproximadamente en media hora puede llegar a olvidarse más del 50% de lo explicado por el médico o la enfermera. Obviamente, las circunstancias, la propia relación personal sanitario-enfermo y la evolución de la enfermedad, son determinantes en la eficacia de la información.

Sencillamente cuando se pone un mayor énfasis en los aspectos de la información, no cabe la menor duda, de que mejora el recuerdo y el cumplimiento terapéutico. Además, hay que reducir la dificultad de los mensajes transmitidos, acortando al máximo posible las frases. También resulta positivo, para conseguir un mejor cumplimiento terapéutico, presentar la información a modo de categorías y, sobre todo, las visitas «extras» de médicos y enfermeras que tratan de «comprobar» el estricto cumplimiento del plan previsto (Fig. 4).

EL ASPECTO PERSUASIVO DE LA COMUNICACIÓN

Naturalmente, el médico y/o enfermera, no sólo tratan de informar, de comunicarse, de transmitir mensajes más o menos claros, sino que también desarrollan otra alta función que es la «per-

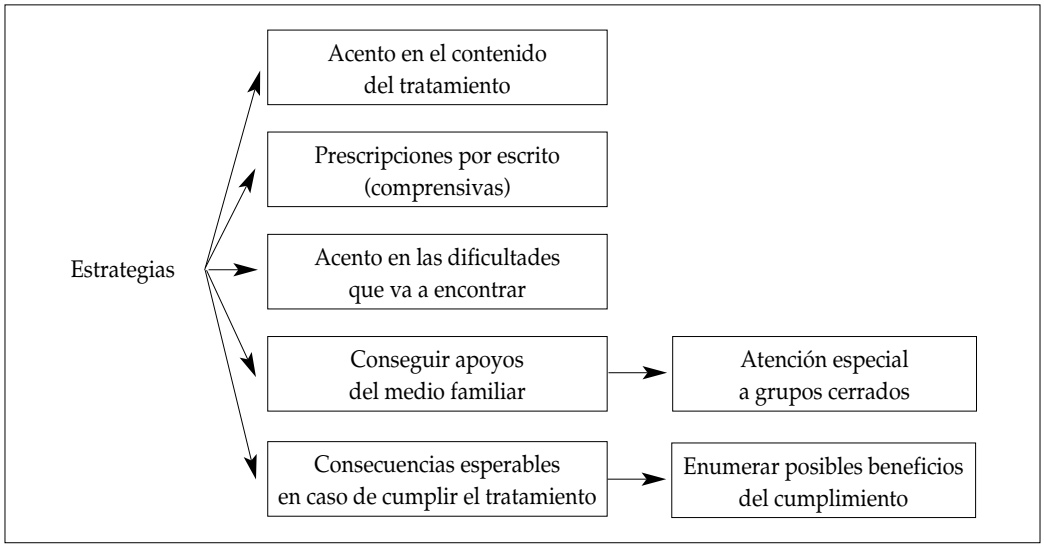


Figura 4. Estrategias para modificar conductas no cumplidoras.

suasión» y que tienen por objeto cambiar actitudes y comportamientos que sean más compatibles con la salud y que mejoren los pronósticos.

La «persuasión» es un instrumento terapéutico fundamental en el quehacer del médico y de la enfermera y para ello han de utilizar todos los resortes psicológicos a su alcance (refuerzos, halagos, influencias de amigos o familiares, razonamiento, orgullo personal, empatía, afecto, etc.). La utilización del «miedo» para conseguir cambios ostensibles de conducta o comportamiento, parece que es el método menos eficaz. El «miedo intenso» provoca una actitud defensiva que lleva al sujeto a no tener en cuenta nada de lo aconsejado o tratado.

Un estudio llevado a cabo por Fishbein (1976) en pacientes alcohólicos, puso de manifiesto que el tipo de mensajes referidos a las «consecuencias nocivas de la bebida», tenía un efecto «boomerang», es decir, en el sentido inverso al esperado, en tanto que otros mensajes tuvieron un impacto positivo en las creencias del sujeto.

Evidentemente, el establecimiento de la comunicación entre el médico y la persona enferma es el primer paso para que aparezca la confianza mutua, el diálogo y, por último, la seguridad que tanto necesita el paciente para sobrellevar su enfermedad; cuando alguien decide pedir ayuda, se convierte en paciente, y eso lleva consigo una importante carga de ansiedad, dolor vulnerabilidad y sufrimiento. El profesional sanitario se debe ganar y merecer la confianza del enfermo por actuaciones determinadas y por la lealtad que ello implica (Sanz-Ortiz, 1992) (Fig. 5).

Sin confianza no hay seguridad; sin seguridad no es posible la ayuda eficaz; a través de la comunicación y de la persuasión, el enfermo obtiene la información necesaria para aprender a convivir con su enfermedad, para tomar decisiones sobre su vida. De acuerdo con Sanz-Ortiz (1992), la comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el

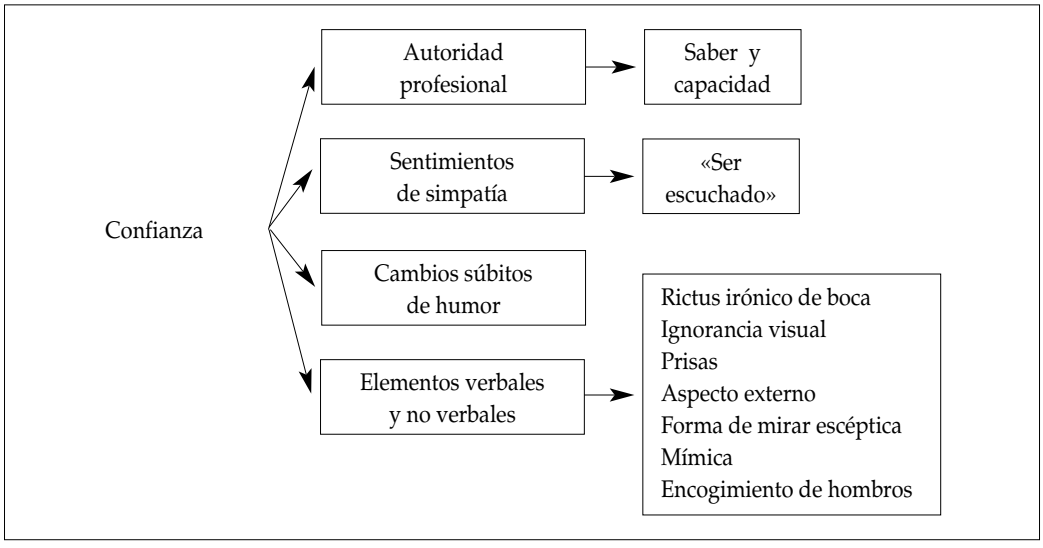


Figura 5. Aspectos psicológicos de la «confianza» con el paciente.

enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo; también permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Indudablemente, una buena comunicación y un uso debido de la «persuasión» en el equipo sanitario reduce el estrés generado en la actividad clínica diaria. Asimismo, una familia con accesibilidad fácil a la información de lo que está sucediendo es más eficaz con el enfermo y crea menos problemas en la relación con médicos y enfermeras.

Comunicar es hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene, ya sean pensamientos, ideas, sentimientos o cualquier clase de información (Sanz-Ortiz, 1992). Para que se produzca la transmisión del mensaje, se necesitan dos interlocutores; uno que funciona de fuente y otro de destinatario; ambos tienen que actuar de forma plenamente activa; el sistema que enlaza el emisor con el receptor es el lenguaje o código. El lenguaje en definitiva, *es el vehículo de comunicación y puede transmitirse por diferentes canales o medios: oral, escrito y no verbal.*

Evidentemente, no sólo transmiten información las palabras, ya que muchas veces el modo de «estar de pie», de «salir al encuentro de alguien», el modo de «sentarse», la forma de «dirigir la mirada», la manera de «escuchar», etc., son más importantes que el propio mensaje articulado mediante un lenguaje (Fig. 5a).

Por ello, podemos admitir que comunicamos mensajes por nuestra actitud y también por nuestros silencios; por eso, indudablemente la comunicación oral, es mucho más rica que la comunicación telefónica y que la comunicación escrita. Es necesario, subrayar el papel de los «silencios»; el «silencio», puede tener un valor profundo de comunicación de «estar con el otro», de aceptarlo, de mostrarle nuestra afectividad, comprensión y apoyo; por eso, en ocasiones, es necesario utilizar el «silencio» como forma de comunicación, a sabiendas de que estamos estableciendo un puente muy importante de fluidez de mensajes psicoafectivos. El «silencio», se puede enriquecer, por otra parte, con el tacto, cogiéndole la mano al paciente o apoyando la mano sobre su frente; incluso,

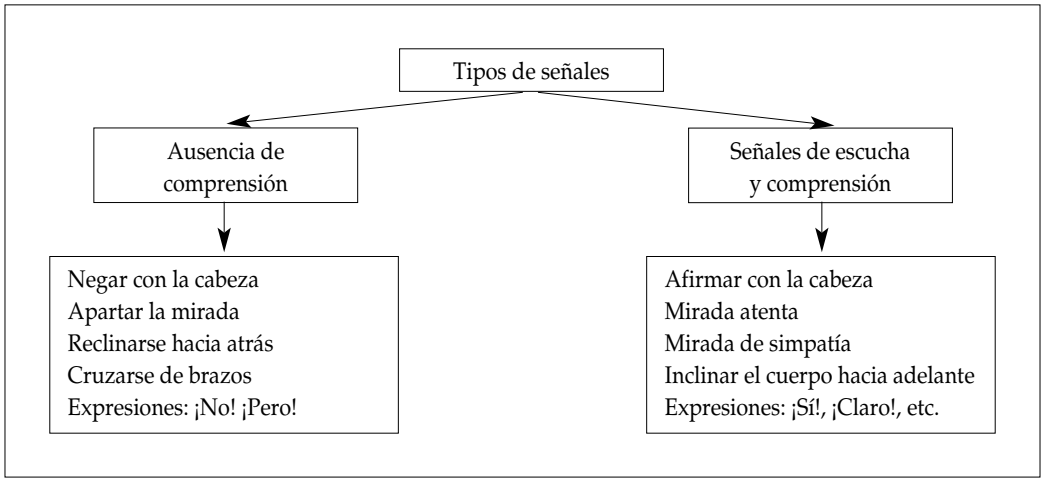


Figura 5a. Señales de aprobación o de rechazo en la comunicación con el enfermo.

en esas circunstancias dolorosas o de sufrimiento, estamos prestando un buen apoyo y una gran comunicación al paciente.

Pero para que se realice la comunicación se necesitan básicamente cuatro elementos:

a. Tener algo que transmitir *(mensaje)*. Siempre podemos transmitir algo independientemente de la enfermedad del paciente, independientemente de sus dolores y/o sufrimientos.
b. Tiene que haber alguien que transmita la comunicación *(emisor)*. En el plano sanitario, es fundamentalmente el médico y/o enfermera los que generan la comunicación que tiene una perspectiva terapéutica.
c. Debe de existir, asimismo, un *(receptor) que generalmente es el paciente*. De cualquier manera, ambos entes tienen un papel dinámico y, en cualquier momento, se pueden invertir fácilmente los papeles.
d. Tiene que haber, de otra parte, un código o lenguaje inteligible y un canal o medio de comunicación *(verbal o no verbal)*.

Esta necesidad e importancia de la comunicación verbal, la podemos encontrar en un texto platónico y que literalmente dice: «El buen médico comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de éste; y mientras se informa acerca del paciente, al mismo tiempo, en cuanto puede, le instruye, y no le prescribe nada sin haberle persuadido de antemano; y, así, con ayuda de la persuasión, le suaviza y dispone constantemente para tratar de conducirle poco a poco a la salud» (Leges, IV). Una conclusión parece imponerse, Platón fue el inventor de lo que hoy se conoce con el nombre de «efecto placebo» y de la psicoterapia verbal, como partes de un tratamiento médico verdaderamente integral.

En esta perspectiva helénica, merece la pena citar a Sócrates quien sostenía que: «El alma debe de ser curada con ciertos ensalmos que no son fórmulas mágicas sino bellos discursos, mediante los cuales es fácil procurar la salud a la cabeza y a todo el cuerpo».

En cualquier caso, la comunicación a través del lenguaje entre el médico y el paciente, cuando

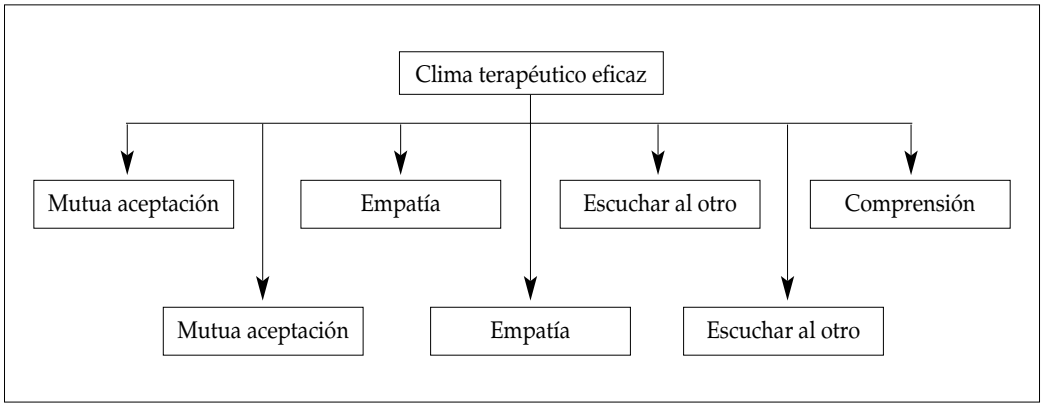


Figura 6. Modos de comportamiento que favorecen el tratamiento dentro de la relación «médico/enfermera-paciente».

se trata de alcanzar objetivos terapéuticos eficaces, tiene que alcanzar la función «persuasiva». En la conducta persuasiva, el médico y/o enfermera, tienen la voluntad de modificar la conducta del sujeto, de mejorar ciertos hábitos de vida que son nocivos para su salud y que, incluso, pueden poner en peligro su vida durante el período de recuperación. En el análisis de la comunicación verbal «persuasiva», encontramos básicamente tres tipos de argumentaciones:

a. *Persuasión de tipo hedonista.* Hacemos creer al paciente que si continúa con nuestro consejo, con las pautas de conducta previstas, va a recuperar el placer, la felicidad y el bienestar personal e, incluso, familiar.
b. *Persuasión de tipo normativo.* El paciente tiene que seguir nuestro consejo terapéutico porque es la «normativa» social la que nos lo indica y recomienda y, nuestra experiencia clínica, así lo confirma.
c. *Persuasión de tipo pragmático.* Es mejor seguir el consejo para obtener un beneficio o simplemente para no complicarse la vida; en una palabra, es lo más sencillo.

Por lo general, cada médico y/o enfermera, tiene su propio estilo persuasivo de acuerdo con la personalidad. El *estilo seductor* utilizará argumentos hedonistas; el *estilo autoritario,* se caracteriza más bien por la utilización de argumentos normativos; y el «consejero», echará mano de argumentos de tipo pragmático. En cualquier caso, el estilo argumentativo y psicoterapéutico, deberá ser adaptado a la propia personalidad del paciente; así, por ejemplo, una persona que cuide mucho su «imagen personal» será más sensible a argumentos «hedonistas», mientras que un paciente «severo y muy formal», será sensible a argumentos de tipo «normativo». Sin embargo el buen comunicador (médico y/o enfermera) se caracteriza por «saltar» de un estilo a otro, a la par que combina mensajes en tono positivo y negativo (Fig. 6).

Uno de los peligros en la comunicación con el paciente es caer en el «estilo autoritario», con lo cual intimidamos al paciente y podemos conseguir el efecto justamente contrario al deseado. No conviene tampoco sobreestimar los posibles efectos (más bien negativos) del estilo «autoritario» (Fig. 7).

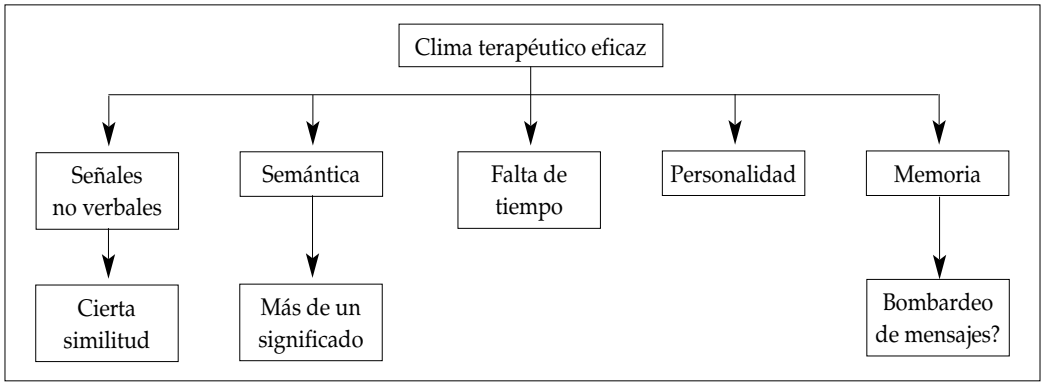


Figura 7. Razones por las que falla la comunicación entre el personal sanitario y el paciente.

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL (CNV)

La comunicación no verbal (CNV) constituye otro canal de comunicación fundamental en la interrelación «médico-enfermera-paciente». Se trata de toda conducta, gesto, postura, movimiento, expresión, mímica, etc., que intencionadamente o no, está cargada de un significado culturalmente determinado y que puede transmitir información de cualquier tipo acerca de la persona que lo emite o del mundo que le rodea.

El paciente, en tanto emisor de la CNV, puede experimentar un aumento de la expresividad, dado el número de emociones diversas que se pueden experimentar en la situación de enfermedad y que no se suelen producir en la vida diaria (miedo, dolor, depresión, etc.). Este conjunto de emociones se expresan, en gran medida, no verbalmente (Fig. 8).

El paciente, por otra parte, tiene una falta de entrenamiento en cuanto al control u ocultamiento de estas emociones. Por otro lado, los pacientes pueden tener dificultades para expresar verbalmente los sentimientos en relación con ciertos temas que les resultan embarazosos. Asimismo, en ocasiones en que el sistema verbal se ve afectado por la enfermedad (p. ej., laringuectomizados), la CNV se convierte en la única vía de comunicación entre el paciente y su entorno.

Igualmente, el paciente trata de buscar información acerca de su enfermedad en cualquier indicio o signo que pueda observar en la expresión corporal, gestual o mímica de su médico o enfermera. Los pacientes son especialmente proclives a obtener información en la cual basan estas expectativas a través de indicios no verbales. Según Friedman (1979), los pacientes observan las acciones no verbales de los que les atienden y deciden si son apreciados, respetados o si se espera que mejoren, o si resultan repugnantes, desvalorizados o intratables.

Muchos enfermos como ya hemos dicho, son incapaces de establecer la más mínima comunicación verbal con sus cuidadores (laringuectomizados, disfasias, colocación de sondas o tubos, sequedad de boca, etc.). Es primordial, por lo tanto, analizar e interpretar los flujos de comunicación que se manifiestan mediante expresiones faciales, gestuales, posturales, contacto físico, tono de voz y dirección e intensidad de la mirada. Por otra parte, conviene matizar que los diversos pro-

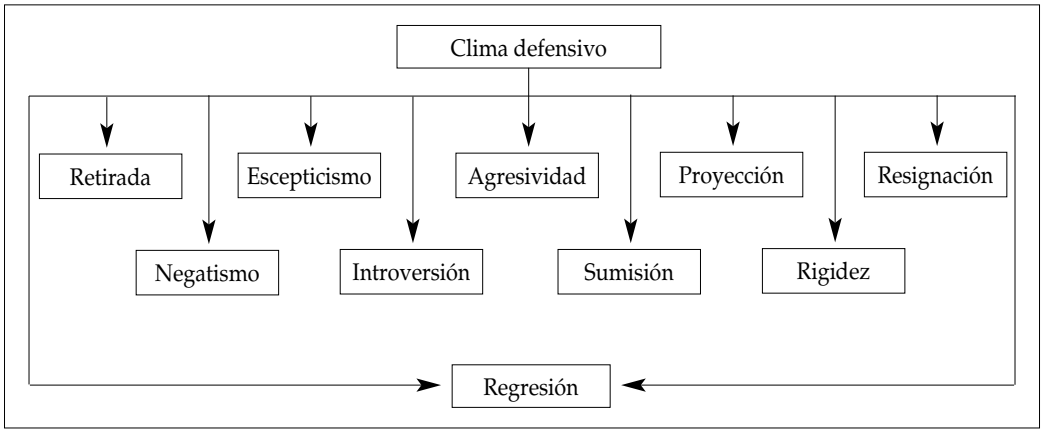


Figura 8. Características psicológicas del «clima defensivo» creado por el profesional sanitario (médico-enfermera).

fesionales sanitarios han subestimado y continúan igual, el poder del contacto físico como forma de comunicación. Todos estos gestos (coger su mano, tocar su hombro, hacerle un cariño, poner la mano sobre su frente, etc.), transmiten nuestro interés, cariño, cuidados, preocupación y el agradecimiento por compartir sus más profundos sentimientos con nosotros.

Entre los componentes no verbales de la comunicación hay que destacar la «empatía», la «atención incondicional positiva» y la «apertura» hacia los sentimientos del paciente (Sanz-Ortiz, 1992).

El concepto de *empatía*, define la relación emotiva que se establece entre el médico y el paciente que hace que sintamos el mundo personal del paciente como si fuera nuestro: *la empatía*, por lo tanto, es diferente de la *simpatía* que está más cerca de la piedad y de la compasión. En el transcurso de la enfermedad y debido al impacto psíquico de lo que ella supone, el paciente sufre de una gran vulnerabilidad, inseguridad e indefensión y, por lo tanto, estas características psicológicas se expresan a través de la comunicación no verbal (CNV).

Funciones de la comunicación no verbal (CNV)

La comunicación no verbal participa plenamente en nuestra relación continua con el paciente y cumple importantes funciones en la perspectiva terapéutica y que resumimos de la siguiente manera:

a. Complementar la comunicación verbal.
b. Sustituir la comunicación verbal.
c. Regular el flujo de la comunicación.
d. Proporcionar un «feed-back» acerca del efecto de la comunicación en los participantes de la interacción.

Vemos, por lo tanto, que la comunicación no verbal interviene continuamente en los diversos aspectos de la comunicación constituyendo un auténtico protagonismo en el ámbito de la relación «médico/enfermera-paciente».

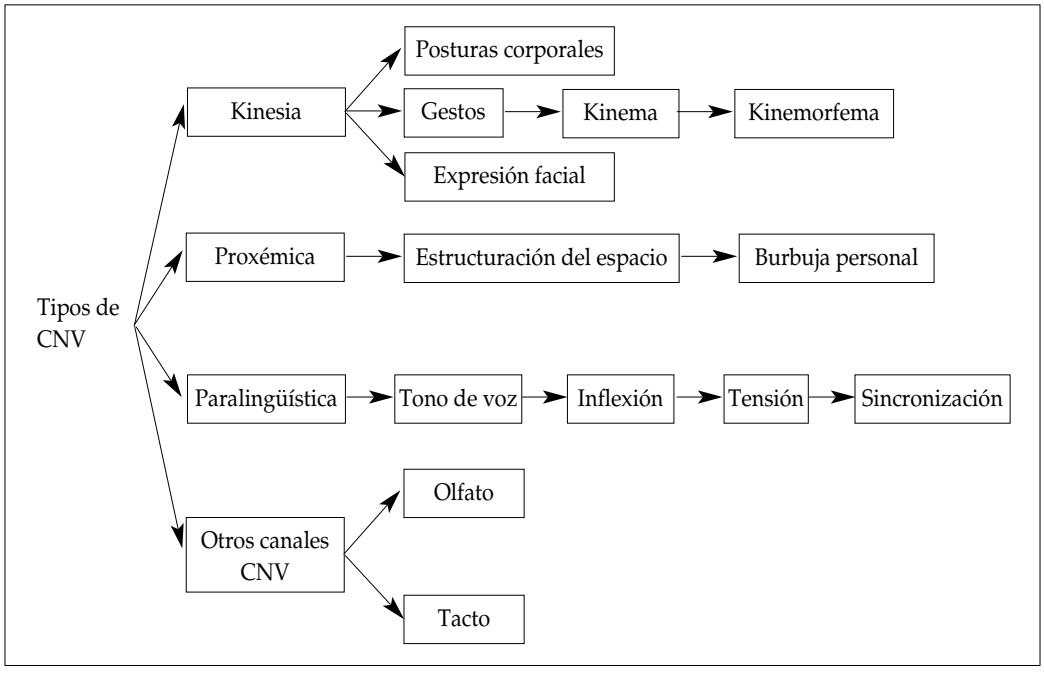


Figura 9. Tipos de comunicación no verbal (CNV) más importantes.

Tipos de comunicación no verbal (CNV)

Siguiendo las diversas investigaciones realizadas en este campo, podemos llegar a la conclusión -en particular desde el punto de vista didáctico- de la existencia de cuatro tipos que son:

a. Kinesia.
b. Proxémica.
c. Paralinguística.
d. Otros canales de CNV (Fig. 9).

Refiriéndonos al primer tipo (Kinesia), se trata del conjunto de posturas corporales, de las expresiones faciales, de los comportamientos gestuales, de todos aquellos fenómenos que oscilan entre el comportamiento y la comunicación. Los gestos humanos no son unidades aisladas de comportamiento ni poseen un significado invariable. Las investigaciones realizadas muestran que la CNV se estructura de modo análogo al del lenguaje. Esta estructura «formal» de la CNV tiene un fuerte componente cultural.

Según Birdwhistell (1980), la unidad gestual básica dotada de significado es el *kinema* y que es algo parecido al sonido en el lenguaje. Siguiendo su estructura, la articulación de los «kinemas» daría lugar a los *kinemorfemas que de alguna forma son similares a las sílabas y palabras de la comunicación verbal.* Por supuesto, no se utilizan todas las posibilidades de la expresión gestual; en la cara, se calcula que aproximadamente hay unos 20.000 *kinemas* diferentes, si bien en nuestra cultura sólo utilizamos aproximadamente unos 32. Evidentemente, hay variaciones cul-

turales muy ostensibles; algunas enfatizan el uso y expresión de las unidades gestuales, mientras que otras se basan más en la comunicación verbal o en otras formas de la CNV.

De otra parte, *la postura corporal* es otro de los aspectos fundamentales en la comunicación no verbal (CNV). En relación a esta variable de la comunicación, podemos encontrar cuatro tipos de posturas fundamentales que son las más utilizadas en nuestra cultura occidental y que son las que más contenido informativo tienen; nos referimos a:

1. Acercamiento (inclinación del cuerpo hacia adelante).
2. Rechazo (el cuerpo se aparta de otro).
3. Expansión (espaldas extendidas, cabeza y tronco levantados).
4. Contracción o depresión (cabeza flexionada sobre el tronco, espaldas caídas).

La *distancia* a la que se realiza la comunicación forma parte también de la comunicación no verbal. En la cultura occidental, el uso del espacio representa un código bien establecido. Tenemos una distancia *íntima* (menos de 45 cm), otra *personal* (45-120 cm), una *social* (120-400 cm) y otra pública que sobrepasa los cuatro metros. La designación de estas distancias indica el tipo de relación que se quiere establecer; la más adecuada es la que permite mantener la mirada y el contacto físico. La posición de la postura corporal entre los interlocutores, para una comunicación no verbal ideada, es la de ambos sentados en noventa grados. Se ha demostrado que las conductas no verbales pueden sustituir, complementar o acentuar la expresión verbal; muchos enfermos, son incapaces de establecer la más mínima comunicación verbal con sus cuidadores, por ello, es primordial conseguir interpretar sus mensajes, necesidades y/o deseos mediante las expresiones gestuales, posturales, tono de voz, etc.

Las funciones comunicativas más importantes de la CNV se relacionan con la información de las emociones y con la indicación del estatus social o del rango social (en general, a mayor rango social, hay una mayor relajación de la postura ante los demás). La cultura, suele determinar la utilización y significación de los gestos, pero la sonrisa, universalmente, tiene la función de comunicar felicidad, satisfacción, placer, confianza, etc., además, tienen un carácter social muy relacionado con la necesidad evolutiva de inhibir la posible agresión de los otros; parece ser, pues, que el hombre sonríe para evitar ser agredido.

La expresión facial y gestual, asimismo, tiene una gran importancia en cuanto a la interpretación del «lenguaje del dolor», de tanto interés para médicos y enfermeras. Los componentes subjetivos, fisiológicos y conductuales se entremezclan para dar lugar a una *conducta expresiva* típica que se corresponde con verbalizaciones, gestos, posturas, rasgos faciales, etc. Son estados emocionales que tienden a aparecer repentinamente y que son difíciles de controlar. Según Schlosber, la mayoría de las expresiones faciales se pueden describir acertadamente en términos de tres dimensiones: «agrado-desagrado», «rechazo-atención» e «intensidad-activación». La expresión facial y gestual relacionada con el dolor, muestra tensión; en ocasiones tan intensa que incluso, el sujeto llora desconsoladamente.

Dentro de la kinesia, algunos autores también han estudiado el papel que juega la mirada y el contacto ocular dentro del flujo de la comunicación. En cuanto de la mirada, parece ser que cumple una doble función: por una parte, apoya y regula el flujo de la comunicación verbal y por otra parte, también puede transmitir el estado de ánimo de los pacientes junto también a otras expre-

siones de la cara. La *mirada* constituye indefectiblemente un puente de unión entre el médico y el paciente, ya que aquél, no puede infundir seguridad y confianza si no es capaz de «mirarle» fijamente y de infundirle a través de la mirada confianza y seguridad. La *mirada*, de otra parte, también tiene que ver con el estatus social y con ciertas actitudes sexuales; en ocasiones la «mirada fija», puede indicar agresividad o traducir una actitud hostil.

Para el médico y la enfermera, la *mirada* es uno de los elementos de la comunicación no verbal (CNV) que más información aportan acerca de la interacción. Knapp (1979) ha resumido las siguientes funciones de la mirada:

a. Regulación del flujo de la comunicación
b. Obtener el «feed-back» acerca de cómo los demás reaccionan a una comunicación
c. Expresión de emociones
d. Comunicar la naturaleza de la relación de las personas que interactúan.

El hecho de «no mirar a la cara» que, a veces, practican erróneamente médicos y enfermeras, forma parte de un proceso de despersonalización frecuente en el medio hospitalario. Por el contrario, por el intercambio de miradas, se puede transmitir señales muy sutiles. Por este canal visual de comunicación, se percibe también la distancia entre dos personas. Cuando los individuos («enfermera-paciente») establecen la interacción terapéutica deciden a qué distancia corporal han de colocarse. El profesional sanitario suele situarse a una distancia reducida del paciente (distancia íntima), lo cual presupone a su vez, la disposición a la confianza por parte de éste.

En cuanto a la proxemia, nos referimos a la utilización y estructuración del espacio inmediato en el que nos comunicamos e interactuamos. Corresponde a la conducta territorial del ser humano que se inscribe en las más primitiva y fisiológica conducta del animal y dominio. Cada individuo tiene «su propio espacio personal» que depende de variables como el sexo, la personalidad, la situación, etc.

La utilización del espacio personal hace que tendamos a aproximarnos más a las personas que nos atraen, mientras que las personas inadaptadas tienden a alejarse de las demás. La proximidad indica inequívocamente un deseo de iniciar o de terminar un encuentro. Cada persona tiene su propio espacio personal («burbuja personal») que define la zona que los individuos establecen en torno en sí mismos según el sexo, el estatus, la cultura y la situación en la que se encuentran. La invasión de esta «burbuja personal», puede suscitar respuestas agresivas o displacenteras. Existen amplias variaciones de esta «burbuja personal» en función del contexto sociocultural en el que se desenvuelve el individuo; en definitiva, hay culturas de «contacto» y de «no contacto» que de alguna manera, pueden condicionar también la actuación médica o de enfermería. Resulta interesante ampliar los estudios antropológicos y humanos en el medio hospitalario si queremos en definitiva conseguir esa utopia de la humanización del hospital.

La forma de comunicación *paralingüística comprende algunos aspectos no lingüísticos* de la comunicación verbal, como son el tono de voz, la inflexión, la tensión, la sincronización, etc. Según Kramer (1963), estos aspectos no verbales cumplen una doble función: Por un lado expresan emociones y estados de ánimo del sujeto emisor; por otro lado, informan acerca de determinadas características psicológicas del paciente. Así, por ejemplo, se ha constatado una correlación estadísticamente significativa entre la edad real y la atribuida a partir de la voz.

De otra parte, estos aspectos no verbales, también pueden informar acerca del estatus sociocultural del paciente, así como de algunos rasgos de personalidad, «dominancia/sumisión», inestabilidad emocional, ansiedad, etc. En el plano de la relación médico-enfermo, Milmoe y cols. (l967) encontraron una relación negativa entre la ira que existía en la voz de un médico y su eficacia en el tratamiento de pacientes alcohólicos. Resulta imprescindible, por lo tanto, que médicos y enfermeras que utilizan constantemente el «habla» -con todas sus matizaciones- con los pacientes, sean más conscientes de lo que transmiten en un momento dado y, siempre, en función de las necesidades psicoafectivas del paciente. A través de la voz, el personal sanitario transmite casi imperceptiblemente a los pacientes expectativas positivas o negativas; de esta suerte, puede crear un clima terapéutico adecuado, surgiendo de este tipo de comunicación el *efecto placebo*.

Este *efecto placebo* actúa como un auténtico «fármaco médico/enfermera» que tiene importantes acciones terapéuticas en síndromes dolorosos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos depresivos y/o de angustia, etc. Se trata, por lo tanto, de modificaciones subjetivas y objetivas del estado físico y anímico del paciente y que tienen que ver con la interrelación «médico/enfermera-paciente» y, por supuesto, con el uso adecuado de la comunicación no verbal (CNV).

Por medio de la CNV, junto al resto de canales posibles en la comunicación, tenemos que perseguir la *capacidad de autonomía* del paciente, puesto que ese objetivo de la personalidad del paciente es uno de los índices fundamentales de la salud y uno de los indicadores claves de la personalidad, patológica o no, del paciente (Gol y cols., 1984). En efecto, una «personalidad dependiente», *pasivo-agresiva* o limítrofe entre lo neurótico y psicótico, tiende a cronificarse fácilmente en la utilización de psicofármacos en general y de ansiolíticos en particular. He ahí, la importancia que tiene que durante la consulta, el médico y la enfermera, puedan percibir ese conjunto de síntomas integrantes de la CNV. Estos pacientes «pasivo-agresivos» producen una gran frustración en los clínicos, ya que siempre se quejan, nunca mejoran, todo lo que les damos producen inconvenientes y no les hace nada (Fig. 10).

Es posible que ante las quejas del paciente podamos usar cuanto antes un remedio -fundamentalmente este tipo de expresiones y signos paralingüísticos- que tiene efecto ansiolítico y que disminuye los temores y ansiedades del paciente. De esta forma podemos conseguir fácilmente -como ya hemos indicado-, el *efecto placebo* y que tiene efectos curativos y ansiolíticos en la prescripción inespecífica. Tan importante es este efecto, que explica un 40-60% de los resultados médicos positivos (Bayes, 1984). Un porcentaje tan relevante de mejorías se debe en realidad a «efectos inespecíficos»; es decir, las propiedades del producto administrado no están en relación directa con los buenos resultados obtenidos, sino que lo que ha influenciado tales resultados, es precisamente, las distintas formas de comunicación con el paciente, en particular, la CNV.

Las formas de comunicación *paralingüística,* de otra parte, favorecen también la actitud *mágica y omnipotente* del médico y de la enfermera; muchas de las molestias, dolores y quejas del paciente pueden moderarse sustancialmente. Pocos profesionales sanitarios se plantean aún si el «sedar» y administrar ansiolíticos continuamente a los pacientes ingresados es el mejor sistema de ayudarles a elaborar lo que están viviendo; por el contrario, existen medios psicológicos adecuados como las formas de comunicación *paralingüística* que contribuyen de forma definitiva al bienestar y seguridad de los pacientes.

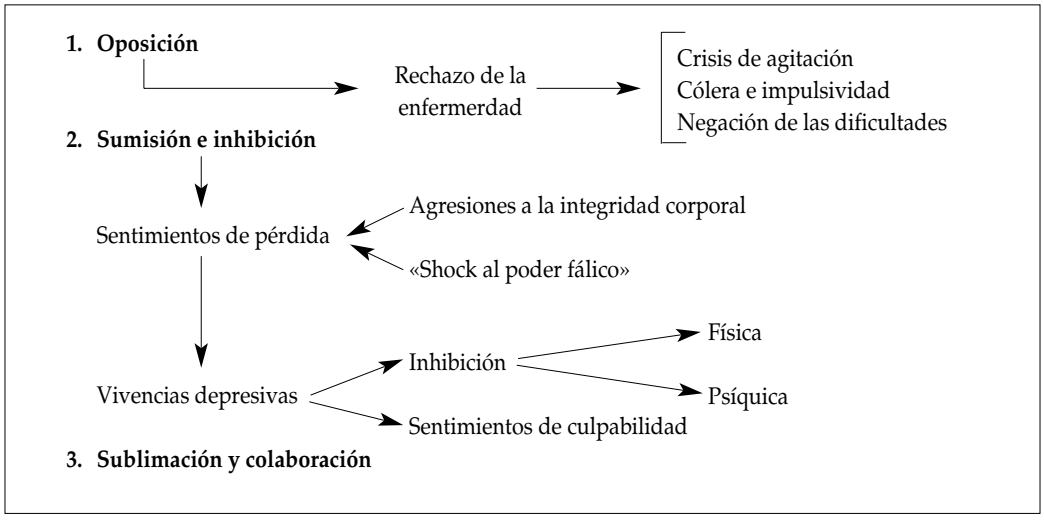


Figura 10. Reacciones psicológicas ante la enfermedad grave y prolongada.

En la actualidad, no obstante, a pesar del empuje de las nuevas técnicas exploratorias y de enfermería, impensables tan sólo hace diez o quince años (análisis bioquímicos, mamografías, tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética, densitometrías, etc.), siguen siendo absolutamente imprescindible las *exploraciones de rutina* y, en particular, estas formas de CNV. Para la inmensa mayoría de pacientes que hoy consultan en un centro de salud y que pertenecen a esta sociedad postindustrial y que, además, muestran un variopinto conjunto de síndromes (espondilosis, espondiloartrosis, trastornos circulatorios, pacientes postraumáticos, hipertensión, etc.), continúa siendo especialmente importante la CNV. Existe, por el contrario, la tendencia «abusiva» a realizar numerosas exploraciones innecesarias, incluso, algunas especialmente agresivas, tales como arteriografías, punciones lumbares, muchos sistemas de biopsia, etc. Muchas de estas exploraciones pueden ser «iatrogénicas» y «lesivas» a nivel psicológico para el paciente. Por eso, es necesario desarrollar unos cuidados y atenciones médicas *centradas en el paciente* y, por lo tanto, acordes con su personalidad, sus necesidades psicoafectivas y con su propio diagnóstico.

En lo que se refiere a «*otros canales de comunicación*», nos referimos a algunos aspectos de la comunicación con el paciente que puede interferir e, incluso, bloquear la atención médica y sanitaria. El olfato y el tacto juegan un papel realmente esencial. Con respecto al tacto, se ha constatado que existen grandes variaciones culturales y sexuales. Variables importantes del contacto corporal (tacto) son la región somática, la duración e intensidad del contacto, la singularidad o reciprocidad de este contacto. En cada sociedad, existen reglas más o menos estrictas relativas al cuando, cómo y con quien contactar físicamente, sin tener que esperar ningún tipo de reprobación. En Europa central y septentrional, se acostumbra tender la mano como un rito de contacto corporal. En este rito bastante habitual en la cultura occidental, la firmeza del apretón de manos, la duración, el calor, la sequedad y humedad de la piel, ejercen una importante función de comunicación e influyen en el curso ulterior de la comunicación con el enfermo.

Lo importante del mensaje a través del *tacto,* es que exista una congruencia entre el mensaje verbal y el no verbal (tacto). Agulera (1967) comprobó que el contacto físico por parte de las enfermeras aumentaba las verbalizaciones de los pacientes y las actitudes positivas en relación a ellas.

También tenemos que indicar que muchos de los procedimientos médicos y de enfermería y que implican un contacto físico, *suponen la invasión de determinadas áreas del cuerpo a las que no tienen acceso personas extrañas;* por eso, accedemos a la intimidad del paciente (a sus profundidades psicoafectivas) y, por ello, es necesario una gran cautela, meticulosidad y respeto. Una cosa es acceder a la intimidad del paciente («intus») y otra totalmente distinta es «invadir» y «quebrantar» su intimidad y ello, por muchas excusas que existan (falta de tiempo, masificación, necesidad ineludible de exploración, etc.), no puede ser posible ni deseable, ya que supondría romper el primer principio de atención y respeto a la *dignidad humana.* Sólo con un lenguaje y afecto adecuados el paciente nos puede permitir acceder a explorar esa zona corporal que tanto significa para él.

El olfato es otro de los elementos que hay que conocer y que ejerce también un papel importante en la comunicación con el paciente. En este aspecto, también hay numerosas variaciones culturales; así, mientras que entre los árabes el «aliento» puede ser un instrumento de amistad; en la cultura occidental resulta justamente lo contrario. Los olores corporales diversos, mucho más frecuentes en el paciente hospitalizado o enfermo, hacen que evaluemos negativamente a los sujetos, lo que puede repercutir negativamente en la comunicación y en la atención integral al paciente. Algunos pacientes que «huelen mal» pueden ser olvidados o conducidos al «ostracismo».

Cada vez más, las investigaciones nos indican la importancia que tiene el uso de la comunicación verbal y no verbal entre los pacientes hospitalizados o no. Whitcher y Fisher (1973) encontraron que aquellos pacientes a los que se les cogía de la mano y se les sonreía a la hora de prestarles los cuidados diarios por parte de los médicos y enfermeras, necesitaron menos días de hospitalización y evaluaron mejor al personal sanitario que aquellos pacientes que no fueron sometidos al tratamiento experimental.

También hay que aludir a un tipo de indicios no verbales que cobran especial interés y que son aquéllos que contribuyen a dar la impresión de engaño u ocultamiento al interlocutor. Desde la cara-manos, pies y piernas se envían continuamente mensajes que pueden confundir o engañar al paciente. En cuanto a la capacidad de enviar mensajes, la cara sería la primera en importancia; sin embargo, en cuanto a la capacidad de transmitir indicios de ocultamiento y engaño, el orden sería justamente el contrario, ya que se tiende a controlar menos aquellas áreas del cuerpo a las que no se suele prestar atención en la interacción. Una vez más, sigue siendo muy importante la *congruencia entre el mensaje verbal y el no verbal.* Un mensaje positivo acompañado de un signo no verbal negativo se traduce en una impresión de insinceridad.

Ambos canales de comunicación (verbal y no verbal) tienen una gran importancia en el paciente, por cuanto éste se encuentra generalmente en una situación de «dependencia emocional» y, por ello, tiende a fijarse más en el modo en que el profesional se presenta, en términos de conducta afectiva.

Las personas enfermas se sienten débiles e incapaces no sólo física, sino también psíquicamente; por ello, hay que procurar «conectar» con el enfermo en base a estos dos tipos de canales de comunicación. Para ello, es necesario que el médico y/o enfermera abandonen provisional-

mente su jerarquía de valores y su propio sistema de referencia y que «se ponga en el lugar del otro» para comprenderle a partir de su sistema de referencia y su historia vital. La *empatía* supone, además, un «sentir con», una comprensión sensible de una persona, participando en el sufrimiento del paciente; esa comprensión se verifica en el plano emocional y contiene asimismo componentes cognoscitivos, es decir, una toma de conciencia y ordenación de cuanto el paciente quiere, en realidad, decir.

Es necesario informar adecuadamente al paciente, siendo muy conscientes de los contenidos que se pueden enviar a través del canal de comunicación verbal y no verbal. En fin, hay que utilizar señales y mensajes que expresen una buena disposición a la escucha y comprensión y que al mismo tiempo, favorezcan el tratamiento (afirmar con la cabeza, mirada atenta y de simpatía, inclinar el cuerpo hacia adelante, empatía, escuchar al otro, sensibilidad, etc.). Todo ello contribuye a generar un excelente clima comunicativo.

Un paciente que consulta con su médico y/o enfermera le ofrece una serie de expresiones verbales y paraverbales muy importantes. El profesional sanitario siempre selecciona unas cuantas, habitualmente pocas, con lo cual el diagnóstico e interpretación puede ser incompleto y erróneo. Así, por ejemplo, puede recordar la queja del dolor torácico, la tez pálida del paciente, la mano orientada hacia la región cardíaca, etc. Sin embargo, puede estar rechazando al mismo tiempo otros elementos que el paciente ofrece, tales como: la expresión angustiada, los ojos enrojecidos (¿conjuntivitis o llanto?), una expresión de manos agarrotadas, unos surcos y arrugas muy marcados para su edad, una actitud sumisa con el cuerpo encorvado que contrasta con la rigidez en la expresión de las manos, un aspecto externo en el vestir, etc.

Según Tizón García (1988), la comunicación ha de mantener la armonía en los dos niveles *verbal y no verbal*, proscribiendo todo contacto físico no estrictamente necesario para la exploración; de esta forma no debe estimularse la actuación de las necesidades y emociones más o menos sexualizadas o erotizadas de paciente y médico. Tal vez este límite pueda resultar frustrante en algunos momentos, máxime si el clima anterior había sido de comunicación a nivel emocional; pero tanto el paciente como el médico y la enfermera deben recibir o buscar la gratificación de sus necesidades e impulsos de ese tipo en otras situaciones o relaciones. En definitiva, la enfermedad, el «dolor», la «queja» y el propio «sufrimiento», no dejan de ser formas de comunicación que debemos de atender y comprender de forma integral, respetando siempre la dignidad del ser humano.

Finalmente, unas palabras sobre la cualidad de *escuchar, tan importante en la relación con nuestros colegas como en la relación con el paciente.* Para alcanzar una comunicación eficaz, es realmente imprescindible *saber escuchar*, sin escuchar no puede haber diálogo; «escuchar», es un arte que se aprende como todos los demás. En general, siempre hay más ocasiones de escuchar que de hablar; en la relación con el paciente es mejor escuchar que querer hablar siempre; la actitud de escucha adecuada es sentado al lado o en la cama del enfermo, nunca de pie y con los brazos cruzados; al escuchar conoceremos mejor las respuestas que el enfermo tiene que recibir y si está en condiciones de hacerlo; hay que escuchar lo que dicen, cómo lo dicen y lo que además implican estas palabras. Tal como ha sugerido Sanz-Ortiz (1992), la comunicación no verbal *puede hablar más fuerte* que las propias palabras y al mismo tiempo puede dar un mensaje diferente; la capacidad de co-

municación, sin duda, aumenta si aprendemos a escuchar mucho mejor; al no interrumpir al enfermo le damos tiempo para ordenar sus ideas, sus miedos y sus sentimientos que emergen de forma incontrolada.

No es lo mismo «oír» que «escuchar»; oír es un acto pasivo, automático, mientras que escuchar implica una atención despierta, activa, que formula preguntas y sugiere respuestas; escuchar nos permite conocer q*ué es lo importante para el enfermo,* lo cual muchas veces no se corresponde con lo que se presupone. Los niños son buenos «escuchadores» (90%) hasta los nueve años; a partir de ahí, la capacidad de escuchar disminuye progresivamente hasta los 17 años en que sólo es del 28%. El «no escuchar» en suma, conduce al profesional sanitario a pronunciar frases que nunca una persona enferma desearía oír.

La escucha es un proceso activo y, ello, supone una gran motivación para el profesional sanitario, en el sentido de que se obtendrán logros importantes desde el punto de vista clínico y psicológico y de que no será un proceso de pérdida de tiempo. Atendemos por espacio de unos 60 segundos, sacando resúmenes parciales de nuestra escucha y encadenando éstos hasta conseguir el significado global. Ocasionalmente el médico y la enfermera interrumpen al paciente, le bloquean y no le permiten «con libertad» su expresividad y comunicación y, por lo tanto, las conclusiones son falsas o erróneas. Es necesario eliminar cualquier tipo de predisposición o estereotipo semántico, ajustando la velocidad de pensamiento a la forma de comunicación del paciente. Escuchar, por lo tanto, es un instrumento terapéutico eficaz, una cualidad fundamental en nuestro quehacer sanitario que debemos desarrollar, perfeccionar y, si fuera necesario, aprender.