



Cad Aten Primaria
Ano 2008
Volume 15
Páx. 311-313

¿Qué me dices? Comunicación verbal y no verbal

Jesús Manuel Novo Rodríguez
Médico de familia. Grupo comunicación y salud

Francisco Javier Martínez Anta
Médico de familia. Grupo comunicación y salud

Rafael Sánchez Fernández
Médico de familia. Grupo comunicación y salud

El siguiente artículo es producto de la ficción. Cualquier parecido con la realidad es pura coincidencia.

Doctor, vengo a buscar estas recetas. Ahora, al leerlo parece el comienzo de una consulta sencilla. Pero entonces, tras escucharlo te diste cuenta de que iba a ser problemática. Por escrito es difícil transmitir lo que había cambiado el significado de unas palabras escuchadas cientos de veces, pero creo que ya estarás imaginando, casi escuchando, el tono imperioso y algo despreciativo de sus palabras, lanzadas como su tarjeta encima de la mesa. ¿Cómo te sentiste en ese momento? ¿Qué preguntas te surgieron? ¿Y todo por unas palabras anodinas?

VAMOS A EMPEZAR PROVOCANDO: LO NO VERBAL ES EL MENSAJE.

Esta teoría de usar y tirar nos sirve para destacar que, más que en lo que se dice, el mensaje está en cómo se dice. Los expertos calculan que solo el 40% de información está contenida en las palabras; pero cuando se valora el impacto de la comunicación el 80% está ligado a facetas no verbales.

Ocurre con la comunicación lo mismo que con los sabores. Cuando perdemos el olfato observamos que el sabor casi ha desaparecido y nos percatamos de que la mayor parte corresponde a los olores.

Te proponemos ahora un pequeño ejercicio. Piensa en un paciente, por ejemplo en un diabético, que se esfuerza en hacer la dieta y el ejercicio y toma el tratamiento como se lo indicas, y al que sin embargo la hemoglobina glucosilada trata con gran crueldad. Prueba a decirle algo como "haces todo lo que está en tu mano". ¿Cómo te has sentido al decirlo? ¿Has sentido empatía con él? Ahora intenta decir el mismo mensaje dirigiéndote a un paciente que dice que aunque engorda no es por lo que come y sabes que no cumple el

tratamiento, aunque intenta que tú creas que lo hace: "haces todo lo que está en tu mano". ¿Has sentido lo mismo? Vuelve a repetirlo fijándote en el movimiento de tus cejas o si ladeas la cabeza o frunces los labios. ¿Cómo sonaba tu voz? ¿Empática o irónica?.

SEGUNDA PROVOCACIÓN: LA COMUNICACIÓN VERBAL NO EXISTE, LA NO VERBAL SÍ.

Y, antes de que acabes de convencerte de que estamos trastornados, aclaremos que no dudamos de que exista un componente verbal, incluso que nuestro pensamiento tenga una base lingüística. Queremos decir que incluso las palabras en sí tienen connotaciones que no proceden de su significado. Vamos con un conocido experimento de Wolfgang Köhler. ¿Cuál de las siguientes imágenes es Buba y cuál Kiki?:

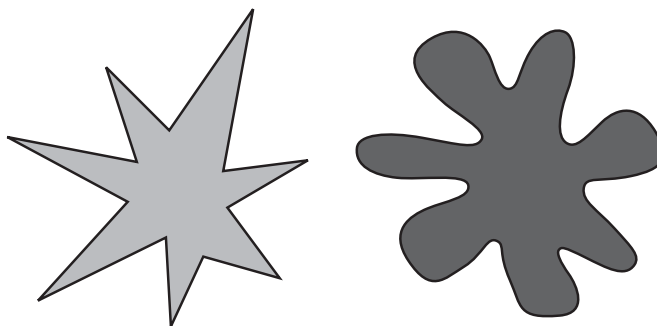


FIGURA 1

Si tienes dudas sobre la respuesta haz una pequeña encuesta a tu alrededor o vete a los enlaces recogidos en la bibliografía. Este experimento demuestra un fenómeno llamado sinestesia por el que atribuimos características de color o forma a palabras y números. Esto es conocido por los poetas desde siempre y quizá el utilizar determinados sonidos para describir nuestro entorno está relacionado con ello. Algunas palabras resultarían así más afiladas y otras más redondas, añadiendo a su significado cultural otro evocado. Cáncer o

Correspondencia

JesusManuel.Novo.Rodriguez@sergas.es

tumor, además de connotaciones de significado cultural ¿podrían diferenciarse en la percepción que evocan?

Es bien sabido que entre lo que pensamos, lo que queremos decir, lo que decimos, lo que escucha nuestro interlocutor, lo que entiende y lo que le produce hay una creciente diferencia. Diversos filtros y distorsiones hacen que el lenguaje no consiga vehicular nuestro pensamiento. Un ejemplo lo podemos apreciar en la imposibilidad de pensar en negativo. Cuando a un paciente le decimos: “no debería fumar” ¿qué le provoca nuestra intervención? ¿Qué es no fumar? Con un ejemplo lo entenderemos mejor. Intenta realizar lo que te pido a continuación: no pienses, insisto, no pienses en una casita blanca a orillas del mediterráneo. Este ejemplo, que ilustraba la exposición sobre programación neurolingüística en un congreso de comunicación provocó la hilaridad de la sala. Probablemente, si aceptamos que la respuesta será igual en nuestro paciente fumador, con nuestro “no debería fumar” al paciente le evocaremos el hecho de fumar.

TERCERA AFIRMACIÓN: TODO ES COMUNICACIÓN

Realmente la comunicación comienza antes de acudir a la consulta tanto para el paciente como para el sanitario. La manera de asearse, la ropa que se pone o con quién acude nos suministrará información relevante. La apariencia es determinante en la primera impresión, que marca de forma intensa nuestra actitud hacia los demás. También los profesionales con nuestra apariencia condicionamos reacciones de los que acuden a nuestros centros y esto incluye el aspecto de nuestra consulta, que en muchas ocasiones no depende de nosotros. En un estudio neozelandés comparaban médicos vestidos de diverso modo y constataban que los pacientes evaluaban como preferibles atuendos semiformales, incluso más que utilizando bata blanca. En sus conclusiones los autores recogían que el detalle que producía mayores diferencias era... la sonrisa.

Al entrar en nuestra consulta el paciente trae sus preocupaciones, entre las que se encuentra si nosotros seremos los adecuados para darle solución a sus problemas y como va a discurrir un encuentro tan sensible para él. Una sonrisa es el mejor de los comienzos, una acogida que facilita el resto. Esos primeros momentos cruciales dependen casi por entero de gestos, miradas y actitudes corporales. La mirada en particular está siendo fagocitada por la pantalla del ordenador, agujero negro de gran poder de atracción y destino final de muchos de nuestros desvelos y recelos. Unos breves segundos de mirada al recibir al paciente nos permiten percatarnos de cómo se presenta ante nosotros y recibirlo con la puerta abierta de nuestros ojos.

CUARTA EVIDENCIA: LO NO VERBAL SE SIENTE.

En la frase de la entrada no necesitábamos racionalizar la situación, ya habíamos sentido recelo y rechazo por cómo había sido emitida. Las emociones preceden a las ideas, y antes de saber qué es lo que ha ocurrido ya estamos adaptándonos y reaccionando. Es frecuente

que una situación como la descrita cambie tu estado emocional por entrar en sintonía con las emociones del paciente. Te encontrabas relajado y tras esa intervención estás irritado, lo cual si se repite a lo largo del día tiene un alto coste. Aprender a mantener la sintonía propia en esas ocasiones nos reduce entrar en una espiral de agresividad y evita el desgaste emocional.

Uno de los componentes de la comunicación no verbal, llamado proxiémica, se refiere a las posiciones entre los interlocutores. La distancia entre ellos se mantiene para lograr una comodidad que se ve alterada cuando el otro se introduce dentro de nuestro espacio para esa relación en particular. No es lo mismo una relación social que una amistosa. Cuando un paciente “se nos echa encima” hacemos lo posible por alejarlo. A ellos les ocurre lo mismo y, aunque saben que nosotros tenemos que invadir su espacio, incluso el íntimo, para realizar la exploración, puede incomodarlos en diferente grado. Anticipar que eso va a ocurrir y explicar el qué y cómo se va a realizar reduce su malestar.

La comunicación es un proceso dinámico, en el que los cambios tienen más significado que una posición particular. Podríamos considerar que un sujeto con las piernas y brazos cruzados está cerrado al diálogo, pero puede ocurrir que simplemente sea por comodidad; sin embargo, si tras una pregunta nuestra entrecruza sus piernas y pone sus brazos por delante sentiremos que se ha alterado.

Gran parte de nuestra capacidad comunicativa reside en la gestualidad y principalmente en la de la cara que es el lugar de referencia en una conversación; para la cual está especialmente dotado el ser humano con un derroche de músculos con exclusiva función de realizar gestos y un par de faros de color sobre fondo blanco para poder ser vistos con claridad. El apartado que estudia los gestos es la kinésica.

Con nuestra cara expresamos la mayoría de las emociones, y se ha comprobado que las básicas son idénticas en todos los seres humanos. Tribus de zonas de Oceanía, sin contacto con otros humanos desde hace miles de años, expresan el miedo o el enfado, la sorpresa o el asco y la alegría o la tristeza del mismo modo. En esa línea, científicos israelitas han realizado un estudio que comparaba expresiones faciales entre parientes constatando una gran similitud. Lo llamativo y curioso era que uno de los sujetos de cada familia que se comparaban era ciego de nacimiento lo que hacía imposible un aprendizaje por imitación. Conclusión: parte de nuestra forma de expresarnos tiene una base heredada, genética.

Resulta también destacable la diferente capacidad de control que poseemos para evitar la revelación de nuestras emociones en la zona inferior de nuestra cara y la zona periocular. Es frecuente encontrar un sujeto deprimido que puede esbozar una sonrisa y sin embargo sus ojos permanecen tristes. De ahí la acertada expresión poética de que

los ojos son las ventanas del corazón (sería más real, pero menos poético, sustituir el corazón por la amígdala y el lóbulo temporal).

Los movimientos del cuerpo también se relacionan con la comunicación, bien sirviendo de elemento de descarga de nuestra tensión emocional como los adaptadores (el tembleque de piernas debajo de la mesa cuando nos impacientamos porque no acaba una consulta), como reguladores de la conversación, ilustrando lo que expresamos (cuando explicamos el tratamiento el movimiento de nuestra mano a modo de dar una a una las pastillas del desayuno, la comida y la cena) o emblemas de indudable origen cultural (todo está OK).

LO NO VERBAL POR TANTO PUEDE SER EQUÍVOCO

Algunas personas tienen una voz que por timbre y volumen les hace aparecer como impositivas; si prenden al hablar o tienen un acento muy marcado es fácil que se les considere menos preparadas o inteligentes. Es lo que se denomina paralenguaje y que nos permite, aún hablando por teléfono, inferir emociones en nuestro interlocutor o trasmitirlas. Una gran parte de una conducta asertiva descansa en el modo de hablar y el efecto persuasivo de nuestro lenguaje tiene implicaciones terapéuticas.

Es de importancia crucial en nuestra comunicación oral la reactividad, entendiéndola como el tiempo que tardamos en responder a una intervención de nuestro interlocutor. Velocidad alta refleja poca atención a sus argumentos y una postura impositiva, mientras que una reacción menos apresurada se percibe como atenta y favorecedora del diálogo. Si queremos de verdad dialogar -podemos entender la consulta como un diálogo asimétrico- una reactividad baja favorecerá que el paciente suministre más información, y tiene de por sí un efecto acogedor respecto a sus preocupaciones que será crucial en situaciones difíciles como las malas noticias.

A modo de resumen podríamos decir que, como seres humanos, somos desde nuestro nacimiento y probablemente antes, unos

expertos en comunicación y a su aprendizaje dedicamos nuestros primeros años. La comunicación no verbal es la más relevante porque reafirma, modula o incluso niega lo expresado con palabras y transmite las emociones y gran parte del significado. Como está dirigida a ser sentida frecuentemente no nos percatamos de su existencia de modo racional, y puede dar lugar a malas interpretaciones.

En tu consulta y en tu vida diaria la utilizas y condiciona de forma muy relevante tu capacidad de comprensión de los pacientes y terapéutica. La próxima vez que un paciente despierte en ti una emoción pregúntate que ha ocurrido para que te sientas así, porque nuestras emociones son las pantallas donde podemos leer la comunicación no verbal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sinestesia en wikipedia: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sinestesia>
2. Grupo de investigación de sinestesia de la universidad de Granada: <http://www.ugr.es/~setchift/esp/sinestesia.htm>
3. Lill, M, Wilknsn T. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ* 2005; 331:1524-1527
4. Peleg G, et al. Hereditary family signature of facial expression. *PNAS* 2006; 103:15921-15926
5. Alonso Arias S, et al. Cómo interpretar la comunicación no verbal. *FMC* 2008;15(5):275-81
6. Borrell i Carrió F. Competencia emocional del médico. *FMC* 2007;14(3):133-41
7. Medina Ferrer E. Comunicación verbal y no verbal. En Merino J, et al editores. *Medpac Curso de relación médico paciente*. Madrid, ERGON 2003
8. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. 1ª ed. Barcelona: Doyma 1989
9. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. 1ª ed. Barcelona: Doyma 2004
10. Rodríguez Salvador J Comunicación no verbal. *FMC* 2004;11(8) 433-42
11. Knapp M. La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. 1ª ed. Barcelona: Paidós 1992
12. Pease A. El lenguaje del cuerpo. 16ª ed. Barcelona: Paidós 1988.