

Adiós a las palabras: la dimensión del silencio en la conducta no verbal durante la entrevista médica

Farewell to Words: the Dimension of Silence in the Non-verbal behaviour during the Medical Interview

Las acciones de los hombres son los mejores intérpretes de sus pensamientos.

JAMES JOYCE

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, quizás en parte debido al paradigma de la medicina como una ciencia biológica basada en evidencias clínicas, ha declinado la centralidad de la comunicación cara-a-cara en el proceso de la atención médica.

En la medicina se ha producido un cambio en la naturaleza de la entrevista, de una cultura de alto contexto comunicacional a una cultura de bajo contexto comunicacional. En una cultura de alto contexto comunicacional se es sensible a las conductas no verbales y las sugerencias del ambiente cercano para descifrar el significado que expresa el paciente, mientras que los intercambios de bajo contexto comunicacional son más explícitamente verbales, con poco apoyo y confianza en lo que no está manifiestamente establecido o en los matices de las palabras y los gestos.

Consideramos que la entrevista o la relación médica es un fenómeno de alto contexto comunicacional intrínseco, donde tanto el intercambio de conocimientos como de emociones es su núcleo central. Ambos, el médico y el paciente, son expertos, aunque el dominio de sus experiencias es típicamente muy diferente. Por un lado, los médicos tienen destreza y son expertos en las formas técnicas y cognitivas en las que se puso énfasis durante su período de adiestramiento; los pacientes, a su vez, son expertos en sus historias y experiencias de enfermedad, personalidad y modo de vida con sus valores y expectativas.

Si aceptamos estas premisas como válidas, como primera actitud debemos necesariamente incluir en nuestra relación la personalidad de nuestro paciente, pues, como el aforismo de William Osler manifiesta, “es tan importante conocer qué paciente tiene la enfermedad como saber qué enfermedad tiene el paciente”. En segundo lugar, como en toda relación humana, los afectos y las emociones son componentes importantes de esa relación y, por último, deberíamos reconocer que la relación médica ocurre en un contexto de influencias recíprocas. (1)

Consideramos que la atención médica solo se puede realizar con una interacción interpersonal entre ambos

componentes de la entrevista, aunque una interacción de una clase especial, en la cual suceden todos los intercambios posibles, incluyendo tanto los procesos emocionales como los cognitivos. Y debido a que las emociones, tanto como los deseos, disposiciones de ánimo y sentimientos, se revelan inadvertidamente o aun en contra de la voluntad en las conductas no verbales –aun cuando a veces, en unas pocas ocasiones, se pueden hacer conscientes y decir las con palabras–, la comunicación no verbal tiene un papel muy significativo en la atención médica.

Se entiende por conducta o comunicación no verbal la inclusión de una variedad de conductas comunicativas que no llevan consigo un contenido lingüístico como, entre otras, la expresión facial (como la sonrisa), el contacto visual, los movimientos o gestos corporales que facilitan la comunicación (afirmar moviendo la cabeza, gestos con las manos, inclinarse hacia adelante), la calidad de la voz o su tono, conductas paralingüísticas cuasi verbales tales como las interrupciones, la entonación, las pausas, las vacilaciones o titubeos y también los errores del habla. (2)

Se estima que entre el 60% y el 80% de la comunicación interpersonal es transmitida por medio de las conductas no verbales. Sin embargo, desafortunadamente, durante la entrevista médica el énfasis está colocado de manera desproporcionada en la interacción verbal.

Muchas de las conductas no verbales son inconscientes y representan una descripción más segura de las actitudes y el estado emocional del paciente, pudiendo desmentir algunas afirmaciones que no concuerdan con sus palabras conscientes.

Por otro lado, las conductas no verbales pueden revelar lo que los psiquiatras llaman sentimientos de transferencia o contratransferencia entre el paciente y el médico. La transferencia es un fenómeno en el cual el paciente desplaza o “*transfiere*” al médico impetuosos sentimientos emocionales que están engendrados por otros con los que tiene fuertes relaciones (padres, esposo/a o hijos). La contratransferencia funciona de manera similar, pero se refiere a que el médico “*transfiere*” sus fuertes emociones personales al paciente. (3)

Planteemos algunos ejemplos simples: un ceño fruncido transmite desaprobación y, por el contrario, una sonrisa transmite aprobación o acuerdo; una expresión vacía o en blanco del médico a las palabras del paciente transmite un mensaje afectivo de distanciamiento, aburrimiento o desestimación de lo que dice. Según el

contexto no verbal, la interpretación de un simple mensaje verbal de acuerdo como “seguro, está muy bien” puede ser interpretado de forma diferente dependiendo de si la afirmación está acompañada por un ceño fruncido o una sonrisa o una expresión vacía.

Pero en la entrevista no solamente el médico percibe y emite sentimientos y actitudes; la interacción que se produce implica que tanto el paciente como el médico juzgan las emociones del otro. Más aún, los pacientes están especialmente alertas a las señales no verbales del médico, debido a que el paciente tiene incertidumbre y ansiedad por el diagnóstico o el tratamiento de su malestar y necesita clarificación y penetración de sus problemas físicos y/o experiencias emocionales. Está especialmente atento a las señales no verbales, más allá de las palabras del médico, quizás debido a la ausencia de poder y control sobre su malestar.

Como no es sencillo determinar con precisión el grado de sensibilidad o decodificación de las conductas no verbales, a veces resulta que el juicio que el médico y el paciente hacen de las sugerencias emocionales del otro puede ser tanto correcto como equivocado.

LA RELEVANCIA DE LA MIRADA DIRIGIDA AL PACIENTE

La mirada tiene un lugar especial en la comunicación no verbal. En la cultura occidental, la mirada o el contacto visual tienen un valor positivo para la gente. Se espera que el que escucha mire al que habla y el que habla, a su vez, ocasionalmente mira al que escucha para reconocer si la información está siendo comprendida; se establece un contacto visual entre el que habla y el que escucha de manera alternada. Emitir y recibir información no verbal en el contacto visual parece necesario para reconocer los sentimientos y las emociones, las preocupaciones y tensiones del problema de salud que se está presentando verbalmente.

La importancia de la mirada del médico al paciente se demostró en un estudio de 15 médicos generales y 337 videos de sus consultas, donde se midió el tiempo que el médico miraba directamente a la cara del paciente y se utilizaron cuestionarios en los que el paciente evaluaba la conducta del médico. (4)

A mayor tiempo de mirada médica, el paciente se sentía inclinado a hablar más libremente de sus problemas, utilizando más tiempo y también mayor proporción en relación con lo que hablaba el médico; de esa manera, suministraba más información acerca de sus problemas psicológicos y sociales. El tiempo de consulta era más largo que cuando el tiempo de mirada fue menor.

Por esta razón, cuanto mayor es la cantidad de tiempo del contacto visual, el médico está más enterado del contexto social y las tensiones psicológicas estrechamente asociados con los problemas de salud de su paciente.

Este estudio ha demostrado que simplemente mirar al paciente se asocia con señales que permiten deco-

dificar y descubrir sentimientos y emociones ocultas, aun para el paciente.

Como era de esperar, la mirada médica estaba positivamente relacionada con la empatía y la satisfacción del paciente con el médico. (4)

Entonces, ¿el desvío de la mirada del médico al registro médico para leer o escribir constituye un problema para el paciente, que lo deja desconcertado por no saber si el médico lo está escuchando o no?

Esta situación se evaluó en 10 médicos de atención primaria de Finlandia, con el grabado en video de 35 presentaciones iniciales del problema por el cual el paciente consultaba, observando si el médico miraba al paciente o a la historia y a la vez si el habla del paciente era fluida o tenía alteraciones de su fluidez, que se definió por las autointerrupciones, seguidas de perturbaciones tales como una pausa, o una pausa ocupada por murmullos (como uh, uhm), o alguna clase de restauración (p. ej., un nuevo comienzo) o una continuación del habla interrumpida. (5)

En más de dos tercios (78%) de los pacientes la charla tenía alteraciones en su fluidez cuando el médico no lo miraba. Por el contrario, en el período en que el médico miraba al paciente, más de dos tercios (77%) tenían una charla fluida sin alteraciones. Esto sugiere que la falta de atractivo para la interacción cuando el médico desvía la mirada hace que la presentación de su problema se vuelva dificultosa y entrecortada. (6)

Pero en el contacto visual que se establece, ¿quién sigue a quién y en qué proporción y con qué retraso?

La conducta de la mirada o contacto visual entre clínicos y pacientes fueron grabadas en video en 110 encuentros y fueron analizadas utilizando un método validado de secuencia de retraso, para identificar cuál era la conducta en el retraso de quién sigue la mirada de quién y el cronometraje de ese tiempo de retraso. (7)

Se encontró que fundamentalmente los pacientes siguen la mirada del médico y se concluyó que el patrón iniciado por el médico fue la conducta visual principal, antes que el patrón iniciado por el paciente. El segundo hallazgo fue que en el análisis secuencial del tiempo, la respuesta del paciente ocurría dentro de los 2 segundos posteriores a la mirada inicial del clínico. (7)

En este estudio, la mirada del paciente tiende a seguir casi inmediatamente la mirada del médico. Hay varias teorías relacionadas con el fenómeno del contacto visual que pueden explicar estos resultados. Por ejemplo, Senju y Johnson (8) sostienen que “el contacto visual percibido con otra cara humana modula ciertos aspectos del procesamiento cognitivo concomitante o seguido en forma inmediata”, fenómeno que definieron como “efecto del contacto visual”. Además, los estudios de imágenes funcionales en adultos revelan que el contacto visual puede modular la actividad en las estructuras de la red del cerebro social, por lo cual postulan un modelo “modulador de vía rápida” en el que el contacto visual percibido es inicialmente detectado por una ruta subcortical, la que modula la activación del cerebro social al mismo

tiempo que procesa la información sensorial detallada que la acompaña. (8)

¿Los recién nacidos humanos vienen preparados con procesos neuronales para detectar información relevante para su desarrollo, presentando una atención preferente a las caras que los miran directamente?

Para conocerlo, se diseñó un experimento en 17 humanos recién nacidos saludables con una edad promedio de 3 días (rango entre 1 y 5 días). Una videocámara se enfocó en la cara del lactante para ver el movimiento de sus ojos, mientras se le mostraban dos cuadros contiguos con la misma cara, una del par lo miraba directamente y en la otra los ojos se desviaban aleatoriamente a la derecha o la izquierda (a la mitad de los lactantes se les mostró la cara con la mirada desviada a la derecha y a la otra mitad con la mirada desviada a la izquierda). (9)

Los recién nacidos dirigían significativamente con más frecuencia la mirada hacia la cara con la mirada directa. La miraban por un tiempo significativamente mayor (107 seg) que a la cara con la mirada desviada (64 seg). Todos los recién nacidos miraron más veces la cara con la mirada directa y todos, excepto dos, lo hicieron durante más tiempo. (9)

Estos resultados demuestran que los lactantes humanos desde el nacimiento prefieren mirar a las caras que los atraen por la mirada directa y que desde esa edad precoz muestran un procesamiento neuronal facilitado para la mirada directa. Esta excepcional sensibilidad al contacto visual mutuo es el mayor fundamento para el desarrollo más tardío de las habilidades sociales.

LOS GESTOS POSTURALES DE LA COMUNICACIÓN CORPORAL

La posición y la orientación de los que interactúan uno con otro es la circunstancia general en la cual se interpretan las conductas no verbales y un grupo de conductas posturales específicas, relacionadas con el grado de conexión psicológica entre los interactuantes que pueden influir la propia interacción.

Proximidad es un término que a menudo se utiliza para referirse a una relación positiva e implicada entre los actuantes que incluye sugerencias como una proximidad de cercanía óptima, ya que la calidad de “excesiva” o “poca” se consideran igualmente negativas. La definición de *excesiva* o *poca* no puede ser delineada con mucha precisión porque existen otras variables que la modifican, como la edad, el género, la etnia y el estatus (la óptima estaría alrededor de 120 cm).

Diferentes investigaciones confirman que el paciente califica la distancia de interacción cercana comparada con la alejada como indicativa de mayor preferencia del médico hacia él. En otros estudios, los investigadores encontraron que las claves más importantes para la expresión de empatía, autenticidad y respeto eran inclinar el tronco hacia adelante, la distancia cercana y el contacto visual. (2)

Mantener la postura abierta de los brazos más que cerrada (brazos cruzados) produce una calificación de mayor empatía y calidez. También existe una asociación positiva entre la cualidad empática y la congruencia recíproca (compartir o sincronizar la postura entre el paciente y el médico). Afirmar con la cabeza y sonreír también hace valorar positivamente al médico y su capacidad de persuasión.

LA MANERA Y EL TONO DE LO QUE EL MÉDICO DICE PUEDEN SER TAN IMPORTANTES COMO LO QUE DICE

La palabra hablada en la comunicación humana, más allá de su nivel cognitivo, es connotada positivamente, contradicha y aun embellecida tanto por el tono y la calidad de la voz como por las expresiones faciales y los movimientos corporales del metamensaje no verbal.

El tono de voz es significativo por el metamensaje que transmite del estado emocional del que habla, que a menudo puede ser comprendido aun cuando no pueda ser entendido. Ciertas expresiones emocionales de la voz como, por ejemplo, felicidad, tristeza, miedo, disgusto, sorpresa y enojo, son universales y aun los lactantes responden al tono de la voz. Es por medio de la expresividad vocal (*codificación*) y la sensibilidad al tono de voz (*decodificación*) que son transmitidos los elementos sutiles de la comunicación, afectados por la experiencia emocional. (10)

El tono de voz en el habla humana se puede aislar por medio de un proceso llamado “*filtración de contenido*”, el cual se define como “*un procedimiento de investigación que aísla el canal paralingüístico de comunicación eliminando o controlando el contenido semántico en el canal verbal o lingüístico*”. (11)

En el tono de voz con el contenido filtrado, los sonidos son apagados, como si se escuchara a través de una pared; la calidad afectiva del habla permanece, pero el significado semántico es eliminado y las palabras son indistinguibles. El *filtrado de contenidos* transforma en ininteligible el contenido del habla, porque elimina las frecuencias más altas y más bajas, las cuales tienden a comunicar las consonantes y las vocales, respectivamente.

Se piensa que un médico que se relaciona con un tono de voz “negativo”, por ejemplo, utilizando una calidad de voz áspera o impaciente, puede disparar sentimientos litigiosos en su paciente cuando hay un mal resultado, mientras que esto no ocurre cuando el médico se relaciona con un tono de voz “positivo”.

En un estudio se utilizaron 114 conversaciones grabadas de 57 cirujanos de la comunidad, más de la mitad con algún reclamo de mala práctica. Del primero y del último minuto de la visita se extrajeron dos recortes breves de 10 segundos de la charla del cirujano (228 recortes, 4 por cirujano). A estos recortes extraídos se les realizó filtración de su contenido eliminando el significado semántico. Cada recorte fue finalmente juzgado con una escala de 7 puntos (que iba de “de ninguna manera” a “extremadamente”) en 4 variables de tono

de voz principales: 1) cálido/profesional, 2) interesado/ansioso, 3) hostil, y 4) dominante. (12)

Controlando por el contenido, las calificaciones de “dominante” más alta y de “interés/ansiedad” más baja identificaban significativamente a los cirujanos con reclamos legales previos, en comparación con los que no tenían ese tono de voz, con un OR de 2,74 (IC 95% 1,16-6,64) para “dominante” y un OR de 0,46 (IC 95% 0,21-1,01) para “interés/ansiedad”.

Los autores concluyen que “estos hallazgos sugieren que, en el encuentro médico, *“como”* es transmitido un mensaje puede ser tan importante como lo *“que”* se dice... subraya la potencia de la comunicación oral en la interacción médica”.

La “dominancia” en el tono de voz es transmitida en un habla profunda, fuerte, moderadamente rápida, con ausencia de inflexión y claramente articulada. Las expresiones de dominancia pueden comunicar una ausencia de empatía y comprensión para el paciente. Por otro lado, el interés y la ansiedad en la voz están a menudo positivamente relacionados con la expresión de interés y empatía. (12)

En otro estudio (13) se involucró a 51 médicos de atención primaria y 199 de sus pacientes. Se analizó el tono de voz con contenidos filtrados en 4 componentes principales: 1) cálido/sostenedor, 2) capaz/interesado, 3) hostil/irrespetuoso, 4) entusiasta.

Con tonos de voz del médico calificado como “cálido y sostenedor” o “capaz e interesado”, los pacientes manifestaban que se les había dado más “elección y/o control”, estaban más “satisfechos” con la comunicación de su médico, sintieron que se les daba mayor “información” y tenían mayor “confianza”. Cuando el tono de voz del médico era más “entusiasta”, el resultado era similar, pero a al mismo tiempo estaba positivamente asociado con la adherencia a la medicación.

A su vez, el tono de voz “cálido y sostenedor” del médico estaba positivamente relacionado con su propia percepción de satisfacción en la consulta.

También se encontró que la mayor negatividad en el tono de voz (hostil e irrespetuoso) se asociaba con dolores importantes y sostenidos y un peor estado de salud física en sus pacientes. Como no podía ser de otra manera, el tono de la voz del médico reflejaba su satisfacción con varios de los aspectos de su experiencia con los pacientes. (13)

En una segunda investigación en el mismo trabajo se grabaron 269 interacciones de 81 enfermeras y 271 entrevistas con 61 médicos en consultas ambulatorias sucesivas (primero la enfermera y luego el médico) en atención primaria.

El tono de voz de “*interés de la atención*” de la enfermera estaba positiva y significativamente correlacionada con la calificación de satisfacción del paciente en la “manera personal” y la “capacidad” de la enfermera. El tono de voz compuesto de contenidos filtrados de “manera profesional” del médico estaba correlacionado con la satisfacción global del paciente.

Es interesante notar que el tono de voz, en este caso del paciente, que demuestra que está “implicado en el cuidado”, traduce y expresa una mayor “satisfacción y comodidad de la enfermera con la visita”. También se demostró un grado importante de similitud entre el tono de voz de la enfermera y el paciente. (13)

Estos hallazgos contribuyen a la evidencia creciente de que la comunicación afectiva, expresada en el tono de voz del profesional de la salud, puede ser esencial en una buena atención de la salud.

También sugiere que el paciente y sus profesionales de la salud reflejan cada uno la experiencia o la satisfacción emocional del otro en su tono de voz; particularmente, una relación positiva entre tonos de voz más cálidos y más positivos y el grado de satisfacción. A su vez, los médicos se expresan con voces calificadas como más hostiles en los pacientes que tienen peor salud física, mayores limitaciones y más dolor.

Se confirma además la hipótesis de que los profesionales de la salud y sus pacientes tienen mensajes emocionalmente recíprocos en su tono de voz. Los pacientes hablan con un tono más cálido y comprometido cuando sus agentes de salud inician o contestan con ese tono, y tienen menos satisfacción, implicación, respeto y confianza cuando más negativo es el tono de voz de sus profesionales.

Es importante reconocer el poder que tiene el tono de voz en la entrevista y tener en cuenta cómo las emociones se filtran inadvertidamente.

SENSIBILIDAD Y RESULTADOS CON LA COMUNICACIÓN Y LA CONDUCTA NO VERBAL

La capacidad de juzgar las expresiones emocionales del otro es una de las facetas que define al concepto llamado “inteligencia emocional”. La sensibilidad para la comunicación no verbal evalúa la seguridad en el reconocimiento de las emociones como es expresada por otros, conocida de una manera general como “habilidad de decodificación”. También, aunque no tan a menudo, se refiere a la capacidad individual para transferir un mensaje emocional.

La gente puede muchas veces juzgar con seguridad las emociones de los otros en base a una cantidad sorprendentemente pequeña de información; a menudo se investigan las llamadas “rebanadas delgadas”, de menos de 1 segundo de duración, pero son más comunes las de un largo de varios segundos o minutos.

Las mujeres son mejores para juzgar las sugerencias no verbales y tienen mayor habilidad para transferir emociones, por lo cual no resulta inesperado que las médicas mujeres exhiban un nivel mayor de sensibilidad no verbal que sus colegas hombres.

En un estudio se les solicitó tanto a los pacientes como a los médicos, después de la consulta, que calificaran sus emociones en una escala de 6 ítems, que iba desde satisfecho hasta decepcionado. Además, los pacientes calificaron su satisfacción total con la visita y la calidad de la comunicación, y a los médicos se les

pidió que estimaran cuál sería la posible calificación de su paciente.

Los médicos juzgaron que sus pacientes experimentaban más emociones negativas y menos emociones positivas que lo que los propios pacientes comunicaban. Además, los médicos predijeron que la “satisfacción de la visita” de los pacientes y la calificación de la “calidad de la comunicación” eran sustancialmente más bajas que lo que realmente fueron cuando eran evaluadas por los propios pacientes. (13)

Estos hallazgos solo pueden interpretarse como que los médicos utilizan una métrica o un grupo de criterios diferentes que el de los pacientes, si se descartaran algunos confundidores. Pero lo que expresa este estudio, sin considerar las posibles interpretaciones, es que existe una brecha en el acuerdo entre el médico y el paciente sobre lo que el paciente está sintiendo y también sugiere que todavía hay mucho que hacer para mejorarlo.

Aunque unas pocas veces alguien pueda realizar referencias explícitas a la calidad de su relación con las palabras, esta situación es bastante rara. Es muchísimo más común que los sentimientos de agrado, calidez y entusiasmo sean transmitidos de manera recíproca por medio de conductas no verbales tales como el tono de voz, las expresiones faciales o la postura corporal.

En el trabajo de Bensing y colaboradores (4) ya citado se encontró que aquellos que miraban de manera más asidua al paciente tenían una lectura más efectiva de las señales emocionales, llevándolos a un mejor reconocimiento de las zozobras psicológicas y sociales. Es también posible que ese mayor contacto visual facilite la habilidad de escuchar y así la capacidad de sintetizar e interpretar las señales verbales y no verbales de las molestias personales de manera más segura.

Esto se comprueba también en la formación de los médicos residentes. En un estudio de 59 residentes de medicina interna, que realizaron tres consultas de 15 minutos con 3 pacientes estandarizados (legos educados para representar la enfermedad y calificar a los médicos) que les requerían diferentes técnicas y habilidades comunicacionales.

Los resultados demostraron que la mayor satisfacción de los pacientes estandarizados estaba fuertemente asociada con la mejor comunicación verbal y no verbal, evaluada por observadores independientes de los vídeos grabados. En el modelo de regresión, la satisfacción de los pacientes estandarizados estaba fuertemente asociada (todas $p < 0,0001$) con la comunicación no verbal en las tres consultas. El r^2 para los modelos fueron: dolor torácico 0,45, consejo por VIH 0,56, depresión por abuso sexual 0,43. (14)

Para sorpresa de los autores en la “calidad” de la entrevista, aparte de la comunicación no verbal, los otros factores desempeñaban un papel menor en la satisfacción de los pacientes estandarizados.

¿Cómo percibe espontáneamente el paciente la comunicación no verbal en la interacción con su médico general?

Un estudio realizado en Polonia nos permite dilucidarlo, con un total de 36 consultas a médicos de familia (4 por cada 9 médicos).

En 2 de cada 3 entrevistas el paciente percibe espontáneamente conductas no verbales de su médico. La primera en importancia es el tono de voz; por ejemplo, un participante notó que “*el doctor me habla agradablemente*” y otro, en cambio, contó que “*me gritó y fue tan desagradable*”. El contacto visual le siguió de cerca como la segunda conducta no verbal, comentando un paciente que “*usted puede sentir [la atención personal por] como alguien mira a sus ojos, no hace notas o escribe en la computadora en ese tiempo; puede ver el interés*”, otro dice: “*Se puede ver que el doctor está escuchando. Escuchándolo y mirándolo*”. Sigue en orden la expresión facial, cuando un paciente dice “*ella siempre se sonríe cuando está atendiendo al paciente*”, otro “*Se puede ver al mismo tiempo que él está conmovido por lo que digo. Se puede ver todo en su cara. Esto es, lo que usted dice, la más pequeña cosa parece hablar*”. Con el “toque” del médico, rara vez el contacto físico es percibido o descrito por el paciente; un participante notó que: “*el doctor me saludó... estrechamos las manos*”, otro se quejó de que: “*Este doctor, así como nunca toca a un paciente, nunca levanta la cabeza... No toca... nada*”. (15)

¿La empatía se relaciona con la comunicación no verbal? En un estudio de 110 consultas breves grabadas en vídeo debido a un resfrío por 6 médicos de familia que no conocían previamente al paciente se codificó la conducta no verbal del médico (contacto visual y toque social) y los pacientes participantes completaron cuestionarios para medir su percepción de la empatía clínica, conexión y agrado de su médico.

Percepciones de mayor empatía por el paciente se asociaban significativamente con el tiempo de consulta y también con el mayor porcentaje de tiempo con contacto visual mutuo. El efecto del contacto visual era más marcado cuanto más corta era la visita. (16)

A veces, los pacientes desean más tiempo para que el médico comparta su historia, y otras veces se sienten culpables al buscar su ayuda cuando el médico parece apresurado.

Existía relación entre la medición de “empatía” por el paciente y la medición del “agrado” del médico; también entre el grado de “conexión” del médico y su “empatía”.

¿Las diferentes etnias y culturas condicionan la comunicación no verbal y la satisfacción de los pacientes?

En un estudio en los Estados Unidos se examinó la capacidad de decodificar las emociones no verbales por médicos caucásicos y del sudeste de Asia y de pacientes caucásicos y del sudeste asiático basados en la expresión facial y en el tono de voz, y se correlacionó con la satisfacción de la consulta y la adherencia a la medicación del paciente. (17)

Cualquiera que fuera la etnia del médico (caucásico o del sudeste de Asia) eran más seguros en identificar el semblante y la emoción del tono de voz de los pacientes

caucásicos en comparación con los del sudeste asiático. A su vez, los pacientes caucásicos estaban más satisfechos con su médico y adherían más a la medicación cualquiera que fuera la etnia de los médicos.

Pareciera que los médicos con origen en el sudeste asiático que trabajan en los Estados Unidos se comportan culturalmente en su conducta no verbal como sus colegas estadounidenses caucásicos y no como sus connacionales.

¿La capacitación del paciente en la entrevista se transmite solamente de forma verbal, o la conducta no verbal también tiene influencia?

En un análisis de 88 registros grabados de 3 médicos de atención primaria del Reino Unido se evaluó la comunicación verbal y no verbal y los pacientes completaron el cuestionario de capacitación del paciente (Patient Enablement Instrument - PEI).

Las consultas que se codificaban como “centradas en el paciente” o “verbalmente dominada por el paciente” producían más “capacitación”. Por supuesto que se relacionaba con las conductas y tareas que estaban asociadas con “capacitación”, como fueron la “educación del paciente” y el “consejo del médico”, con las “manos relajadas” (que implicaba que el médico estaba atento y no utilizaba un teclado ni escribía). Pero además las codificaciones socioemocionales, como acuerdo, aprobación, reírse (ambos participantes) y legitimización (médico), eran importantes para la “capacitación”. También las características de “amistad/calidez” y “empatía” del médico. (18)

CONCLUSIONES

En las últimas décadas, diferentes factores contradictorios deben haber tenido influencia en la comunicación entre el médico y el paciente. De un lado, los pacientes se han vuelto participantes más activos en la entrevista, enfatizándose la atención centrada en el paciente; por el otro, con el paradigma de la medicina basada en evidencias los médicos se han orientado más hacia tareas específicas. ¿Cómo ha cambiado la comunicación verbal y no verbal en los últimos 20 años?

Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal repetido en 1986 y 2002, utilizando la misma metodología, con dos bases de datos de consultas por hipertensión arterial, grabadas en vídeo, en una práctica general de Holanda (102 en 1986 y 108 en 2002).

No hubo diferencias de género o de edad entre los grupos de pacientes en el período en estudio. Contrariamente a lo que se esperaba, los pacientes eran menos activos y en las consultas más recientes de 2002 hablaban significativamente menos, hacían menos preguntas y mostraban menos intereses o preocupaciones. Los médicos generales suministraban más información médica, pero también expresaron menos frecuentemente su interés acerca de las condiciones médicas del paciente, y también estaban menos involucrados en conductas orientadas por el proceso y en construir camaradería (p. ej., preguntando por las opiniones o

por la clarificación de las palabras del paciente, o dando una estructura explícita a la consulta). (19)

¿Cómo se podía explicar la disminución inesperada en la cantidad que habla el paciente en las consultas más recientes, si no podía ser explicado por el largo de la consulta o de la charla del médico, que era similar? Realizaron una más cuidadosa revisión de las consultas grabadas y observaron que la principal diferencia se encontraba en los silencios debido a la atención que prestaba el médico a la pantalla de la historia clínica electrónica. En 1986 ninguno de los médicos tenía una computadora en su escritorio, para el año 2002 todos la tenían, y se dedicaban aproximadamente 2 minutos a trabajos administrativos con ella.

Lamentablemente, cada vez más las entrevistas médicas están más orientadas a las tareas, haciendo menos preguntas y buscando menos interacciones con los pacientes. Puede ser por eso que en un estudio cualitativo (20) solo 4 de 35 pacientes (11%) dijeron todo lo que ellos querían decir en la consulta.

Otro estudio evaluó 189 vídeos grabados en dos períodos (1981 y 2001) en una práctica general, utilizando una calificación con una escala de 1 a 10, realizada por 108 pacientes análogos, en tres dimensiones distintas: a) biomédica, b) psicológica y social y c) calidad interpersonal. La conducta comunicacional se distinguía como “orientada por la tarea” (hacer preguntas, dar información o consejo) u “orientada por el afecto” (observaciones personales, mostrar interés, construir acuerdos).

Escuchar, dar apoyo y mostrar respeto fueron considerados igualmente importantes en los dos períodos. Se identificaron cambios, percibidos por pacientes análogos, sobre como los médicos explicaban las cosas a los pacientes, con un énfasis en la comunicación enfocada en problemas en el primer período *versus* una comunicación enfocada en soluciones en el último período; pero la comunicación biomédica y la construcción de acuerdos estaba positivamente asociada con la valoración de la calidad de las consultas solamente en el primer período. (21)

Los autores concluyen que: “basados en nuestros hallazgos sostenemos que los médicos generales deberían priorizar la relación médico-paciente y poner más énfasis en la comunicación afectiva y los factores referentes a la actitud”.

Con la información incompleta que tenemos no nos queda duda de que la conducta y la comunicación no verbal contribuyen de manera muy significativa en toda comunicación interpersonal, pero desafortunadamente es a menudo solo un área periférica, poco considerada, en la entrevista entre el médico y el paciente.

En el momento que el médico está observando al paciente en la consulta, recíprocamente el paciente está observando al médico. La evidencia de influencia mutua en el dominio no verbal sugiere la existencia de una espiral tanto positiva como negativa en el tono emocional de la consulta clínica, existe reciprocidad entre el agrado que siente el médico por el paciente y la satisfacción del paciente con el médico y viceversa.

Esta codificación y decodificación de la conducta no verbal desempeña un papel significativo en el conocimiento recíproco y en el establecimiento de una alianza terapéutica.

La “solicitud” se refiere a la capacidad de cada individuo (tanto paciente como médico) de enfocar la atención en la interacción que está ocurriendo entre el paciente y el médico aquí y ahora. Si el paciente percibe claramente que el médico está distraído o poco interesado en lo que él o ella está diciendo, esto socava su relación armónica. El médico exhibe interés en el paciente cuando da una atención no dividida a la conversación que está realizando y además alienta la comunicación adicional con conductas no verbales tales como hacer contacto visual y asentir con la cabeza. (3)

Existen emociones positivas y negativas recíprocas en toda interacción entre individuos. Cuando el médico y el paciente están disfrutando la compañía uno del otro, esto se muestra a través de la conducta no verbal, como sonreír, reír, inclinándose hacia adelante en sus sillas y adoptando posturas simétricas y abiertas con sus manos y su cuerpo. A su vez, cuando se sienten incómodos uno con el otro, exhiben indiferencia u hostilidad en su conducta no verbal y crean distancia física y barreras entre uno y otro con posturas cerradas (manos cerradas, brazos entrecruzados).

A veces existe coordinación o similitud en la conducta no verbal del paciente y el médico, que se podría entender como si una persona fuera espejo de la conducta de la otra, por ejemplo haciendo contacto visual al mismo momento, devolviendo una sonrisa o adoptando un cambio de posición en tándem con el paciente.

En relaciones de corto plazo o intermitentes, como son típicamente las del médico y el paciente, sospechamos que el agrado por el encuentro está fuertemente influido por las señales no verbales. Es nuestra opinión que el lado puramente afectivo de las reacciones uno con otro del clínico y el paciente ha sido muy descuidado, en comparación con conductas consideradas más pertinentes a las tareas de transmitir información o realizar preguntas, esto simplemente por el desconocimiento del alto valor clínico que para estas tareas tienen las conductas no verbales.

Tratemos de ser tan cuidadosos en nuestra práctica médica cuando nos expresamos sin utilizar palabras como cuando hablamos en forma explícita.

Dr. Hernán C. Doval^{MTSAC}

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

- Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *J Gen Intern Med* 2006;21:s28-34. <http://doi.org/cr2vvn>
- Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied & Preventive Psychology* 1995;4:21-37. <http://doi.org/dtkhs7>
- Foley GN, Gentile JP. Nonverbal communication in psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont)* 2010;7:38-44.
- Bensing JM, Keressens JJ, van der Pasch M. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *J Nonverbal Behav* 1995;19:223-42. <http://doi.org/dwbc8n>
- Ruusuvuori J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Soc Sci Med* 2001;52:1093-108. <http://doi.org/fvhhbw>
- Silverman J, Kinnersley P. Doctor's non-verbal behavior in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract* 2010;60:76-8. <http://doi.org/cxcxfq>
- Montague E, Xu J, Asan A, Chen P, Chewning B, Barrett B. Modeling eye gaze patterns in clinician-patient interaction with lag sequential analysis. *Hum Factors* 2011;53:502-16. <http://doi.org/fw3n9b>
- Senju A, Johnson MH. The eye contact effect: mechanisms and development. *Trends Cogn Sci* 2009;13:127-34. <http://doi.org/dfvjst>
- Farroni T, Csibra G, Simion F, Johnson MH. Eye contact detection in humans from birth. *Proc Nat Acad Sci* 2002;99:9602-5. <http://doi.org/dztkj5>
- Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, Heritage J, Rosenthal R. 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. <http://doi.org/fg595r>
- Rogers PL, Scherer KR, Rosenthal R. Content filtering human speech: a simple electronic system. *Behavior, Research Methods, & Instruments* 1971;3:16-18. <http://doi.org/cfnvcn>
- 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. <http://doi.org/cmr34t>
- Hall JA, Stein TS, Roter DL, Rieser N. Inaccuracies in physician' perceptions of their patients. *Med Care* 1999;37:1164-8. <http://doi.org/ftb36q>
- Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 2003;18:170-4. <http://doi.org/cptjxm>
- Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2010;60:83-7. <http://doi.org/d8x66j>
- Montague E, Chen P, Xu J, Chewning B, Barret B. Nonverbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *J Participat Med* 2013;5:e33.
- Russell Coelho K, Galan C. Physician cross-cultural communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physician-patient relationship. *International Journal of Family Medicine* 2012. <http://doi.org/x35>
- Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, van Dalen J, van der Vleuten C. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations- How this relates to patient enablement. *Patient Educ Couns* 2012;86:70-6. <http://doi.org/b474sn>
- Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S, van den Brink-Muinen A, Verheul W, Scellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotapes General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice* 2006;7:62. <http://doi.org/cwv6n4>
- Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barbe N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246-50. <http://doi.org/d3gxbf>
- Butalid L, Verhaak PFM, Boeije HR, Bensing JM. Patients' views on changes in doctor-patient communication between 1982 and 2001: a mixed-methods study. *BMC Family Practice* 2012;13:80. doi:10.1186/1471-2296-13-80. <http://doi.org/x36>