

Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta

José Rodríguez Sanz^a, Concepción Kurtz Luna^b y Fernando Álvarez-Ude Cotera^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Segovia III. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Segovia. Segovia. España.

^bResidente de 4.º año. Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Segovia III. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Segovia. Segovia. España.

^cNefrología. Hospital General de Segovia. Segovia. España.

Grupo Comunicación y Salud semFYC

Puntos clave

- Durante la entrevista clínica entre médico y paciente “todo comunica”.
- La comunicación no verbal está constituida por todo el flujo comunicativo no vehiculado por las palabras.
- La comunicación no verbal debe ser sentida y observada, adquiriendo un sentido concreto dentro del contexto en que es emitida.
- La comunicación no verbal tiene 5 componentes: cinésica, proxémica, paralenguaje, contacto físico y factores ambientales.
- La comunicación no verbal es la más adecuada para la transmisión de emociones y sentimientos, regula y valida los mensajes verbales y juega un papel muy relevante en el mantenimiento de la relación médico-paciente y en la autoimagen del profesional.
- Los profesionales que son capaces de captar los mensajes no verbales de sus pacientes y valorarlos en su justa medida obtienen información muy valiosa para conocerlos mejor, les diagnostican mejor y resuelven mejor los problemas.
- El comportamiento no verbal de los médicos es un factor importante para la satisfacción de los pacientes, la adherencia al tratamiento prescrito y el resultado clínico final.
- Mirar y escuchar al paciente son actuaciones que requieren voluntariedad y están en la base de la transmisión de empatía.
- Una práctica asistencial donde el silencio funcional juega un papel destacado permite la vivencia de más tiempo de consulta, incrementa la calidad de las entrevistas y aumenta la satisfacción global de los pacientes.
- Los componentes paralingüísticos (volumen de la voz, tono y modulación) son elementos básicos de una comunicación asertiva.

Palabras clave: Entrevista clínica • Comunicación no verbal • Habilidades médicas.

“Tus actos siempre hablan más alto y más claro que tus palabras”.

Stephen Covey¹

En el trabajo diario en la consulta realizamos un sinnúmero de acciones que dicen mucho de nosotros. La mayoría las hacemos de forma rutinaria, sin darnos cuenta, ignorando que tienen un claro significado a los ojos de los pacientes. Y lo cierto es que, en muchas ocasiones, ellos nos juzgan por

estas acciones: a menudo influye más lo que nos ven hacer que lo que nos oyen decir.

Gran parte de la explicación de todo ello reside en la comunicación no verbal, es decir, en todo el flujo comunicativo que discurre entre humanos y que no va vinculado a las palabras. Para algunos autores, entre el 65 y el 70% del significado social de una interacción entre personas se transmite mediante el componente no verbal². En otros casos, se sugiere que hasta el 93% del mensaje podría considerarse no verbal³.

La potencia de esta comunicación es tal que, cuando el mensaje verbal y el no verbal son incompatibles o contradictorios prevalece el componente no verbal⁴. Esto explica el por qué los pacientes no creen, necesariamente, mensajes verbales tranquilizadores si se acompañan, por ejemplo, de expresiones faciales contradictorias.

La comunicación no verbal fluye de continuo y puede sentirse y observarse. Durante todo el encuentro clínico resulta muy útil estar atentos a la multiplicidad de mensajes que se transmiten a través de ella: cómo y cuándo aparecen, en que contexto, de qué se acompañan... A partir de aquí podremos darle un sentido, teniendo siempre mucho cuidado con su interpretación exacta: tal o cual gesto sacado de su contexto puede significar una cosa u otra completamente distinta. Los seres humanos somos capaces de disimular y tenemos habilidades sociales capaces de modificar y controlar el flujo de comunicación que aparece de esta forma no verbal.

De igual modo, es muy importante que los profesionales seamos conscientes de nuestra propia comunicación no verbal y de los mensajes que podemos transmitir a partir de ella. Detrás de un paciente considerado difícil puede haber una persona que observó un determinado gesto que hicimos o no y que interpretó de tal o cual manera, desencadenando una serie de consecuencias inesperadas para las que, quizás, no encontramos explicación. Tener presente que durante el encuentro clínico con el paciente “todo comunica” es una buena estrategia para prevenir estas consecuencias. Esta consideración tiene una trascendencia aún mayor en determinados momentos “complicados” del encuentro clínico (dar malas noticias, trabajar con pacientes terminales, entrevistas con pacientes agresivos, entre otras).

Componentes de la comunicación no verbal

Clásicamente, el área de la comunicación no verbal se divide en 5 aspectos o componentes: cinésica, proxémica, paralingüaje, contacto físico y factores ambientales. Siguiendo el esquema de Rodríguez Salvador⁵ vamos a describir someramente cada uno de ellos.

Cinésica

Se centra en el estudio del movimiento del cuerpo como forma de comunicación. Incluye elementos como los gestos y la postura, las expresiones faciales y la mirada o el movimiento de los ojos.

Los gestos y la postura: los gestos son formas de comunicación no verbal muy evidentes que, en muchas ocasiones, pueden sustituir a las palabras. Reciben distintos nombres según el uso que les demos: “ilustradores” cuando permiten

ilustrar y enfatizar lo que decimos, “reguladores” cuando regulan el flujo de la conversación y “adaptadores” cuando se hacen, generalmente de forma inconsciente, para reducir la tensión que nos genera la interacción.

Los gestos deben integrarse y reconocerse dentro de la actitud general del cuerpo. Hay que tener en cuenta la postura para poder interpretar los mensajes no verbales que se vehicularon a través de ellos. Posturas abiertas, de frente al interlocutor, “cara a cara”, con los brazos y piernas en actitud de apertura, frente a posturas cerradas, con brazos cruzados, que pueden indicar desconfianza o, incluso, rechazo al llegar a dar la espalda.

La expresión facial: la cara es una fuente de información muy rica, tanto que, tradicionalmente, se la ha llegado a considerar como “el espejo del alma”. La apariencia de la cara transmite emociones reconocibles por todo el mundo. Se ha postulado que la expresión facial de las emociones básicas (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, enfado y asco) está determinada biológicamente, es universal y se aprende de forma parecida en todas las culturas⁶.

De entre las múltiples expresiones faciales, quizás sea la sonrisa la que permita más y facilite el flujo de comunicación, creando un ambiente cordial y limando las asperezas que puedan surgir durante la entrevista clínica. Es uno de los factores más importantes en la generación de confianza entre médico y paciente⁷.

La mirada: se refiere a la utilización de los ojos por parte de las personas cuando se comunican, dando y recibiendo información y estableciendo una relación con los demás. Va estrechamente ligada a la expresión facial.

Se emplea para seguir y valorar la respuesta que provocamos en los demás y, también, para sincronizar la conversación, estableciendo los turnos de intervención. Otra función que realiza, quizás la más potente, es la de expresar sentimientos y emociones. Es evidente cómo cambian los ojos de las personas cuando se expresan las ya mencionadas emociones básicas: sorpresa, miedo, enfado, alegría, tristeza y asco.

Proxémica

Se refiere al uso y a la interpretación del espacio por parte de las personas en el proceso de la comunicación. Tiene en cuenta el ambiente que rodea a los interlocutores y la distancia entre ellos.

Espacio personal: todos los humanos tenemos un espacio propio (“espacio burbuja”), personal, en el que nos sentimos seguros y cuya invasión genera ansiedad e indefensión. Este territorio, esta privacidad, se ve alterada cuando el paciente acude a nuestra consulta; este hecho puede generar determinados compartimientos por su parte que se hacen patentes de forma no verbal.

TABLA 1. Tipos de distancia y características de cada una de ellas a considerar en la comunicación no verbal

Íntima
De 15 a 45 cm
“Propiedad” de cada persona: sólo la traspasan quienes están muy cerca emocionalmente
En la entrevista clínica se “invade” al realizar la exploración física
Personal
De 45 cm a 1 m (longitud del brazo, aproximadamente)
Seres queridos y amigos: se habla en voz baja o moderada
En la entrevista clínica el paciente cuenta “cosas personales” o confidencias
Social
De 1 m a 3,5 m
Entrevistas con extraños
El paciente se coloca al otro lado de la mesa y cuenta su relato
Pública
Más de 3,5 m
Impersonal
En discursos y conferencias

Distancia: la distancia entre los interlocutores también afecta a la comunicación entre ellos. Se pueden definir 4 zonas diferenciadas en la relación social, según la distancia existente entre los interlocutores: íntima, personal, social y pública (tabla 1).

En muchas actividades que los sanitarios realizamos traspasamos la distancia íntima, generando una sensación de indefensión y de pérdida absoluta de la privacidad. Ello es muy patente en el transcurso de determinadas exploraciones a las que sometemos a los pacientes, tales como la valoración del fondo de ojo, exploraciones ginecológicas o la realización de un tacto rectal.

Paralenguaje

Lo constituyen la voz y los sonidos vocales que acompañan a las palabras en la comunicación verbal. Las distintas tonalidades vocales: más gruesa, aguda, fina, nasal, entre otras, permiten hacernos una idea de la persona que las emite. De igual manera, la entonación que le damos a determinados mensajes verbales puede transmitir distintas emociones, aunque el contenido verbal sea idéntico.

Dentro del paralenguaje deberíamos considerar el silencio como una herramienta muy potente que, usada de forma correcta, permite un acercamiento intenso al paciente y a sus emociones y pensamientos.

Contacto físico

Tiene una relevancia especial en la comunicación en salud. Los sanitarios lo empleamos con diferentes propósitos: transmitir apoyo, mostrar cordialidad, calmar la sensación de soledad, etc.

El contacto físico puede generar incomodidad en el que lo realiza y en el que es tocado. Por ello, es importante tener en cuenta que la forma del contacto debe ser acorde a la situación concreta en la que se realiza, debiendo estar atento a la respuesta del paciente al mismo para detectar si produce aún más incomodidad.

Factores ambientales

Dentro de la comunicación no verbal debemos incluir ciertos factores ambientales que influyen y condicionan las relaciones personales. Se considerarían aquí desde la estructura del edificio, hasta el mobiliario de la consulta, pasando por la temperatura y la luz de la habitación, la decoración y el color de la misma y el ruido ambiental que exista. Todos ellos pueden condicionar los mensajes que los profesionales enviamos a los pacientes y que recibimos de ellos. Mención especial merece el ruido ambiental, que en muchas ocasiones llega a convertirse en una franca contaminación acústica.

Otro factor ambiental a considerar es la propia apariencia y aspecto del profesional, componente no suficientemente estudiado pero que, sin lugar a dudas, emite información más o menos destacable en determinados contextos del encuentro clínico con los pacientes.

En la tabla 2 se resumen los componentes de la comunicación no verbal con los aspectos que componen cada uno de ellos.

Importancia de la comunicación no verbal en la práctica médica

Por la cantidad de información que se vehicula a través de ella y por la potencia de la misma frente al componente verbal, la comunicación no verbal juega un papel muy importante durante toda la entrevista clínica. Conocer y detectar la que emite el paciente forma parte de las habilidades que un médico debe poseer para el desarrollo de su actividad profesional. Los profesionales que son capaces de captar estos mensajes y valorarlos en su justa medida obtienen información muy valiosa para conocer mejor a sus pacientes, les diagnostican mejor y, por tanto, resuelven mejor los problemas⁸. Son más sensibles a los sentimientos de los pacientes y están en mejores condiciones para proponer negociaciones efectivas y llegar a acuerdos con ellos⁹.

De igual modo, los pacientes son sensibles y detectan distintos componentes y aspectos de la comunicación no verbal del profesional que pueden ser interpretados de manera positiva o negativa. Es importante señalar que no todos lo hacen por igual: los jóvenes y los que tienen educación universitaria perciben más frecuentemente el comportamiento no verbal de sus médicos¹⁰. Tampoco se reconocen siempre todos

TABLA 2. Componentes de la comunicación no verbal y aspectos a considerar en cada uno de ellos

Cinésica
Gestos
Ilustradores
Reguladores
Adaptadores
Postura
Abierta
Cerrada
Expresión facial
Sonrisa
Emociones básicas (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, enfado, asco)
Mirada
Seguimiento del otro
Regulación de la conversación
Expresión de emociones y sentimientos
Proxémica
Espacio personal
Espacio burbuja
Distancia con interlocutor
Íntima
Personal
Social
Pública
Paralenguaje
Voz y sonidos vocales
Tono
Entonación y modulación
Silencio
Funcional
Disfuncional
Contacto físico
Factores ambientales
Condiciones de la consulta
Temperatura
Luminosidad
Color
Ruido ambiental
Apariencia del profesional
Vestimenta
Empleo de la bata

los posibles componentes de esta comunicación: los gestos, la posición del cuerpo y la vestimenta del médico, así como la decoración de la habitación están entre los más percibidos. En la tabla 3 se señalan los componentes de la comunicación no verbal colocados por el orden de visualización durante un primer encuentro¹¹.

TABLA 3. Componentes de la comunicación no verbal colocados por el orden de visualización durante un primer encuentro

Aspecto físico
Color de la piel, género, formas corporales, edad, indumentaria (vestimenta, empleo de la bata)
Expresión facial
Sonrisas, muecas, movimientos del ceño y las cejas
Mirada
Contacto visual
Gestualidad
Cabeceos
Movimientos
De las manos y brazos, de los pies y de todo el cuerpo, tics
Postura
En el asiento y de pie, tensa, relajada
Contactos físicos
Dar la mano, tocar durante ciertos momentos de la entrevista, al acompañar a la exploración o durante ésta
Distancias
Entre los interlocutores, uso del espacio
Paralenguaje
Volumen, tono, velocidad o ritmo, cadencia, modulación
Ambiente
Temperatura, olores, iluminación, decoración
Tomada de Ruiz Moral ¹¹ .

Son varios los estudios¹²⁻¹⁴ que demuestran que el comportamiento no verbal de los médicos es un factor importante para la satisfacción de los pacientes, la adherencia al tratamiento prescrito y el resultado clínico final. Los médicos que son emocionalmente más expresivos en su comportamiento no verbal son vistos más favorablemente por los pacientes. En un estudio, la mayor satisfacción de los pacientes se asoció con indicadores que mostraban que el médico les prestaba atención y tenía interés por ellos: menor tiempo en leer su historial (probablemente porque aumentaba en contacto visual facial), una postura que indicaba disposición (estar inclinado hacia delante en la mesa), cabeceos y gestos que transmitían cercanía⁴. Curiosamente, el estudio también encontró que si había menos contacto físico entre médico y paciente la satisfacción era mayor. Este hecho puede sugerir que el tacto pudiera ser considerado como un elemento de dominio o control por parte del médico, aunque este hallazgo hay que contextualizarlo dentro de la cultura en la que se realizó el estudio, la anglosajona, donde el espacio burbuja de las personas es distinto al existente en la cultura mediterránea-latina. La cantidad de tiempo que el médico pasa mirando al paciente^{15,16} y el tono de voz del médico¹⁷ también se relacionan con una mayor satisfacción de los pacientes.

Investigaciones cualitativas recientes demuestran cómo pacientes y profesionales comparten un común entendimiento

de la naturaleza de lo que denominamos “sanar” (*healing*): “Curar cuando es posible, reducir el sufrimiento cuando curar no es posible y encontrar un sentido más allá de la experiencia de enfermedad”, o dicho en otros términos, “trascender el sufrimiento”^{14,18}. Las relaciones que se establecen con los pacientes tienen potencialidad “sanadora” y aquellos profesionales considerados por sus compañeros como especialmente hábiles en la generación de ese tipo de relaciones¹⁹ emplean habilidades en las que los aspectos que tienen que ver con la comunicación no verbal aparecen de manera destacada. Si el profesional, al inicio de la entrevista, realiza unas mínimas y breves tareas de cortesía (saludo, sonrisa, contacto visual-facial, entre otras) y tiene una actitud de atención plena hacia el paciente (está tranquilo, callado, “presente” en la consulta) consigue un clima cordial que da seguridad a los pacientes. De igual forma, las señales inequívocas de que le escuchamos, le damos tiempo y le animamos a explicarse en sus propios términos, facilitando su relato; eliminamos barreras para el encuentro “persona a persona”; nos abrimos a la experiencia del paciente; tratamos de encontrar aspectos que nos gustan; compartimos “autoridad” y nos hacemos dignos de su confianza son, también, imprescindibles para conseguir este objetivo. Esta forma de entender la práctica clínica, “centrada en el paciente”, a su vez relacionada con el modelo biopsicosocial²⁰ está en la base de lo “sanadora” que puede llegar a ser la relación que se establece entre los médicos y los pacientes. Escuchar atentamente al paciente, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones, entre otras, son habilidades que aparecen durante las entrevistas de los profesionales que consiguen relaciones “que sanan” con sus pacientes¹⁸.

En el terreno de las emociones que aparecen durante la entrevista clínica, la comunicación no verbal es un elemento muy destacado. Roter²¹ señala que la expresión de las emociones durante la visita médica está especialmente vehiculada a través de la comunicación no verbal. Las emociones que los pacientes y los médicos traen ya preestablecidas a la consulta y las que se generan durante ella se muestran a través de miradas, tono de voz y gestos, principalmente. De igual forma, estos elementos transmiten las emociones que se generan cuando cada uno juzga o califica la actuación del otro. Es necesario destacar que el papel de las emociones, tanto de las del médico como de las del paciente, durante el encuentro clínico no ha sido suficientemente estudiado. Recientes artículos^{22,23} invitan a reflexionar sobre ello y llegan a plantearse si el tipo de enseñanza que se sigue impartiendo en las escuelas de medicina, que se distancia de las emociones y se centra exclusivamente en los aspectos más racionales (“medicina basada en la evidencia”), no está en el origen de la alexitimia observable en muchos profesionales sanitarios. De hecho, la evidencia actual indica que las emociones ejercen una profunda influencia en el comportamiento de los profesionales, incluidas la toma de decisiones, la calidad y canti-

dad de la información facilitada, la persuasión a la hora de prescribir un tratamiento, así como el interés demostrado hacia el paciente²⁴.

En este campo de las emociones, las mujeres parecen tener más habilidades: detectan y transmiten mejor las señales no verbales que tienen que ver con las emociones. Por tanto, es muy probable que las médicas presenten una mayor sensibilidad hacia la comunicación no verbal que los varones y que esta mayor sensibilidad se asocie a padecer menor desgaste profesional²¹.

Comunicación no verbal y tareas del encuentro clínico

Ruiz del Moral¹¹ señala que las tareas comunicativas generales que se desarrollan durante el encuentro clínico son:

- a) Conectar con el paciente y su familia.
- b) Identificar y comprender los problemas de salud del paciente/familia.
- c) Acordar con el paciente/familia las decisiones y las acciones sobre el/los problema/s de salud.
- d) Ayudar al paciente/familia a entender, elegir y actuar.

Para conseguir realizar estas tareas, los profesionales deben poseer una serie de habilidades, llamadas estratégicas, constituidas por un conjunto de conceptos comunicativos (tabla 4). En todas ellas la comunicación no verbal tiene, en mayor o menor medida, un papel trascendental. A continuación, vamos a destacar algunos de los componentes de la comunicación no verbal de los profesionales que tienen más relevancia en estas habilidades estratégicas y que consideramos clave en el desarrollo de la entrevista clínica.

Mirada, contacto visual-facial

Mirar al paciente es una actuación que requiere voluntariedad y esto le confiere un matiz diferente al hecho de ver al

TABLA 4. Habilidades estratégicas básicas a desarrollar durante el encuentro clínico

Recibir
Escuchar
Mostar empatía
Finalizar una entrevista
Preguntar
Integrar la información obtenida
Comprobar
Negociar
Informar
Motivar

TABLA 5. Todo lo que “nos habla” del paciente en el primer minuto y que podemos ver “mirándole”

La manera de entrar en la consulta
Dificultad para abrir la puerta ¿Apraxia?, ¿deterioro cognitivo?
Mirada directa, sonrisa Cooperador
Mirada al suelo, rodea la silla Conducta evitatoria
Mirada desafiante, ceño fruncido Enojo, preocupación
Laxitud muscular periorbicular Tristeza
El paciente se sienta
Borde de la silla Incomodidad, inseguridad, ansiedad
Apoltronado Indiferencia
Con los brazos sobre la mesa Seguro de sí mismo, llamando la atención
Con brazos y piernas cruzadas Defensivo, incómodo
Hace ademán de levantarse enseguida Evitación, ganas de irse
Lacio, hipotónico Triste, depresivo
El paciente habla
Atento Cooperador
Ojos inquietos, temblor de voz Ansiedad
Ojos tristes, espiración al final de las frases Tristeza
Puño cerrado, maseteros contraídos Ansiedad, enojo
El paciente responde a preguntas
Vacila, se tapa la boca, repite gestos Inseguridad
Microexpresiones de enojo, ansiedad Desagrado
Carraspeo, se toca el cuello, nariz u oreja Evitación
Tomada de Borrell ²⁵ .

paciente, que es algo meramente fisiológico. Con la mirada podemos seguir al paciente, regular el flujo de la conversación y expresar sentimientos y emociones.

Es especialmente importante durante la recepción del paciente, sobre todo durante el primer minuto de la misma²⁵. Es comprensible el retraimiento de un paciente que entra en la

consulta y lo primero que ve es la coronilla del profesional, absorto en los papeles o prestando toda su atención a la pantalla del ordenador. Por el contrario, el hecho de mirarle, de fijar nuestros ojos en su cara, supone reconocerle como el centro de nuestro acto clínico, como aquello que más nos interesa en este momento, muy por encima del resto de cosas que nos rodean. Esta mirada atenta al paciente al inicio de la entrevista también nos va a permitir obtener información muy valiosa sobre él (tabla 5). A pesar de esta importancia, algunos residentes sólo dedicaron 5 segundos de media a mirar al paciente cuando era recibido, enfocando la vista durante la mayor parte del recibimiento a la pantalla del ordenador²⁶.

En muchos momentos, a lo largo de la entrevista, los médicos se muestran más preocupados en consultar la historia clínica o la pantalla del ordenador y dejan de mirar al paciente mientras éste sigue contando su relato. Se ha demostrado²⁷ que esto, en lugar de aumentar la eficacia, produce un efecto contrario, ya que disminuye la fluidez verbal del paciente y aumenta la posibilidad de que los médicos se olviden de la información facilitada. En estas situaciones los pacientes suelen hacer movimientos con el cuerpo para captar la atención del médico y poder continuar con su historia. Son varios los autores^{11,27-29} que han presentado estrategias para solucionar el problema de atender al relato del paciente y consultar la historia clínica, bien sea en papel o a través de la pantalla del ordenador (tabla 6).

La participación de la mirada y del contacto visual-facial es fundamental a la hora de mostrar empatía con el paciente, una de las habilidades más importantes para construir una relación terapéutica y que algunos llegan a considerar como la quintaesencia del arte de la medicina³⁰. Está fuera de toda duda la comprensión, el afecto y la solidaridad emocional que se puede transmitir con una mirada. De igual manera, la mirada y el contacto visual-facial condicionan, en gran medida, el ritmo, la reactividad de la entrevista y el flujo conversacional.

Silencio y escucha activa

El silencio es un elemento del paralenguaje al que no estamos acostumbrados. En las relaciones sociales los silencios se viven como incómodos y hay necesidad de llenarlos. En la consulta se hacen insoportables y se intentan evitar. Sin embargo, durante la entrevista el silencio es un facilitador del dialogo interno que ayuda a encajar emociones y a tomar decisiones.

El silencio se puede clasificar como funcional cuando sirve para algo (obtener información, ordenar ideas, etc.) y es percibido de forma cómoda por el profesional, independientemente del tiempo que dure. Por el contrario, se dice que es disfuncional cuando se vive como largo e incómodo y transmite falta de pericia por parte del profesional que parece que se queda sin recursos. Mientras dura, el paciente espera que el entrevistador le diga o haga algo²⁵. Este tipo de silencios

TABLA 6. Técnicas útiles para manejar el ordenador en la consulta**Al inicio de la entrevista**

Antes de que entre el paciente, revise sus registros

Antes de que pase el siguiente paciente, termine de registrar lo del anterior

Si el paciente ya ha entrado, explíquelo que está terminando lo del anterior y que ahora le atenderá

Cuando el paciente empiece a hablar, olvídense del ordenador y céntrate en escuchar al paciente

Durante la entrevista

Si tiene que comprobar algún dato, procure que la comprobación en la pantalla cause el menor impacto en el relato del paciente

Si tiene que prestar más atención a la pantalla y el paciente se calla, facilite su discurso con un "síga, le escucho"

Cuando haya obtenido la información y tenga que registrarla en el ordenador, hágaselo saber al paciente y diríjase a él de vez en cuando con conductas verbales o no verbales para reestablecer la relación

Utilice el ordenador para fortalecer la relación con el paciente, mostrándole información, registros, evolución de parámetros clínicos, etc.

debemos evitarlos mediante señales que animen al paciente a seguir hablando, usando, por ejemplo, la mirada o haciendo cabeceos. Sin embargo, la ansiedad provocada por el silencio es percibida más frecuentemente por los médicos que por los pacientes; es decir, los pacientes toleran el silencio mejor que los médicos.

Una práctica asistencial donde el silencio funcional juega un papel destacado permite la vivencia de más tiempo de consulta, incrementa la calidad de las entrevistas y aumenta la satisfacción global de los pacientes³¹. Para conseguir este tipo de práctica, es imprescindible mantener una baja reactividad durante la misma, dejando pasar un par de segundos de distancia entre la respuesta del paciente y una nueva pregunta del entrevistador.

Durante la consulta, el silencio permite crear un clima de serenidad y concentración, facilita la exposición de la información relevante, permitiendo al paciente reestructurar sus ideas y emociones. Muchas veces se obtiene más información estando callado y dejando que el paciente hable que haciéndole preguntas directas. Sin embargo, algunos estudios muestran que el relato de los pacientes, cuando llegan a la consulta, es interrumpido por el médico antes de 30 segundos³².

El silencio es un componente esencial de la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indica al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante¹¹. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa, en gran medida, la capacidad para empatizar.

El silencio es una de las herramientas no verbales a las que se les saca más partido en las situaciones difíciles³³. A la hora de dar una mala noticia, saber aguantar el silencio para que el paciente la pueda asimilar y "metabolizar" es clave en todo el proceso. De igual modo, ante un paciente agresivo que nos recrimina una actuación, saber callar para que vacíe toda la información que trae en lugar de empezar a justificarnos es un buen principio para intentar solucionar el problema.

Sonrisa

La sonrisa es, probablemente, la expresión facial más compleja que exista. Además de las sonrisas genuinas, se han llegado a describir hasta 18 tipos de sonrisas diferentes. Aparece en una gran variedad de circunstancias, incluyendo aquellas que no atienden a una expresión de alegría o placer. Desde el punto de vista interactivo, puede ser considerada como una señal para el establecimiento de relaciones sociales y como tal está presente en todas las culturas.

En la entrevista clínica tiene un papel fundamental a la hora de recibir a los pacientes, en ese primer instante en el que médico y paciente se analizan en fracciones de segundo, tratando de averiguar el estado de ánimo del otro y el impacto que se generan mutuamente. En este momento, la sonrisa es un gesto que demuestra buena disposición y que algo nos gusta, aunque sea una sonrisa forzada. Es un puente hacia el afecto, un desbloqueo mental, un equivalente a "sea usted bienvenido", con la que fomentamos que se inicie una relación cálida y cordial. Es un gesto que suelen hacer hasta el 75% de los residentes analizados en algún estudio²⁶.

La sonrisa es percibida comúnmente por los pacientes¹⁰ y es uno de los factores más importantes en la generación de confianza entre médico y paciente⁷. Su aparición a lo largo de la entrevista puede servir para "limar asperezas", facilitar el relato del paciente, lubricar emociones, creando un clima de cordialidad imprescindible. En algunos estudios se destaca que los médicos de atención primaria que no eran demandados sonreían con más frecuencia durante la entrevista que los demandados³⁴. Sin embargo, si analizamos nuestro trabajo diario, a veces nos cuesta mucho sonreír y oponemos una resistencia más o menos consciente. En este punto, sería bueno reflexionar sobre por qué nos cuesta tanto sonreír³⁵.

De igual manera que en la recepción, la sonrisa puede jugar un papel importante en la despedida del paciente. Permite un cierre cordial de la entrevista, ayudando a dejar la puerta abierta para nuevas consultas. Facilita la charla social con la que muchos médicos y pacientes terminan la entrevista, consiguiendo, en muchos casos, que salga sonriendo de la consulta a la vista del resto de pacientes de la sala de espera.

Contacto físico

El contacto físico tiene distinto significado según el mensaje que transmite. En las relaciones sociales el contacto físico entre dos personas puede tener un significado de amor, inti-

midad y atractivo sexual, que, evidentemente, queda fuera del contexto profesional. En el ámbito sanitario, el más frecuente es el llamado contacto “funcional-profesional”, que se genera cuando tocamos al paciente para realizar una exploración física concreta o cuando le ayudamos por algún motivo (levantarse de la camilla, caminar, etc.). También aparecen durante la entrevista el llamado contacto “social-cortesía” (estrechar la mano al paciente, por ejemplo) y, en determinados casos, el “amistad-calidez”, que lanza un mensaje de aprecio o complicidad con el paciente.

El contacto físico es muy potente desde el punto de vista comunicativo, pero debe ser empleado con sentido común para no desencadenar un efecto opuesto al buscado. Tenemos que observar la respuesta del paciente frente a él, sobre todo en pacientes que no conocemos o que provienen de otras culturas donde puede tener otro significado. Debemos evitar todo contacto que pueda generar incomodidad en el paciente y es preciso adecuarlo a cada situación concreta (tocar el brazo de un paciente que recibe una mala noticia puede obtener una respuesta positiva por su parte, pero iniciar un gesto de acercamiento ante un paciente agresivo puede empeorar la situación).

El contacto físico tiene relevancia durante la recepción y la despedida del paciente. En estos momentos tiene ese significado social y de cortesía que ayuda al desarrollo cordial de la entrevista. Así aparece en estudios que lo analizan²⁶. A lo largo de la entrevista es un componente importante en la transmisión de empatía. El gesto empático que hacemos al tocar a un paciente para transmitirle nuestra comprensión, nuestro apoyo y nuestra solidaridad emocional potencia mucho el mensaje verbal que lo acompaña. Es más, en algunos casos es suficiente con este gesto, sobran todas las palabras.

El mayor exponente del contacto físico en la entrevista tiene lugar durante la exploración física que realizamos al paciente. Aquí hay que tener muy en cuenta todas las consideraciones realizadas anteriormente, a las que se sumaremos la invasión que se hace del espacio burbuja del paciente, ese espacio íntimo que todos tenemos. Algunas personas pueden sentir una sensación importante de indefensión y una pérdida de la privacidad que puede condicionar el desarrollo posterior de la relación con ellas.

Paralenguaje

Tiene varios componentes³³:

- Cualidades no verbales de la voz, donde se incluyen el timbre, el volumen y el campo entonativo, entre otras. Son propias e individuales de cada persona y están condicionadas biológicamente. Pueden ser controladas y conseguir distintos matices, desde una voz susurrante y áspera hasta una voz apagada.

- Modificadores cualitativos de las palabras, que se pueden producir como reacciones fisiológicas o emocionales y

entre los que se encuentran el bostezo, el grito, el suspiro, el jadeo, el carraspeo, la risa y el llanto, entre otros.

- Pronunciaciones independientes o sonidos fuera del discurso, identificables y clasificables fonéticamente, que funcionan casi como palabras (siseos, bisbeos, gruñidos, etc.).

- El silencio, al que ya le hemos dedicado un apartado.

Aparte del silencio, el tono de voz es uno de los componentes más destacados del paralenguaje. Es un aspecto que los pacientes detectan en la mayoría de las entrevistas analizadas¹⁰. Haskard, en un detallado estudio que examina el tono de voz de médicos, enfermeras y pacientes en consultas de atención primaria, sugiere que los profesionales sanitarios y sus pacientes reflejan estados emocionales y experiencias satisfactorias a través del tono de voz y encuentra una relación entre un tono de voz positivo del profesional y la satisfacción del paciente³⁶.

Los componentes paralingüísticos son consideraciones básicas a la hora de tener una comunicación asertiva³⁷. Un volumen de voz demasiado bajo puede comunicar inseguridad o temor, mientras que si es muy elevado transmitirá agresividad y prepotencia. Igualmente, un tono insípido y monótono puede producir sensación de inseguridad o agrotamiento, con muy pocas garantías de convencer a la persona con la que se está hablando. El tono asertivo debe ser uniforme y bien modulado, sin intimidar al otro pero basándose en la seguridad.

La entonación y la modulación de las palabras son, también, importantes a la hora de transmitir emociones y juegan un papel decisivo en la empatía. Conviene tenerlas muy presentes a la hora de manejar situaciones difíciles, dar malas noticias, resolver situaciones de agresividad, etc.

Aspecto del profesional

El aspecto del profesional, su vestimenta (si emplea bata o no), es uno de los componentes de la comunicación no verbal que antes detectan los pacientes cuando se produce el encuentro clínico^{10,11}. Los profesionales debemos ser conscientes de esto y tener en cuenta que una mancha en la bata, un aspecto escasamente aseado, olor a sudor, etc., serán elementos que no pasarán desapercibidos³⁸. El paciente tiene derecho a intuir rasgos de cómo somos y cómo pensamos a partir de nuestra apariencia física y el profesional debe tener conciencia de ello. Una cosa es que decidamos ir con un tipo de ropa más o menos formal, con melenas o con *piercing*, con bata o sin ella, y otra es ignorar las consecuencias que ello puede tener en la relación asistencial.

Un determinado aspecto del profesional puede ser interpretado por los pacientes de una u otra manera dependiendo del contexto y del entorno en el que se produzca (trabajar en un medio rural o en uno urbano, en un barrio marginal o en una zona de alto nivel, en el hospital o en un centro de salud, en el horario ordinario o durante una guardia, etc.). Por tan-

to, no es posible recomendar un determinado estilo de vestir o si llevar siempre la bata o no. En todo caso, nuestra apariencia debe ser coherente con nuestra manera de ser y, sobre todo, con la personalidad que deseamos aparentar.

Conclusión

La comunicación no verbal es la más adecuada para la transmisión de emociones y sentimientos, regula y valida los mensajes verbales y juega un papel muy relevante en el mantenimiento de la relación médico-paciente y en la autoimagen del profesional. Todos sus componentes son importantes durante la entrevista clínica: “Todo comunica”.

Los profesionales sanitarios en el trabajo diario la ponemos en práctica y sabemos que es necesario prestar atención y detectar todas estas señales que emiten los pacientes, contextualizándolas en cada caso para conocerlos mejor, llegar a mejores diagnósticos y proponer soluciones y tratamientos que sean bien comprendidos y aceptados.

Sin embargo, en muchas ocasiones los sanitarios descuidamos nuestra propia comunicación no verbal cuando estamos ante el paciente. No somos conscientes del impacto que tiene en ellos y de lo importante que es a la hora de ganarnos su confianza y conseguir una atención de calidad. Como tampoco lo somos a la hora de enseñárselo a nuestros residentes y estudiantes. Tanto es así, que algunos proponen una medicina “basada en la etiqueta”³⁹ donde la recuperación de unos mínimos modales es imprescindible en la práctica médica. Estos buenos modales del médico, la gran mayoría basados en componentes de la comunicación no verbal, hacen que el paciente se sienta respetado y mucho más cómodo.

Bibliografía

- Covey S. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Ed. Paidós Ibérica; 2009.
- Birdwhistell RI. Kinesics and context, Filadelfia: University of Pennsylvania Press; 1970.
- Mehrabian A. Silent messages. Belmont: Wadsworth; 1971.
- Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behavior in clinical-patient interaction. *Appl Prev Psychol*. 1995;4:21-35.
- Rodríguez Salvador JJ. Comunicación no verbal. FMC. 2004;11:433-42.
- Ekman P, Friesen WV. Unmasking the face: a guide to recognising emotions from facial clues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1975.
- Oda R, Naganawa T, Yamauchi S, Yamagata N, Matsuomoto-Oda A. Altruist are trusted based on non-verbal cues. *Biol Lett*. 2009;5:752-4.
- Neighbour R. La consulta interior: cómo desarrollar un estilo de comunicación eficaz e intuitivo. Espluges de Llobregat (Barcelona): J&C, S.L.; 1998.
- Ruiz-Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2003;32:594-602.
- Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication. *Br J Gen Pract*. 2010;60:83-7.
- Ruiz-Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2007;67:315-8.
- Mast MS, Hall JA, Köcker C, Choi E. Physician gender affects how physician nonverbal behaviour is related to patient satisfaction. *Med Care*. 2008;46:1212-8.
- Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Miller WL, Stange KC, Crabtree BJ. Understanding healing relationships in primary care. *Ann Fam Med*. 2008;6:315-22.
- Larsen KM, Smith CK. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J Fam Pract*. 1981;12:481-8.
- Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med*. 1991;32:1301-10.
- Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*. 2002;132:5-9.
- Hsu C, Phillips WR, Sherman KJ, Hawkes R, Cherkin D. Healing in primary care: a vision shared by patients, physicians, nurses and clinical staff. *Ann Fam Med*. 2008;6:307-14.
- Churchill LR, Schenk D. Healing skills for medical practice. *Ann Intern Med*. 2008;149:720-4.
- Borrell i Carrió F. El modelo psicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:175-9.
- Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behaviour in medical visits. *J Gen Intern Med*. 2006; 21:S28-34.
- Kanter SL. Think with your head and with your heart. *Acad Med*. 2011; 86:273.
- Shapiro J. Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Acad Med*. 2011;86:326-32.
- Isen AM, Rosenzweig AS, Young MJ. The influence of positive affect on clinical problem solving. *Med Decis Making*. 1991;11:221-7.
- Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. 1.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- Ruiz-Moral R, Parras-Rejano JM, Alcalá-Partera JA, Castro-Martin E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*. 2005;36:537-43.
- Heath C. Participation in the medical consultation: the coordination of verbal and non-verbal behaviour between the doctor and the patient. *Sociol Health Illness*. 1984;6:311-38.
- Aldanondo Gabilondo JA, Oyarzabal Cami JI, Arboniés Ortiz JC. ¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta? *FMC*. 1999;6:570-5.
- Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract*. 2010;60:76-8.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc)*. 1995;150:27-30.
- Cebriá Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. La insostenible elocuencia de los silencios. *FMC*. 2002;9:598-600.
- Svab I, Katic M, Cuk C. El tiempo del paciente cuando habla sin interrupciones. *Aten Primaria*. 1993;11:175-7.
- Alonso Arias S, Fuentes Vigil J, Nuño Gutiérrez M. Cómo interpretar la comunicación no verbal. *FMC*. 2008;15:275-81.
- Levinson W, Roter D, Mullooly J, Dull V, Frankel R. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277:553-59.
- Borrell i Carrió. La entrevista clínica: apuntes para una práctica basada en la reflexión. ¿Por qué nos cuesta tanto sonreír? *Jano*. 1999;57: 39-41.
- Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, et al. The provider's voice: patient satisfaction and the content-filtered speech of nurses and physicians in primary medical care. *J Nonverbal Behav*. 2008;32:1-20.
- Castanyer O. La asertividad: expresión de una sana autoestima. 29.ª ed. Ed Desclée de Brouwer; 2009.
- Borrell i Carrió. Manual de entrevista clínica. 1.ª ed. Barcelona: Doyma; 1989.
- Kahn MW. Etiquette-based medicine. *N Engl J Med*. 2008;358:1988-9.