



Universidad
Francisco de Vitoria
UFV Madrid

Universidad Francisco de Vitoria

Grado en Psicología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Análisis del uso del silencio en la comunicación sanitaria

Trabajo Fin Grado

presentado por: Camino Bengoechea Menéndez

Director/a Dra. Clara Molinero Caparrós

Curso 2018-2019

ÍNDICE

1. Introducción	5
1.1. El silencio en la comunicación.....	5
1.2. Clasificaciones de los tipos de silencio	6
1.2.1 Clasificación del silencio de H.M.Levitt	7
1.3. El silencio en la comunicación sanitaria	9
1.4. El silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios	11
1.4.1. Investigaciones en el uso del silencio en la comunicación con pacientes	11
1.4.2. Instrumentos de evaluación del silencio en la comunicación con pacientes	15
1.4.3. Justificación del estudio	16
2. Metodología	19
2.1. Objetivos/ Hipótesis	19
2.2. Participantes/Muestra	20
2.3. Variables y Medidas	21
2.4. Diseño	21
2.5. Procedimiento	24
2.6. Análisis de datos	24
3. Resultados.....	25
3.1. Análisis de los ítems.....	25
3.2. Estudio de la fiabilidad	20
3.3. Estudio de la relación entre variables	30
3.4. Perfil del uso del silencio en una Unidad de Oncología Pediátrica	32
4. Discusión	33
5. Conclusiones y prospectiva	37
6. Referencias bibliográficas	38
7. Índice de Tablas	43
8. Anexos	44

Resumen:

El silencio es un elemento importante en la comunicación. Existen diferentes tipos de silencio, con múltiples funciones, y cada uno puede provocar efectos diversos al ser empleado. En el ámbito sanitario una comunicación eficaz es fundamental para lograr que los pacientes puedan comprender lo que les sucede y puedan expresarse con claridad y confianza ante los profesionales sanitarios. El silencio también juega un papel clave en esta comunicación. Este estudio propone una clasificación de los tipos de silencio en la comunicación sanitaria y un instrumento piloto de evaluación del silencio en esta comunicación. En el estudio han participado 43 profesionales del ámbito de la Oncología Pediátrica. El objetivo es conocer la importancia que tiene el silencio para los profesionales sanitarios y analizar de qué manera emplean el silencio en su comunicación con los pacientes. Los resultados obtenidos confirman que el silencio es heterogéneo, cumple diferentes funciones y aquel que más se usa es el que favorece la atención, el acompañamiento, la reflexión y la expresión, mientras que el silencio de poder y el de desconexión son los menos empleados. El instrumento de evaluación propuesto ha presentado buenos niveles de consistencia interna y permite establecer un perfil comparativo entre el uso del silencio por parte de los distintos profesionales del ámbito de la salud.

Palabras clave: Silencio, comunicación, profesionales sanitarios, tipos de silencio, cuestionario, Oncología Pediátrica.

Abstract:

Silence is an important element in communication. There are different kinds of silence and each of them has multiple functions and can cause several effects. Regarding the health field, an effective communication is key to enable the patients to understand the situation and to express themselves with clarity and confidence in front of health professionals. Silence is also

key in that communication. This study proposes a classification of the kinds of silence referred to health communication and a pilot tool to evaluate the silence in that communication. 43 professionals belonging to the Pediatric Oncology field have taken part in the study. The aim of this study is to know the importance of silence amongst professionals and to analyze the way they use silence in their communication with patients. The outcomes confirm that silence is heterogeneous and fulfils different purposes. Moreover, the one more used is that which boosts attention, accompaniment, reflection and expression, whereas the silence of power and the silence of disconnection are the least used. The proposed evaluation tool has shown high level of inner consistency and allows for setting a comparative profile in the use of silence amongst different health professionals.

Key Words: silence, communication, health professionals, kinds of silence, survey, Pediatric Oncology.

1. Introducción

1.1. El silencio en la comunicación

La palabra silencio viene del latín *silere* que se refiere a estar en silencio, serenidad, silenciarse sin un objetivo concreto, y de la palabra *tacere* que se refiere al acto de callar en el que existe la voluntad del no hablar. Lejos de ser una ausencia de ser, en el silencio todo está contenido. Ramón Andrés (2010, p.11) sostiene que “el silencio es, antes que otra cosa, un estado mental, una mirada que permite captar toda la amplitud de nuestro límite y, sin embargo, no padecerlo como línea última”. Pennac (2003) afirma que el mundo entero está en lo que decimos y enteramente iluminado en lo que callamos.

El silencio es necesario en el lenguaje, es un elemento inherente a la comunicación verbal. El silencio es el aspecto menos verbal de la comunicación lingüística (Jaworski, 1993). Pero es necesario tratarlo desde el punto de vista del habla en cuanto a que el silencio se refiere a que alguien en un momento dado no diga nada; el silencio no es un ente sino una acción (Ramirez, 1992).

El silencio pertenece y es estudiado desde ámbitos muy diversos como pueden ser la lingüística, la antropología, la filosofía, la religión, el arte, la cultura, etc. Lo que es innegable es que el silencio es comunicación porque aunque no hablemos sabemos que es imposible no comunicar. Palabras o silencio siempre tienen valor de mensaje influyendo sobre los demás y estas a su vez no pueden no responder a tales comunicaciones por lo que también comunican (Wazlawick, Beavin & Jackson, 1997). Aunque se trata de un comportamiento inarticulado, el silencio es casi siempre muy revelador (Rogers & Kinget, 1967).

Como en la música, el silencio es una herramienta psicoanalítica y el *timing* en su uso marca muchas veces el arte y virtuosidad del terapeuta (Longhi, 2006).

1.2. Clasificaciones de los tipos de silencio

El silencio, más que definirse por el número de segundos que lo componen, debería ser explorado en términos de sus características experienciales (Hill, Thompson & Ladany, 2003; Barber 2009).

Muchos autores han tratado de llevar a cabo una clasificación de los tipos de silencio. Hay clasificaciones que distinguen entre dos tipos de silencios principales: positivo y negativo (Sánchez, 2004). Los silencios positivos serían aquellos que favorecen una buena comprensión y ayudan al lenguaje en su fin más importante y los negativos aquellos que obstaculizan los fines del lenguaje dando lugar a una comunicación problemática y se dan bien por miedo, por secreto o manipulación. En estos silencios el paciente calla porque no sabe, no quiere o no puede decir algo (Laín, 2003). Pueden darse también silencios positivos y negativos por los efectos del mismo. En este sentido se parte de cinco tipos de silencio con cinco funciones diferentes: enganche efectivo, revelación, juicio y activación, pero estos se clasifican en positivos o negativos en función de los efectos que provocan (Jenson, 1973 citado por Barber, 2009). Y silencios funcionales o disfuncionales en función de los resultados en términos de comunicación (Cebriá & Bosch, 2012).

Otras clasificaciones distinguen entre tres categorías principales de silencio: productivo, neutro y obstructivo (Levitt, 2001). Partiendo de esta clasificación hay otro tipo de silencio que sería el de invitación, que es aquel en el que el médico invita al paciente a expresar una emoción o el paciente invita al médico a que reconozca la situación emocional que vive (Bartels et al. 2016). Este silencio de invitación es recogido también en otra clasificación llevada a cabo por médicos de cuidados paliativos y distinguen además del silencio de invitación, silencios incómodos y silencios compasivos (Back, Bauer-Wu, Rushton & Halifax, 2009).

Coderch (2009) distingue cuatro maneras de usar el silencio. Silencio para captar todo lo que está sucediendo en el paciente y también tolerar su incapacidad de entender y las fantasías y sentimientos que el paciente le provoca. Además, el silencio es una forma de intervención que comunica disponibilidad, atención, esfuerzo por comprender. El silencio puede ser utilizado de forma agresiva como frustración y castigo al paciente por sus palabras o comportamiento o también puede revelar una forma de defensa de sus propias ansiedades ante lo que el paciente le provoca. El silencio puede transmitir respeto y reconocimiento al paciente.

Pero también pueden darse otros modos de usar el silencio en función de la orientación o la escuela psicológica. Puede emplearse el silencio para consolar, como pérdida de identidad, silencio como peligro y silencio como muerte (Wilmer, 1995).

Hay tipologías que distinguen entre silencios como rendición a momentos de despertar, silencio como soporte de testimonio de una vida y silencio como patrón de traición de confianza (Bunkers, 2013) o silencio literal, silencio epistemológico y silencio ontológico (Van Manen, 1990).

De todas estas clasificaciones la de Levitt (2001) ofrece una mayor validez para estudiar las funciones del silencio a través de la creación del Pausing Inventory Categorization System (PICS).

1.2.1. Clasificación de H.M. Levitt

Levitt (2001) llevó a cabo un estudio sobre las pausas que tienen lugar en la comunicación en psicoterapia y desarrolló un inventario para categorizar los silencios (Pausing Inventory Categorization System, *PICS*). Distingue tres categorías principales de silencio: silencios productivos, que son facilitadores y permiten conectar con emociones profundas, con procesos de simbolización difíciles y análisis reflexivos; silencios neutros, cuyo efecto es

neutro en el progreso de la terapia; y silencios obstructivos que se relacionan con dificultades en la comunicación y ocurren cuando el cliente evita o se desvincula de una emoción no deseada (Levitt, 2001; Frankel & Levitt, 2006).

Esta categorización de silencio ofrece resultados significativos y confiables (Kappa de Kohen interjueces $\kappa= 0,82$) y puede ser empleado para evaluar el silencio en los procesos terapéuticos (Frankel, Levitt, Murray, Greenberg & Angus, 2006).

Dentro de estas tres categorías Levitt (2001) distingue otras subcategorías. Dentro del silencio productivo se encuentra el silencio expresivo en los que los clientes buscan palabras, frases o etiquetas para expresar una idea o estado de ánimo y simbolizar mejor sus experiencias (Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006); el silencio reflexivo en los que los clientes cuestionan ideas, desarrollan una conciencia de complejidad de un tema o llevan a cabo conexiones y reflexiones sobre su propia experiencia. En estos silencios el cliente lleva la atención hacia sí mismo experimentando una mayor autoconciencia (Levitt, 2001; Frankel & Levitt, 2006); y silencios emocionales en los que los clientes entran en contacto con una experiencia emocional (Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006).

En la categoría del silencio neutro se encuentran las subcategorías de memoria y organización en las que los clientes tratan de recordar detalles de eventos y objetos de los que se está hablando o para recordar eventos históricos que puedan estar relacionados con los temas que se hablan. Generalmente estos silencios están asociados a una solicitud por parte del terapeuta (Levitt, 2001, 2002); y silencios de asociación, en los que los clientes pasan de un tema a otro sin tener una conexión clara con el tema anterior (Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006; Frankel et al., 2006). Además de estas tres subcategorías Levitt establece otras subcategorías dentro de cada una (Levitt, 2002).

En el silencio obstructivo se encuentra el silencio de desconexión en el que el cliente se retira de una emoción amenazante. En ellos se evita activamente la conexión con una emoción

dolorosa o un tema incómodo (Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006, 2009; Frankel et al., 2006; Stringer et al, 2010); y silencios de interacción en los que los clientes se sienten presionados por el terapeuta esperando que comunique o que muestre algo deseado por el terapeuta. Se produce cuando los clientes tienen reacciones negativas hacia el terapeuta y se muestran reacios a desafiarle. Pueden producirse al sentir preocupación por la relación terapéutica bien por resultar aburridos o tratar temáticas conflictivas para el terapeuta (Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006, 2009; Frankel et al., 2006; Stringer et al., 2010). Dentro de estas dos categorías Levitt divide cada una en otras dos subcategorías (Stringer et al., 2010) (ver Figura 1).

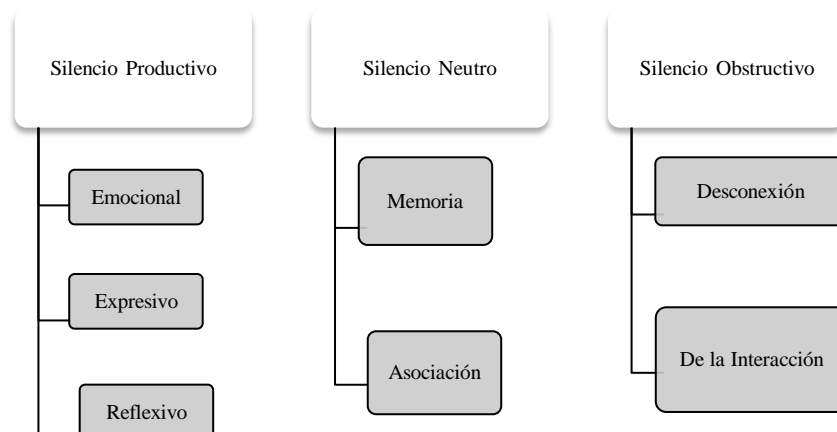


Figura 1.

Adaptación de la clasificación de tipos de silencio de Levitt. (2001).

1.3. El silencio en la comunicación sanitaria

La importancia de desarrollar una adecuada comunicación médico-paciente es uno de los principios éticos que destaca el Código de Ética Médica (Organización Médica Colegial de España, 2011). La comunicación es básica para que la persona enferma y su familia puedan

llegar a entender lo que les está pasando. En el ambiente sanitario, en especial en aquellos ámbitos en los que la enfermedad es grave, la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes es muy importante y el silencio puede ser un medio para facilitar la comunicación y mejorar la atención (Flores & Gallo, 2016).

Entrenar la comunicación conlleva a una mejora de la relación de ayuda entre los profesionales sanitarios y pacientes en situaciones difíciles. La satisfacción del paciente con el cuidado y la comprensión y conformidad con la elección de tratamiento puede ser una de las consecuencias beneficiosas que tiene una transmisión adecuada de la información (Galassi, Schanberg & Ware, 1992).

El silencio en la relación médico-enfermo debe tenerse en cuenta tanto si parten del enfermo como si parten del médico. El respeto a los silencios favorecerá la búsqueda interna en el paciente que da lugar a la expresión de una nueva idea, un recuerdo, asociación o conexión entre ideas. Mientras, el médico debe desarrollar la capacidad de contención que favorece percibir y sostener su ansiedad y la del otro, escuchando y ofreciendo sosiego, sin actuar inmediatamente, aceptando las limitaciones terapéuticas (Laín, 2003). Kierkegaard sostenía que de ser médico crearía el silencio para el hombre como remedio para todos los males (Andrés, 2010).

El silencio de los profesionales puede ayudar a transmitir calidez e interés por lo que se cuenta, situando al que escucha en dar lo mejor de sí mismo (Cebriá & Bosch, 2012). Puede ayudar a contagiar calma. Los profesionales médicos deben valorar la práctica y la importancia de los silencios deliberados, la escucha comprometida y la respuesta restringida, para dar a los pacientes la oportunidad de sentir la presencia y el consuelo de los médicos a quienes los pacientes les importan. Este silencio y esta escucha facilitará un diagnóstico más preciso y completo y un plan de tratamiento informado (Savett, 2011).

Pero el silencio en la relación sanitaria puede dificultar las relaciones con nuestros pacientes y perjudicar con ello el tratamiento (Bunkers, 2013; Maguire, 1998; Row, 2003).

Los pacientes pueden reconocer ese silencio y percibirlo de diferentes maneras: les ayuda a crear un clima de serenidad y concentración; a tener la percepción de tener más tiempo de consulta; sensación de incremento de la empatía con su médico; les ayudan a expresar sus emociones en confianza; les permite estructurar la información y aumenta la satisfacción global (Cebriá & Bosch, 2002).

La relación sanitaria se ha hecho cada vez más social interviniendo un mayor número de profesionales ya no solo el médico y el paciente. Ahora participan en esta relación médicos, enfermeras, trabajador social, fisioterapeutas, psicólogos, etc., y este cambio hace que se replantee la relación desde el punto de vista ético (Flores & Gallo, 2016).

1.4. El silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios

1.4.1. Investigaciones en el uso del silencio en la comunicación con pacientes

Levitt (2001) llevó a cabo una investigación cualitativa con 7 pacientes y 4 terapeutas en proceso de psicoterapia a través del análisis de sus sesiones usando el Sistema de Categorización de Inventario de Pausa (Pausing Inventory Categorization System, PICS) a partir de su desarrollo en un Análisis Teórico Fundamentado (Grounded Theory Methodology). El foco se centraba en el estudio del silencio como un factor heterogéneo y conocer la relación entre los silencios y el resultado terapéutico o la alianza terapéutica. Se llevó a cabo un análisis de la duración de las pausas. Los resultados no fueron concluyentes salvo en el hecho de que el silencio era un factor heterogéneo. Posteriormente llevó a cabo otras investigaciones en las que además de identificar los tipos de silencio pudo comprobar las relaciones entre los tipos de

silencio y un buen resultado o un mal resultado en el proceso terapéutico. Una mayor frecuencia de silencios obstructivos se asocia con un resultado más pobre de la psicoterapia, mientras que llevar a cabo nuevas formas de simbolizar la experiencia y acercarse emocionalmente a ella se asocia con resultados positivos de la psicoterapia (Frankel et al., 2006; Frankel y Levitt, 2009; Stringer et al., 2010).

Por otro lado, Hill et al. (2003) llevaron a cabo una investigación con 81 terapeutas a través de un cuestionario de creación propia enviado por correo. El objetivo del estudio era conocer el uso del silencio durante un evento específico en la terapia y sobre sus actitudes generales acerca del uso del silencio en la terapia. Las conclusiones mostraron que la mayoría de silencios los empleaban para favorecer la reflexión, la expresión emocional y transmitir empatía, así como pensar en lo que estaba sucediendo y mostrar interés. En general los terapeutas afirmaban que no usarían el silencio con los clientes muy perturbados. Además, los terapeutas aprendieron a usar el silencio principalmente a través de la experiencia clínica, la supervisión y la formación de posgrado.

Ladany, Thompson & O'Brien (2004) elaboraron una investigación con la participación de 12 terapeutas de distintas escuelas psicológicas a través de entrevistas. El objetivo del estudio era conocer el motivo del uso del silencio en terapia. Los análisis cualitativos revelaron que la mayoría de los terapeutas emplearon el silencio para favorecer la reflexión, transmitir empatía, invitar al paciente a tomar responsabilidad y tomar tiempo para pensar. Por lo general coincidían en que era necesaria una mínima alianza terapéutica para emplear los silencios y que no lo usaban con pacientes con trastorno psicóticos, altamente ansiosos o muy furiosos. El uso del silencio lo habían aprendido en la experiencia con pacientes y en supervisión.

En el ámbito del *counselling*, Sharpley, Munro y Elly (2005) realizaron una investigación con 12 terapeutas en 59 sesiones de *counselling* donde se analizaron los silencios en la entrevista. Se empleó una metodología de investigación cualitativa consecucional (RCC)

de revisión de grabaciones. Su objetivo fue conocer la relación entre los silencios (frecuencia, duración, silencios totales en la sesión, momento de la sesión en que aparece) y una mejor o peor relación terapéutica y el tipo de vínculo. Además, se planteó la hipótesis de que el uso del silencio no beneficia a cierto tipo de clientes. Analizaron el tipo de respuesta verbal al inicio y al final del silencio. Se concluyó que a mayor nivel de silencio mejor relación terapéutica y que los silencios que iniciaba el terapeuta y terminaba el cliente eran mejores que aquellos que iniciaba y terminaba el terapeuta. Los resultados informaron que el silencio es fundamental, que los terapeutas usan el silencio para transmitir empatía, respeto o apoyo, que el silencio debe usarse con sensatez y que tiene múltiples funciones, que es difícil hacer recomendaciones en términos de cuándo usar el silencio y que los clientes pueden vivirlo desde algo amenazante a algo benevolente. Propusieron que el silencio debía ser un elemento formativo en los programas de *counselling*.

Barber (2009) llevó a cabo una investigación fenomenológica con 7 terapeutas recién titulados en *counselling* a través de entrevistas semi-estructuradas. El objetivo fue explorar cómo los terapeutas experimentan el silencio dentro del entorno terapéutico, así como la influencia de sus experiencias pasadas y del entrenamiento de silencio. Se comprobó que el silencio era un fenómeno útil, con el cual se sentían más cómodos a medida que adquirían más experiencia. Los hallazgos también mostraron que sus experiencias pasadas y su entrenamiento jugaron un papel fundamental en el uso del silencio.

Stringer et al. (2010) investigaron el efecto del silencio en 52 sesiones de psicoterapia de 52 participantes y 36 terapeutas. El objetivo era conocer el efecto de las pausas obstructivas en la evolución de la terapia en pacientes con síntomas depresivos.

Tornoe et al. (2014) llevaron a cabo una investigación cualitativa a través de entrevistas a 8 enfermeras que trabajaban en cuidados paliativos. El objetivo fue conocer su experiencia acompañando a personas en el proceso de morir y sus habilidades para aliviar el sufrimiento

espiritual y existencial de los pacientes. El análisis de datos se llevó a cabo a través del método fenomenológico hermenéutico. Como resultados se obtuvo una mayor frecuencia de consolar a través del silencio, la conversación y la conversación religiosa.

Bassett (2016) llevó a cabo una investigación fenomenológica en Reino Unido en la que contó con 15 capellanes del área de cuidados paliativos. Los datos se recopilaron a través de entrevistas no estructuradas. El objetivo fue explorar la naturaleza, el significado y el valor de los tipos de silencio que contribuyen a la atención espiritual durante los cuidados paliativos. Los datos concluyen que el silencio en el cuidado espiritual favorece el bienestar de los clientes y de sus familiares.

Kurtuluş (2018) en una investigación con 129 participantes psicoterapeutas en Turquía mediante encuestas a través de Internet investigó la percepción del silencio de los terapeutas durante el proceso de psicoterapia y la relación con aspectos contratransferenciales en la terapia. Se exploró también la relación entre la percepción del silencio por parte de los terapeutas y ciertas características demográficas como la edad y el sexo, y características profesionales como la orientación teórica o el nivel de experiencia. Se diseñó y se empleó un Cuestionario de Percepción del Silencio para Terapeutas (SPQ-T). Se comprobó que aspectos del silencio como incomodidad, negatividad y ansiedad o urgencia para terminar, así como el de auto-referencia, se correlacionaron de manera significativa y positiva con sentimientos negativos contratransferenciales.

1.4.2. Instrumentos de evaluación del silencio en la comunicación con pacientes

Apenas existen instrumentos para evaluar las funciones del silencio en la comunicación sanitaria. Se han encontrado 3 instrumentos y un modelo de entrevista:

El Pausing Inventory Categorization System, Version II (PICS-II; Levitt & Frankel, 2001). El PICS-II es un sistema de categorización que discrimina entre siete tipos de silencio (reflexivo, emocional, expresivo, desconexión, interacción, asociativo y memoria), diseñado para categorizar silencios y sensibilizar al terapeuta sobre las posibles experiencias de pausa de los clientes en las sesiones. El PICS ha demostrado tener una alta validez interjueces (Cohen's $k/0.82$) e interclientes ($k/0.83$) y ha adquirido validez a partir de su desarrollo en un análisis teórico fundamentado (Grounded Theory Methodology) de las descripciones de los clientes de sus experiencias de silencio durante las sesiones.

El Silence Perception Questionnaire for Therapists SPQ-TR (Kurtuluş, 2018) creado por el autor en el contexto de su tesis doctoral es un cuestionario de autoinforme. Consta de 70 ítems, 59 de los cuales hacen referencia a la percepción del terapeuta durante las sesiones de psicoterapia y 11 se refieren a la percepción de silencio del terapeuta en su vida diaria. Los silencios en la sesión se dividieron en cuatro áreas basándose en análisis factorial: ansiedad, incómodo y negativo, valor y agradecimiento y autorreferencia. Los resultados mostraron que es una medida con buena validez y fiabilidad con un análisis factorial clínicamente coherente.

El Survey on Silence in Psychotherapy (Hill et al. 2003) es un cuestionario que consta de cuatro áreas con preguntas de escala tipo Likert de respuesta de 1 a 5. Área I: aspectos relacionados con un silencio específico que haya tenido lugar en la terapia (23 ítems); Área II: consideraciones generales del uso del silencio en la terapia (20 ítems) sobre el uso del silencio de forma intencionada con distintos tipos de clientes y con situaciones distintas en las que usar el silencio (5 ítems); Área III con preguntas de formación recibida en el uso del silencio (9 ítems) y porcentaje de clientes con los que usaban el silencio intencionalmente, la frecuencia con la que usaban el silencio con los clientes y aspectos personales. Área IV: aspectos demográficos.

Recientemente, Bassett (2016) en su investigación aporta un modelo de entrevista no estructurada con cinco áreas principales (Información sociodemográfica; Informativa sobre el silencio; Debate central preguntas de actitud/evaluación/explicación; Pasar de lo general a lo específico; Cierre de la entrevista y resumen; Ofrecer un tiempo si el participante quiere decir más).

1.4.3. Justificación del estudio.

Se propone un estudio del análisis del silencio en la comunicación sanitaria con el objetivo de conocer la importancia del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes y valorar las funciones que ejercen los silencios. Para ello es importante entender por un lado que la relación sanitaria ya no solo pertenece al médico y al paciente, por lo que se propone un estudio con un equipo multidisciplinar que trabaja de manera integral en la atención del paciente. Por otro lado es importante incluir nuevas subcategorías de silencio que tienden a darse en mayor medida en este tipo de relación. Para ello se ha propuesto una nueva clasificación que integra 13 subcategorías de silencio (siete de ellas corresponden a las subcategorías establecida por Levitt) dentro de las tres grandes categorías de silencio que señala Levitt (constructivo, neutro y obstructivo) proponiendo un nuevo modelo de evaluación que integre estas funciones y tenga en cuenta aspectos personales y profesionales del uso del silencio por parte de las personas que forman el equipo sanitario (ver Figura 2).

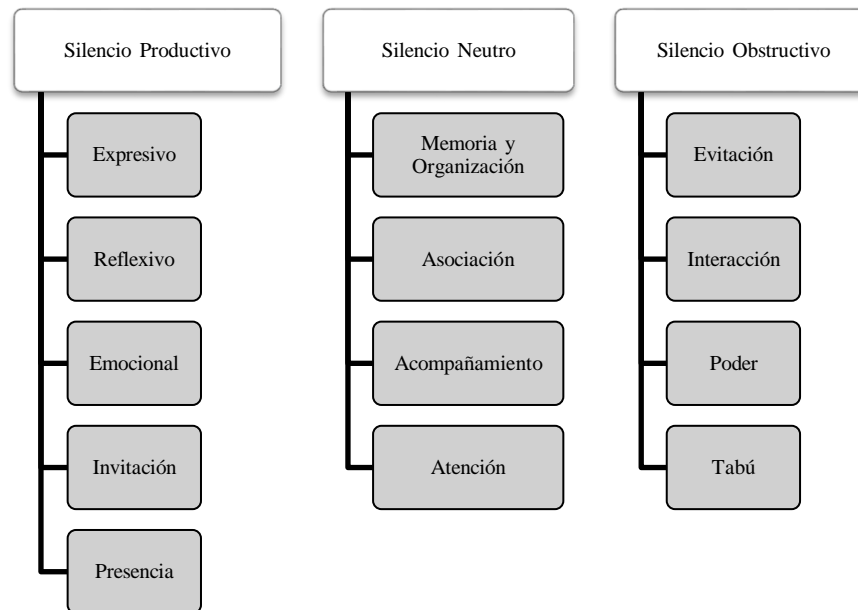


Figura 2

Clasificación del silencio en la comunicación sanitaria. Elaboración propia.

Estos silencios han sido descritos y definidos en la literatura a través de distintos autores:

Silencio expresivo: aquel silencio en el que la persona de forma comprometida busca conectar con la experiencia que está viviendo y trata de expresarla buscando las palabras adecuadas y la etiqueta correcta (Frankel & Levitt, 2006, 2002; Hill et al., 2003; Levitt, 2001, 2002; Sabbadini, 1991).

Silencio reflexivo: es aquel silencio que favorece la introspección del paciente en una atmósfera de confianza que le permite un nivel mayor de implicación con el proceso terapéutico (Bunkers, 2013; Cebriá & Bosch, 2012; Elson, 2001; Feldman, 2003; Frankel & Levitt, 2006; Hill et al. 2003; Ladany et al. 2004; Levitt, 2001).

Silencio emocional: es aquel silencio que permite entrar en contacto con una emoción. Este silencio puede llegar a favorecer que la persona conecte de una forma profunda con emociones importantes para su proceso (Barber, 2009; Bartels, 2016; Cebriá y Bosch, 2002; Elson, 2001; Frankel & Levitt, 2006; Levitt, 2001, 2002; Savett, 2011).

Silencio de invitación: son silencios que incitan a la implicación del paciente y a que tome responsabilidad en la conversación (Back, 2009; Hill et al. 2003; King, 1995).

Silencio de presencia: es un tipo de silencio que favorece una atención compasiva, la vivencia conjunta de una experiencia y que puede vivirse como una dimensión espiritual (Bunkers, 2013; Denham-Vaughan, & Edmond, 2010; Díaz, 2015; Natch, 1954; Sabbadini, 1991; Savett, 2011).

Silencio de memoria y organización: son aquellos silencios en los que la persona trata de recordar datos necesarios para el contenido de la conversación o trata de recordar momentos o vivencias que son importantes (Elson, 2001; King, 1995; Levitt, 2001, 2002).

Silencio de asociación: Silencio en el que se conectan temas o se desvía la conversación a otro tema aunque parezca no tener relación (Frankel & Levitt, 2006; Frankel et al. 2006; Levitt, 2001, 2002; Wilmer, 1996)

Silencio de atención: silencios que se emplean para tomar toda la información posible y reflejar interés y empatía a la persona que escucha (Cebriá & Bosch, 2002; Díaz, 2015; Sabbadini, 1991).

Silencio de acompañamiento: silencio de vivencia tranquila, que aporta calma y respeto y aceptación (Cebriá & Bosch, 2002; Elson, 2001).

Silencio de desconexión: son silencios en los que la persona trata de retirarse de la conversación generalmente con el objetivo de protegerse (Barber, 2009; Denham-Vaughan & Edmond, 2010; Díaz, 2015; Elson, 2001; Frankel & Levitt, 2006, 2009; Frankel et al., 2006; Gans & Counselman, 2000; Holmes, 1998; Levitt, 2001, 2002; Sabbadini, 1991; Stringer et al., 2010).

Silencio de interacción: son silencios en los que la persona trata de protegerse de experiencias vividas en la relación terapéutica que pueden resultarle amenazantes. (Back, 2009; Barber, 2009; Bunkers, 2013; Denham-Vaughan & Edmond, 2010; Díaz, 2015; Frankel &

Levitt, 2006, 2009; Frankel et al., 2006; Levitt, 2001, 2002; Sabbadini, 1991; Stringer et al, 2010).

Silencio como forma de poder y control: son silencios que se emplean para ejercer control sobre el otro, y que suelen generar inseguridad y vulnerabilidad en la persona que lo recibe (Gardezi et al. 2009; Hannon, Rusbult, Finkel & Kamashiro, 2010; Marshall, 1972 citado en Levitt, 2001; Ramírez, 1992).

Silencio como tabú: Temas de los que no se habla o se evita hablar por miedo a las consecuencias o por creencias o aprendizajes respecto a la comunicación de determinados temas (Denham-Vaughan & Edmond, 2010; Ramírez, 1992; Rodenbach, Ciesinski, Gramling, Fiscella, & Epstein, 2016) (anexo 2)

2. Metodología

2.1. Objetivos/Hipótesis

El estudio pretende conocer el uso del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes y elaborar un instrumento piloto que permita medir este uso.

Objetivos específicos:

1. Valorar si los profesionales sanitarios consideran importante el silencio en la comunicación con los pacientes.
2. Identificar si existen distintos tipos de silencios y las funciones que desempeñan.
3. Determinar si los profesionales sanitarios emplean el silencio de forma deliberada con los pacientes.
4. Conocer si existe interés por una formación en el silencio por parte de los profesionales.

5. Analizar si los factores personales, las actitudes hacia el silencio, la formación en el silencio y la experiencia profesional están relacionados con el uso de un tipo de silencio u otro.
6. Conocer la relación entre los distintos tipos de silencio.
7. Valorar la calidad psicométrica del test propuesto.
8. Establecer un perfil del uso del silencio para una muestra.

Como hipótesis principal se plantea que los profesionales usan los tres tipos principales de silencio en la comunicación (productivo, neutro y obstructivo) con los pacientes y que hacen un mayor uso de los silencios productivos y neutros.

2.2. Participantes/muestra

Los participantes de este estudio son profesionales de la Unidad de Oncología Pediátrica de HM Hospitales o profesionales sanitarios de HM Hospitales que atienden a los niños y adolescentes de la Unidad de Oncología Pediátrica en su servicio.

La muestra está formada por un total de 43 sujetos, el 76,7% mujeres y el 23,3% hombres de edades comprendidas entre 18 y 65 años (ver tabla 1)

Tabla 1.

Frecuencia por grupos de edad

Grupo de edad	Frecuencia
18-24 años	1
25-35 años	18
36-45 años	10
26-55 años	11
56-65 años	3
Total	43

De ellos 11 son médicos, 8 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 4 profesores, 1 administrativo, 9 voluntarios, 2 técnicos de imagen y 1 técnico de farmacia. Respecto a su formación 16,3% han realizado formación profesional o bachillerato; un 41,9% grado o licenciatura universitaria; un 23,3% estudios de Máster y 18,6% doctorado. La mayoría de los participantes han recibido formación biosanitaria (81,5%).

2.3. Variables y Medidas

Para el estudio se tuvieron en cuenta aspectos demográficos como: sexo, edad, nivel de estudios, rama de conocimiento, profesión, puesto de trabajo, años en ese puesto de trabajo, tiempo que dedican a los pacientes a la semana, tiempo con cada paciente al día y número de pacientes con lo que trabaja al día.

Las variables que se consideraron fueron: aspectos personales del uso del silencio (introversión, impulsividad, educación en el silencio, tolerancia al silencio, espiritualidad); actitudes, creencias, pensamientos y sentimientos en torno al silencio; formación recibida en el uso del silencio para la profesión; experiencias profesionales relacionadas con el uso del silencio; funciones del silencio en la comunicación con el paciente.

Todas ellas se evaluarán a través de un cuestionario de elaboración propia.

2.4. Diseño

Se ha desarrollado un cuestionario sobre el uso del silencio en la comunicación con los pacientes para profesionales sanitarios: el Cuestionario uso del Silencio Profesionales Sanitarios (Q-SPS) empleando como referencias el Survey on Silence in Psychotherapy (Hill et al. 2003) y el Silence Perception Questionnaire for Therapists SPQ-TR (Kurtuluş, 2018).

El primer cuestionario estaba formado por 99 ítems y se llevó a cabo una evaluación interjueces (4 jueces) para lograr mayor validez de constructo, exhaustividad y claridad. Este análisis aportó datos sobre ítems que podrían ser repetitivos, así como aquellos ítems con más peso para expresar cada una de las subcategorías de silencio en el área V Funciones del silencio en la relación con pacientes. Se eliminaron aquellos ítems que la mayoría de los jueces creyeron que eran repetitivos y de las subcategorías del silencio se seleccionaron aquellos que la mayoría señaló como más adecuados para expresar cada función.

El cuestionario consta de dos partes (Anexo 3):

a) Ficha con datos demográficos: se solicitan datos sociodemográficos como edad, sexo, nivel de estudios, rama de conocimiento, profesión, puesto de trabajo, años en ese puesto de trabajo, tiempo que dedican a los pacientes a la semana, tiempo con cada paciente al día y número de pacientes con lo que trabaja al día.

b) Áreas: en estas áreas las preguntas son de escala tipo Likert con cuatro opciones de respuestas siendo 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo.

Área I. Factores personales relacionados con el silencio: en este bloque se incluyen preguntas que tienen que ver con la personalidad del sujeto y su influencia en el uso del silencio, por ejemplo, la introversión, la extroversión, la impulsividad, educación recibida en el silencio, timidez, ansiedad, confianza o seguridad en uno mismo, etc. Consta de 9 ítems.

Área II. Actitudes, pensamientos, creencias y emociones relacionadas con el silencio: en esta área se trata de conocer creencias, actitudes, pensamiento y sentimientos acerca del uso del silencio tanto positivas como negativas para la persona así como la capacidad que cree que tiene para usar el silencio en su vida cotidiana. Consta de 14 ítems.

Área III. Formación en el uso del silencio con los pacientes: en esta área se trata de conocer cómo la persona se ha formado y cuándo a lo largo de su trayectoria de estudiante o profesional. Consta de 5 ítems.

Área IV. Experiencia profesional del uso del silencio con pacientes: En esta área se trata de conocer el tipo de reacciones que tiene la persona ante situaciones de silencio en el trabajo o el uso que hace cada persona del silencio en su trabajo con pacientes. Consta de 13 ítems.

Área V. Funciones del silencio en la relación con pacientes: En esta área se trata de que estén representadas las 3 categorías de silencio y las 9 subcategorías. En la categoría de Silencio Productivo se encuentran los ítems 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13,15 y 16; en la categoría de Silencio Neutro se encuentran los ítems 2, 4, 10, 11, 12, 14, 17 y 24; y en la categoría Silencios Obstructivos se encuentran los ítems 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25 y 26. Cada subcategoría consta de dos ítems: Reflexivo (1 y 5), Expresión (3 y 6), Emoción (7 y 16), Invitación (8 y 9) , Presencia (13 y 15), Memoria y Organización (4 y 17), Asociación (2 y 24), Acompañamiento (10 y 12), Atención (11 y 14), Evitación (18 y 19), Interacción (20 y 23), Poder y control (21 y 22), Tabú (25 y 26). El área total consta de las 26 ítems.

Se incluyeron ítems inversos en las siguientes áreas:

- Área I Factores personales relacionados con el silencio: ítems 4 y 7.
- Área II. Actitudes, pensamientos, creencias y emociones relacionadas con el silencio: ítems 9 y 14.
- Área IV. Experiencia profesional del uso del silencio con pacientes ítems 2, 3, 4 y 6.

2.5. Procedimiento

La carta de presentación de la investigación y el cuestionario fueron enviados por correo electrónico por la jefe de servicio de la Unidad de Oncología Pediátrica que envió el correo a 83 profesionales de HM Hospitales que atienden a niños y adolescentes de la Unidad de Oncología Pediátrica. Al cabo de una semana se recibieron 24 cuestionarios más y al cabo de otra semana otros 8 cuestionarios. Se recordó en una sesión de equipo de profesionales de la Unidad y en esa semana fueron entregados finalmente 11. Un total de 43 cuestionarios fueron recibidos completos.

2.6 Análisis de datos

Se hizo un análisis descriptivo de las variables sexo, nivel de estudios, rama de conocimiento, profesión y formación, calculando frecuencias y sus correspondientes porcentajes y un análisis del ítem calculando la media (M) y la desviación típica (DT).

Posteriormente se hizo un estudio de la fiabilidad del cuestionario total y por áreas empleando para ello el estadístico α de Cronbach.

Se llevó a cabo un ANOVA y T de Student para comparar los datos demográficos con los tipos de silencio y para comparar las distintas áreas (factores personales del uso del silencio, actitudes hacia el uso del silencio, formación en el silencio y experiencia profesional en el uso del silencio) con los tres tipos de silencio principales.

Se establecieron correlaciones de Pearson para analizar la relación entre los tipos de silencio, así como para estudiar la relación entre distintos ítems.

Por último se elaboró un perfil del uso del silencio por parte de todos los profesionales sanitarios de la Unidad de Oncología Pediátrica en el total de cada área y un perfil que comparara el uso del silencio por profesionales usando el estadístico descriptivo Moda.

3. Resultados

3.1 Análisis del ítem

Se empleó una escala de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta. En el estudio del análisis del ítem se tiene en cuenta que la media de las puntuaciones entre 1 y 4 la establecerá el valor 2,5 lo que indicará que aquellas medias que estén por encima de ese valor define valores desde *acuerdo a muy de acuerdo* y por debajo de ese valor define valores *en desacuerdo o totalmente en desacuerdo*.

En el Área I *Factores personales del uso del silencio* se puede observar que la mayoría de la muestra le resulta cómodo estar junto a personas calladas y que prefieren escuchar antes que hablar. Por otro lado la puntuación obtenida en el ítem “el silencio me resulta incómodo” ($M=1,81$, $DT=0,79$) por lo que se muestra que la mayoría de las personas se sienten cómodas ante el silencio. La puntuación media total del área es superior al valor medio de 13,5 (mín.= 9- máx.= 36) con un valor de $M=24,02$, $DT=3,93$ lo que indica una alta puntuación en los factores personales hacia el silencio (ver Tabla 2).

Tabla 2

Media y Desviación Típica de los Factores Personales Relacionados con el Silencio

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Me resulta cómodo estar junto a personas calladas	2,91	0,81
En general prefiero escuchar que hablar	2,88	0,90
Soy una persona que antes de tomar una decisión necesita estar en silencio	2,77	0,86
Estoy entrenado para el uso del silencio en el trabajo	2,63	1,07
Soy una persona espiritual	2,60	1,07
Cuando me sucede algo importante necesito hablarlo inmediatamente	2,47	0,96
En mi infancia me familiarizaron con situaciones de silencio	2,37	1,07
Me considero una persona introvertida	2,14	1,01
El silencio me resulta incómodo	1,81	0,79
Total	24,02	3,93

En cuanto a los resultados del Área II *Actitudes, pensamientos, creencias y emociones sobre el silencio* se puede observar que la puntuación media es muy elevada en la mayoría de los ítems, llegando incluso a alcanzar un valor de $M= 3,70$ y $DT= 0,71$ en el ítem “creo que el silencio en ocasiones puede ser beneficioso”. El ítem “creo que el silencio es importante en la comunicación” ($M= 3,33$, $DT= 0,64$) indica que el silencio es importante para la mayoría de estos profesionales. En contraposición se observa que el ítem “en general los silencios me resultan insoportables” la puntuación está por debajo del punto de corte ($M= 1,53$, $DT= 0,63$) lo que indica una buena actitud en general hacia el silencio resultado similar al obtenido en el área personal. Además, se observa que la puntuación media total del área es superior al valor medio de 21 (mín.= 14-máx.= 56) con un valor de $M=44,16$; $DT=6,94$ lo que indica una alta puntuación en las actitudes, pensamientos, creencias y emociones sobre el silencio (ver Tabla 3).

Tabla 3
Media y Desviación Típica de Actitudes, pensamientos, creencias y emociones sobre el silencio

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Creo que el silencio en ocasiones puede ser beneficioso	3,70	0,51
Creo que el silencio me ayuda a clarificar mis ideas	3,37	0,65
Creo que el silencio transmite emociones	3,37	0,75
Creo que el silencio es importante en la comunicación	3,33	0,64
Creo que el silencio es una habilidad que se puede entrenar	3,30	0,77
Creo que es importante ser paciente para lograr estar en silencio	3,28	0,79
Considero importante dedicar un tiempo a diario a estar en silencio (oración, meditación, mientras paseo, etc.)	3,05	0,97
Considero que mediante el silencio puedo estar en contacto con lo trascendente	2,95	0,99
Creo que el silencio tiene una capacidad sanadora	2,79	0,88
El silencio me permite conectarme con lo más profundo de mi ser	2,74	1,00
En mi vida cotidiana disfruto del silencio	2,74	0,87
El silencio forma parte de mi vida espiritual	2,67	1,14
Creo que el silencio es sinónimo de no actuar	1,60	0,79
En general los silencios me resultan insoportables	1,53	0,63
Total	44,16	6,94

En cuanto al Área III *Formación en el uso del silencio* la media en el ítem “creo que se debería formar a los profesionales de la salud en el área del silencio” es la más elevada ($M=3,44$; $DT=0,76$). El ítem “comparado con el inicio de mi carrera uso mejor el silencio” ($M=3,40$; $DT=0,58$) refleja que la mayoría ha adquirido destrezas en el uso del silencio pero no en su trabajo ya que el ítem con una media más baja es “recibo formación en mi trabajo” ($M=1,65$; $DT=0,75$). Se observa que la puntuación media total del test es superior al valor medio de 7,5 (mín.=5-máx.=20) con un valor de $M=13,51$; $DT=2,48$ lo que indica una alta puntuación en Formación en el uso de silencio (ver Tabla 4).

Tabla 4
Media y Desviación Típica del Área de Formación en el uso del silencio

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Creo que se debería formar a los profesionales de la salud a utilizar el silencio	3,44	0,76
Comparado con el inicio de mi carrera uso mejor el silencio con los pacientes	3,40	0,58
Los pacientes me han enseñado a dar valor al silencio	3,09	0,78
Me he formado de manera personal en el silencio	1,93	0,88
Recibo formación en mi trabajo para manejar el uso del silencio en la comunicación	1,65	0,75
Total	13,51	2,48

En el Área IV *Experiencia profesional en el uso del silencio con pacientes* se observa que hay puntuaciones con una M cercana al 4; la media más elevada ($M= 3,77$; $DT= 0,52$) corresponde al ítem “hay situaciones en el trabajo con pacientes en las que saber estar en silencio es necesario”. Además, la media es muy elevada también para el ítem “considero muy importante saber utilizar el silencio en la comunicación con los pacientes” ($M= 3,63$; $DT= 0,61$) y “creo que un buen profesional debe saber manejar adecuadamente los silencios” ($M= 3,60$; $DT= 0,58$). El ítem que menos puntúa es “ante situaciones de mi trabajo especialmente intensas evito estar en silencio” ($M= 1,74$; $DT= 0,79$) lo que indica que las personas en estas situaciones también emplean el silencio. Se observa que la puntuación media total del test es superior al valor medio de 19,5 (mín.= 13-máx.= 56) con un valor de $M= 41,25$ ($DT= 4,20$) lo que indica una alta puntuación en Formación en el uso de silencio (ver Tabla 5).

Tabla 5

Media y Desviación Típica del Área de Experiencia profesional y uso del silencio con pacientes

	M	DT
Hay situaciones en el trabajo con pacientes en las que saber estar en silencio es necesario	3,77	0,52
Considero muy importante saber utilizar el silencio en la comunicación con los pacientes	3,63	0,61
Creo que un buen profesional sabe manejar adecuadamente los silencios	3,60	0,58
Creo que favorecer espacios de silencio en las conversaciones para conectar con lo que estamos hablando beneficia a los pacientes	3,49	0,50
Me siento cómodo estando en silencio escuchando a los pacientes	3,47	0,70
Reconozco la importancia de los silencios con el paciente aunque a veces me resulten muy difíciles	3,35	0,72
Las palabras cobran mucho más valor después de haber compartido un silencio largo con un paciente	3,33	0,83
Soy consciente del valor de los silencios que hago para comunicarme con los pacientes	3,02	0,80
Ante un silencio largo siento necesidad de hablar	2,40	0,84
Uso el silencio con los pacientes de forma intencionada	2,51	0,79
Si el paciente está en silencio me siento responsable de ofrecer una conversación	2,35	0,84
Cuando a un paciente le invade una emoción de tristeza necesito inmediatamente decirle algo	2,21	0,80
Ante situaciones de mi trabajo emocionalmente intensas (un diagnóstico reciente, un episodio grave, la muerte de un paciente, ...) evito estar en silencio	1,74	0,79
Total	41,25	4,20

Por último, en el Área V *Funciones del silencio en la comunicación con los pacientes* se observa que todos los ítems que corresponden a los silencios neutros se encuentran entre las puntuaciones con mayor media salvo el ítem “he usado el silencio con un paciente para dar la

conversación por terminada” ($M=1,79$; $DT=1,01$). Los ítems que representan los silencios productivos también reflejan puntuaciones elevadas en las medias siendo el ítem productivo con mayor puntuación ($M= 3,40$; $DT= 0,62$) “uso el silencio para permitir que el otro pueda expresar de forma precisa cómo se siente”. En contraste los ítems que hacen referencia a los silencios obstructivos son los que presentan una media menor. El ítem que tiene una media más baja ($M=1,72$; $DT=0,85$) pertenece a la subcategoría de Tabú (ver Tabla 6).

Tabla 6

Media y Desviación Típica del Área de Funciones del silencio en la comunicación con los pacientes

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Estar en silencio mientras habla un paciente favorece una escucha comprometida	3,49	0,63
A veces he usado el silencio para estar de forma tranquila acompañando a un paciente	3,44	0,62
Uso el silencio para permitir que el otro pueda expresar de forma precisa cómo se siente	3,40	0,62
Doy tiempo en silencio al paciente para que pueda poner sus ideas en orden al contestar	3,37	0,65
Uso el silencio como un modo de transmitir interés por lo que el paciente me cuenta	3,35	0,61
Uso el silencio para transmitir respeto a los pacientes	3,28	0,79
Me quedo en silencio esperando a que el otro encuentre las palabras adecuadas para expresar lo que quiere decir	3,28	0,63
Uso el silencio para reflexionar sobre lo que el otro me está contando	3,19	0,58
Usar el silencio me ayuda a que el paciente pueda conectar con sus emociones	3,14	0,74
Uso el silencio para que el paciente pueda recordar hechos o datos necesarios para la conversación	3,12	0,66
Cuando tengo una conversación con un paciente empleo unos segundos en silencio para que pueda pensar lo que le acabo de decir	3,09	0,71
Ofrecer silencio a un paciente me ha llevado a vivir una experiencia de conexión con él	3,07	0,82
Hay temas de los que evito hablar porque creo que no debo hacerlo	3,02	0,98
En ocasiones estar escuchando en silencio me lleva a proponer nuevos temas de conversación	3,00	0,69
Uso el silencio con los pacientes para conectarme con la emoción que están viviendo	2,95	0,68
Ofrezco una pausa en silencio para que el otro sienta lo que estamos hablando	2,88	0,73
Me quedo en silencio para invitar al paciente a que se implique en la conversación	2,84	0,81
En ocasiones me quedo en silencio para que el paciente sea responsable de la pregunta que me ha formulado	2,37	0,81
Me quedo en silencio porque creo hay cosas de las que no se pueden hablar	2,19	0,98
Uso el silencio cuando percibo en el paciente que lo que le digo le incomoda	2,16	0,87
A veces he usado el silencio por miedo a que mi relación con el paciente se viera afectada negativamente por mi conversación	2,00	0,84
El silencio es un escudo que me protege de experiencias difíciles	2,00	0,87
He usado el silencio con un paciente para dar una conversación por terminada	1,95	0,99
Estar en silencio me ha servido para expresar mi malestar con algún paciente	1,95	0,92
He usado el silencio para hacer uso de mi autoridad en la relación con los pacientes	1,79	1,01
Mi silencio es una forma de comunicar al paciente que no quiero hablar de lo que me propone	1,72	0,85
Total	78,37	7,65

3.2. Estudio de la fiabilidad

En cuanto al estudio de la fiabilidad del total del test se ha obtenido una alta consistencia interna medida a través del alpha de Cronbach con una puntuación total $\alpha = 0,87$.

En cuanto a la fiabilidad por áreas se obtuvo en el Área I *Factores Personales Relacionados con el Silencio* el $\alpha = 0,52$ (para 9 elementos); en el Área II *Actitudes, pensamientos, creencias y emociones sobre el silencio* se obtuvo un $\alpha = 0,85$ (para 14 elementos); en el Área III *Formación en el uso del silencio* se obtuvo una puntuación de $\alpha = 0,66$ (para 5 elementos); en el Área IV *Experiencia profesional y uso del silencio con pacientes* $\alpha = 0,65$ (para 13 elementos) y por último, en el Área *Funciones del silencio en la comunicación con los pacientes* se obtuvo $\alpha = 0,70$ (para 26 elementos). En cuanto a las fiabilidad de las subcategorías de funciones la fiabilidad del Silencio Neutro es $\alpha = 0,55$ (para 8 elementos); la fiabilidad del Silencio Obstructivo es $\alpha = 0,51$ (para 8 elementos) y la fiabilidad del Silencio Productivo es $\alpha = 0,80$ (para 10 elementos). La baja fiabilidad de algunas áreas puede deberse al escaso número de ítems.

3.3. Estudio de la relación entre variables

Se llevó a cabo ANOVA para analizar los diferentes tipos de silencio y el tiempo que se dedica a los pacientes al día, número de pacientes que se atiende al día, número de pacientes a la semana y años en el puesto de trabajo con las distintas funciones del silencio. No se encontraron diferencias significativas excepto en la variable *Silencio Obstructivo* en función de los años en el puesto de trabajo siendo significativa la diferencia entre el grupo II (6 a 15 años de experiencia) y el grupo III (16 a 30 años de experiencia) (ver Tabla 7).

Tabla 7
ANOVA entre Silencio Obstructivo y Años en el puesto de trabajo

Años en el puesto		M	DT	F	Sig
Silencio Obstructivo	GRUPO I 0-5 años	16,68	3,49	5,75	0,006
	GRUPO II 6-15 años	18,38	2,72		
	GRUPO III 16-30 años	14,00	3,42		

Posteriormente se hizo un estudio de las correlaciones entre las distintas áreas. Se observó que existen relaciones significativas entre el silencio productivo y la variable *Actitudes, creencias, pensamientos y sentimientos hacia el silencio*, la variable *Formación en el silencio* y con la variable *Experiencia profesional y uso del silencio con pacientes*. También se observa que existen relaciones significativas entre el silencio neutro y las variables *Factores personales en el uso del silencio*, la variable *Actitudes, creencias, pensamientos y sentimientos hacia el silencio*, la variable *Formación en el silencio* y la variable *Experiencia profesional y uso del silencio con pacientes*. No existe sin embargo correlaciones significativas entre el silencio obstructivo y las distintas áreas, aunque sí se observa que todas las relaciones son negativas (ver Tabla 8).

Tabla 8
Correlaciones entre factores personales, actitudes, Formación y Experiencia Profesional y los tipos de silencio

	Factores personales	Actitudes, creencias, pensamientos y sentimientos	Formación	Experiencia profesional
Silencio Productivo	0,29	0,50**	0,51**	0,47**
Silencio Neutro	0,30*	0,39**	0,42**	0,31*
Silencio Obstructivo	-0,14	-0,16**	-0,23	-0,26

**p < 0,01; * p ≤ 0,05

En cuanto al estudio que se llevó a cabo de correlaciones entre los tipos de silencio se puede observar que los silencios productivo y neutro presentan una correlación positiva y significativa ($r= 0,61$; $\rho > 0,5$) sin embargo no se encuentra correlación significativa entre

Silencio Obstructivo y Silencio Productivo, ni entre el Silencio Productivo y el Silencio Neutro. Lo que se observa de nuevo es que la relación que existe entre estos últimos presenta, aunque sin significación estadística, una dirección inversa (Tabla 9).

Tabla 9
Correlaciones entre las categorías de silencio productivo, neutro y obstructivo

	Silencio Productivo	Silencio Neutro	Silencio Obstructivo
Silencio productivo	1	0,61**	-0,10
Silencio Neutro	0,61**	1	-0,05
Silencio Obstructivo	-0,10	-0,05	1

**p< 0,01 * p≤ 0,05

En cuanto a las relaciones entre distintos ítems se observó que el ítem “me considero una persona introvertida” correlacionaba significativamente con el uso del Silencio Neutro ($\rho=0,610$). También se analizó la correlación entre el ítem “considero que el silencio es importante en la comunicación” del Área *Actitudes, pensamientos, creencia y emociones relacionadas con el silencio* con el ítem “considero muy importante saber utilizar el silencio en la comunicación con los pacientes” del Área *Experiencia profesional y uso del silencio con pacientes* siendo esta significativa ($\rho=0,49$).

3.4. Perfil del uso del silencio en la Unidad de Oncología Pediátrica

En el análisis de las Modas se obtuvo que la mayoría de las áreas puntuaban M=3 salvo en Formación y Silencio Obstructivo cuyo valor era M=2 (ver Figura 3).

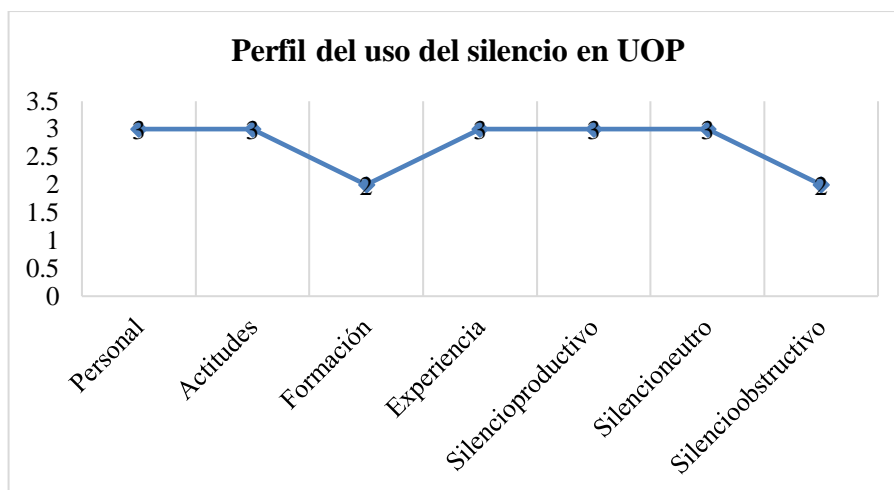


Figura 3

Perfil del uso del silencio de la Unidad de Oncología Pediátrica. Elaboración propia.

En el estudio del perfil diferenciado por profesiones dentro del equipo se obtuvieron valores muy parecidos entre los grupos de profesión (ver Figura 4).

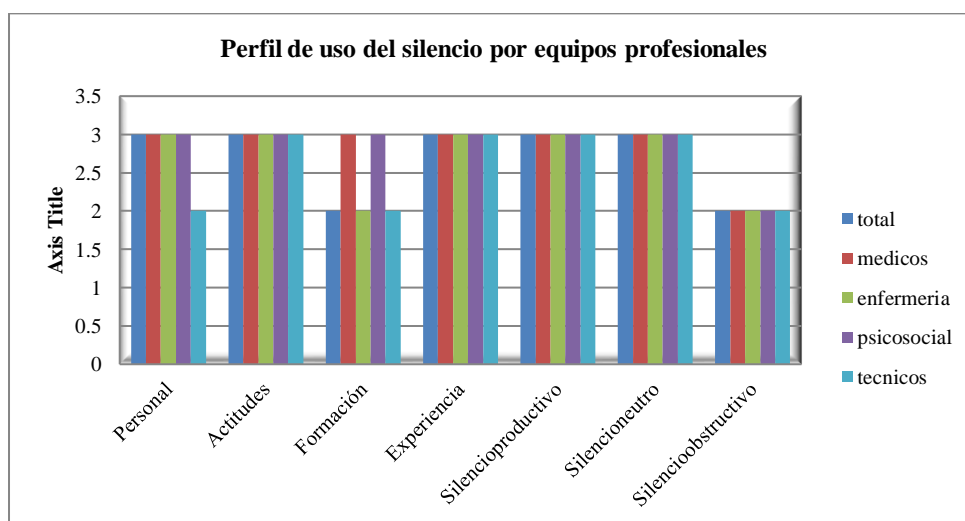


Figura 4

Perfil del uso del silencio por equipos profesionales. Elaboración propia

4.- Discusión

A raíz de los resultados obtenidos en este estudio se puede afirmar que los profesionales sanitarios de la Unidad de Oncología Pediátrica de HM Montepíncipe consideran importante el

uso del silencio en la comunicación con los pacientes (Barber, 2009; Cebriá & Bosch, 2002; Elson, 2001) y que utilizan los silencios con funciones diferentes (Back et al., 2009; Bartels et al., 2016; Levitt, 2001; Tornoe et al., 2014).

Se comprueba que los profesionales sanitarios emplean distintos tipos de silencio, siendo los Silencios Neutros los más utilizados, a continuación los Silencios Productivos y los menos empleados los Silencios Obstructivos. La mayoría de los profesionales usan el silencio para favorecer la escucha atenta, acompañar de forma tranquila, para que el paciente pueda reflexionar y expresarse, transmitir interés y respeto, para que conecte con sus emociones y darle responsabilidad (Cebriá & Bosch, 2002; Hill et al., 2003; Ladany et al., 2004; Sharpley et al., 2005).

El estudio sugiere que la mayoría de los profesionales de esta unidad no reciben formación en su trabajo sobre el silencio y que son los pacientes los que les han enseñado a usarlo a lo largo de su experiencia profesional (Hill et al. 2003; Ladany et al 2004). Se observa que hay una actitud positiva hacia la formación en el uso del silencio de los profesionales (Hill et al., 2003; Ladany et al., 2004; Sharpley et al. 2005) por lo que se podría plantear incluir formación en el uso del silencio para mejorar la comunicación en este tipo de profesionales y además evitar provocar efectos no deseados en los pacientes (Ladany, 2004; Maguire, 1998). Probablemente el entrenamiento del silencio como técnica resultaría de una intervención poco útil si no se convierte en experiencia relacional. La esencia es conocer los tipos de silencio, sus funciones y los efectos que tienen en la experiencia con pacientes para lograr un adecuado uso en la relación con ellos.

En esta muestra se usan los tres tipos de silencio principales que señala Levitt (2001). Los Silencios Productivos y los Silencios Neutros tienen relación entre ellos y son los más empleados entre los profesionales sanitarios lo que podría indicar que son aquellos que facilitan más la comunicación a los profesionales; los Silencios Obstructivos son los menos empleados y

tienen una relación inversa con los Silencios Productivos y los Neutros, lo que podría indicar que en la medida que se va haciendo mayor uso de Silencios Productivos y Neutros se emplean menos los Silencios Obstructivos. Pero todos ellos son empleados. Este dato sugiere que conocer las funciones del silencio y hacer un uso correcto de todas ellas es más adecuado que emplear unos y no otros para lograr una buena comunicación. Frankel et al., (2006) comprobaron que en Psicoterapia Centrada en la Persona, donde se da más valor a la empatía emocional como un mecanismo de cambio clave, se encontró que la frecuencia de silencios emocionales era muy baja en general. Por tanto es importante conocer el silencio porque éste puede tener diferentes efectos dependiendo de su uso y de las necesidades del cliente (Hill et al., 2003).

Se pone de manifiesto que no son tan determinantes variables como los aspectos de sexo, edad, años de experiencia en el puesto de trabajo o número de pacientes con lo que se trabaja diariamente o semanalmente, como los aspectos personales en el uso del silencio, las actitudes y pensamientos, creencias y emociones hacia el uso del silencio, la formación en el silencio, así como la experiencia profesional en el uso del silencio (Barber, 2009) lo que influye en el uso de un tipo de silencio en particular (Barber, 2009; Hill et al., 2003; Ladany et al., 2004).

Apenas existen instrumentos para la evaluación del silencio en la comunicación sanitaria. El instrumento elaborado, Q-SPS, ofrece buenas calidades psicométricas de fiabilidad ($\alpha= 0,87$) y distribución. Además permite establecer un perfil del uso del silencio para un equipo sanitario determinado o comparar los usos del silencio entre distintos profesionales. En el perfil realizado se puede observar que la Unidad de Oncología Pediátrica valora el silencio como un elemento importante tanto en los aspectos personales como en su uso en el trabajo y que hay un uso mayor de silencios productivo y silencios neutros que de silencios obstructivos. Cabe destacar que este resultado puede estar afectado por el hecho de ser profesionales que están en contacto con la fragilidad y el sufrimiento de los pacientes ; el uso del Silencio Productivo o

Neutro puede ser mayor en este ámbito que otros en los que el silencio requiere otra función (Tornoe et al., 2005). Se podría valorar que lo importante es el resultado en términos de comunicación y no tanto del tipo de silencio, de la duración o de cómo se viven (Cebriá & Bosch, 2012)

Este método de evaluación permite establecer un perfil del uso de los profesionales bien de un mismo equipo o bien de grupos dentro de un mismo equipo y poder después establecer comparaciones.

En cuanto a los nuevos silencios introducidos se puede observar que el silencio de invitación (Bartels et al., 2016; Back et al., 2009) o de presencia así como los silencios de poder y control (Gardezi et al., 2009; Hannon et al., 2010; Marshall, 1972 en Levitt, 2001; Ramírez, 1992), tabú (Denham-Vaughan & Edmond, 2010; Ramírez, 1992; Rodenbach et al., 2016), acompañamiento (Cebriá & Bosch, 2002; Elson, 2001) y atención (Bunkers, 2013; Cebriá & Bosch, 2002; Díaz, 201; Sabbadini, 1991) son silencios empleados en el ámbito sanitario por lo que podría plantearse una clasificación en este ámbito que integrara estas categorías.

El estudio ha permitido hacer una valoración del uso y de las funciones del silencio a un equipo de profesionales sanitarios de manera integral. Hasta ahora solo se habían realizado estudios a psicoterapeutas (Hill et al, 2003; Ladany et al. 2004; Levitt, 2001; Kurtulus, 2018; Frankel & Levitt, ; Sharpley et al., 2005; Barber, 2009), sacerdotes (Bassset, 2016) o enfermeras (Tornoe, 2014).

Por tanto, se puede decir que un tipo de silencio a tiempo, con una intención adecuada y con una función determinada puede llegar a lograr una comunicación elocuente y certera e incluso llegar a comunicar aquello que es inexpresable con palabras. A veces, cuando el paciente está gravemente enfermo y hablar se convierte en una tarea complicada para el, el silencio puede ser la única opción de comunicación (Rowe, 2003). En otras ocasiones los

pacientes pueden no tolerar los silencios (Hill et al., 2003; Ladany et al., 2004) o en etapas tempranas de la relación usarlo puede generar rechazo o distanciamiento del paciente (Bunkers, 2013; Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006, 2009; Frankel et al., 2006; Maguire, 1998; Rowe, 2003; Sharpley et al., 2005; Stringer et al., 2010). Pero como el estudio ha mostrado también para apoyar una escucha atenta, reflexionar junto al paciente, ofrecer tiempo y espacio para recordar y sostener la emoción del otro. Gracias al estudio llevado a cabo y al instrumento de evaluación creado podemos valorar lo importante que es saber emplear el silencio adecuadamente, formarse y decidirse a usarlo en toda su complejidad.

5. Conclusiones y prospectiva

El silencio es un elemento importante, activo, heterogéneo y con múltiples funciones dentro de la comunicación sanitaria. En la relación con los pacientes una buena comunicación con un adecuado uso de los silencios es clave no solo para lograr una buena comprensión de lo que al otro le sucede sino para favorecer un tipo de escucha más completa, que pueda hacerse cargo de los factores emocionales o situacionales que el paciente está viviendo. Los profesionales sanitarios de la Unidad de Oncología Pediátrica de HM Hospitales consideran que el uso del silencio es muy importante en la comunicación con los pacientes y dado que están de acuerdo en recibir formación en este aspecto se debería considerar la implementación de programas de formación en el uso del silencio en la comunicación sanitaria. Un estudio completo debería incluir no solo el estudio y análisis de las funciones del silencio sino también los efectos en el resultado del tratamiento médico, psicológico, de enfermería, etc. Este estudio ha tratado de poner de relieve que el silencio es acción, que está lleno de mensaje y que un momento de silencio en la conversación con los pacientes puede provocar una conexión con ellos a un nivel humano muy profundo. “En el silencio permanecemos cara a cara con la

desnudez del ser de las cosas [...] Esa desnudez es vestida de la comunión amistosa del silencio, este silencio se relaciona con el amor” (Thomas Merton, 1993, p. 92).

Como limitaciones en el estudio se han encontrado la dificultad para rellenar el cuestionario por parte de los participantes al ser en un formato *Word*. Muchos participantes solicitaron un cuestionario que se pudiera cumplimentar de manera digital/*online*.

Otra limitación ha sido la carencia de instrumentos de evaluación del silencio en la comunicación. La facilitación del Survey on Silence in Psychotherapy por parte de la autora ha ayudado mucho al estudio y de estudios que integraran a un equipo de profesionales del ámbito de la salud.

En cuanto a las perspectivas se propone hacer un estudio más ampliado de las características psicométricas del test que incluya también un estudio de su validez y el desarrollo de baremos que representen a la población española.

Además se plantea emplear el cuestionario para comparar los usos del silencio en distintas unidades del ámbito de la salud.

Asimismo se propone un estudio complementario de la percepción de los pacientes del uso del silencio que hacen los profesionales.

6. Referencias bibliográficas

Andrés, R. (2010). *No sufrir compañía: escritos místicos sobre el silencio (siglos XVI y XVII)*.

Acantilado. Barcelona.

Back, A. L., Bauer-Wu, S. M., Rushton, C. H., & Halifax, J. (2009). Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a contemplative approach. *Journal of palliative medicine, 12*(12), 1113-1117.

- Barber, T. (2009). *Newly qualified counsellors' experience of silence within the therapeutic setting*. Master Tesis no publicada, , Roehampton University, London.
- Bartels, J., Rodenbach, R., Ciesinski, K., Gramling, R., Fiscella, K., & Epstein, R. (2016). Eloquent silences: A musical and lexical analysis of conversation between oncologists and their patients. *Patient education and counseling*, 99(10), 1584-1594.
- Bassett, L. (2016). *Spiritual caregiving silence: an exploration of the phenomenon and its value in end-of-life care* Tesis doctoral publicada en Lancaster University, Lancaster.
- Bassett, L., Bingley, A. F., & Brearley, S. G. (2018). Silence as an element of care: A meta-ethnographic review of professional caregivers' experience in clinical and pastoral settings. *Palliative medicine*, 32(1), 185-194.
- Bunkers, S. S. (2013). silence: A Double-edged Sword. *Nursing science quarterly*, 26(1), 7-11.
- Cebriá, A. & Boch, J.M. (2002). La insostenible elocuencia de los silencios. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9(8), 598-600.
- Coderch, J (2009) Teoría y práctica de la práctica psicoanalítica. Madrid, Herder.
- Código Deontología Médica [Documento PDF] Obtenido en Abril de 2019 de URL https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- Denham-Vaughan, J., & Edmond, V. (2010). The value of silence. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 6(2), 5.
- Elson, M. (2001). Silence, its use and abuse: A view from self psychology. *Clinical social work journal*, 29(4), 351-360.
- Feldman, C. (2003). *Silence: How to find inner peace in a busy world*. Berkeley, CA: Rodmell Press.
- Fernández, L. C., & Guerrero, B. M. Silencio y prototipos: la construcción del significado pragmático de los actos silenciosos en la conversación. [Documento PDF] Obtenido en

febrero de 2019 en URL

http://www.dialogodelalengua.com/articulo/pdf/5/3_Camargo_Mendez_DL_2013.pdf

- Flores, F. J. R., & Gayo, B. R. (2016). Bioética y asistencia sanitaria. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (2).
- Frankel, Z. E., Levitt, H. M., Murray, D. M., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). Assessing silent processes in psychotherapy: An empirically derived categorization system and sampling strategy. *Psychotherapy Research*, 16(5), 627-638.
- Frankel, Z. E., & Levitt, H. M. (2009). Clients' experiences of disengaged moments in psychotherapy: A grounded theory analysis. *Journal of Contemporary psychotherapy*, 39(3), 171-186.
- Galassi, J. P., Schanberg, R., & Ware, W. B. (1992). The Patient Reactions Assessment: A brief measure of the quality of the patient-provider medical relationship. *Psychological Assessment*, 4(3), 346.
- Gans, J., & Counselman, E. F. (2000). Silence in group psychotherapy: A powerful communication. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 71-86.
- Ladany, N., Hill, C. E., Thompson, B. J., & O'Brien, K. M. (2004). Therapist perspectives on using silence in therapy: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 4(1), 80-89.
- Hannon, P., Rusbult, C., Finkel, E., & Kamashiro, M. (2010). In the wake of betrayal: Amends, forgiveness, and the resolution of betrayal. *Personal Relationships*, 17, 253-278.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Ladany, N. (2003). Therapist use of silence in therapy: A survey. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 513-524.
- Jaworski, A. (1993): *The Power of Silence: Social and Pragmatic Perspectives*, Newbury Park, CA: Sage.

- King, K. C. (1995). Using therapeutic silence in home healthcare nursing. *Home healthcare nurse*, 13(1), 65-68.
- Kurtuluş, E. E. (2018). *Therapists' perception of silence during psychotherapy sessions*. Tesis doctoral publicada en İstanbul Bilgi Üniversitesi, Estambul.
- Laín Entralgo, P. (2003). El médico y el enfermo. Madrid. Tricastela
- Levitt, H. M. (2001). Sounds of silence in psychotherapy: The categorization of clients' pauses. *Psychotherapy Research*, 11(3), 295-309.
- Levitt, H. M. (2001). Clients' experiences of obstructive silence: Integrating conscious reports and analytic theories. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31(4), 221-244.
- Levitt, H. M. (2002). The unsaid in the psychotherapy narrative: Voicing the unvoiced. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(4), 333-350.
- Longhi, R. (2006) Psicoanálisis, espiritualidad y filosofía [Documento PDF] Obtenido en Abril de 2019 de URL <http://www.acippia.org/wp-content/uploads/2014/10/La-calidad-de-la-palabra-se-decide-según-de-qué-silencio-se-parta-al-hablar.pdf>
- Maguire, P. (1998). Breaking bad news. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 24(3), 188-191.
- Marco Furrasola, Á. (2000). *Una aproximación a la semiótica del silencio*. Tesis doctoral publicada en la Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Merton, T. (1993) *Thoughts on Solitude*, Boston, Shambhala.
- Nacht, S. (1954). La presencia del analista. *Buenos Aires, Proteo*.
- Pennac, D. (2003). Como una novela. 9ª. *Barcelona: Anagrama*
- Ramírez, J. L. (1992). El significado del silencio y el silencio del significado. *C. Castilla del Pino (comp.). El silencio*. Madrid: Alianza.
- Rivas-Flores, J. R., & Rivas-Gallo B. R. (2016). Bioética y asistencia sanitaria. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (2).

- Rogers, C., & Kinget, M. (1967). *Psicoterapia y relaciones humanas: teoría y práctica de la terapia no directiva*. Alfaguara.
- Rowe, M. (2003). Mortality and medicine: forms of silence and of speech. *Medical humanities*, 29(2), 72-76.
- Sabbadini, A. (1991). Listening to silence. *British Journal of Psychotherapy*, 7(4), 406-415.
- Sánchez, M. (2004). En los límites del lenguaje: los silencios positivos. In *Actas del V Congreso de Lingüística General*.
- Savett, L. A. (2011). The sounds of silence: Exploring lessons about silence, listening, and presence. *Creative nursing*, 17(4), 168-173.
- Sharpley, C. F., Munro, D. M., & Elly, M. J. (2005). Silence and rapport during initial interviews. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 149-159
- Stringer, J. V., Levitt, H. M., Berman, J. S., & Mathews, S. S. (2010). A study of silent disengagement and distressing emotion in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(5), 495-510.
- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2014). The power of consoling presence-hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC nursing*, 13(1), 25.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1997). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder Editorial.
- Wilmer, H. A. (1995). Silence: Something we rarely hear, which does not exist. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23(4), 723-730.

7. Índice de Tablas y Figuras	Pág.
Figura 1 Adaptación de la clasificación de tipos de silencio de Levitt (2001)	9
Figura 2 Clasificación del silencio en la comunicación sanitaria. Elaboración propia.	17
Figura 3 Perfil del uso del silencio de la Unidad de Oncología Pediátrica. Elaboración propia.	33
Figura 4 Perfil del uso del silencio por equipos profesionales. Elaboración propia	33
Tabla 1 Frecuencias por grupos de edad	20
Tabla 2 Media y Desviación Típica de los Factores Personales Relacionados con el Silencio	26
Tabla 3 Media y Desviación Típica de Actitudes, Pensamientos, Creencias y Emociones sobre el silencio	27
Tabla 4 Media y Desviación Típica del Área de Formación en el uso del silencio	27
Tabla 5 Media y Desviación Típica del Área de Experiencia profesional y uso del silencio con pacientes	28
Tabla 6 Media y Desviación Típica del Área de Funciones del silencio en la comunicación con los pacientes	29
Tabla 7 ANOVA entre Silencio Obstructivo y Años en el puesto de trabajo	31
Tabla 8 Correlaciones entre factores personales, actitudes, Formación y Experiencia Profesional y los tipos de silencio	31
Tabla 9 Correlaciones entre las categorías de silencio productivo, neutro y obstructivo	32

8. Anexos

Anexo 1

Clasificación del silencio según autores

AUTOR	TIPOS DE SILENCIO	DEFINICIÓN
Laín Entralgo (2003)	Silencio Positivo Significativo	Cuando el paciente calla para decir sin palabras sucesos o realidades que le es penoso manifestar abiertamente
	Silencio Positivo Transignificativo	Cuando la experiencia de su enfermedad le lleva a enfrentarse con su propia muerte
	Silencio negativo	En los que el paciente calla porque no sabe, no quiere o no puede decir algo Momentos de emoción y significado compartido
Cebriá y Bosch (2012)	Silencio Funcional	Vividos por el profesional de manera cómoda y no dependen de la duración sino de dónde recaen
	Silencio Disfuncional	Se vive como largo e incómodo; puede ser que el paciente lo viva como falta de pericia
Bartels, Rodenbach, Ciesinki, Gramling, Fiscellay Epstein (2016)	Silencio de Conexión	Silencio en el que el médico invita al paciente a expresar una emoción o el paciente invita al médico a reconocer una señal emocional
	Silencio de invitación	Pausa en la conversación que no afecta a la emoción de la conversación
	Silencio neutro	Silencio de distracción en el que no hay compromiso con la conversación
	Silencio Desconectado	
Back, Bauer-Wu, Rushton & Halifax (2009)	Silencio incómodo	Refleja distracción e incomodidad
	Silencio de invitación	En los que el médico trata de dar paciente un momento para pensar o sentir lo que está sucediendo
	Compasivo	Momentos más largos de silencio en los que se conecta con una emoción y aparece una actitud compasiva por parte del médico

Jenson (1973)	<p>Enganche</p> <p>Efectivo</p> <p>Revelación</p> <p>Juicio</p>	<p>Para unir o separar a dos personas.</p> <p>Puede curar o herir.</p> <p>Puede hacer explícita u ocultar una información.</p> <p>Puede indicar acuerdo o desacuerdo</p> <p>Actividad o inactividad mental</p>
Wilmer (1995)	<p>Activación</p> <p>Consuelo</p> <p>Pérdida de identidad</p> <p>Peligro</p> <p>Muerte</p>	
Bunkers (2013)	<p>Redención a momentos de despertar</p> <p>Soporte testimonio historia de vida</p> <p>Traición a la confianza</p>	<p>Tiene como frutos el autoconocimiento, la paz interior, serenidad, etc.</p> <p>Aquel que se vive a través de la presencia verdadera o el silencio compasivo.</p> <p>Violación de una norma implícita o explícita para la relación.</p>
Van Manen (1990)	<p>Silencio literal</p> <p>Silencio epistemológico</p> <p>Silencio Ontológico</p>	<p>Prudencia para escuchar y reflexionar sobre lo que sucede.</p> <p>Conocimiento que tiene una persona que busca otras formas de expresión por la dificultad de poner palabras</p> <p>Momento de despertar. Momentos de vivencias de experiencias significativas.</p>

Anexo 2

Clasificación de los silencios en la relación sanitaria

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	Autor y año	Definición
PRODUCTIVO		Levitt, 2001	Silencio como medio para crear reflexión y conexión con la experiencia, con los pensamientos y con las emociones. El silencio en terapia esta asociado con insight y logros terapéuticos y por tanto era un elemento productivo en terapia.
	REFLEXIVO	Levitt, 2001; Frankel & Levitt, 2006 Elson, 2001	El cliente lleva la atención hacia sí mismo experimentando una mayor autoconciencia El individuo puede reflexionar, encontrar experiencias asociativas que hasta ahora habían sido oscuras o desconcertantes. Oportunidad de reflexionar y luego compartir sus reflexiones. El silencio permite inspirar la introspección del cliente
		Ladany, Hill, Thompson y O'Brien, 2004 Bunkers, 2013 Feldman , 2003	El silencio es necesario para la reflexión personal El silencio es el espacio para la reflexión y posibilitador de un momento que ofrece transformación
Hill, Thompson, & Ladany, 2003		Durante el silencio podemos ayudar a reflexionar, observar a los pacientes y pensar en la terapia	
Cebriá y Bosch ,2012		El juego de silencio y mirada permite conseguir profundizar el grado de introspección y compromiso con lo que está diciendo el paciente cuando necesita el grado máximo de implicación en el proceso terapéutico	
EMOCIONAL	Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006 Barber, 2009 Elson, 2001 Savett, 2011 Cebriá y Bosch, 2002	Los clientes entran en contacto con una experiencia emocional o con una emoción	
	Elson, 2001 Bartels, 2016	Silencio como experiencia sentida. Silencio para describir el estado de ánimo Para favorecer el contacto e intimidad emocional dentro de la comunicación El paciente o la familia pueden apreciar el silencio como una oportunidad para pensar, reflexionar o lidiar con una emoción difícil. El silencio facilita el diálogo interno que ayuda a encajar emociones y a tomar decisiones El silencio es un momento en el que el médico invita al paciente a expresar una emoción o el paciente invita al médico a reconocer una señal emocional.	
PRESENCIA	Denham-Vaughan & Edmond, 2010 Díaz, 2015	Silencio es el compartir la presencia El silencio es la expresión más elocuente de la presencia, empatía e interés en la experiencia de la otra persona	
	Bunkers, 2013	El silencio como patrón para dar testimonio de la historia de la vida a través de vivir la presencia verdadera o practicar el silencio compasivo, es una perspectiva particular que puede ser beneficiosa para las enfermeras.	
	Savett, 2011	El silencio como presencia ofrece una forma de atención de calidad para los demás. E un silencio contemplativo.	
	Sabbadini, 1991	El silencio puede ser silencio literal mientras se practica "el ministerio de la presencia" (dimensión espiritual).	
	Back, 2009 Natch, 1954	Presencia activa. Silencio atento y compasivo Placentero silencio compartido, donde silencio y palabra coinciden como expansión de una misma vibración. Indica la posible entrada en un fin de análisis	

INVITACIÓN	<p>Back, 2009</p> <p>King, 1995</p> <p>Hill, Thompson & Ladany, 2003</p>	<p>El clínico crea deliberadamente un silencio destinado a transmitir empatía, dar tiempo al paciente para pensar o sentir, o invitarlo a la conversación de alguna manera.</p> <p>Silencios para invitar a participar, dar responsabilidad, para que el otro se haga responsable de la pregunta o del tema</p> <p>Ayudar a los pacientes a asumir responsabilidad.</p>
NEUTRO	<p>Levitt, 2001; Frankel & Levitt, 2006</p>	<p>Silencios cuyo efecto es neutro en el progreso de la terapia; y obstructivos</p>
MEMORIA Y ORGANIZACIÓN	<p>Levitt, 2001, 2002</p> <p>Elson, 2001</p> <p>King, 1995</p> <p>Savett, 2011</p>	<p>Silencios en los que los clientes tratan de recordar detalles de eventos y objetos de los que se está hablando o para recordar eventos históricos que puedan estar relacionados con los temas que se hablan. Generalmente estos silencios están asociados a una solicitud por parte del terapeuta</p> <p>El silencio puede ser un esfuerzo para evocar una respuesta.</p> <p>Silencios para recordar o intentar aclarar un pensamiento. Proporciona al cliente el tiempo necesario para recopilar y organizar los pensamientos sin interrupción</p> <p>Silencios en los que el paciente está tratando de recordar algo o está tratando de aclarar un pensamiento</p>
ASOCIACIÓN	<p>Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006; Frankel et al. 2006</p> <p>Wilmer, 1996</p>	<p>Silencios en los que los clientes pasan de un tema a otro sin tener una conexión clara con el tema anterior</p> <p>Escuchar en silencio pista elemental para la empatía y las asociaciones</p>
ATENCIÓN	<p>Cebriá y Bosch, 2002</p> <p>Díaz, 2015</p> <p>Sabbadini, 1991</p> <p>Bunkers, 2013</p>	<p>Silencios que permiten una mirada atenta y oído agudizado para percibirse de la realidad más allá del síntoma explicado. Transmitir interés por el relato y ponernos en actitud de dar lo mejor de nosotros mismos</p> <p>El silencio del terapeuta es la expresión más elocuente de su presencia, empatía e interés en la experiencia de la otra persona.</p> <p>Silencios como momento tranquilo de sintonía con los mundos internos de nuestros pacientes, una oportunidad que se nos ofrece para pensar en ellos</p> <p>El silencio como patrón de dar testimonio de la historia de vida implica la capacidad de escuchar con atención concentrada.</p> <p>Silencios para que se logre la comprensión mutua o la aceptación de la diferencia.</p> <p>Silencios que ayudan a encontrar calma</p>
ACOMPañAMIENTO	<p>Elson, 2001</p> <p>Cebriá y Bosch, 2002</p>	<p>Silencios que ayudan a encontrar calma</p>
OBSTRUCTIVO	<p>Levitt, 2001; Frankel & Levitt, 2006; Frankel et al. 2006</p>	<p>Obstrucciones con las que los pacientes se encuentran en sus procesos de autoexploración y que se relacionan con dificultades en la comunicación y la experimentación dentro de la relación terapéutica y ocurren cuando el cliente evita o se desvincula de una emoción no deseada. En estos silencios el paciente se retira, se distancia o disminuye su participación en la temática o en la relación relevante en ese momento terapéutico. Esta categorización de silencio ofrece resultados significativos y confiables y puede ser empleado para evaluar procesos terapéuticos</p>
DESCONEXIÓN	<p>Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006, 2009; Frankel et al. 2006; Stringer et al, 2011</p> <p>Elson, 2001</p>	<p>Silencios en los que el cliente se retira de una emoción amenazante. En ellos se evita activamente la conexión con una emoción dolorosa o un tema incómodo</p>

INTERACCIÓN

Denham-Vaughan & Edmond, 2010
Díaz, 2015

Gans y Counselman, 2000

Sabbadini, 1991

Barber, 2009

Holmes, 1998

Levitt, 2001, 2002; Frankel & Levitt, 2006, 2009; Frankel et al. 2006; Stringer et al, 2010.

Denham-Vaughan & Edmond, 2010

Díaz, 2015

Bunkers, 2013

Sabbadini, 1991

Barber, 2009

Back, 2009

Silencio como defensa

Silencio puede ser un medio para evitar o reducir la conexión con otro. El cliente puede recurrir al silencio como una forma evitar el contacto con un tema que considere amenazante a vergonzoso. El silencio ofrece una defensa contra el sentimiento de insoportable vulnerabilidad y transparencia ante los demás, que emerge con la experiencia de emociones intensas.

El silencio puede protegerlos de la exposición a tratos hostiles, malentendidos, sarcasmo, ataques - o por el contrario convertirse en un impedimento para su expresión. El silencio, entonces, puede ser una barrera. Puede ser un escudo.

Para protegerme (poner un escudo): si se callan y retienen pensamientos y sentimientos, no serán heridos.

Como defensa, un medio para mantenerlo a una distancia adecuada

En los que los clientes se sienten presionados por el terapeuta esperando que comunique o que muestre algo deseado por el terapeuta. Cuando los clientes tienen reacciones negativas hacia el terapeuta y se muestran reacios a desafiarle. También pueden sentir preocupación por la relación terapéutica por resultar aburridos o tratar temáticas conflictivas para el terapeuta

Una negativa activa a hablar, una ruptura en el campo relacional y un obstáculo para el contacto interpersonal

Silencio cuando el paciente se siente enjuiciado

Silencio cuando surgen malentendidos, resentimiento, dolor y traición.

El silencio puede ser una forma de protestar contra la regla fundamental del analista, una resistencia a él como persona, a su entorno y al proceso terapéutico en su conjunto.

Se puede utilizar el silencio para distanciarse del cliente

El silencio se interpreta a menudo como juicio, la ambivalencia, la desaprobación o la retención.

PODER Y CONTROL

Marshall, 1972 en Levitt, 2001
Gardezi, Lingard, Espin, Whyte, Orser, & Baker, 2009.
Ramírez, 1992

Hannon, Rusbult, Finkel & Kamashiro, 2010.

Silencio como forma de control

El silencio como medio para ejercer poder sobre los demás, un reflejo de la impotencia relativa o un medio para resistir al poder.

El silencio utilizado como instrumento de poder es el significante del miedo, de la inseguridad y de la desconfianza, el signo de lo imprevisible y difícil de interpretar.

El silencio como traición puede ser percibido como violación de una norma implícita o explícita relevante para las relaciones.

TABÚ

Rodenbach, Ciesinski, Gramling, Fiscella, & Epstein, 2016
Denham-Vaughan & Edmond, 2010

Ramírez, 1992

Una forma más sutil de silencio obstructivo es el **tabú** social; temas de los que nunca se habla ni se evita hablar

Una forma más sutil de silencio obstructivo es el tabú social; temas de los que nunca se habla y se evita hablar

Silencio producto de la coacción social: eufemismo no voluntariamente elegido

Anexo 3



Estimado colega:

Estamos realizando una investigación sobre la importancia del silencio en la comunicación de los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud.

La participación en esta investigación es voluntaria y la información recogida es confidencial, no será empleada para ningún fin fuera de esta investigación y no revelará ninguna información sobre su identidad conforme a la normativa vigente de protección de datos (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999)

Este cuestionario está diseñado para saber la experiencia de cada uno en relación al silencio y no se trata de respuestas correctas o incorrectas. Se trata de dar respuestas que se aproximen lo más posible a su experiencia y percepción del uso del silencio. Las respuestas tienen una ordenación de 1 a 4 siendo 1 nada de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo.

Le agradecemos sinceramente su participación en este estudio quedando a su disponibilidad para cualquier tipo de dudas que surjan al respecto.

Gracias por su colaboración.

Camino Bengoechea
cbengoechea@hmhospitales.com

Dra. Clara Molinero

Dra. Blanca López-Ibor

Sexo: Mujer / Hombre

Franja de edad a la que perteneces:

- 18-24 años
- 25-35 años
- 35-45 años
- 45-55 años
- 55-65 años
- >65 años

Nivel de estudios:

- Estudios Bachillerato o FP
- Grado o licenciatura Universitaria
- Máster
- Doctorado

Rama de conocimiento en la que tiene formación (puede señalar mas de una):

- Científico-Tecnológico
- Biosanitario
- Ciencias Sociales
- Humanidades

Profesión:

Puesto de trabajo:

Departamento:

Años en ese puesto de trabajo:

Tiempo que dedicas a los pacientes a la semana:

Tiempo aproximado que paso con cada paciente al día:

Número de pacientes con los que trabajo al día:

1.- El silencio forma parte de nuestra vida, de nuestra educación, a menudo es expresión de nuestra personalidad e interviene de nuestra comunicación.

De las siguientes afirmaciones ¿en qué medida estás de acuerdo con ellas? 1 sería la puntuación más baja (muy en desacuerdo) y 4 la más alta (muy de acuerdo).

FACTORES PERSONALES RELACIONADOS CON EL SILENCIO				
1. Me resulta cómodo estar junto a personas calladas	1	2	3	4
2. Me considero una persona introvertida	1	2	3	4
3. En general prefiero escuchar que hablar	1	2	3	4
4. El silencio me resulta incómodo	1	2	3	4
5. En mi infancia me familiarizaron con situaciones de silencio	1	2	3	4
6. Soy una persona que antes de tomar una decisión necesito estar en silencio	1	2	3	4
7. Cuando me sucede algo importante necesito hablarlo inmediatamente	1	2	3	4
8. Estoy entrenado para el uso del silencio en el trabajo	1	2	3	4
9. Soy una persona espiritual	1	2	3	4

2.- El silencio forma parte de nuestro día a día. El silencio puede formar parte de acontecimientos o experiencias de nuestras vidas. El silencio puede provocarnos distintos estados de ánimo o emociones y ser o no importante para nuestra vida.

De las siguientes afirmaciones ¿En qué medida estás de acuerdo con ellas? 1 sería la puntuación más baja (muy en desacuerdo) y 4 la más alta (muy de acuerdo).

ACTITUDES, PENSAMIENTOS, CREENCIAS Y EMOCIONES RELACIONADAS CON EL SILENCIO				
1. Creo que el silencio es importante en la comunicación	1	2	3	4
2. Creo que el silencio en ocasiones puede ser beneficioso	1	2	3	4
3. Creo que el silencio me ayuda a clarificar mis ideas	1	2	3	4
4. Creo que el silencio transmite emociones	1	2	3	4
5. Considero que mediante el silencio puedo estar en contacto con lo trascendente	1	2	3	4
6. Considero importante dedicar un tiempo a diario a estar en silencio (oración, meditación, mientras paseo, etc.)	1	2	3	4
7. Creo que es importante ser paciente para lograr estar en silencio	1	2	3	4
8. Creo que el silencio es una habilidad que se puede entrenar	1	2	3	4
9. En general los silencios me resultan insoportables	1	2	3	4
10. En mi vida cotidiana disfruto del silencio	1	2	3	4
11. Creo que el silencio tiene una capacidad sanadora	1	2	3	4
12. El silencio me permite conectarme con lo más profundo de mi ser	1	2	3	4
13. El silencio forma parte de mi vida espiritual	1	2	3	4
14. Creo que el silencio es sinónimo de no actuar	1	2	3	4

3.- El silencio forma parte de nuestra comunicación y como profesionales podemos necesitar formación en el manejo del silencio a la hora de relacionarnos con los pacientes. De las siguientes afirmaciones ¿En qué medida estás de acuerdo con ellas? 1 sería la puntuación más baja (muy en desacuerdo) y 4 la más alta (muy de acuerdo).

FORMACIÓN EN EL SILENCIO				
1. Comparado con el inicio de mi carrera uso mejor el silencio con los pacientes	1	2	3	4
2. Creo que se debería formar a los profesionales de la salud a utilizar el silencio	1	2	3	4
3. Me he formado de manera personal en el silencio	1	2	3	4
4. Recibo formación en mi trabajo para manejar el uso del silencio en la comunicación	1	2	3	4
5. Los pacientes me han enseñado a dar valor al silencio	1	2	3	4

4.- En tu experiencia profesional en relación al uso del silencio con los pacientes indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, 1 sería la puntuación más baja (muy en desacuerdo) y 4 la más alta (muy de acuerdo).

EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL USO DEL SILENCIO CON PACIENTES				
1. Soy consciente del valor de los silencios que hago para comunicarme con los pacientes	1	2	3	4
2. Ante un silencio largo siento necesidad de hablar	1	2	3	4
3. Ante situaciones de mi trabajo emocionalmente intensas (Un diagnóstico reciente, un episodio grave, la muerte de un paciente, ...) evito estar en silencio	1	2	3	4
4. Cuando a un paciente le invade una emoción de tristeza necesito inmediatamente decirle algo	1	2	3	4
5. Creo que un buen profesional sabe manejar adecuadamente los silencios	1	2	3	4
6. Si el paciente está en silencio me siento responsable de ofrecer una conversación	1	2	3	4
7. Me siento cómodo estando en silencio escuchando a los pacientes	1	2	3	4
8. Creo que favorecer espacios de silencio en las conversaciones para conectar con lo que estamos hablando beneficia a los pacientes	1	2	3	4
9. Hay situaciones en el trabajo con pacientes en las que saber estar en silencio es necesario	1	2	3	4
10. Reconozco la importancia de los silencios con el paciente aunque a veces me resulten muy difíciles	1	2	3	4
11. Considero muy importante saber utilizar el silencio en la comunicación con los pacientes	1	2	3	4
12. Las palabras cobran mucho más valor después de haber compartido un silencio largo con un paciente	1	2	3	4
13. Uso el silencio con los pacientes de forma intencionada	1	2	3	4

5.- Por último, en el siguiente bloque de preguntas se trata de relacionar el trabajo que desarrollas con pacientes con el silencio. Se trata de reflexionar y darte cuenta de qué manera y con qué función has usado tus silencios con los paciente. De las siguientes afirmaciones ¿En qué medida estás de acuerdo con ellas? 1 sería la puntuación más baja (muy en desacuerdo) y 4 la más alta (muy de acuerdo).

FUNCIONES DEL USO DEL SILENCIO EN EL TRABAJO				
1. Cuando tengo una conversación con un paciente empleo unos segundos en silencio para que pueda pensar lo que le acabo de decir	1	2	3	4
2. En ocasiones estar escuchando en silencio me lleva a proponer nuevos temas de conversación	1	2	3	4
3. Uso el silencio para permitir que el otro pueda expresar de forma precisa cómo se siente	1	2	3	4
4. Doy tiempo en silencio al paciente para que pueda poner sus ideas en orden al contestar	1	2	3	4
5. Uso el silencio para reflexionar sobre lo que el otro me está contando	1	2	3	4
6. Me quedo en silencio esperando a que el otro encuentre las palabras adecuadas para expresar lo que quiere decir	1	2	3	4
7. Usar el silencio me ayuda a que el paciente pueda conectar con sus emociones	1	2	3	4
8. Me quedo en silencio para invitar al paciente a que se implique en la conversación	1	2	3	4
9. En ocasiones me quedo en silencio para que el paciente sea responsable de la pregunta que me ha formulado	1	2	3	4
10. A veces he usado el silencio para estar de forma tranquila acompañando a un paciente	1	2	3	4
11. Estar en silencio mientras habla un paciente me favorece una escucha comprometida	1	2	3	4
12. Uso el silencio para transmitir respeto a los pacientes	1	2	3	4
13. Uso el silencio con los pacientes para conectarme con la emoción que están viviendo	1	2	3	4
14. Uso el silencio como un modo de transmitir interés por lo que el paciente me cuenta	1	2	3	4
15. Ofrecer silencio a un paciente me ha llevado a vivir una experiencia de conexión con él	1	2	3	4
16. Ofrezco una pausa en silencio para que el otro sienta lo que estamos hablando	1	2	3	4
17. Uso el silencio para que el paciente pueda recordar hechos o datos necesarios para la conversación	1	2	3	4
18. El silencio es un escudo que me protege de experiencias difíciles	1	2	3	4
19. Mi silencio es una forma de comunicar al paciente que no	1	2	3	4

quiero hablar de lo que me propone				
20. A veces he usado el silencio por miedo a que mi relación con el paciente se viera afectada negativamente por mi conversación	1	2	3	4
21. Estar en silencio me ha servido para expresar mi malestar con algún paciente	1	2	3	4
22. He usado el silencio para hacer uso de mi autoridad en la relación con los pacientes	1	2	3	4
23. Uso el silencio cuando percibo en el paciente que lo que le digo le incomoda	1	2	3	4
24. He usado el silencio con un paciente para dar una conversación por terminada	1	2	3	4
25. Me quedo en silencio porque creo hay cosas de las que no se pueden hablar	1	2	3	4
26. Hay temas de los que evito hablar porque creo que no debo hacerlo	1	2	3	4

Muchas gracias por su colaboración.