

Una aproximació a les discrepàncies entre missatges verbals i no verbals referits a dolor en el marc de l'entrevista clínica

F. Borrell i Carrió, M. Holgado i Corrales i J. Bosch i Fontcuberta

Grup Comunicació i Salut.

Quan un pacient ens explica que pateix acostumem a donar crèdit als seus mots. Ara bé, quan les manifestacions de dolor o molèstia són particularment emfàtics, i no s'acompanyen de gestos i expressions facials adients, comencem a dubtar que, efectivament, aquest pacient estigui patint. Tant de bo poguéssim mesurar objectivament el dolor, i certament s'han proposat alguns instruments per aquesta finalitat, però avui per avui no podem somiar que el clínic tingui escales analògiques o tests validats per passar en el curs del seus actes assistencials. Altrament, hem de configurar estratègies destinades a augmentar la percepció del clínic i ajudar-lo a evitar errors. Aquest és el propòsit del present treball, centrat en una situació clínica precisa: quan el metge veu una discrepància entre els missatges de dolor o molèsties de tipus verbal i aquells de tipus no verbals del pacient. Intentarem aprofundir exclusivament en els aspectes referents a comunicació, per la qual cosa renunciem a una exposició exhaustiva del tema.

Components no verbals en l'expressió del dolor
En la clínica pràctica ens trobem amb dues situacions prou diferenciades: a) el pacient té dolor en aquell moment, i nosaltres procedim a fer-ne la seva valoració, i b) el pacient ens explica que ha patit dolor, però el dolor no està present en aquell precís instant.

Mentre que hi ha bastants treballs centrats en la primera situació, i fins i tot una nomenclatura (FACS)¹ ens permet efectuar puntuacions sobre l'expressió facial del dolor, poc hi ha referent a la segona situació, aquella en la qual rebem informes sobre un dolor pretèrit. Tanmateix, podem conceptualitzar els missatges no verbals que es donen en ambdues situacions com a pertanyents a alguns d'aquests grups:

- a) Expressivitat facial del dolor agut.
- b) Il·lustradors amb els quals l'individu localitza el dolor o molèstia i ens fa avinent les seves característiques.
- c) Estat emocional global, independent de les expressions de dolor.

Tot seguit ens aproximarem a cadascun d'aquests elements, destacant-ne els factors que indueixen a errors o dificultats interpretatives.

L'expressivitat facial del dolor

Sembla tenir un patró homogeni en totes les cultures i fins i tot entre els primats superiors². La nomenclatura

d'expressions facials (FACS)¹ té en consideració els següents components: a) el front s'arruga; b) les parpelles tremolen i la inferior s'arruga així com l'entorn dels ulls, i c) la boca s'allarga horitzontalment amb aprofundiment del solc nasgenià. La diferència entre adults i petits fóra essencialment que en aquests darrers la contracció de la boca és més aleatòria.

S'han proposat les mesures facials de dolor com una eina vàlida per mesurar l'experiència interior de dolor³. Tanmateix, persones entrenades en simular dolor o disminuir-ne la seva expressivitat foren capaces d'enganyar observadors qualificats⁴. Això ens fa sospitar que la dita popular que «tot queda reflectit en el rostre», o que «el rostre és el mirall de l'ànima», són generalitzacions inductores, de vegades, de conclusions falses. Un cert patró d'home, entrenat en la repressió de les emocions, pel qual no sigui viril mostrar-se malalt, pot induir-nos a infravaloracions. Val a dir, referent a aquest punt, que els pacients de temperament estoic reben menys cura i atenció per part dels professionals de salut⁵. El pacient simulador pot fer-ho tan bé que sigui indistingible del vertader malalt. En aquests casos l'únic element d'avantatge del professional és comptar amb maniobres provocadores o que alleugin la molèstia, i comprovar-ne l'efecte sobre el pacient. En tot cas, la variabilitat en l'expressió del dolor agut és prou àmplia perquè siguem extremament prudents a l'hora de qualificar un pacient com simulador.

Els il·lustradors en el procés de comunicar la sensació de dolor

A l'hora d'explicar com és una casa o un cotxe, movem les mans i el rostre explicitant volums, preus o qualitat. Aquests moviments són «il·lustradors», i acompanyen indefectiblement qualsevol narració.

L'acte d'informar d'una molèstia té sempre dos components: la informació en si («em fa mal això des de fa tant de temps, etc.»), i tot un seguit de missatges destinats a reproduir en el nostre oïent el grau de dolor, urgència i necessitat d'ajuda que experimentem. Aquest segon propòsit no té per què ser clar per al propi pacient, però sempre es dona.

Quan un pacient «il·lustra» els seus missatges verbals d'una manera teatral desvetlla en el professional la sensació que hi ha part d'exageració. L'histrionisme pot ser merament cultural^{6,7} i portar a una infravaloració diagnòstica. Assimilem l'expressivitat histriònica a «histerisme» i fins i tot falsedat, per la qual cosa els pacients «teatral» tenen el risc de iatrogènia.

Cada pacient té una manera d'il·lustrar, i el que vol enganyar-nos tendirà precisament a il·lustrar poc⁸. Per

Correspondència: Dr. F. Borrell i Carrió.
Passatge Saumell, 8, 2n.
08034 Barcelona.

«il·lustrar» es requereix un mínim confort. Quan mentim acostumem a ser més tímids i, a més de minvar els il·lustradors evitem, en alguna mesura, el contacte visual-facial. El rostre és menys expressiu que de costum (resultat també d'utilitzar menys il·lustradors facials), i la parla s'alenteix, com si es medités el que es va dient. L'engany s'acompanya també d'adaptadors. Els adaptadors són gestos amb els quals compensem la tensió interior que experimentem. Per exemple, després de dir una mentida el pacient farà una inspiració més profunda, com si s'alliberés d'una càrrega, o bé mentre parla es posarà la mà tapant parcialment la boca, com si així ens indiqués que no vol dir allò que diu. O també pot ser que es mossegui els llavis, o apreti el superior contra l'inferior. Finalment, poden observar-se microexpressions facials de dubte, és a dir, expressions que tot just duren fraccions de segon i que han d'analitzar-se sobre filmacions a fi d'objectivar-les. Totes aquestes reaccions requereixen per part de l'individu consciència d'estar dient una falsedat. Òbviament, no fan al cas si l'individu dona una informació inexacta sense aquesta intencionalitat.

S'ha comprovat que és molt difícil preveure en una primera entrevista si una persona menteix⁹. La inseguretat pot reproduir bastants dels aspectes mencionats. Però si coneixem la manera habitual d'expressar-se d'un determinat pacient, aleshores sí que és relativament senzill notar aquests «brogit» o artefactes anormals en la seva manera de comunicar-se.

Un altre aspecte important en parlar de l'anàlisi dels il·lustradors és mencionar un patró comunicatiu que consisteix en individus molt poc enraonadors i il·lustradors. Aquests individus tenen la mala sort de desparar-nos sentiment d'agressivitat, i tendim a pensar que no xerren perquè no saben el que tenen o ens volen enganyar. Però pot ser perfectament que no xerrin perquè no saben xerrar, és a dir, que el seu patró normal de comunicar-se sigui molt pobre. Adonar-nos d'aquest fet pot, novament, estalviar-nos falses interpretacions.

Valoració de l'estat emocional

Quan un pacient ens explica una molèstia o dolor de tipus crònic o subagut, un dels aspectes que més valorarem per endevinar la repercussió vital és en quin estat emocional es troba. La valoració de l'estat emocional pot passar fins i tot per davant de la valoració dels il·lustradors. De fet, hi ha un terme que ha fet fortuna entre nosaltres, i és el de *belle indifférence*, referida a la manera que tenen els histèrics d'expressar les seves xacres. Aquest terme neix en veure una riquesa d'il·lustradors enfront d'una absència de repercussió afectiva, àdhuc tractant-se d'un problema molt greu. El resultat és la sospita de falsedat, la sospita que el pacient no pateix el que diu patir¹⁰.

* En el mateix sentit vegeu també American Psychiatric Association, DSM III. Barcelona, Toray. Masson, 1984:257, on els autors assenyalen: «La *belle indifférence* es una actitud hacia el síntoma que sugiere una relativa falta de preocupación y una disparidad con la naturaleza aparentemente grave de la incapacitación. Este rasgo tiene un valor diagnóstico pequeño puesto que se encuentra también en pacientes médicos gravemente enfermos que son estoicos respecto a su situación.»

Per tant, el professional preveu certs canvis en l'estat afectiu com a resultat de l'experiència de patir, i valorarà la congruència entre gravetat declarada verbalment i afectivitat transmesa pel llenguatge del cos. I així com la percepció de *belle indifférence* ens situa en el perill d'infravalorar la simptomatologia aportada pel malalt, en l'altre extrem tenim els pacients deprimits. La percepció d'una afectivitat deprimida ens pot dur a sobrevalorar el patiment físic (independentment del psíquic), amb el risc evident de caure en exploracions innecessàries. Creiem adequat emfasitzar el paper de la comunicació no verbal en la detecció precoç del pacient deprimat. Les dites «depressions emmascarades» no ho serien certament tant si no esperéssim orientar-les exclusivament pels missatges verbals. Alguns estudis han demostrat de manera suficient que la «màscara» del pacient deprimat és prou clara per a la seva utilització pel metge pràctic¹¹, i estem convençuts dels beneficis que aporta a l'avaluació del dolor.

Equilibri entre els missatges no verbals i la informació verbal

Un dels fets més impactants és la globalitat del fet comunicatiu. En cada moment establim un balanç entre les dades que escoltem i aquelles que observem. Un pacient excessivament deprimat per la simptomatologia que ens explica ens fa pensar que hem errat l'orientació diagnòstica, i que cal considerar entitats més serioses o, fins i tot, l'existència o coexistència d'una síndrome depressiva. De la mateixa manera, un «il·lustrador» excessiu ens apropa a la imatge que tenim d'histrionisme, etc.

Ara bé, aquests balanços que establim entre expressió del dolor agut, il·lustradors i estat emocional no té per què ser universal ni objectiu. Més aviat tot el contrari. Cadascú de nosaltres estableix allò que és congruent, o allò que és exagerat, i que se surt de les normes. En aquest darrer cas se'ns encén una llum d'alarma, i comencem a modificar les nostres orientacions diagnòstiques.

Quines regles obeim per establir aquest equilibri entre informació verbal i no verbal?

1) L'orientació diagnòstica bàsica, o la situació clínica, emmarquen unes expectatives en relació amb el grau de patiment que cal preveure d'un determinat pacient (és a dir, estructura de successos, prototipus i bondat d'ajustament en el sentit que utilitza aquests termes Norman¹²).

2) Quan hi ha discrepància entre la informació verbal i no verbal, o bé entre la situació clínica prevista i el desenvolupament real dels fets, tendim a: a) donar més crèdit a la informació no verbal que a la verbal¹³, i b) aferrar-nos mentre podem a les explicacions de les quals es deriva un menor esforç personal.

3) Quan les discrepàncies són massa evidents i ens obliguen a modificar la nostra orientació diagnòstica o la qualificació feta d'una determinada situació clínica, entren en joc alguns estereotips (tals com: «es tracta d'una histèrica», «l'única cosa que vol és la baixa laboral», etc.), que poden fer-nos perdre l'objectivitat.

Volem remarcar el fet que les experiències que anem acumulant, sobretot en la fase d'aprenentatge de la professió, ens porten a establir els equilibris que entenem per normal o per discrepants, així com la nostra

manera de reaccionar. Serem menys tolerants amb un pacient que pensem que és histriònic si hem viscut reaccions agressives cap a aquests pacients per part dels nostres mestres. Però també influeixen altres factors; un d'ells, i molt important, és la nostra personalitat. S'ha vist que aquells professionals amb baix perfil de curadors (escassa capacitat per empatitzar i fer costat al pacient) reaccionaven més negativament davant aquells pacients altament «il·lustradors»¹⁴. Puntuacions altes de neuroticisme i ansietat poden dur a sobrevalorar l'experiència de dolor dels pacients¹⁵. Els professionals amb trets paranoïdes cercaran evidències que els pacients els enganyen, i sobrevaloraran les discrepàncies entre missatges verbals i no verbals. Podríem estendre'ns en aquest terreny, però ens interessa estudiar un altre factor fins i tot més habitual: l'entorn en el qual es desenvolupa l'acte assistencial.

Elements de l'entorn que provoquen lectures esbiaixades dels missatges no verbals

Hem emfatitzat en un altre lloc el fet que les consultes mèdiques de la Seguretat Social estan impregnades d'elements d'agressivitat¹⁶. La massificació, despersonalització del facultatiu, i les dites «lleialtats ambivalents»¹⁷, juntament amb una organització funcional de les institucions profundament desincentivadora, han introduït una sèrie de biaixos interpretatius i una manca de tolerància per part dels facultatius que esdevenen francament preocupants.

Dèiem més amunt que el metge cerca estereotips per explicar les discrepàncies entre missatges verbals i no verbals. En l'atenció primària, en haver de fer de metge de família, però també d'inspector mèdic, ha de tenir en consideració la possibilitat de ser enganyat pel pacient amb la finalitat d'aconseguir una baixa laboral. Aquesta situació es dona en la realitat quotidiana, però allò que ens interessa destacar és que ha introduït un mecanisme pervers i distorsionador en la relació metge-pacient. Parlàvem més amunt de «lleialtats ambivalents» i ens referíem precisament a aquesta ambigüitat de rols. La pressió administrativa sobre el metge hospitalari també pot dur-lo a una infravaloració sistemàtica del patiment dels seus pacients, en benefici d'un estalvi —que no racionalització— de la despesa sanitària.

Com a norma general, apuntaríem que una agressivitat encoberta del metge el porta a interpretar les discrepàncies entre missatges verbals i no verbals de la manera més desfavorable per al pacient.

En la pràctica privada de la medicina pot produir-se l'efecte invers: donar excessiva credibilitat als missatges verbals, tot i que endevinem discrepàncies en els missatges gestuals, a fi i efecte de complaure el client. Aquests mecanismes són especialment freqüents quan s'imbriquen processos d'identificació amb el pacient (situació socio-econòmica semblant, edats també semblants, igual sexe, haver patit símptomes similars, etc.).

Recomanacions pràctiques

Serveix d'alguna cosa tenir habilitats comunicacionals? Serveix tenir habilitats a desxifrar missatges no verbals? Hem anat esbrinant tantes trampes interpretatives que, a hores d'ara, el lector pot tenir dubtes raonables sobre la infal·libilitat dels missatges no verbals. Si és així, haurem aconseguit un dels objectius

principals del nostre treball. Tanmateix, d'aquest fet no es pot deduir una manca de valor de la comunicació no verbal. Un dels aspectes més importants és, senzillament, fer evident un procés d'anàlisi que normalment efectuem d'una manera més emocional que raonada. Dit d'una altra manera, els missatges no verbals s'emetten per ésser sentits pel nostre interlocutor, més que no pas coneguts o interpretats per ell. Si amb aquestes línies aconseguim sensibilitzar sobre els processos d'interpretació, haurem aconseguit el nostre segon objectiu. Però podem també avançar algunes normes d'utilitat pràctica:

1. El patiment de dolor pot simular-se de manera exitosa. Un bon actor pot fer creure que pateix més del real, o tot el contrari. El clínic farà bé a observar les expressions de dolor, però en cas de discrepàncies no agafarà aquesta dada com infal·lible.

2. L'expressivitat histriònica del dolor no s'assimilarà a engany, sinó que ha de situar-se en el context cultural o de personalitat del pacient. Hem desenvolupat en un altre lloc la tècnica del «filtre»¹⁸ com una manera d'escoltar aquests pacients com si estiguéssim «llegint» la informació que ens donen, més que no pas escoltant-los.

3. La percepció d'un estat emocional deprimit ens mou a valorar la simptomatologia com important. La valoració de l'afectivitat com un paràmetre amb entitat pròpia pot ajudar-nos a desllindar síndromes depressives concomitants a l'experiència de patir, o en la gènesi del quadre clínic. Mentre que la lectura del dolor i de l'engany ofereixen força dubtes, fins i tot a observadors qualificats, la percepció d'un estat d'ànim deprimit és força unívoca, i per tant recomanaríem al clínic pràctic un entrenament en aquest sentit.

4. Quan el clínic detecta agressivitat latent o encoberta contra un pacient, fàcilment augmentarà el seu llinar d'alerta, i cercarà discrepàncies entre els missatges verbals i no verbals per desqualificar els símptomes del pacient. En aquests casos alguns estereotips poden portar-nos a greus errors. Recomanaríem pujar el grau d'alerta davant tots aquells pacients que tinguin la virtut d'activar la nostra agressivitat o disconfort, i interpretar les discrepàncies en el sentit més prudent.

BIBLIOGRAFIA

1. Ekman P, Friesen WV. Facial action coding system. Investigator's Guide. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1978.
2. Ekman P, Oster H. Emotions in human face. Nova York, Cambridge University Press, 1982; 147.
3. Le Resche L, Dworkin SF, Chen ACN. Application of the facial action coding system in the development of non verbal measures of pain. IV Annual Meeting American Pain Society. Chicago, 1983.
4. Lanzetta JT, Cartwright-Smith J, Kleck RE. Effects of nonverbal dissimulation on emotional experience and autonomic arousal. J Pers Soc Psychol 1976; 33:354.
5. Bond MR, Pearson IB. Psychological aspects in women with advanced cancer of cervix. J Psychosom Res 1969; 13:13.
6. Tizón JL, Salamero M, Pellejero M, Sainz F, SanJose J, Abxotegi J, Diaz-Minguira JM. Migracions i Salut Mental: una anàlisi psicològica prenent

- com a punt de partida la immigració assalariada a Catalunya. Barcelona, Llar del Llibre-Euge. (En premsa.)
7. Calvo F. ¿Qué es ser emigrante? Barcelona, Gaya Ciencia, 1977.
 8. Knapp ML. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Barcelona, Paidós, 1980; 201-203.
 9. Ekman P, Friesen WV. Detecting deception from the body or face. *J Personality Social Psychology* 1974; 29:288-298.
 10. Ey E, Bernard P, Brisset CH. Tratado de psiquiatría. Barcelona, Toray-Masson, 1975; 418-420.
 11. Diamond EL, Epting R, Gage L. Estimating the prevalence of depression in family practice using variant methods. *J Fam Pract* 1987; 24:267-273.
 12. Norman DA. El aprendizaje y la memoria. Alianza Psicología. Madrid, Alianza Ed., 1985.
 13. Bugental DE, Kaswan JW, Love LR. Perception of contradictory meanings conveyed by verbal and nonverbal channels. *J Pers Soc Psychol* 1970; 16:647-655.
 14. Von Baeyer CL, Jhonson ME, McMillan MJ. Consequences of nonverbal expression of pain: patient distress and observer concern. *Soc Sci Med* 1984; 19:1.319-1.324.
 15. Cunningham MR. Personality and the structure of the nonverbal communication of emotion. *J Pers* 1977; 45: 564-583.
 16. Borrell F, Albaiges L, Morandi T, Sambola JR, Ramos J, Aparicio D. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. A: Martín A, Cano JF, eds. Manual de Atención Primaria. Barcelona, Doyma, 1986: 54-56.
 17. Toulmin S. Divided loyalties and ambiguous relationships. *Soc Sci Med* 1986; 23 (8):783-787.
 18. Borrell F. Manual de Entrevista Clínica para profesionales de Atención Primaria de Salud. Barcelona, Doyma. (En premsa.)