

Análisis del uso y funciones del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios en una unidad de oncología pediátrica

Camino Bengoechea^{1*}; Clara Molinero²; Cristina Velasco³; Blanca López-Ibor⁴

Recibido: 1 de febrero de 2021 / Aceptado: 1 de marzo de 2021

Resumen: Existen diferentes tipos de silencio, con múltiples funciones, y cada uno puede provocar efectos diversos en la comunicación. En el ámbito sanitario una comunicación eficaz es fundamental para lograr que los pacientes comprendan lo que les sucede y se expresen con claridad y confianza ante los profesionales sanitarios. El silencio juega un papel clave en esta comunicación. **Objetivo:** Desarrollar un instrumento para 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. **Métodos:** En el estudio han participado 43 profesionales del ámbito de la Oncología Pediátrica. Este estudio propone una clasificación de los tipos de silencio en la comunicación sanitaria. **Resultados:** El silencio es heterogéneo y cumple diferentes funciones. 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. 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. **Conclusión:** El instrumento de evaluación propuesto (Q-SPS) ha presentado buenos niveles de consistencia interna para esta muestra permitiendo establecer un perfil comparativo entre el uso del silencio por parte de los distintos profesionales del ámbito de la salud por lo que podría valorarse una investigación más exhaustiva con mayor volumen de participantes.

Palabras clave: Silencio, comunicación, profesionales sanitarios, tipos de silencio, cuestionario, oncología pediátrica

[en] Analysis of the use and functions of silence in the communication of healthcare professionals in a pediatric oncology unit

Abstract: 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

1 Camino Bengoechea. Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica HM Montepríncipe. Facultad de Psicología y Educación Universidad Francisco de Vitoria. Madrid. España.

E-mail: cbengoechea@hmhospitales.com

2 Clara Molinero Facultad de Psicología y Educación Universidad Francisco de Vitoria. Madrid. España.

E-mail: cmolinero@ufv.es

3 Cristina Velasco. Departamento de Psicología y Pedagogía, Facultad de Medicina, Universidad San Pablo-CEU; Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica HM Montepríncipe. Madrid. España.

E-mail: cristina.velascovega@ceu.es

4 Blanca López-Ibor. Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica HM Montepríncipe. Madrid. España.

E-mail: blopezibor@hmhospitales.com

* Dirección de correspondencia: Camino Bengoechea. Hospital Montepríncipe. Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica. Avda. de Montepríncipe, 25. 28660 Boadilla del Monte. Madrid (España).

E-mail: cbengoechea@hmhospitales.com

professionals. Silence is also key in that communication. Objective: 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. Methods: 43 professionals belonging to the Pediatric Oncology field have taken part in the study. 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. Results: The outcomes confirm that silence is heterogeneous and fulfils different purposes. It has confirmed that health professionals use different kinds of silence, among which Neutral Silences are the most frequent, followed by Productive Silences and with Obstructive Silences as the least used. 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. Conclusions: The proposed evaluation tool (Q-SPS) has shown good level of inner consistency for this sample, allowing for setting a comparative profile in the use of silence amongst different health professionals, so a more exhaustive research with a greater volume of participants could be assessed.

Keywords: Silence, communication, health professionals, kinds of silence, survey, pediatric oncology.

Sumario: 1. Introducción 2 Método 3. Análisis de datos 4. Resultados 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas.

Como citar: Bengoechea C, Molinero C, Velasco, C, López-Ibor B, Análisis del uso y funciones del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios en una unidad de oncología pediátrica. *Psicooncología* 2021; 18: 173-191 doi: 10.5209/psic.74538

1. Introducción

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. El silencio se ha considerado necesario para el recogimiento, la creación, la conexión y escucha de uno mismo, pero sobre todo “el lugar interior del que surge la palabra”⁽¹⁾. Palabras o silencio siempre tienen valor de mensaje⁽²⁾. A través del silencio podemos revelar dimensiones ocultas o escondidas. Cuando anticipa a la palabra, la contiene y presagia. El silencio trasciende al lenguaje⁽³⁾. Aunque se trata de un comportamiento inarticulado, el silencio es casi siempre muy revelador⁽⁴⁾.

La importancia de desarrollar una adecuada comunicación médico-paciente es uno de los principios éticos que destaca el Código de Ética Médica⁽⁵⁾. 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⁽⁶⁾.

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⁽⁷⁾. 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⁽⁸⁾.

Los pacientes pueden reconocer ese silencio ayudándoles a crear un clima de serenidad y concentración; a tener la percepción de tener más tiempo de consulta;

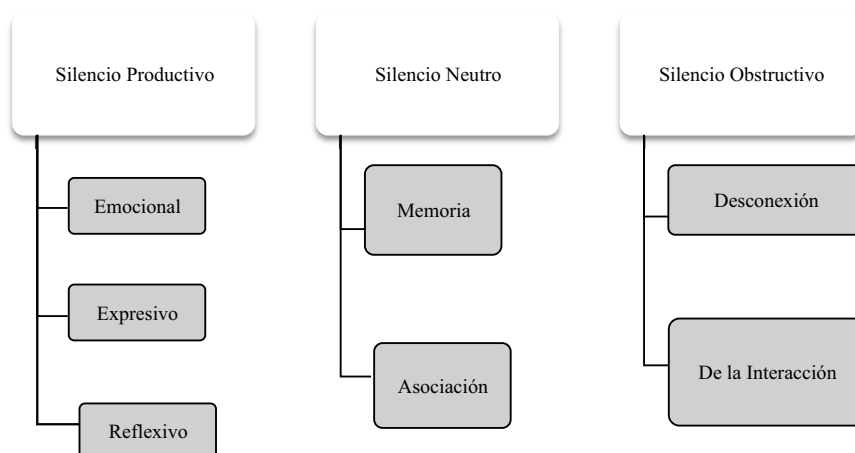
sensación de incremento de la empatía con su médico; les ayudan a expresar sus emociones en confianza; les permite estructurar la información y aumenta la satisfacción global⁽⁷⁾. El silencio atento y las declaraciones empáticas y de apoyo por parte de médicos favorecen un mejor reconocimiento de la información a los pacientes⁽⁹⁾. Sin embargo, el silencio en la relación sanitaria también puede dificultar las relaciones con los pacientes por resultarles hostiles y perjudicar con ello el tratamiento⁽¹⁰⁻¹²⁾.

La relación sanitaria se ha hecho cada vez más social interviniendo un mayor número de profesionales y este cambio hace que se replantee la relación desde el punto de vista ético⁽⁶⁾.

De todas las clasificaciones que existen sobre los tipos de silencio, la clasificación de Levitt⁽¹³⁾ ofrece una mayor validez para estudiar las funciones del silencio a través de la creación del 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^(13,14).

Dentro de estas tres categorías Levitt⁽¹³⁾ distingue otras subcategorías: En el silencio productivo distingue el silencio expresivo en los que los clientes buscan expresar una idea o estado de ánimo y simbolizar mejor sus experiencias^(13,16); el silencio reflexivo para cuestionar ideas, reflexionar, conectar y fomentar autoconciencia^(13,14); silencios emocionales para conectar con una experiencia emocional^(13,14,16); En la categoría de silencio Neutro distingue el silencio de memoria y organización para favorecer el recuerdo^(13,16); silencios de asociación que permite pasar a otros temas^(13,16,17). Y por último, en el silencio Obstructivo diferencia el silencio de desconexión en el que el cliente se retira de una emoción amenazante^(13,14,16-18); y silencios de interacción en los que los clientes se sienten presionados por el terapeuta y hay evitación en la interacción^(13,17,18) (ver Figura 1).

Figura 1. Adaptación de la clasificación de tipos de silencio de Levitt⁽¹³⁾.



La mayoría de las investigaciones en torno al uso del silencio en la comunicación sanitaria se han realizado en el ámbito de la psicoterapia y en *Counselling*. En el ámbito de la psicoterapia, Levitt^(13,14,17,18), 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*) además de identificar los tipos de silencio pudo comprobar que una mayor frecuencia de silencios obstructivos se asocia con un resultado más pobre de la psicoterapia, mientras que el silencio emocional o aquel que permite llevar a cabo nuevas formas de simbolizar la experiencia se asocia con resultados positivos.

Hill et al.⁽¹⁹⁾ demostraron que la mayoría de los silencios usados por psicoterapeutas eran empleados para favorecer la reflexión, la expresión emocional y transmitir empatía, así como reflexionar y mostrar interés. En general los terapeutas afirmaban que no usarían el silencio con los clientes muy perturbados y aprendieron a usar el silencio principalmente a través de la experiencia clínica, la supervisión y la formación de posgrado. Ladany et al.⁽²⁰⁾, a través de análisis cualitativos, revelaron que la mayoría de los terapeutas emplearon el silencio para favorecer la reflexión, transmitir empatía, e invitar al paciente a tomar responsabilidad y 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. Por otro lado, Stringer et al.⁽¹⁸⁾ investigaron el efecto del silencio con el objetivo de conocer el efecto de las pausas obstructivas en la evolución de la terapia en pacientes con síntomas depresivos.

Y, Kurtuluş⁽²¹⁾, mediante encuestas, 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. Diseñó un Cuestionario de Percepción del Silencio para Terapeutas (SPQ-T) y 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. El uso del silencio lo habían aprendido en la experiencia con pacientes y en supervisión^(19,20).

En el ámbito del *counselling*, Sharpley et al.⁽²²⁾, a través de una metodología de investigación cualitativa de revisión de grabaciones, concluyeron 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. Propusieron que el silencio debía ser un elemento formativo en los programas de *counselling*. Barber⁽²³⁾ a través de entrevistas semi-estructuradas a terapeutas recién titulados en *counselling* concluyó 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.

Tornøe et al.⁽²⁴⁾ llevaron a cabo una investigación con enfermeras que trabajaban con pacientes en cuidados paliativos como resultado una mayor frecuencia de consolar a través del silencio, la conversación y la conversación religiosa. En esta misma línea, Bassett⁽²⁵⁾ llevó a cabo una investigación fenomenológica con capellanes del área de cuidados paliativos a través de entrevistas no estructuradas.

Los datos concluyen que el silencio en el cuidado espiritual favorece el bienestar de los clientes y de sus familiares.

1.1. Instrumentos que evalúan el silencio

En el ámbito de la investigación se ha puesto de manifiesto que apenas existen instrumentos para evaluar las funciones del silencio en la comunicación sanitaria.

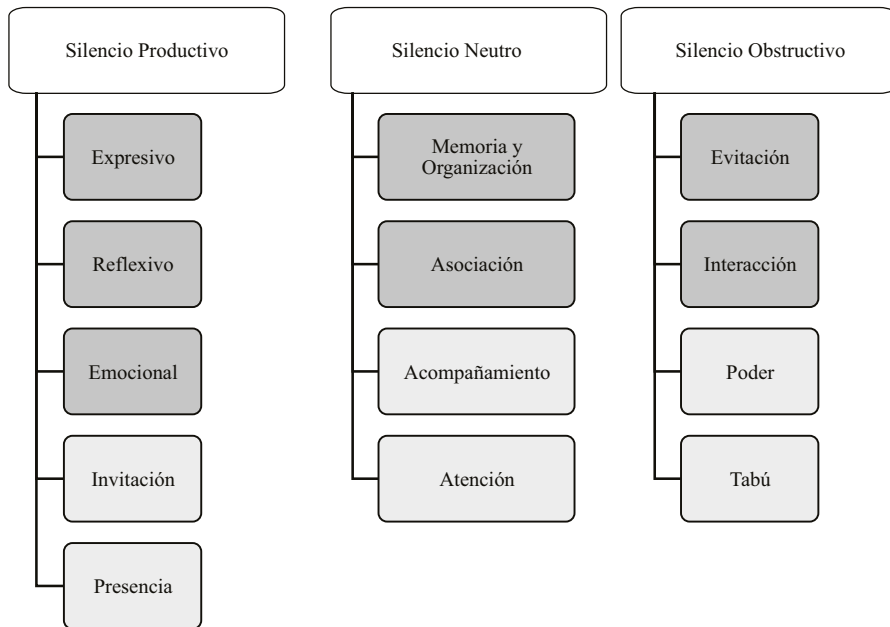
Por un lado, se ha encontrado el ya citado *Pausing Inventory Categorization System, Version II* (PICS-II)⁽¹³⁾. El PICS-II es un sistema de categorización que discrimina entre siete tipos de silencio diseñado para categorizar silencios y sensibilizar al terapeuta sobre las posibles experiencias de pausa 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 puede ser empleado para evaluar el silencio en los procesos terapéuticos⁽¹⁷⁾.

El *Silence Perception Questionnaire for Therapists* (SPQ-TR)⁽²¹⁾ 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 autoreferencia. Los resultados mostraron que existía una adecuada consistencia interna en cada uno de los tres primeros componentes (alfa de Cronbach 0,89; 0,89 y 0,76) y una consistencia mínima aceptable de .67 en el área de autoreferencia. En cuanto al apartado de la percepción del silencio del terapeuta en su vida diaria la consistencia interna fue de 0,69.

El *Survey on Silence in Psychotherapy*⁽¹⁹⁾ es una entrevista 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.

Ante esta falta de investigación en el ámbito general sanitario y la falta de instrumentos de medida del silencio en la comunicación sanitaria 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, así como 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, estudios relacionados en el ámbito de la comunicación de los profesionales sanitarios describen otros tipos de silencios que tienden a darse en mayor medida en este tipo de relación. Para ello se ha propuesto una nueva clasificación que se centra en las tres grandes categorías de silencio que señala Levitt (constructivo, neutro y obstructivo), y siete de sus subcategorías, incorporando 6 nuevas subcategorías (ver Figura 2).

Figura 2. Clasificación del silencio en la comunicación sanitaria. Elaboración propia.



Estas nuevas subcategorías de silencio se refieren a:

- *Silencio de invitación*: son silencios que incitan a la implicación del paciente y a que tome responsabilidad en la conversación^(19,26,27).
- *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^(8,10,28,29).
- *Silencio de atención*: silencios que se emplean para tomar toda la información posible y reflejar interés y empatía a la persona que escucha^(7,9,29).
- *Silencio de acompañamiento*: silencio de vivencia tranquila, que aporta calma y respeto y aceptación^(7,30).
- *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^(13,31,32,33).
- *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^(28,33,34).

El objetivo del presente estudio es crear un cuestionario para conocer el uso del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes. Se trata de una elaboración de un instrumento piloto que permita medir este uso del silencio en profesionales que trabajan en una Unidad de Oncología Pediátrica.

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, las funciones que desempeñan y la relación entre ellos.
3. Determinar si los profesionales sanitarios emplean el silencio de forma deliberada con los pacientes.
4. 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.
5. Valorar la calidad psicométrica del instrumento propuesto.
6. Establecer un perfil del uso del silencio para profesionales que trabajan en el ámbito de la oncología pediátrica.
7. 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. Método

Participantes

Los participantes de este estudio son profesionales sanitarios que atienden a niños y adolescentes de una unidad de Oncología Pediátrica.

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.

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%).

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.

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 en la Comunicación en Profesionales Sanitarios (Q-SPS) empleando como referencias el Survey on Silence in Psychotherapy⁽¹⁹⁾ y el Silence Perception Questionnaire for Therapists SPQ-TR⁽²¹⁾.

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.

El cuestionario consta de las siguientes áreas:

- *Área I. Factores personales relacionados con el silencio* 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*: 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*: 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*: 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 representan 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 26 ítems.

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 a un total de 83 profesionales sanitarios. Un total de 43 cuestionarios fueron recibidos completos.

3. Análisis de datos

Se realizó 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. Todo ello a través del programa estadístico SPSS.23.

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.

4. Resultados

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 definen valores desde *acuerdo a muy de acuerdo* y por debajo de ese valor define valores *en desacuerdo o totalmente en desacuerdo* (Tabla 1)

Tabla 1. Media y Desviación Típica de los ítems

	<i>M</i>	<i>DT</i>
ÁREA I		
- Me resulta cómodo estar junto a personas callada	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

AREA II

- 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

ÁREA III

- 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

ÁREA IV

- 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	,70
- Reconozco la importancia de los silencios con el paciente, aunque a veces me resulten muy difíciles	3,35	,72
- Las palabras cobran mucho más valor después de haber compartido un silencio largo con un paciente	3,33	,83
- Soy consciente del valor de los silencios que hago para comunicarme con los pacientes	3,02	,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

ÁREA V

- 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	3,28	0,63
- para expresar lo que quiere decir		
- 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

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.

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

En el 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 de la prueba 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.

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.

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.

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 la 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.

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 2).

Tabla 2. ANOVA entre Silencio Obstructivo y Años en el puesto de trabajo

	Años en el puesto	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
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 (Tabla 3).

Tabla 3. 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 ($r=0,61$; $p > 0,5$) 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 4).

Tabla 4. 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

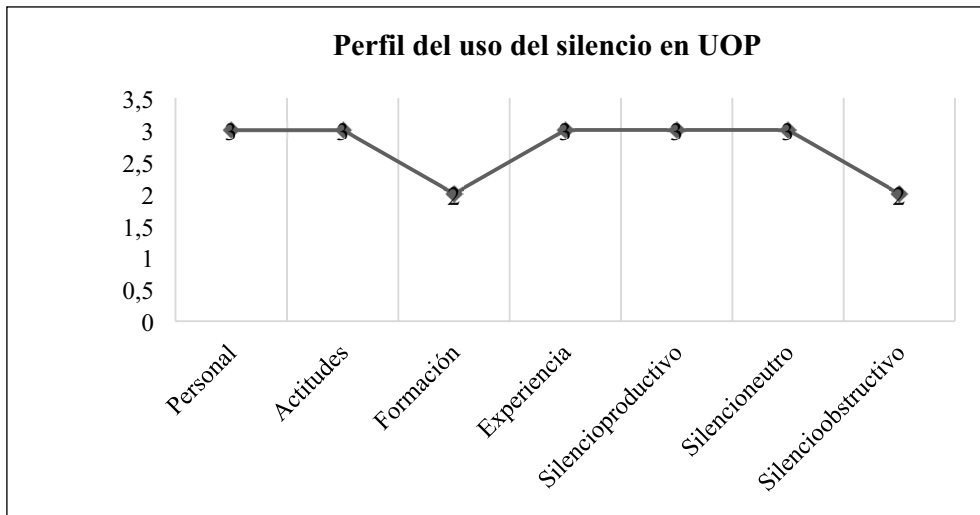
**p < 0,01 * p ≤ 0,05

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 ($\rho=0,49$).

Perfil del uso del silencio en la Unidad de Oncología Pediátrica

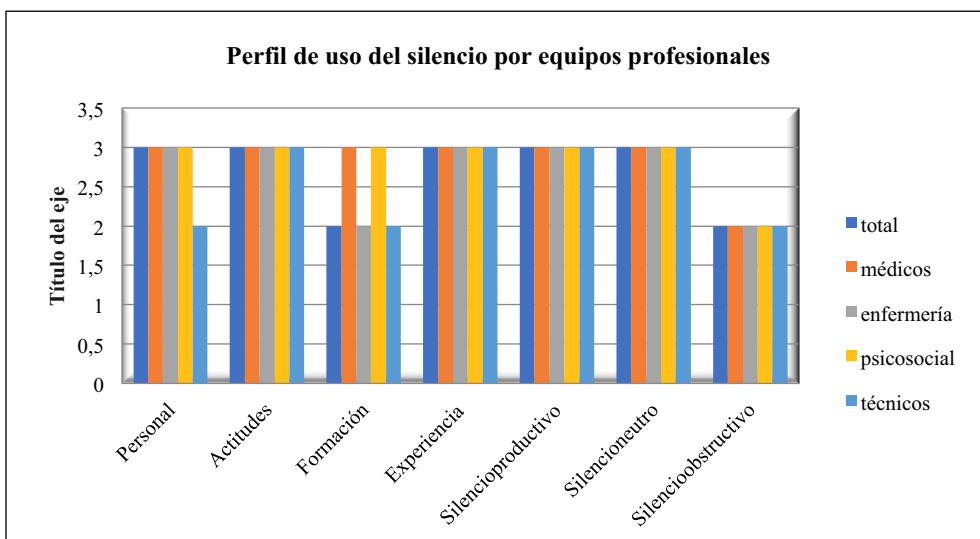
En el análisis de las Modas se obtuvo que la mayoría de las áreas puntuaban M=3 salvo en Formación y Silencio Obstrutivo cuyo valor era M=2 (ver Figura 3).

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



5. Discusión

Los resultados encontrados reflejan que los profesionales de la Unidad de Oncología pediátrica emplean los tres tipos de silencio principales que señala Levitt⁽¹³⁾. 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.

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. A raíz de los resultados obtenidos en este estudio se puede afirmar que los profesionales sanitarios de la Unidad de Oncología Pediátrica de Hm consideran importante el uso del silencio en la comunicación con los pacientes^(7,23,30) y que utilizan los silencios con funciones diferentes^(13,24,26,34).

En cuanto al análisis de las frecuencias 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. Estos resultados coinciden con algunos de los estudios realizados previamente^(7,19,20,22).

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^(19,20). Se observa que hay una actitud positiva hacia la formación en el uso del silencio de los profesionales^(19,20,22) 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^(11,20). 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.

Frankel et al.⁽¹⁷⁾ 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⁽¹⁹⁾.

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 sí lo son aspectos personales en el uso del silencio, las actitudes y pensamientos, creencias y emociones hacia el uso del silencio, la formación en el silencio y la experiencia profesional en el uso del silencio⁽²³⁾ lo que influye en el uso de un tipo de silencio en particular^(19,20,23).

Cabe destacar que los resultados obtenidos en el estudio pueden estar afectados 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⁽²⁴⁾. 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^(26,34) o de presencia así como los silencios de poder y control^(31,32,33), tabú^(28,33,34), acompañamiento^(7,30) y atención^(7,10,29) 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^(13,14,19-23), sacerdotes⁽²⁵⁾ o enfermeras⁽²⁴⁾.

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 él, el silencio puede ser la única opción de comunicación⁽¹²⁾. En otras ocasiones los pacientes pueden no tolerar los silencios^(19,20) o en etapas tempranas de la relación usarlo puede generar rechazo o distanciamiento del paciente^(10,12-14,16-18). 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.

6. Conclusiones

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 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”^(35,p.92).

7. Referencias bibliográficas

1. Corbin A. Historia del silencio. Del renacimiento a nuestros días. Acentilado. Barcelona, 2019.
2. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Herder, 1997.
3. Martí C. Silencios elocuentes. Asimétrica. Univ.Politèc. de Catalunya, editor. Barcelona; 2019.
4. Rogers C, Kinget M. Psicoterapia y relaciones humanas: teoría y práctica de la terapia no directiva. Madrid: Alfaguara, 1967.
5. OMC. Código Deontología Médica. En línea. [Acceso 1 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/common/downloads/codigo%20de%20etica.pdf
6. Rivas Flores FJ, Rivas Gayo B. Bioética y asistencia sanitaria. Rev Iberoam Bioética 2016;0:1–15.
7. Cebrià Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. La insostenible elocuencia de los silencios. FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria 2002;9:598–600. doi: 10.1016/S1134-2072(02)75797-6
8. Savett LA. The sounds of silence: Exploring lessons about silence, listening, and presence. Creat Nurs [Internet]. 2011;17:168–73. [Acceso 22 de enero de 2021] doi:10.1891/1078-4535.17.4.168
9. Visser LNC, Tollenaar MS, van Doornen LJP, de Haes HCJM, Smets EMA. Does silence speak louder than words? The impact of oncologists' emotion-oriented communication on analogue patients' information recall and emotional stress. Patient Educ Couns 2019;102:43–52. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.032
10. Bunkers SS. Silence: A double-edged sword. Nurs Sci Q 2013;26:7–11.
11. Maguire P. Breaking bad news. Eur J Surg Oncol 1998;24:188–91.
12. Rowe M. Mortality and medicine: Forms of silence and of speech. Med Humanit 2003;29:72–6.
13. Levitt HM. Sounds of silence in psychotherapy: The categorization of clients' pauses. Psychother Res 2001;11:295–309. doi: 10.1093/ptr/11.3.295
14. Frankel Z, Levitt HM. Clients' experiences of disengaged moments in psychotherapy: A grounded theory analysis. J Contemp Psychother 2009;39:171–86.
15. Levitt HM, Ph D. Clients' experiences of obstructive silence : integrating conscious reports and analytic theories. J Contemp Psychother 2002;31:221–44.
16. Levitt HM. The unsaid in the psychotherapy narrative: Voicing the unvoiced. Couns Psychol Q [Internet] 2002 15:333–50. [Acceso 20 de enero de 2021] Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0951507021000029667>
17. Frankel Z, Levitt HM, Murray DM, Greenberg LS, Angus L. Assessing silent processes in psychotherapy: An empirically derived categorization system and sampling strategy. Psychother Res 2006;16:627–38.
18. Stringer J v., Levitt HM, Berman JS, Mathews SS. A study of silent disengagement and distressing emotion in psychotherapy. Psychother Res 2010;20:495–510.
19. Hill CE, Thompson BJ, Ladany N. Therapist use of silence in therapy: A survey. J Clin Psychol 2003;59:513–24.
20. Ladany N, Hill CE, Thompson BJ, O'Brien KM. Therapist perspectives on using silence in therapy: A qualitative study. Couns Psychother Res 2004;4:80–9.
21. Kurtulus EE. Therapist perception of silence during psychotherapy sessions [Internet]. 2018. doi:10.1080/14733140412331384088

22. Sharpley CF, Munro DM, Elly MJ. Silence and rapport during initial interviews. *Couns Psychol Q* 2005;18:149–59.
23. Barber T. Newly qualified counsellors ' experience of silence within the therapeutic setting. Roehampton. 2009;
24. Tornøe KA, Danbolt LJ, Kvigne K, Sørli V. The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nurs* 2014;13:25. doi: 10.1186/1472-6955-13-25
25. Bassett L. Spiritual caregiving silence: an exploration of the phenomenon and its value in end-of-life care. 2016;(unpublished Master's thesis).
26. Back AL, Bauer-Wu SM, Rushton CH, Halifax J. Compassionate silence in the patient-clinician encounter: A contemplative approach. *J Palliat Med* 2009;12:1113–7.
27. King KC. Using therapeutic silence in home healthcare nursing. *Home Healthc Nurse* 1995;13:65–8. doi: 10.1097/00004045-199501000-00011.
28. Denham-Vaughan J, Edmond V. The value of silence. *Theatr J*. 2010;54:85–94.
29. Sabbadini A. Listening to silence. *Br J Psychother* 1991;7:406–15.
30. Elson M. Silence, its use and abuse: A view from self psychology. *Clin Soc Work J* 2001;29:351–60.
31. Gardezi F, Lingard L, Espin S, Whyte S, Orser B, Baker GR. Silence, power and communication in the operating room. *J Adv Nurs* 2009;65:1390–9.
32. Hannon PA, Rusbult CE, Finkel EJ, Kamashiro M. In the wake of betrayal: Amends, forgiveness, and the resolution of betrayal. *Pers Relatsh* 2010;17:253–78.
33. Ramírez JL. El significado del silencio y el silencio del significado. In: castilla del Pino C, editor. *El silencio*. Madrid: Alianza, 1992.
34. Bartels J, Rodenbach R, Ciesinski K, Gramling R, Fiscella K, Epstein R. Eloquent silences: A musical and lexical analysis of conversation between oncologists and their patients. *Patient Educ Couns* 2016;99:1584–94. doi: 10.1016/j.pec.2016.04.00935.
35. Merton T. Thoughts on solitude. Bonton: Shambhala, 1993.