

Comunicación

no verbal

en

urgencias

.

Asig: Comunicación Interpersonal, P^a. C. Cafarell.

Índice

• Introducción, la importancia del lenguaje corporal	3
• El contexto de los comunicadores en urgencias	5
• Comunicación no verbal en la valoración del paciente	6
– Territorialidad	6
– Factores que modifican las distancias que escogemos	9
– Efectos de la aglomeración y el hacinamiento	10
• La comunicación táctil	11
• Indicadores no verbales del estado de ánimo	13
– Sorpresa	13
– Miedo.....	14
– Disgusto	14
– Cólera	15
– Felicidad	15
– Tristeza	16
• Bibliografía	17

La importancia del lenguaje corporal

La comunicación constituye la piedra angular de la sociedad, ya que en ella se basan todas las interacciones de sus miembros. Por este motivo sería absurdo empezar el estudio de cualquiera de las parcelas que componen dicha sociedad sin empezar por los aspectos comunicativos.

En el ámbito de la sanidad, encontramos que dentro de la formación pregrado, si bien es cierto que a esos aspectos comunicativos se les presta cierta atención, también lo es que se tratan de pasada, centrándose

siempre más en los aspectos clínicos, es decir aprendemos a administrar medicación intravenosa, pero no a comunicar al paciente que se le va pinchar, y que aunque le dolerá es necesario y conveniente.

El presente trabajo pretende salvar ese obstáculo, ahondando en el tipo de comunicación que mayor cantidad de información parece transmitir, a cuyo manejo no se presta demasiada atención en la práctica diaria, pero que sería de gran utilidad para mejorar la relación profesional – paciente, haciéndola más fructífera. Nuestro objetivo principal al profundizar en esta materia es ser capaces de realizar una valoración más exhaustiva del paciente, aunque por supuesto, de forma paralela se tratarán aspectos que puedan tener repercusiones terapéuticas.

El dominio de la comunicación no verbal en la relación profesional – paciente juega un papel muy importante, ya que puede ser utilizada para reforzar la información que se le transmite al paciente, recalcar el desacuerdo (cuando lo halla) con alguno de sus planteamientos y para transmitir información y confianza sin recurrir al lenguaje verbal, dándole así tiempo para que pueda empezar asumir mensajes de forma gradual y reduciendo, por tanto, el impacto de estos.

A lo largo de las siguientes páginas intentaremos demostrar la importancia de la comunicación no verbal – en urgencias en particular y en cualquier otra unidad en general –, así como descubrir habilidades no verbales que mejoren las interacciones interpersonales tanto a nivel profesional como en el resto de interacciones en las que como seres sociales que somos nos vemos envueltos.

El contexto de los comunicadores en urgencias

La interacción entre profesional sanitario y paciente en el ámbito del servicio de urgencias, como en cualquier otra tiene ciertas peculiaridades propias del contexto y los roles que desempeñan los actores; sin embargo, estos, en esta situación comunicativa en concreto añaden a la interacción una carga de estrés muy característica, que en definitiva no hace más que dificultar el logro de lo que es el fin último: la rehabilitación completa en el aspecto biológico, psicológico y social del sujeto a la sociedad.

La comunicación no verbal puede generar o aliviar gran cantidad de estrés, que además de constituir per se una complicación a nivel psicológico, altera el organismo a nivel fisiológico: Aumenta la demanda de oxígeno, la frecuencia respiratoria y cardíaca y tensión arterial, que pueden agravar el estado del paciente en casos graves, y generar cuadros de ansiedad.

Sólo esto, ya es motivo suficiente para que cualquier profesional sanitario (y con más razón los que desempeñan su labor asistencial en este tipo de unidades) sea capaz de manejar ciertas habilidades que le permitan conducir la relación de la forma más provechosa posible.

La comunicación no verbal en la valoración del paciente

Territorialidad

Es la conducta caracterizada por la identificación con un área determinada y que puede despertar conductas defensivas ante invasiones. Como todo territorio, este al que nos referimos tiene unas distancias que lo delimitan, que manejamos habitualmente y a las que debemos prestar especial atención como profesionales sanitarios. De hecho, el dominio de estas habilidades puede jugar (y suele hacerlo) un papel muy importante en el manejo de distintos tipos de paciente, así, podemos acortar la distancia para hacer que una persona sienta mayor intimidad durante la entrevista o hacia la dirección opuesta, por ejemplo en el manejo de un paciente agresivo (psiquiátrico o no) en aquellos casos en los que fuese necesario poner un límite a esa conducta; igualmente, podemos separarnos de aquella persona que notemos más reservada, intentando que no se sienta cercada.

Si lo que pretendemos es conseguir un dominio del territorio que tenga un adecuado efecto terapéutico, debemos conocer las distintas distancias a las que situarnos, cuales serán consideradas como invasivas, la gravedad de los distintos tipos de invasión y los factores de los que depende que estas irrupciones sean consideradas como agresión o no, con los grados intermedios que pueda haber entre ambas posiciones. Además, esto nos servirá para valorar el estado del paciente, en función de sus reacciones a dichas violaciones territoriales, que por otro lado son inevitables, y actuar en consecuencia, acercándonos de diferente manera en función de cómo las haya interpretado el enfermo.

Hall divide el espacio personal en cuatro grupos, en función de la intimidad que suponga la presencia en cada uno de esos grupos, que son:

- *Íntimas* (desde el contacto físico hasta unos 45 cm de separación), al menos en nuestra cultura, deberemos ser precavidos al permanecer en este espacio, si bien con frecuencia podemos acercarnos hasta unos 30 – 34 cm a medida que la relación evolucione. JAMÁS se debe penetrar esta última distancia; esto podría aceptarse si hubiese necesidad de realizar determinadas exploraciones o técnicas, por motivos de espacio (como fuese atender a una persona en un pasillo o cuarto de baño) o en caso extremo en pacientes que precisasen un apoyo emocional especialmente intenso. Un motivo distinto podría alterar la interacción profesional – paciente, haciendo que este se sintiese cercado (lo que puede provocar una reacción de huida o lucha) o interpretase este acercamiento como un indicador de galanteo.
- *Casuales – personales* (entre los 40 y 120 cm de separación), esta es la distancia ideal a tomar en la primera parte de la entrevista, nos dará mucho juego, permitiéndonos estar más próximos si el inicio es cordial, y dar una mayor confianza o por el contrario alejarnos un poco, dando más seriedad si es así como empieza la conversación, pero sin parecer en ningún momento desagradables.
- *Sociales – consultivas* (entre 120 y 364 cm), aunque con excepciones, utilizaremos esta distancia cuando, en un primer momento, accedamos al enfermo (al buscarle para iniciar la atención en la sala de urgencias o a la llegada al lugar del suceso). Las excepciones que comentábamos podrían ser de nuevo la imposibilidad de acceder a una distancia más adecuada o en cuadros de agitación psicomotriz, en los que la aproximación al enfermo debe realizarse con más cuidado.
- *Pública* (hasta el límite de lo visible o audible)

Lyman y Scott reconocen tres tipos de intrusión territorial:

- Violación implica la mera intrusión.
- Invasión añade a la definición anterior una cualidad de permanencia.
- Contaminación la profanación incluye elementos dejados por el invasor.

La existencia e intensidad de la reacción defensiva depende de varios factores:

- Quién invade el territorio, amigo, desconocido, enemigo...
- Por qué se ha producido la violación, intencionalidad, justificación...
- Qué territorio se ha violado (es más grave la invasión de un territorio personal que la de uno público).
- Hasta donde ha llegado la invasión, ¿Nos han tocado? ¿A qué distancia se nos han acercado?
- Cuanto tiempo ha durado la invasión...

Factores que modifican las distancias que escogemos

Edad y sexo. Willis estudió la distancia conversacional de un grupo de 775 personas, descubriendo que los hablantes se acercaban más a las mujeres que a los hombres. En parejas del mismo sexo, la distancia era también menor cuando se trataba de mujeres que cuando se trataba de varones; también observó que las personas de edad parecida a la de su interlocutor se le acercaban más cuando éste tenía una edad similar a la suya, una excepción fueron las parejas de muy viejos y muy jóvenes, que a menudo evitaban la interacción a

distancias cortas.

Transfondo cultural y étnico. Dada la variedad de etnias que en los últimos años se vienen asentando en nuestro país este es un aspecto que deberemos tener muy en cuenta, no en vano una fracción importante de las personas que demandan atención de urgencia proceden de culturas diferentes a la nuestra y ocasionalmente ni siquiera hablan castellano (no hace falta comentar la importancia que la comunicación no verbal juega en este caso, haya o no interprete).

Sabemos que diferentes culturas se relacionan a distintas distancias, así, comparando norteamericanos con árabes, podemos ver que estos utilizan distancias menores, se enfrentan más, se desplazan juntos y utilizan más el comportamiento táctil, siendo más capaces de mirarse a los ojos con firmeza.

El tema de la conversación. Cuando el asunto genera tensión, las distancias suelen ser más largas que en conversaciones más agradables.

El ambiente. Cuando nos encontramos inmersos en un ambiente solemne, las personas que no se conocen tienden a mantener la distancia, mientras que las conocidas se acercan más; en el ámbito de la sanidad (y ya no sólo en urgencias) ser conscientes de esto puede ser útil para ayudar a las familias a iniciar el proceso del duelo, manteniendo nosotros la distancia mientras ellos se mantienen unidos.

Efectos de la aglomeración y hacinamiento

Amén de situaciones en las que se produzcan elevados números de heridos, existen épocas del año en que la demanda en servicios de urgencia hospitalarios llega a triplicarse lo que en este caso en concreto suele constituir un importante estresor. A este respecto, de los estudios de Rohe y Patterson se desprende que la atención a las demandas de los enfermos, no ya en el problema principal de su consulta, sino incluso en cuestiones vanales como pudiera ser facilitar un vaso de agua, intentar resolver las dudas pueden disminuir la reacción de huida o lucha.

Comunicación táctil

Este tipo de comunicación suele quedar relegada a un segundo plano, ya que en ocasiones no es apropiado utilizarla desde el primer momento y teniendo en cuenta la rapidez con que se desarrollan este tipo de interacciones, muchos profesionales se resisten a utilizarla, sin embargo, esta velocidad hace que esa intimidad necesaria en la relación profesional – paciente se adquiera también con mayor celeridad.

Tenemos, básicamente tres motivos que nos lleven a fomentar el uso de la comunicación táctil:

- Educación para la salud: se conoce una relación entre la estimulación táctil (principalmente en niños) y la facilidad para enfermar; esta función iría destinada principalmente a los padres. Además, se ha demostrado que aquellos niños que reciben una estimulación táctil pobre, presentan a posteriori mayores dificultades de aprendizaje que pueden estar relacionadas con el desarrollo del habla o del pensamiento simbólico.
- Transmisión de una sensación de sosiego hacia el paciente: es muy útil en situaciones que generen gran cantidad de ansiedad o dolor (lo cual es una constante en un servicio de urgencias). Como ejemplo tenemos el caso de las doctas, figuras generalmente femeninas que suelen haber pasado ya por la experiencia del parto y ayudan a otras *parturientas* a *dar a luz* (nada que ver con la matrona, que ayuda a *nacer* al *niño*) y entre cuyas técnicas existen el masaje y las caricias a la madre, que tiene por fin relajar a esta en la medida de lo posible.
- Desarrollo de la psicomotricidad en niños, esto se encuentra estrechamente ligado al primer punto y como aquel viene a destacar que una adecuada estimulación táctil del niño potencia su desarrollo psicomotriz. No en vano, esta es una terapia utilizada con frecuencia por terapeutas ocupacionales

(entre otros) con niños que presentan déficits de este tipo.

Un ejemplo de como una caricia puede tomar una dirección u otra es el sentido en que se haga esta; si es a contrapelo puede hacer cosquillas o enviar un estímulo doloroso (estimulación) pero hacerlo en la dirección en que crece el pelo puede tomar un cariz placentero y tranquilizador.

Indicadores no verbales del estado de ánimo

Lo primero que debe quedar completamente claro es el hecho de que cualquiera de los indicadores que a continuación se enumerarán no pueden interpretarse aisladamente, ya que de esta forma carecen de significado, y sólo lo alcanzan cuando se valoran en conjunto con el resto de signos.

Estos indicadores tienen con frecuencia un origen orgánico, producto de la excitación fisiológica.

Sorpresa

- Se manifiesta en todas las zonas del rostro (frente, boca, ojos).
- Es la más breve de todas.
- Puede mezclarse con otras: miedo, alegría, ira.
- Aparecen arrugas horizontales en toda la frente.
- La esclerótica se ve por encima del iris.
- La mandíbula, por relajación de los músculos, cae, y desaparece la tensión de la boca.
- El grado de apertura de la boca y los ojos se corresponde con el nivel de sorpresa.
- Si mantenemos la frente de sorpresa y la cara neutral la emoción significa: duda o pregunta.
- Si manifestamos sorpresa y al mismo tiempo movemos la cabeza, indicamos duda, incredulidad o escepticismo.

Miedo

- Las cejas se contraen y levantan al mismo tiempo;
- El centro de la frente se arruga;
- Apertura desmesurada de los ojos;
- El párpado superior se eleva mientras el inferior permanece tenso y alzado;
- Boca abierta con labios tensos o ligeramente contraídos hacia atrás. Si la preocupación sólo se manifiesta en la boca, se tratará de una preocupación momentánea;
- Si se expresa únicamente con los ojos, se trata de un miedo fingido;
- La respuesta no verbal suele tener una graduación desde la preocupación hasta el terror;
- Generalmente se acompaña de sudor frío, palidez y temblores (esto es una respuesta fisiológica);

Disgusto

- Se manifiesta levantando el labio superior y el inferior que es empujado por este hacia arriba.
- La nariz se arruga (algo huele mal).
- Las mejillas se levantan (nos retiramos).
- Se tiende a cerrar los párpados y aparecen líneas debajo del párpado inferior.
- Se vuelve el rostro ligeramente hacia un lado (no deseamos verlo).

Cólera

- La boca se puede mantener cerrada, con los labios apretados o abierta, tensa y cuadrangular, como si se apretara;

- Aparecen líneas verticales entre las cejas (pliegue de la agresión);
- Mirada dura y ojos prominentes;
- Cuerpo erguido, a veces se enseñan los dientes;
- El rostro enrojece o palidece;
- Se acelera la función respiratoria (y las aletas nasales se separan del tabique) y circulatoria;
- Variación del diámetro de las pupilas

Felicidad

- Los ojos están brillantes y el color de la cara se aviva.
- Las comisuras de los labios se dirigen hacia atrás y hacia arriba.
- La cara se ensancha y las mejillas están levantadas.
- La boca puede estar abierta o no, con o sin exposición de los dientes.
- Aparecen arrugas debajo del párpado inferior.
- Las patas de gallo van hacia afuera desde el ángulo externo del ojo.
- La alegría extrema puede provocar la secreción lacrimal.
- Si la felicidad se transforma en risa los orificios orbitales se cierran por la acción de los músculos palpebrales.

Tristeza

- Las comisuras de los labios van hacia abajo.
- Los ángulos interiores de las cejas van hacia arriba.
- Las cejas forman un triángulo.
- El surco nasolabial se manifiesta con claridad

Bibliografía:

- Davis, F.: La Comunicación no Verbal. Alianza Editorial. Madrid 1994.
- García Fernández, J.L.: La Comunicación de las Emociones. Editorial de la U.C.M. Madrid, 1991.
- Knapp, M.L.: La comunicación no verbal, el cuerpo y el entorno. Ed. Paidós comunicación. Barcelona, 1995.
- Smith, A.G.: Comunicación y cultura. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1977.

En internet:

- <http://usuarios.iponet.es/casinada/0901com.htm>
- www.terra.es/personal/eac00002/comuni.htm

3

2