

Revisiones

La comunicación no verbal con el anciano y los profesionales sanitarios

Nonverbal communication with the elderly and health professionals

Antonia Rubio-Hernández^{1*}, Rocio Nieto-Alcaraz¹, Carmen María Arcos García²

¹ Residencia de Mayores “El Zapillo”, Junta de Andalucía, Almería

² Residencia Virgen de la Esperanza, Almería

Fecha de recepción: 29/09/2014 – Fecha de aceptación: 15/05/2015

Resumen

Introducción. El ser humano lleva comunicándose continuamente desde sus orígenes, satisfaciendo de esta manera una necesidad humana básica. Esta comunicación no siempre es comprendida o asimilada de la forma deseada. Desde las profesiones sanitarias, el proceso comunicativo mediante el cual establecemos nuevas relaciones, es imprescindible para poder interactuar con los pacientes o clientes. **Objetivo.** Conocer las modificaciones que se suceden fisiológicamente con el envejecimiento en cuanto a la recepción, interpretación y emisión de mensajes no verbales con el fin de buscar una comunicación óptima con el anciano. **Material y Método.** Se ha realizado una revisión sistemática de aquellas publicaciones que han aparecido en los últimos diez años y que corresponden a comunicación no verbal con el mayor y los profesionales sanitarios. Las bases de datos utilizadas han sido: Medline-Pubmed, Cuiden plus, Scielo, CINAHL, EMBASE e IME Resultados. Dos cambios relacionados con la edad que ocurren en la mayoría de los ancianos contribuyen en gran medida a tornar difícil la comunicación con ellos: los cambios en la visión y los cambios auditivos. **Conclusiones.** La vejez no es de por sí limitante; las limitaciones nacen al ignorar que muchas funciones orgánicas y mentales se modifican sin que por ello las facultades vitales de la persona desaparezcan. Nuestro deber es ofrecer la comprensión necesaria y proveer la interrelación con unas nuevas alternativas.

Palabras clave: *Anciano, comunicación no verbal, profesionales.*

Abstract

Introduction. The human being has continually communicating from its origins, thus meeting a basic human need. This communication is not always understood or assimilated as desired. From the health professions, the communicative process by which we establish new relationships, it is essential to interact with patients or clients. **Objective.** Knowing the physiological changes that occur with aging in terms of reception, interpretation and nonverbal messages broadcast to find an optimal communication the elderly. **Material and Methods.** There has been a systematic review of publications that have appeared in the last ten years, corresponding to nonverbal communication with the largest and health professionals. The database used was: Medline-Pubmed, Cuiden plus, Scielo, CINAHL, EMBASE and IME results. Two age-related changes that occur in most elderly contribute greatly to render them difficult communication: changes in vision and hearing changes. **Conclusions.** Old age is not self-limiting; limitations are born to ignore that many organic and mental functions are modified without this vital powers of the person disappear. Our duty is to provide the necessary understanding and provide the interface with new alternatives.

Keywords: *Elderly, nonverbal communications, professionals.*

*Correspondencia: antonia_rubio_hernandez@hotmail.com

Introducción

El ser humano lleva comunicándose continuamente desde sus orígenes, satisfaciendo de esta manera una necesidad humana básica. Esta comunicación no siempre es comprendida o asimilada de la forma deseada (Cibanal y Arce, 2009). Desde las profesiones sanitarias, el proceso comunicativo mediante el cual establecemos nuevas relaciones, es imprescindible para poder interactuar con los pacientes o clientes.

Reducir el acto de comunicarnos a una mera transferencia de información entre personas es una práctica común que va a suponer una pérdida de la efectividad del mensaje. La escucha activa requiere de retroalimentación o feedback. Otras veces es la comunicación no verbal la que se ve menospreciada: un gesto, una postura, una mirada, pueden llegar a definir los hechos mejor que las palabras. El buen manejo de las habilidades comunicativas, sean verbales o no verbales, favorecen una relación de ayuda más eficaz (Cibanal, Arce y Carballal, 2011).

En la relación paciente-profesional sanitario debe tenerse en cuenta el contenido de lo que dice el paciente, de lo que siente en relación al contenido y saber cuál es su demanda en función de lo que está diciendo. Desde esa comunicación desigual que supone la relación terapéutica, el sanitario debe utilizar sus conocimientos a favor del paciente y a su vez, éste último también contribuirá en la relación, siendo el resultado un intercambio (Caballo, 1993).

A partir del siglo XX la comunicación no verbal ha despertado el interés de científicos e investigadores: psicólogos, antropólogos, lingüistas, estudiosos de la comunicación no verbal, sobre todo aquella que se refiere a la expresividad corporal. Actualmente, su investigación, es fruto de cuatro disciplinas diferentes: la psicología, la psiquiatría, la antropología y la etiología. El hecho es que, en cada situación comunicativa se dan simultáneamente dos niveles diferentes que nos indican cómo interpretar las palabras que escuchamos:

- Verbal o de contenido, mediante el cual los comunicantes intercambian información a propósito de algo (referente). Durante la comunicación verbal, cada interactor necesita información intermitente acerca de las reacciones de los otros y de su estado emocional para el feedback y para controlar el turno de palabra, siendo necesario el siguiente nivel:
- No verbal o connotativo, con el que se marca la relación que se establece entre los hablantes y que delimita cómo debe entenderse la información transmitida, define el sentido de la interacción comunicativa en su conjunto. No existe una retórica universal de lo no verbal: nuestro cuerpo es el origen de toda comunicación, voluntaria o no. El cuerpo es una

estructura lingüística; revela infinidad de informaciones aunque el sujeto guarde silencio (Gloria Hervás Fernández, 1998).

Componentes de la comunicación no verbal.

La conducta o lenguaje no verbal se puede clasificar en:

Paralenguaje: todo aquello que acompaña al lenguaje, como el tono de voz, la vocalización, la entonación en el discurso, hablar pausado o de prisa según el momento,...

Por ejemplo, se pueden distinguir tres tonos de voz distintos al hablar:

- Ascendente, que sugiere duda, indecisión o interrogación.
- Descendente, que transmite firmeza, determinación y confianza.
- Mixto, que sugiere ironía y sarcasmo.

Proxémica: la distancia o espacio personal, la conducta territorial humana, es decir, el espacio físico de cada persona, ya que el sentido del yo de cada persona va más allá de su propia piel. Siendo así, se puede establecer una escala de distancias hipotéticas, basada en la observación:

- Distancia íntima: Hasta 45 centímetros. Es la distancia para la conversación íntima, ya que se establece comunicación a través del olor, el tacto y la temperatura corporal.
- Distancia personal: Entre 45 y 75 centímetros es la distancia que tiene la burbuja personal de un individuo en la cultura occidental. En la oriental o escandinava, puede aumentar hasta los 120 centímetros.
- Distancia social: Próxima, entre 1,20 y 3 metros, y lejana, entre 3 y 4 metros. Los profesores pueden trabajar a esta distancia en espacios reducidos. En ella se intercambian opiniones y se participa en discusiones.
- Distancia pública: Más de 4 metros. Es adecuada para pronunciar discursos, conversaciones muy formales, y, en general, siempre que se quiera transmitir jerarquía.

Kinesia: Estudio de la postura y movimiento corporales, de la conducta táctil, de efecto de la apariencia física, vestimenta, artefactos, así como de los gestos y expresiones y de la conducta visual (Andrés Mínguez Vela, 1999; Francisco José García Aguilera, 2003).

El anciano no debería tener una problemática social mayor a la de cualquier otro ciudadano, pero la situación actual española ha cambiado mucho y en pocos años se ha alcanzado un importante grado de desarrollo industrial, de las instituciones, los grupos sociales, etc. ; todo ello ha incidido en el campo de la educación, en las formas de comportamiento ;en definitiva, en la escala de valores culturales y sociales donde el perfil de los mayores y su situación social ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas y hasta se podría decir que han perdido su estatus y rol social.

La vejez viene acompañada de una serie de pérdidas, tanto endógenas, como exógenas, que dejan cada vez más sólo al mayor; pierden el trabajo, el estatus social, parte de los recursos porque la pensión supone un deterioro progresivo de los ingresos, las fuerzas disminuyen, la salud se quebranta; en definitiva, esta etapa se caracteriza por los cambios tan importantes que se producen en las capacidades físicas, sociales y emocionales de los mayores.

Nos interesa trabajar sobre esta temática porque vemos al envejecimiento como un proceso sociocultural en el cual la cultura tiene una trama de significados; es decir, «el curso de la vida humana, modelado culturalmente por valores, creencias y representaciones.» (Morgante 2002-2004).

Objetivo

Conocer las modificaciones que se suceden fisiológicamente con el envejecimiento en cuanto a la recepción, interpretación y emisión de mensajes no verbales con el fin de buscar una comunicación óptima con el anciano.

Material y método

Diseño

Es un estudio observacional descriptivo sobre los artículos publicados en los últimos 10 años relacionados con la comunicación no verbal en el mayor y los profesionales sanitarios.

Se ha realizado una revisión sistemática de aquellas publicaciones que han aparecido en los últimos diez años y que corresponden a comunicación con el mayor y los profesionales sanitarios.

Las bases de datos utilizadas ha sido: Medline-Pubmed, Cuiden plus, Scielo, CINAHL, EMBASE e IME. Los criterios de inclusión han sido:

1. Comunicación en el anciano.
2. Características de la comunicación.
3. Repercusiones de la comunicación en el anciano.

Durante la búsqueda se han tenido en cuenta los artículos publicados desde el 2000 al 2010. Los términos y los operadores lógicos utilizados para la búsqueda han sido: Counselling and Caregiver cuando se han utilizado las bases de datos en inglés. Para las bases de datos latinoamericanas, los términos que se han usado han sido: Se han seleccionado 15 artículos Comunicación y anciano que cumplieran los criterios de inclusión, de los cuales la mayoría son de literatura anglosajona (13) y el resto, son en español (2).

Resultados

Con este estudio se ha pretendido conocer cómo se lleva a cabo la comunicación no verbal en el anciano con respecto al profesional sanitario. El proceso comunicativo en el desconocido entorno sanitario al que se enfrenta. De ahí cabe desatacar que nos hemos encontrado dos cambios relacionados con la edad que ocurren en la mayoría de los ancianos contribuyendo en gran medida a tornar difícil la comunicación con ellos: los cambios en la visión y los cambios en la audición. Si una persona no puede ver muy bien o no puede oír muy bien, la mayoría de las señales sensoriales que transmiten interés (una mirada de alerta en sus ojos, el contacto visual, el cuerpo en atención), el respeto, el afecto, calidez, la preocupación, la confianza, etc., nunca se perciben. (Castellote, 1997).

Cambios en la visión: la pérdida de la transparencia de las estructuras ópticas, el amarillamiento del cristalino y la pérdida de elasticidad de los músculos que lo circundan, lo mismo que el estrechamiento de los vasos que irrigan las diferentes capas del globo ocular, producen alteraciones en la visión del viejo.

Cambios en la audición: El ardo externo sufre una atrofia de las glándulas productoras de cerumen, hecho que se sucede simultáneamente con la hiperfuncionalidad de las mismas, dando como resultado un volumen normal de su producción.

Las dificultades con la comunicación también significan dificultades para establecer relaciones terapéuticas, dado que las últimas dependen mucho de la primera. El profesional debe trabajar para comunicar claramente y debe de utilizar de alguna forma otros canales sensoriales para transmitir significados terapéuticos.

El diseño ambiental adquiere una gran importancia en el tratamiento de los mayores y las características físicas del entorno en el que vive el mayor influyen de forma decisiva en su quehacer diario, su autonomía y, en definitiva, su satisfacción. Pero la influencia del medio ambiente en el entorno de los mayores es diferente en la ciudad que en las zonas rurales y entre los que siempre han vivido en las grandes urbes o en aquellos que han sido trasplantados de zonas rurales o los que viven en núcleos pequeños.

Los elementos negativos comunes que se estima alteran el equilibrio afectivo de los mayores, se podrían definir como: las grandes vías de comunicación, la contaminación, las barreras arquitectónicas que impiden el acceso a los jardines, centros culturales, aceras, medios de transporte, grandes superficies comerciales, etc. Por otra parte las aglomeraciones que dan sensación de vorágine y también de anonimato, impersonalidad, en definitiva incomunicación y entorno más

agresivo.

En cuanto a los medianos grupos de población y sobretodo las zonas rurales, los problemas reseñados no les afecta tanto, porque su entorno es más humano, equilibrado y se comunican más, pero también les acechan otros peligros en el domicilio, dificultades en el acceso a los servicios médicos, comerciales y municipales, y la emigración a los núcleos urbanos les dejan también más solos.

Conclusiones

La comunicación es algo más que mero diálogo. El lenguaje no verbal, como la expresión corporal están siempre presentes. Deben valorarse especialmente en la etapa senil, puesto que en ocasiones tienen dificultades en expresar sus pensamientos y sentimientos mediante el empleo de las palabras.

Se han encontrado pocos estudios de investigación que cuantifiquen las características de comunicación no verbal entre enfermeras y sus pacientes seniles. En todos los artículos referentes los autores coinciden en que supone una experiencia potencialmente estresante para los residentes la audición y la visión.

Siempre es correcto escuchar al paciente, en el anciano este proceso de interrogar y escuchar presenta ciertas dificultades y puede ser más largo y tedioso por lo que se hace mal. A veces ellos no relatan siempre sus problemas por considerarles que son propias de la vejez o por ignorancia y a veces sienten que el médico está apurado. Una parte importante de la historia son los aspectos sociales, por ello tenemos que hacer un esfuerzo por comprender el contexto de lo vivido, la progresiva adaptación a la vida actual del anciano y crear un ambiente adecuado para que el paciente se sienta cómodo para hablar de los problemas que puede padecer como soledad, depresión, temor a la muerte, abusos, pérdida de memoria, consumo de alcohol, disfunción sexual.

La vejez no es de por sí limitante; las limitaciones nacen al ignorar que muchas funciones orgánicas y mentales se modifican sin que por ello las facultades vitales de la persona desaparezcan. Nuestro deber es ofrecer la comprensión necesaria y proveer la interrelación con unas nuevas alternativas.

Consideramos que este es un tema del cual se habla mucho en la actualidad, por ello es necesario que se tome en serio la realidad de un número de personas que está siendo cada vez mayor, ya que muchas veces tanto el estado como la familia y sociedad en su conjunto, subestima a los ancianos por lo que creemos que a los ancianos hay que saber escucharlos, oír sus preocupaciones y temores, darles nuestro afecto, que se sientan útiles y, ante todo, tratarlos con amor y cariño.

Referencias

- Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Castellote Verona, F.J. Clares Martinez, I (1977). La Comunicación con el enfermo. Rev. Geriatrika, 13(9), 45-48.
- Cibanal, J., Arce, M. C., Siles, J. y Galao, R. (2000). Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda de enfermería. Revista de Enfermería, 11, 10-15.
- Cibanal, L y Arce, M.C.(2009). La relación enfermera-paciente.(2ª ed.).Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Cibanal, L., Arce, M.Cy Carballal, M.C. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. (2ªed).Barcelona: Elsevier. 35-53.
- García Aguilera, F.J. (2003). Desarrollo de acciones formativas y liderazgo no verbal | GestioPolis. Gestipolis. Retrieved February 21, 2012, from <http://www.gestipolis.com/canales/derrhh/articulos/63/forlidnoverbal.htm>.
- Lynne W. Clark (1955). Trastornos del lenguaje: qué buscar y cuando consultar. Rev. Modern Geriatrics. 7(1), 10-13
- MEZEY, Mathy y Cols (1984).- Evaluación de la salud del anciano. La prensa médica mexicana, México
- Peplau, H.E.(1990). Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores.