

La Comunicación: Bases biológicas.

**José Luís Rodríguez-Villamil
Fernández**

Rosa Meijide Faílde

Jorge Teijeiro Vidal

Introducción.

Dentro del **Curso Comunicación, estrés y accidentabilidad** que la Universidad Internacional Menéndez Pelayo organiza, como Curso de Verano en La Coruña, y concretamente sobre el tema de la comunicación, se ha considerado oportuno incluir un aspecto que haga referencia a su fundamento biológico, es decir, al estudio de aquellas estructuras anatómicas y funcionales que, de alguna manera, intervienen en la comunicación. Para ello se propone el tema **La Comunicación: Bases biológicas**.

Para comenzar su estudio consideramos adecuado ceñirnos a los objetivos marcados por el propio curso que no son otros que los de *«informar a los distintos colectivos de profesionales sobre la influencia que la*

comunicación, en concreto, está generando en las sociedades actuales y la importancia que su control puede reportar sobre la salud, tanto individual como colectiva».

Como esta información va dirigida a distintos profesionales y estudiantes de las áreas de la salud y sociales, intentaremos que su contenido no resulte excesivamente básica para unos ni incomprensible para los otros.

El desarrollo constará de una **primera parte** en el que nos detendremos brevemente en el estudio de aquellas estructuras anatómicas y funcionales que, de alguna manera, contribuyen al establecimiento de relaciones mediante la comunicación en los seres vivos.

Para ello nos centraremos, a pesar de los diferentes tipos de comunicación existente en función de la raza, el sexo, la edad, etc. en los que hagan referencia al ser humano, pues es en este en donde la comunicación se establece de una forma más explícita mediante la utilización de los diferentes tipos de lenguaje.

La **segunda parte** hará referencia a la **comunicación ver-**

bal como mensaje dirigido al comportamiento. Y esto sería conveniente distinguirlo, aunque no resulte fácil y a pesar del objetivo del curso, de lo que se entiende por información.

Entiendo, que no nos estamos refiriendo «información» en *sensu estricto*, es decir, un medio de relación unidireccional entre personas, sino, a establecer una relación bidireccional que permita la adaptación, el ajuste, del mensaje emitido en función de las circunstancias y características del receptor, no sólo porque esto sería más acorde con el sentido general del tema sino porque no olvidemos que nos estamos refiriendo a un colectivo, fundamentalmente enfermos, que por serlo tienen unas características especiales. Este segundo aspecto del tema nos parece especialmente interesante pues siendo conscientes de que vivimos en la sociedad de la comunicación, en donde todavía me sorprende la velocidad con que se llega cada vez a mayor número de personas, y donde los términos convivir, compartir, solidaridad y otros son empleados cotidianamente, no

estamos convencidos de que se estén llevando efectivamente a la práctica.

En la **tercera y última parte** estudiaremos la **comunicación no verbal**, es decir, la comunicación más allá de las palabras. Estudiaremos sus componentes y sus peligros. Nos tendremos, aunque sea brevemente, en las claves para mejorar la lectura, entender en una palabra, la comunicación no verbal.

Descripción morfofuncional de la comunicación.

Dentro de las estructuras anatómicas y funcionales que, de alguna manera, contribuyen al establecimiento de relaciones entre los seres vivos, es obligado hacer referencia a aquellas que constituyendo el tronco encefálico cumplen funciones de relación.

El **tronco encefálico**, como sabemos, está integrado por -bulbo, protuberancia y mesencéfalo- partes anatómicamente bien diferenciadas, que realizan funciones tales

como la actividad de los pares craneales, la motilidad y sensibilidad, y ciertos reflejos.

Sus lesiones - vasculares, inflamatorias, tumorales o degenerativas- pueden originar trastornos de la conciencia y a menudo la muerte por afectar a órganos que rigen funciones vitales; cuando no lo son, dan origen a múltiples cuadros sindrómicos que impiden, dificultan o alteran la comunicación. De entre estos factores nos detendremos a estudiar aquellos que producen lo que podríamos englobar como trastornos del lenguaje.

Trastornos del lenguaje.

Los trastornos del habla y del lenguaje suponen una alteración de la comunicación cognitiva. Así, la **afasia** o «afectación adquirida de la conducta verbal del lenguaje a nivel lingüístico,» es uno de los trastornos que con mayor incidencia dificulta el establecimiento de la comunicación. En función de sus características, en cuanto a la fluidez, comprensión o repetición recibe el nombre del área cerebral afecta-

da tales como: **Transcortical, De Broca, De Wernicke.**

No vamos a entrar en su localización topográfica pero si mencionar que, dependiendo de ésta, se alterarán específicamente funciones tales como la **fonación**, es decir, se produce la primordial lesión que interfiere la comunicación interrumpiendo la emisión de la voz. La afectación cognitiva de la comunicación se asocia a disfunción del hemisferio derecho y se caracteriza por disminución de la concentración, atención, memoria y orientación; confusión; fabulación; pensamiento irrelevante o concreto, y lenguaje vago.

Entre los problemas funcionales asociados, se aprecia la desatención o ignorancia unilateral, la **apraxia** constructiva y del vestirse, la **anosagnosia** y los trastornos del conocimiento y del juicio.

Hemos de diferenciar los conceptos que no por usados dejan de ser confusos, que son la **aparaxia**, dificultad en determinar o planear movimientos intencionados a pesar de la existencia de una adecuada función

motora y sensorial, coordinación y comprensión. Y la **disartria**, que se define como lenguaje «emborronado» con errores en la articulación, problemas de volumen o control de la respiración.

Otra estructura anatómica y funcionalmente bien descrita, es el **tálamo**, órgano binuclear conectado mediante múltiples aferencias y eferencias con el resto de estructuras nerviosas intracraneales, su alteración funcional - vascular, infecciosa, tumoral, etc. - produce alteraciones emocionales tales como, trastornos de la afectividad, ausencia de inhibiciones y descontrol emocional y apatía y somnolencia, que pueden progresar hasta el coma. Es innecesario por obvio, suscribir que las alteraciones que afecten a esta estructura cerebral interponen barreras, a veces insalvables para la comunicación.

El cerebelo, órgano situado en la fosa posterior del cráneo, de forma ovalada está unido al tronco encefálico por los tres pedúnculos cerebelosos. El grosor y la consistencia de éstos, garantiza la interconexión entre am-

bas estructuras y la relación con el medio externo mediante aferencias y eferencias que se manifiestan en funciones concretas, tales como modular las reacciones vestibulares, es decir, los reflejos de fijación de la mirada, los de adaptación de los miembros a la posición de la cabeza, etc.

Intervenir en el control del tono muscular de forma generalmente estimulante.

Intervenir en la realización de los movimiento voluntarios, fundamentalmente a coordinarlos en cuanto a la amplitud, fuerza y secuencia.

Para todo ello el cerebelo utiliza la información que recibe desde los huesos, músculos y articulaciones, desde la corteza y otras estructuras intracraneales.

La función del cerebelo es de extraordinaria participación en la comunicación no verbal.

La aptitud para comunicarse es vital para el ser humano.

En todos los actos de la vida el hacernos comprender y comprender a los demás son actividades primordiales. Las dificultades de comunicación deben ha-

cernos excluir lesiones o cuadros sindrómicos que teniendo una base morfológica o funcional impiden, dificultan o alteran la comunicación, no descartándose con el progreso de la ciencia detectar y prevenir dichas lesiones que alteran la comunicación.

La Comunicación verbal como mensaje.

La segunda parte, como dijimos, debe hacer referencia a la comunicación verbal como mensaje dirigido al comportamiento.

Comunicar es hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene, ya sean pensamientos, ideas, sentimientos o cualquier otra clase de información. Todo ello constituye el mensaje a transmitir.

Para que se produzca transmisión (comunicación) los interlocutores deben utilizar los mismos códigos para así permitirse mutuamente descifrar lo que se ofrece y superponer en parte su mundo con el mundo del emisor. A menudo, los que vivimos y trabajamos en torno a la salud, nos formamos para diag-

nosticar y curar, y desconocemos lo que es consolar o abarcar la realidad del sufrimiento o, en todo caso, cuidar. Los estudiantes de ciencias de la salud se pasan años aprendiendo las causas, las manifestaciones y las aplicaciones terapéuticas, pero apenas dedican en su formación algún tiempo a aprender la mejor forma de interrelacionarse con los pacientes. Este desconocimiento del comportamiento individual ante situaciones ligadas a la salud, hace, que en ocasiones, la mayoría de los mensajes que utilizamos no conecten con el problema del paciente. Y esto puede ocurrir porque se ignora el entorno de procedencia sociocultural, o porque existen problemas morfofuncionales como los descritos en el apartado anterior, o por que la información a transmitir no debe ser todo lo veraz que se nos demanda, condicionada por familiares o por el propio paciente, todo ello nos condiciona la comunicación. En cualquier caso, este desconocimiento de los factores condicionantes de comportamiento ligados a la salud, lleva a la emisión de mensajes que por in-

eficaces acaban interrumpiendo esta. Por lo tanto tendremos que encontrar, dependiendo de la situación del paciente, mensajes o contenidos verbales que conecten con las motivaciones reales del paciente, encajen en el entorno y tengan en cuenta las particularidades propias del sujeto.

Existen múltiples modelos que estudian los cambios de actitudes en salud, todos ellos tienen puntos en común y divergencias.

Como ejemplo debemos citar a **Ajzen y Fishbein**, 1980 por su Teoría de la acción razonada o al primer autor y **Madden**, 1986 por su Teoría del comportamiento planificado. Estos modelos han sido aplicados con relativo éxito. Es difícil seleccionar el más adecuado.

En todo caso para alcanzar una comunicación eficaz es imprescindible:

«escuchar»

Sin escucha no puede haber diálogo. Escuchar es un arte que se aprende como todos los demás. Está estudiado que a lo largo de nuestra actividad profesional se consagra el 9% del tiempo a escribir, el 16% a leer, el 30% a hablar y el 45% del tiempo res-

tante lo pasamos escuchando. Siempre hay más ocasiones de escuchar que de hablar. En relación con el paciente es mejor escuchar que querer hablar siempre. La actitud de escucha adecuada para los profesionales de ciencias de la salud es, próximo al paciente, en aquellas circunstancias que lo permitan, sentado al lado o al pie de la cama, nunca de pie con los brazos cruzados o la mano en la manilla de la puerta. El paciente a lo mejor no habla pero, seguro que es capaz de leer en nosotros la prisa, el aburrimiento o el desinterés. Al escuchar, sabremos mejor que respuestas son las que quiere o necesita oír el paciente. Sabremos también si está en condiciones de recibir toda la información de la que disponemos o si, incluso, la quiere conocer.

Muchas veces los médicos nos empeñamos, quizá por defendernos de posibles responsabilidades o incluso por descargar nuestra angustia y preocupación, en informar pormenorizadamente de la situación, sus consecuencias y su final. A veces, incluso, la exageramos para que de no producirse, se pudiera achacar a una buena práctica médica por nuestra parte.

Este comportamiento, parcialmente justificable por los tiempos que a los profesionales de la salud nos ha tocado vivir, indudablemente es un obstáculo que interponen ambas partes, paciente y médico, para el establecimiento de una buena comunicación. La vulnerabilidad, la inseguridad y la indefensión que envuelven a un sujeto que padece ejercen sobre él una presión tal que le condicionan un comportamiento probablemente desconocido por él mismo, esto seguramente le aísla, primera forma de defensa o barrera que se establece y que el profesional de la salud debe ser capaz de captar y franquear.

Una correcta relación profesional de la salud-enfermo puede atenuar el miedo, la ansiedad, la indefensión e incertidumbre que les hacen tan vulnerables. La falta de comunicación con sus «cuidadores» y familiares y amigos por causa biológica o circunstancial conduce al distanciamiento doloroso y alienación del paciente, influyendo significativa y negativamente en el curso de la propia enfermedad.

La comunicación no verbal.

Está demostrado que las conductas no verbales pueden complementar, acentuar e incluso sustituir el uso de la palabra. Por las razones expuestas en los apartados anteriores muchas situaciones biológicas, fisiológicas, socioculturales y de todo tipo dificultan o imposibilitan la comunicación verbal propiamente dicha. Hacer referencia a circunstancias tales como laringectomizados, disfásicos, sondados, hipoacúsicos, son unas de las causas que más frecuentemente contribuyen a ello. En tales situaciones se hace imprescindible el reconocimiento de expresiones no verbales genéricamente aceptadas o la implantación de un argot de campaña o conveniencia. Este «lenguaje» que se manifiesta desde expresiones faciales, gestuales, posturales, contacto físico, tono de voz y dirección e intensidad de la mirada puede suplir, como he dicho, circunstancialmente, el establecimiento de una comunicación verbal.

No nos hacemos suficiente idea, porque a lo mejor nunca

lo hemos necesitado, lo que para los pacientes significa los escasos minutos de visita, la sonrisa, la actitud optimizante, el interés por solucionar los problemas que les plantea su «pequeño mundo» de la cama, la butaca o la silla de ruedas, el sujetar la mano, el tocar su hombro, la palmadita animosa, el colocarle bien la almohada, el secar su frente. Estos gestos, no por cotidianos ni repetidos cama a cama, habitación a habitación, paciente a paciente deben de dejar de significar en quien los hacemos y a quien los dirigimos una expresión sentida de interés, cariño, cuidado, preocupación y diría complicidad por compartir sus más profundos sentimientos con nosotros.

Entre los componentes no verbales de la comunicación debemos destacar la **empatía**, capacidad del profesional de la salud que siente el mundo del paciente como si fuera suyo y así se lo trasmite a éste. La atención incondicional y siempre positiva y la disposición de apertura hacia los sentimientos del paciente. La piedad y la compasión no son buenos compañeros

para este viaje al interior del ser humano por lo que de superioridad y alejamiento implícitamente significan.

Con el aumento de la opción tecnológica como método de diagnóstico, seguimiento o tratamiento, el médico y casi todos los demás profesionales de la salud han dejado de usar la palabra (**comunicación verbal**), sus manos (**comunicación no verbal**) y su humanidad en la relación con el paciente disminuyendo así su capacidad para consolar o abarcar la realidad del sufrimiento o, en todo caso, cuidar.

Bibliografía.

Sanz Ortiz J. Conocimiento de la verdad en el paciente terminal. *Med Clin (Barc)* 1988; 90:538-039.

Anstey S. Communication. En: Penson J, Fisher R. eds. *Palliative care for people with cancer.* Londres: Edward Arnold 1991; 217 -239.

Gauquelin F. "Que es la comunicación? En: Gauquelin F, ed. *Saber comunicarse.* Bilbao: Mensajero, 1982; 14-27.

Siegel BS. El sanador y el sanado: ¿Quién es quién? La relación medico-paciente. En: Siegel BS. ed. *Paz, amor y autocuración.* Barcelona: Urano, 1990; 143-184,

Conde F. Escenarios de futuro del VIH SIDA: de la enfermedad <acontecimiento a la cronicidad difusa>. *Rev Esp de Salud Pública* 1997 enero.

Ferrari A. Una metodología de educación Sanitaria: Una propuesta de intervención. Universidad de Perugia. Italia. 1986.

Watzlawick et al. Teoría de la comunicación humana Kairos. Barcelona: Edit. Herder.1987.

Serrano González M. La Educación para la salud del Siglo XXI. Madrid: Díaz Santos eds. 1998; 102-111.

Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma. 1989.