



Enviado 13/09/2024

Aprobado 19/10/2024

Publicado 25/11/2024

ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS INTERCAMBIOS COMUNICATIVOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA A TRAVÉS DE LOS ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA

STUDY OF COMMUNICATION EXCHANGES IN HOSPITAL ASSISTANCE THROUGH MEDICAL STUDENTS

Diego Matos Agudo¹: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédico de Salamanca (IBSAL). España.
dmatosa@saludcastillayleon.es

Francisco Javier Rubio Gil: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédico de Salamanca (IBSAL). España.
frubio@saludcastillayleon.es

Enrique Nieto Manibardo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédico de Salamanca (IBSAL). España.
enietoma@saludcastillayleon.es

Pablo Rey García: Universidad Pontificia de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédico de Salamanca (IBSAL). España.
preyga@upsa.es

¹ **Diego Matos Agudo:** Periodista, doctor en Comunicación, máster en Dirección de Comunicación Empresarial e Institucional y profesor universitario. Actualmente es el director de Comunicación del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y el jefe del grupo de investigación “Comunicación y Salud” del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca.

José Carlos Gómez Sánchez: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédico de Salamanca (IBSAL). España.
jcgomez@saludcastillayleon.es

Financiación. El presente texto nace en el marco del proyecto de investigación en Gestión Sanitaria y Atención Sociosanitaria del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) con código IBYG22/00001.

Cómo citar el artículo:

Matos Agudo, Diego; Rubio Gil, Francisco Javier; Nieto Manibardo, Enrique; Rey García, Pablo y Gómez Sánchez, José Carlos (2025). Estudio cualitativo de los intercambios comunicativos en la asistencia sanitaria hospitalaria a través de los estudiantes del grado de Medicina [Study of communication exchanges in hospital assistance through medical students]. *Revista de Comunicación y Salud*, 15, 1-18. <https://doi.org/10.35669/rcys.2025.15.e373>

Resumen

Introducción. Las habilidades comunicativas son herramientas clave para los profesionales de la salud. Con este estudio se pretende conocer cómo se está comunicando a nivel clínico e interpersonal en el complejo asistencial salmantino. **Metodología.** Se planteó la realización de una acción docente durante un periodo de cuatro semanas entre los alumnos de Medicina. En la sesión inicial se revisaron los principales elementos de las habilidades comunicativas en los sistemas de salud. Además, se distribuyó la encuesta de empatía. Se desarrolló también un formulario específico de 16 opciones, que podía usarse para recoger observaciones con un formato más cerrado y anónimo. Se planificó un análisis cualitativo de las observaciones planteadas en el grupo focal, así como un análisis cuantitativo de las observaciones realizadas a través de la encuesta *on-line*. **Resultados y discusión.** El principal resultado observado es que una acción formativa específica en los estudiantes puede valer a un tiempo para su aprendizaje en habilidades comunicativas y, además, para aproximarse a la realidad de estas en un centro asistencial. Las particularidades de pacientes y sanitarios hacen que cada proceso asistencial tenga una singularidad propia y que necesiten ser abordados de maneras diferentes. **Conclusiones.** La rotación de los estudiantes por los servicios clínicos genera muchas oportunidades formativas. Sumergirse en la asistencia real permite ejercitar el razonamiento clínico, conectar, relacionar y aplicar el conocimiento teórico. Pero es, además, el foro donde empaparse de todas esas habilidades transversales que conforman su faceta profesional, tales como la empatía, la compasión... y todas las habilidades emocionales para la comunicación.

Palabras clave:

comunicación en salud; empatía; compasión; comprensión; escucha activa; habilidades comunicativas; actividad asistencial.

Abstract

Introduction: Communication is key in healthcare systems. This study had the objectives of training medical students in communication and, at the same time, understanding how communication was being carried out at a clinical and interpersonal level in our hospital.

Methodology. A teaching activity was proposed to medical students. They were offered to observe communication skills while attending their clinical rotation. First there was an initial session in which the main elements of communication in healthcare systems were reviewed. They were asked to complete an empathy survey and received different tools for collecting observations including a 16-option form specifically developed, which they could use to assemble observations in a more closed and anonymous format. A qualitative analysis of the observations raised in the focus group was planned, as well as a quantitative analysis of the answers made through the online survey.

Results and discussion. The main result observed is that a specific training action in students can be useful both for their learning about communication and, in addition, for knowing the reality of these skills in a particular center. The particularities of patients and healthcare providers mean that each care process has its own uniqueness and needs to be approached in different ways.

Conclusions. Rotation of students through clinical services generates many training opportunities. Immersing in real care allows them to exercise clinical reasoning, relate and apply theoretical knowledge. But it is also the forum where they can soak up transversal skills that make the most off professionalism, such as empathy, compassion, and all the emotional skills necessary for communication.

Keywords:

communication in healthcare, active listening, communication skills, compassion, empathy, healthcare assistance.

1. INTRODUCCIÓN

Las habilidades comunicativas son herramientas clave para los profesionales de la salud. Se entiende por este tipo de habilidades al conjunto de procesos lingüísticos que se desarrollan durante la vida, con el fin de participar de forma efectiva en todas las esferas de la comunicación humana. El lenguaje verbal y no verbal; la escucha activa; la persuasión; la coherencia emocional; la empatía; la capacidad de improvisar... son algunas de las habilidades comunicativas más importantes.

Una buena comunicación no sólo se relaciona positivamente con una mayor satisfacción de los pacientes, sino también con la obtención de mejores resultados en salud. Entre las competencias transversales que los estudiantes de Medicina tienen que conseguir a lo largo de su formación de grado figura la habilidad comunicativa (entendida como un conjunto de las anteriores; como un todo). La comunicación es un factor clave para facilitar el proceso de detección de una enfermedad y para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Barrientos-Báez *et al.*, 2020; Carretero-Díaz *et al.*, 2022; Fondevila-Gascón *et al.*, 2024).

La rotación de los estudiantes por los servicios clínicos genera muchas oportunidades formativas. Sumergirse en la asistencia real permite ejercitar el razonamiento clínico, conectar, relacionar y aplicar el conocimiento teórico. Pero es, además, el foro donde empaparse de todas esas habilidades transversales que conforman su faceta profesional, tales como la empatía, la compasión... y todas las habilidades emocionales para la comunicación.

Promover que los estudiantes centren su atención, de manera expresa y sistemática, hacia cómo es la comunicación que los tutores tienen con los pacientes y con los demás profesionales de la salud es una gran oportunidad. Sobre el terreno, la observación cualitativa que los estudiantes pueden realizar acerca de los modelos comunicativos (apoyada con matrices de evaluación semiestructuradas) que se usan, servirá para aprender y mejorar. Además, se obtiene a la vez un retrato de la comunicación que tiene lugar en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) buscando una relación empática.

La empatía es un elemento clave y es definida como la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basándose en el reconocimiento del otro como persona similar o semejante. Aplicada a la relación médico-paciente, puede mejorar los resultados clínicos, por lo que es considerada una habilidad esencial en la capacitación de todo profesional médico. El formar parte de esta actividad de innovación docente puede influir en los niveles de empatía de los participantes; al tiempo que la participación en la misma puede deberse a mayores niveles de empatía que facilitan que se involucren en esta actividad.

Mediante el proyecto que se recoge en este artículo se pretende conocer cómo se está comunicando a nivel clínico e interpersonal en el complejo asistencial salmantino para después motivar e implicar a todos los médicos en la construcción de un clima de confianza en el hospital y promover su cohesión interna y su rendimiento. Hacia la búsqueda de una comunicación que sea efectiva y afectiva; siempre centrada en el paciente.

2. COMUNICACIÓN Y SALUD: UNA RELACIÓN SIMBIÓTICA

La comunicación relacionada con la salud constituye un ámbito de acción relevante y fundamental en el sector sanitario. Existe evidencia de los efectos de la comunicación sobre los resultados en salud.

[...] Se podría decir que la relación entre la comunicación y la salud se puede parecer a la de dos adolescentes primas hermanas, cuya unión, que puede llegar a ser muy estrecha, depende en gran medida de los tiras y aflojas de sus padres. Es decir, si los médicos y el resto de profesiones sanitarias están interesados en la comunicación, la relación de ambas primas avanzará. Si los periodistas y el resto de comunicadores se interesan rigurosamente por la salud, también será una buena señal [...]. (Cuesta *et al.*, 2008, p. 39)

En ocasiones, la comunicación conlleva resultados positivos, mientras que también puede contribuir hacia un comportamiento con resultados negativos para la salud.

Se ha demostrado que los procesos de comunicación son esenciales para la notificación de los pacientes, así como para reducir incertidumbre, aumentar la participación en la toma de decisiones y lograr mayor apoyo social, el uso más eficaz de las opciones e instalaciones de atención médica, una mejor adherencia a los tratamientos, mejores resultados clínicos y mayor prevención y bienestar. (Mendoza Maldonado, 2021)

En la actualidad hay varias conceptualizaciones y definiciones diferentes de la comunicación en salud, con una enorme variabilidad tanto en sus elementos configurativos como en su alcance. La comunicación puede definirse como el intercambio simbólico de significados compartidos.

Además, todos los actos comunicativos tienen, por un lado, un componente de transmisión, y, por otro, un componente ritual. Asimismo, las maneras de entender la comunicación en el campo de la salud se han descrito como “comunicación y salud”, “comunicación en salud” y “comunicación para la salud”, lo que en inglés se concentra en el término común (y muy amplio) *Health communication*.

De manera más amplia, *Health communication* se reconoce como un campo de investigación, teoría y práctica, multifacético y multidisciplinario. Se preocupa por llegar a diferentes poblaciones y grupos para intercambiar información, ideas y métodos relacionados con la salud a fin de influir, involucrar, empoderar y apoyar a las personas, las comunidades, los profesionales de la salud, los pacientes, los formuladores de políticas, las organizaciones, los grupos especiales y el público, para que defiendan, introduzcan, adopten o mantengan una conducta, práctica o política social o de salud que, en última instancia, mejorará los resultados de salud pública, comunitaria e individual. (Schiavo, 2013)

La comunicación en salud implica necesariamente el proceso por el que se comparte y se comprende la información relacionada con la salud, dándole sentido. Ocurre en las relaciones sanitario/paciente; pero también en las interacciones con familiares y acompañantes, así como con la sociedad en general con la información que sale del entorno sanitario a los medios de comunicación o a las redes sociales. Los mensajes sobre la salud (personal o comunitaria) tienen una influencia específica, con un grado determinado, en función de los contextos (no llega igual si se está padeciendo una enfermedad, por ejemplo).

1.1. La comunicación clínica hospitalaria

Los tipos de comunicación que tienen lugar dentro de un hospital varían según las relaciones que mantengan el emisor y el receptor. La comunicación debe actuar como un elemento socializador que ayuda a la institución hospitalaria a establecer y a mantener relaciones satisfactorias y duraderas, tanto con sus públicos internos, como también con los pacientes y sus familiares.

La Medicina y la Comunicación se necesitan. Más que nunca. A todos los niveles. La comunicación constituye una herramienta imprescindible para el trabajo diario del profesional sanitario, tanto en la relación con los usuarios, como en la relación con sus compañeros y jefes. La comunicación hace más saludables las relaciones e interacciones personales, y la relación médico-usuario constituye un tipo de relación personal muy especial. (Costa Sánchez, 2011, p. 9)

En este punto destaca el concepto de “Hospital Feliz”, que definía Carmen Costa Sánchez:

[...] El concepto de hospital feliz puede resultar utópico a ojos del lector. No en vano, en el pasado, la palabra hospital ha sido sinónima de enfermedad y de muerte. [...] Su evolución ha permitido que se conviertan en la actualidad en los máximos exponentes de la investigación y del tratamiento médico, además de lugar de formación de los futuros profesionales de la medicina y la enfermería. Sin embargo, como institución, el hospital no ha sabido acercarse a los ciudadanos o, al menos, no lo suficiente [...] Por lo tanto, los hospitales afrontan un primer desafío en la mejora de su imagen externa, en el incremento de la confianza de los usuarios efectivos y potenciales en sus servicios, en la mejora de las relaciones entre sus profesionales y sus clientes. [...] El hospital feliz es una meta por la

que trabajar y hacia la que dirigirse superando los obstáculos. (Costa Sánchez, 2011, pp. 13-15)

La tendencia es hacia un hospital público líquido o, incluso, un hospital elástico, que se adapte a las necesidades de las personas (pacientes, familiares y profesionales). Donde los intercambios comunicativos fluyan. A través de diferentes procesos, los hospitales intentan involucrar a pacientes, familiares, profesionales y a la sociedad en general: facilitando la atención a sus pacientes derribando las barreras físicas del propio centro y promoviendo el intercambio.

1.2. La comprensión médico/paciente; hacia una comunicación interpersonal

Entonces, la comunicación en la práctica clínica tiene una importancia más allá de su valor meramente instrumental, sino que se centra en los compromisos y aspiraciones fundamentales de la medicina y de los profesionales sanitarios.

Las actitudes de los profesionales pueden ser, principalmente, informativas, receptivas, de colaboración y, además, deben ser muy humanas (acompañando a sus aptitudes). Ruiz Moral cita a Brucker (2014, p. 21) con su máxima “no trates sólo de comunicar... trata de conectar”, para explicar que “el establecimiento y mantenimiento de una relación efectiva entre el médico y el paciente es uno de los objetivos más importantes que el profesional debe plantearse”, ya que, como señaló Balint en 1986, citado por Ruiz Moral, “en ella descansa gran parte de su poder terapéutico”.

La conexión o el establecimiento y mantenimiento de *rappport* tiene mucho que ver con la capacidad del profesional para “compenetrarse” con el paciente. Esta capacidad para compenetrarse no es tratar de conseguir que el paciente “nos caiga bien”. La conexión se extiende [...] y no es algo que suceda de manera puntual, sino que es un proceso que se va construyendo activamente. (Ruiz Moral, 2014, p. 21)

Esto conlleva el acto de humanizar la comunicación; lo que a su vez implica relación, contacto, empatía... y la consideración del paciente como persona integral, no sólo como problema fisiológico o enfermedad. Humanizar requiere: escuchar, dialogar, comunicar y comunicarse. Y todo esto repercutirá en la percepción que los usuarios tengan de los servicios de salud.

La habilidad comunicativa es una de las herramientas que debe considerarse clave en la formación del profesional de la salud [...] pues la capacidad para establecer una comunicación eficaz con el paciente posee al menos la misma importancia que el conocimiento meramente científico del problema o que la competencia técnica para abordarlo. [...] Hoy, sabemos con certeza que una buena comunicación se relaciona positivamente no solo con la mayor satisfacción de los pacientes, lo cual ya es de por sí muy importante, sino también con la obtención de mejores y más eficientes resultados en diversos parámetros de salud. (Merayo *et al.*, 2014, p. 7)

En la misma línea confluye Juan Enrique Mezzich, en el prólogo del libro de Ruiz Moral, en torno a la importancia de la comunicación clínica: “La importancia de la comunicación en la clínica se asienta no solo en su extenso valor instrumental sino en su consistencia con compromisos y aspiraciones fundamentales de la medicina y de los profesionales de la salud. [...] El anclaje

filosófico tanto axiológico como epistemológico de la comunicación clínica se aclara y potencia dentro del marco de la medicina centrada en la persona” (2014, p. 6).

Los usuarios esperan, en primer lugar, que les escuchen. Que escuchen su percepción de lo que les pasa. En segundo lugar, que les expliquen, en la medida de sus posibilidades y en un lenguaje medianamente accesible, pero que les informen de qué es lo que les pasa. Y, en tercer lugar, que dialoguen con ellos para poner un remedio eficaz dentro del abanico de posibilidades que esté a su alcance. Por supuesto, en todo este proceso el saber científico del profesional sanitario es imprescindible. (Costa Sánchez, 2011, p. 9).

Todo este proceso de comunicación interpersonal puede parecer sencillo, pero nada más lejos, ya que en una comunicación sanitaria entran en juego, además, factores emocionales. Y hay evidencias de una necesidad de mejora significativa en las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. Por ello, es necesario detenerse, observar, e introducir factores empáticos ya desde los primeros acercamientos a pacientes por parte de los futuros médicos.

3. OBJETIVOS

Por todo lo anterior, se planteó una acción docente destinada a promover que los estudiantes de Medicina, durante su rotatorio, centrasen su atención, de manera expresa y sistemática, en la comunicación que los tutores tenían con los pacientes, acompañantes y con los demás profesionales de la salud. Con el doble objetivo de una acción formativa para ellos, por un lado, y, por otro, como forma de que sus observaciones en el terreno ayudasen a conocer la situación de la comunicación clínica interpersonal en el centro hospitalario salmantino, como paso previo para poder mejorarla. Ajustando los resultados en función de los niveles de empatía de los participantes.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la acción docente

Los elementos básicos que constituyen la acción docente son:

- Convocatoria a través de la plataforma virtual proponiéndoles participación voluntaria en la acción docente durante la rotación de los estudiantes del grado de Medicina del 6º curso.
- Sesión formativa inicial sobre la importancia de la comunicación en la asistencia sanitaria.
- Valoración de la empatía en los participantes previa a su rotación.
- Periodo de observación que sería el correspondiente a su rotación por el servicio clínico al que hubiesen sido asignados. Durante la observación anotaciones sobre las habilidades comunicativas realizadas por los estudiantes teniendo como apoyo herramientas, tanto en papel como en formato digital.
- Sesión post actividad (grupo focal), con fines docentes para reflexionar sobre lo observado y, para el profesorado, con fin de disponer de observación sobre el terreno acerca de las habilidades comunicativas en la vida diaria.

4.2. Realización de la acción docente

Se planteó la realización de la acción docente durante el periodo de cuatro semanas (como tiempo de observación) entre los alumnos en el curso 2022-2023. La coordinadora de los rotatorios les citó a través de la plataforma docente *Studium*. En la convocatoria se explicaban los objetivos y metodología; y se les citaba para la sesión inicial, impartida por profesionales de la comunicación y profesionales sanitarios con especial sensibilidad en temas comunicativos.

En la sesión inicial se revisaron los principales elementos de las habilidades comunicativas en los sistemas de salud. Además, se distribuyó para su realización la encuesta de empatía. Se utilizó la escala básica de empatía en la adaptación y validación realizada por Oliva Delgado A y colaboradores de la *Basic Empathy Scale* de Jolliffe D, Farrington DP (2006).

Tras recoger la encuesta se planificó con el grupo el tiempo de observación y se distribuyeron los materiales de apoyo. En la figura 1 se expone la herramienta de apoyo en papel.

Se desarrolló también un formulario específico en la herramienta *Forms* (Microsoft®), de 16 opciones. El formulario podía usarse para recoger observaciones sobre la comunicación con un formato más cerrado, pero también anónimo. No había límite en el número de observaciones que podían referenciarse en la herramienta digital.

Figura 1. Herramienta de apoyo en forma de “pistas” para su observación cualitativa.

Diferenciar las observaciones sobre comunicación en tres ámbitos:

1. La primera parte de la entrevista clínica que incluiría la comunicación durante la anamnesis y examen físico.
2. La comunicación para facilitar información a paciente y familiares (incluiría la comunicación con familiares y la parte segunda de la entrevista clínica: comunicación del diagnóstico, cuidados y pronóstico)
3. La comunicación con los demás profesionales de la salud.

MATRIZ PARA LA OBSERVACIÓN

ASPECTO A VALORAR	PISTAS PARA LA OBSERVACIÓN		
BARRERAS COMUNICATIVAS	Barreras emocionales: en el médico, desgaste emocional; en el paciente/interlocutor: vergüenza, tristeza, ansiedad...	Barreras cognitivas o sociales: prejuicios del profesional, creencias en el paciente/interlocutor que restringen el enfoque de la comunicación...	Barreras físicas: interrupciones, pantallas, entornos con condiciones ambientales que resultan hostiles...
SABER ESCUCHAR	Escucha activa: se presta atención, se interrumpe, se juzga, se mantiene el contacto visual, se le hace ostensible que se le está atendiendo (mediante paráfrasis o expresiones de validación)		
MANERA DE FORMULAR EL LENGUAJE	Forma de preguntar: preguntas abiertas, preguntas cerradas	Forma de verificar: se intentan aclarar malentendidos, se realizan gestos y otras señales no verbales de que hay interés y atención, se busca conectar con el deseo del interlocutor...	
LENGUAJE NO VERBAL	Paralenguaje: volumen, tono, velocidad de habla, pausas, etc.	Expresión de la cara, de la mirada, postura, gestos y movimientos del cuerpo	
EMPATÍA	Se nota que el profesional piensa que el paciente/interlocutor es un pesado, quejica...	Se nota que el profesional entiende la situación del paciente/interlocutor y los sentimientos que ésta produce	Afecto: el paciente percibe que se acoge su sufrimiento y se le trata con cariño

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Análisis

Se planificó un análisis cualitativo de las observaciones planteadas en el grupo focal post-actividad, así como un análisis cuantitativo de las observaciones realizadas a través de la encuesta *on-line* cuando este se pudiese por la naturaleza de las preguntas.

La discusión del grupo focal se organizó en torno a las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo ha sido la experiencia de la observación?
- ¿Qué barreras comunicativas habéis percibido?
- Escucha activa, ¿Había?, ¿Cómo la habéis interpretado?
- ¿Hacían uso del lenguaje no verbal?, ¿En qué sentido? (acompañamiento, refuerzo...).
- ¿Creéis que el médico se ponía en la piel del otro? (pacientes, acompañantes, compañeros...).
- ¿Se intentaba verificar la comprensión del intercambio comunicativo?
- ¿Existían puentes emocionales de afecto entre los participantes?
- ¿Ha habido cambios en cuanto a vuestra percepción sobre la comunicación?

5. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

A la sesión inicial asistieron un total de 48 alumnos. El 74% de sexo femenino.

En la escala básica de empatía la puntuación media en la Escala global de fue de 34,9 (DE: 3,87), con puntuaciones medias en el dominio cognitivo de 20,42 (DE: 2,5) y en el dominio afectivo de 14,5 (DE: 2,8). Los rangos intercuartílicos fueron para la escala global: [32 – 38]; para el dominio cognitivo: [19 – 22.75] y para el afectivo: [13.25 – 16].

Las puntuaciones medias obtenidas no fueron significativamente diferentes de las obtenidas en la muestra de chicos de 17 años en Andalucía por Oliva Delgado y cols. ($Z = -1,851$; $p = 0.064$). Es decir, en global, el conjunto de la muestra no mostraba ni peores ni mejores puntuaciones en la escala de empatía que una muestra general del ámbito educativo. Las puntuaciones en la escala no fueron diferentes entre estudiantes varones o mujeres, ni para la Empatía afectiva ($t = -1.7$; $p = 0.104$), ni para la cognitiva ($t = 0.4$; $p = 0,6$), ni para la total ($t = -0.8$; $p = 0,4$).

En la sesión inicial los estudiantes manifestaron entender la importancia de las habilidades comunicativas en la relación con los pacientes, tanto para la eficacia técnica de la relación terapéutica, como para la construcción del vínculo y comprensión de la dimensión personal del paciente. También para la relación eficaz con compañeros y la seguridad en la continuidad de los cuidados.

Tras el periodo de observación se convocó de nuevo a los alumnos para la discusión de las observaciones. Se recuperaron 14 observaciones en el formulario digital y asistieron a la segunda reunión para análisis cualitativo 7 alumnos.

De las conclusiones del grupo focal se exponen las principales ideas observadas (en forma de algunas de las declaraciones sacadas de los participantes):

- Sobre la experiencia de la observación

P2. “No ha sido raro, había preocupación anterior a la carrera sobre la comunicación. Es importante tanto el qué como el cómo se dice, a la vez que las cuestiones médicas. Tanto para lo bueno como para lo malo. He tenido dudas sobre si el paciente se había enterado, y también médicos a los que se les notaba que estaban hartos del ‘paciente pesado’, lo que percibía a su vez el propio paciente”.

P1. “No ha sido difícil estudiarlo. Cada médico tiene un trato diferente, pero en Oncología no ha

habido mala experiencia. Ha sido extraordinario comprobar cómo puede haber empatía, pero sin que afecte (‘¡cómo lo pueden decir sin llorar!’)”.

P3. “No me atrevo a preguntar cómo dicen ciertas cosas, fundamentalmente las malas noticias. Supongo que es acostumbrarse a hacerlo”.

- Sobre las barreras comunicativas percibidas

P5. “El ordenador. Me daba apuro que llamaban al paciente siguiente antes de terminar de escribir lo del anterior, y hasta lo han tenido dos minutos sin darle explicaciones. Es habitual no darle explicaciones a este retraso. Los pacientes me miran y a veces me cuentan su caso, porque no estoy al ordenador. Los médicos quieren avanzar. En el centro de salud funciona mejor la comunicación que en oftalmología”.

P3. “El tiempo es importante, y les cortan para apuntar lo que necesita, el paciente no termina de expresarse (distinguir lo necesario de lo accesorio para el diagnóstico). Se le echa la culpa al tiempo. Interrumpen, y a veces se hace bien, pero otras veces de manera abrupta”.

- Sobre la escucha activa

P2. “Un paciente con arritmias, en Cardiología, tenía dudas sobre comer picante o jugar al tenis. El médico las resolvió todas pacientemente. En cambio, en Ginecología no se da la oportunidad al paciente de preguntar. Se le dice: ‘Tienes tablas de índice de masa corporal en internet, cuando adelgaces, vuelves’”.

- Sobre lenguaje no verbal

P5. “En el centro de salud conocen por el nombre a los pacientes, cogen de la mano si lloran, acompañan a la puerta... en Oftalmología no tanto”.

P3. “Los pacientes de larga duración ingresados en planta llevan mucho tiempo. A veces se echan a llorar, y el médico se muestra cercano y empático”.

P1. “Gritan a los mayores, como si fueran sordos, y a lo mejor no”.

- Sobre ponerse en la piel del otro

P1. “Llegas, y haces lo que ves. No quieres ser el raro. Hay distancia con enfermería. Menos con la Supervisora, por el trato frecuente. Con el resto, la comunicación es puntual. Hubo un fallo con una enfermera, que hizo una analítica durante una sedación paliativa, y que podía ser estudiante. Se le espetó ‘¡para todas las gilipolleces que preguntas, podías haber preguntado esta!’”. Con auxiliares y celadores, no hay roce ni comunicación. ‘No se sabe trabajar en equipo, debería ser una cadena’. Los ordenadores han sido la causa de esta falta de comunicación, se prescriben los cambios de medicación por ordenador, y a veces falla. No hay comunicación verbal, y hay malentendidos. Esto genera tensión delante del paciente, o con él”.

- Sobre la verificación de la comprensión del paciente

P1. “Hay de todo. Solían preguntar ‘¿se ha entendido? ¿Alguna pregunta?’. En otras ocasiones, con malas noticias, se deja que lo asuma, quizás por miedo a la reacción no se dice la verdad. Se nota la experiencia, estar acostumbrado a decir malas noticias.

P5. “Creo que los médicos mayores son más fríos, menos empáticos”.

P1. “Yo creo que es al revés, los mayores más empáticos”.

- Sobre la emocionalidad

P7. “Ahora me voy a fijar más. He aprendido a evitar lo malo y a imitar lo bueno. Ahora tengo más interés”.

P4. “Es novedoso. En el futuro quiero equilibrar cercanía con la seriedad para comunicar”.

P2. “No ha cambiado, porque consideraba que ya era importante. He sido antes paciente. Es muy útil esta reflexión”.

P1. “Igualmente, no es lo mismo que otros contenidos teóricos, que se ven en libros. La comunicación sólo se ve en las prácticas”.

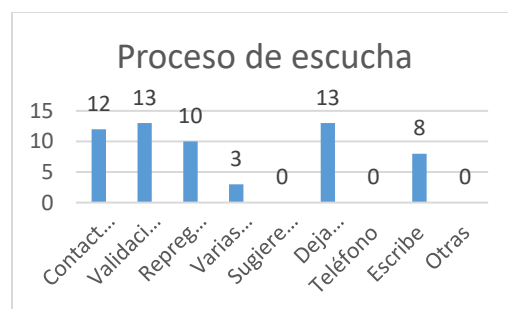
En cuanto a las observaciones que se enviaron durante el periodo vía el enlace digital los resultados fueron:

En relación con el ámbito de la comunicación a la que se referían las observaciones: el 57,1% se realizó en lo relativo a la comunicación del diagnóstico, pronóstico o plan de cuidados y el 42,9% en fueron observaciones sobre la comunicación realizada durante el examen y la anamnesis.

De las 19 referencias obtenidas relativas a barreras de comunicación observadas por los estudiantes, las más frecuentes fueron barreras emocionales: 42,1% de las observaciones. Le siguieron barreras cognitivas (dificultad en la comprensión de la información) en el 36,8% y barreras físicas (principalmente monitor del ordenador y teléfono móvil) en el 21,1%.

En lo relativo al proceso de escucha hubo 59 referencias en el formulario digital: el 22% observando la utilización de expresiones de validación, y un mismo porcentaje observando que el médico dejaba tiempo al paciente para expresarse. Un 20,3% observaron mantenimiento del contacto visual y el 16,9% que se hacían repreguntas. No hubo ninguna observación sobre utilización del teléfono móvil durante la conversación y ninguna que observase que se sugería la respuesta al paciente.

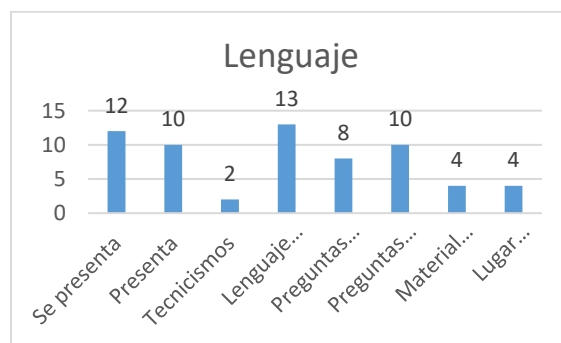
Figura 2. *Anotaciones sobre el proceso de escucha en la herramienta digital.*



Fuente: Elaboración propia.

Hubo 63 referencias en las observaciones enviadas por vía digital relacionadas con la manera de formular el lenguaje: el 20,6 % observaron la utilización de un lenguaje sencillo, el 19% señaló que el médico se presentaba, el 15,9 % presenta al resto del personal y el 15,9 % hace preguntas cerradas, tan solo el 3,2 % utiliza tecnicismos durante la conversación.

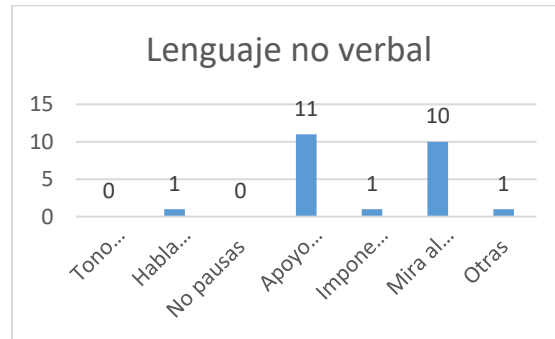
Figura 3. *Referencias sobre el uso del lenguaje.*



Fuente: Elaboración propia.

De las anotaciones realizadas por los estudiantes con respecto al lenguaje no verbal: el 45,8% de las mismas fueron para referenciar el uso de apoyos gestuales en el discurso y el 41,7 % para anotar que se miraba al paciente a los ojos. Por vía digital no hubo referencias en las observaciones de los estudiantes a la utilización de un tono inadecuado, el 4,2 % reseñaron que se hablaba rápido y el 4,2 % que el contacto físico se imponía.

Figura 4. *Anotaciones remitidas sobre lenguaje no verbal en la herramienta digital.*



Fuente: Elaboración propia.

De las 14 observaciones por vía digital solo una mencionó falta de empatía.

5.1. Resultados y límites

El principal resultado observado es que una acción formativa específica en los estudiantes puede valer a un tiempo para su aprendizaje en habilidades comunicativas y, además, para aproximarse a la realidad de estas en un centro asistencial. Pero, se han observado algunas limitaciones a la acción formativa tal y como se planteó:

- Como era una acción voluntaria llama la atención el escaso número de estudiantes que participaron. La acción docente competía en el tiempo con el aprendizaje de otras habilidades clínicas específicas, así como con otras asignaturas. La escasa participación podría reflejar la evaluación de este tipo de habilidades como algo menor en comparación con otras.
- La herramienta de apoyo digital se esperaba que permitiese una expresión más libre de las observaciones. Y buscaba empujar a los estudiantes a observar cuestiones concretas. Pero, a cambio, su formato con opciones de elección más cerrada ha podido limitar y sesgar la capacidad de recoger observaciones. Lo que podría explicar ciertas discrepancias entre las observaciones obtenidas en el grupo focal y las obtenidas en el formato digital.

De lo aprendido en el grupo focal destacan:

- La percepción de los estudiantes de la importancia de la comunicación y las enormes dificultades de esta en la práctica cotidiana.
- La detección por los estudiantes de la situación de desequilibrio en que se da la comunicación: los profesionales más preocupados por la vertiente instrumental y operativa de la comunicación (la necesaria para la toma de decisiones sobre diagnóstico y plan terapéutico) y la más emocional del paciente, vinculada a su percepción de vulnerabilidad.
- La detección de un contexto de estrés y presión en el que tiene lugar la comunicación, tanto con los pacientes como entre compañeros.
- La falta de formación en algunos ámbitos concretos como la comunicación de malas noticias.

De las observaciones en la herramienta digital los estudiantes observaron habilidades comunicativas positivas, particularmente en lo relativo al proceso de escucha. No obstante, hubo datos llamativos. Por ejemplo, de las anotaciones realizadas por los estudiantes acerca de la manera de usar el lenguaje, solo un 19% de las anotaciones enviadas registraron que el médico se presentaba. Sí hubo coincidencia en la percepción por los estudiantes de que las barreras comunicativas más frecuentes fueron las emocionales.

6. CONCLUSIONES

En la asistencia clínica la comunicación es de alta complejidad ya que va más allá del mero intercambio de mensajes puesto que ocurre en el marco de una relación que aspira a un conocimiento y objetivos compartidos entre los profesionales y los pacientes. Comunicación que ha de mantener una perspectiva biopsicosocial y no solo biológica-técnica. Que debe contemplar el significado que para cada paciente tiene la enfermedad, ser sensible a las preferencias personales y sustentar un vínculo que posibilite la toma de decisiones compartidas; así como una alianza para la relación terapéutica.

Las particularidades de pacientes y sanitarios hacen que cada proceso asistencial tenga una singularidad propia y que necesiten ser abordados de maneras diferentes. Una buena comunicación sanitaria es aquella que se va a adecuar al ser humano, a cada uno de ellos de forma individual. Watzlawick *et al.*, dentro de sus axiomas básicos, aseguraba que “no se podía no comunicar”. Los pacientes viven y expresan su relato desde la posición de quien se ve vulnerable, por lo que entran en juego elementos comunicativos con un alto grado de emocionalidad. En cada intercambio clínico se exponen y redefinen continuamente la imagen que se da (y que se tiene) de cada participante. Y la conducta de cada interviniente es afectada y afecta a los otros. De ella depende el adecuado conocimiento de las expectativas y riesgos de los tratamientos.

En la relación sanitario paciente aparecen el vínculo y la reciprocidad como generadores de confianza. Y la empatía es muy importante. Sin comunicación no hay comprensión y, consecuentemente, no hay cambio. La comunicación dota de mayor confianza ante los pacientes y debe ser bidireccional (con escucha activa a las personas). Escuchar mucho para poder actuar bien.

Las rotaciones en servicios hospitalarios en los últimos cursos de la formación pregraduada generan las oportunidades (escasas) de adquirir experiencia clínica. Pero, sobre todo, ofrecen una exposición a modelos de imitación. Estos modelos constituyen una poderosa fuente de lo que se ha venido en denominar “currículo oculto”. Como se ha comprobado en esta investigación, incorporar una observación semiestructurada sobre la comunicación mejora la perspectiva y la prospectiva de quien la realiza.

Uno de los aspectos que parecen claves no es tanto si la práctica de la comunicación se realiza con pacientes simulados o con otros agentes, sino, sobre todo, si hay una retroalimentación estructurada y personalizada que les permita visualizar a cada estudiante las áreas de mejora en la comunicación que debe tratar de modificar. Y hay evidencias de que no es tanto si la observación es entre pares o con expertos, sino que es en sí la retroalimentación de lo observado lo que condiciona más la mejora sus habilidades comunicativas.

Con este estudio piloto se ha detectado que la experiencia de esta acción docente es útil en la formación académica para los estudiantes de Medicina en el área de la comunicación. Y gracias a la observación participante del grupo de estudiantes se ha podido conocer mejor cómo se está comunicando a nivel clínico e interpersonal en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Concluyendo que una comunicación efectiva afecta positivamente a la satisfacción y bienestar emocional del paciente, a la evolución de los resultados de salud y a la satisfacción de los profesionales.

7. REFERENCIAS

- Barrientos-Báez, Almudena; Rodríguez Terceño, José; Caldevilla-Domínguez, David y Barquero Cabrero, Mario (2020). Redes sociales: educación superior en salud e inteligencia emocional. En C. J. Santos-Martínez y D. J. Luquetta-Cediel (Coords.), *Praxis educativa, inclusión e innovación TIC en la educación superior*. Editorial Uniautónoma. <http://hdl.handle.net/11619/3987>
- Carretero-Díaz, Miguel Ángel; Barrientos-Báez, Almudena y Caldevilla-Domínguez, David (2022). Neurocomunicación y proyecto «cuidador complutense»: aplicación en el cuidado de las personas mayores. En Ubaldo Cuesta, Almudena Barrientos-Báez y Luz Martínez-Martínez (Coords.), *Los nuevos materiales de la comunicación y la salud*. Colección: Comunicación, Neurocomunicación y Salud. Fragua.
- Costa Sánchez, Carmen (2011). *La comunicación en el hospital. La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario*. Comunicación Social Ediciones y publicaciones.
- Cuesta, Ubaldo; Ugarte, Aitor y Menéndez, Tania (Coord.) (2008). *Comunicación y salud. Avances en modelos y estrategias de intervención*. UCM Editorial Complutense.
- Fondevila-Gascón, Joan; Barrientos-Báez, Almudena; Caldevilla-Domínguez, David y Montero Gascó, Pol (2024). Herramientas de marketing interactivo en el sector sanitario: estudio de caso de la app Mi Salud. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 35, e2257. <https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/2257>
- Jolliffe, Darrik y Farrington, David (2006). *Basic Empathy Scale (BES)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t42339-000>
- Mendoza Maldonado, Y. y Barría Pilaquilén, M. (2021). La comunicación en salud y la necesidad de integración interdisciplinaria. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 32(3). <https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1692>
- Merayo, Antonio; Bravo, Esteban y Gordón, Fernando (2014). *La Comunicación con el paciente. Habilidades emocionales para los profesionales de la salud*. Elsevier.
- Mezzich, J. E. (2014). Prólogo. En R. Ruiz Moral (Coord.), *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Schiavo, Renata (2013) *Health communication: from theory to practice*. Jossey-Bass.

CONTRIBUCIONES DE AUTORES, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Conceptualización: Matos Agudo, Diego; Rubio Gil, Francisco Javier.; Nieto Manibardo, Enrique; Rey García, Pablo y Gómez Sánchez, José Carlos. **Metodología:** Rubio Gil, Francisco Javier.; Rey García, Pablo y Gómez Sánchez, José Carlos. **Software:** Rubio Gil, Francisco Javier.; y Gómez Sánchez, José Carlos. **Validación:** Rey García, Pablo; Nieto Manibardo, Enrique, y Gómez Sánchez, José Carlos. **Análisis formal:** Matos Agudo, Diego, y Gómez Sánchez, José Carlos. **Curación de datos:** Rubio Gil, Francisco Javier y Gómez Sánchez, José Carlos. **Redacción-Preparación del borrador original:** Apellido Apellido, Nombre. **Redacción-Revisión y Edición:** Matos Agudo, Diego y Gómez Sánchez, José Carlos. **Visualización:** Matos Agudo, Diego; Rubio Gil, Francisco Javier.; Nieto Manibardo, Enrique; Rey García, Pablo y Gómez Sánchez, José Carlos. **Supervisión:** Matos Agudo, Diego. **Administración de proyectos:** Matos Agudo, Diego. **Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito:** Matos Agudo, Diego; Rubio Gil, Francisco Javier.; Nieto Manibardo, Enrique; Rey García, Pablo y Gómez Sánchez, José Carlos.

Financiación: Esta investigación sí recibió financiamiento externo.

Agradecimientos: El presente texto nace en el marco del proyecto de investigación en Gestión Sanitaria y Atención Sociosanitaria del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) con código IBYG22/00001.

Conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses

AUTORES

Diego Matos Agudo

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

Periodista, doctor en Comunicación, máster en Dirección de Comunicación Empresarial e Institucional y profesor universitario. Actualmente es el director de Comunicación del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y el jefe del grupo de investigación/plataforma “Comunicación y Salud” del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. También forma parte del grupo de investigación “MacGuffin”, de la Universidad Pontificia de Salamanca. Investigador y ponente en congresos nacionales, internacionales, charlas y como docente en diversas universidades y centros. Su línea de investigación principal es el estudio del cómic, especialmente en lo relacionado al cómic como género periodístico. Es autor de varios libros de carácter divulgativo. Su trabajo se ha desarrollado a nivel local en prensa, radio y televisión y ha publicado en medios especializados a nivel nacional. También estudia (1) los procesos culturales (cine, televisión), (2) la cultura de la nostalgia, (3) las fuentes documentales y (4) la comunicación en el ámbito de la salud. Es el presidente de la Asociación Salmantina de Periodistas (ASPE).

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-2264-8946>

Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=HbMkf4QAAAAJ&hl=es>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Diego-Matos-Agudo>

Francisco Javier Rubio Gil

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

Diplomado en enfermería por la Universidad de Salamanca desde 1992 y concedido el grado en enfermería por el Ministerio de Educación en 2016. Miembro de la plataforma transversal de comunicación del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Jefe de enfermería de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Salamanca desde 2016. Áreas de investigación: lactancia materna, cuidados intensivos y comunicación en salud. 6 publicaciones en revistas indexadas, 3 comunicaciones en congresos nacionales, 4 comunicaciones póster en congresos nacionales.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-4813-2761>

Enrique Nieto Manibardo

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

Licenciado en Derecho; Máster en Abogacía Digital y Nuevas Tecnologías; Máster en Práctica Jurídica. Ha trabajado más de cinco años en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, como responsable de seguridad de la información y actualmente además es Jefe de la Asesoría Jurídica. Es colaborador docente en Universidad de Salamanca. Profesor del Máster en Abogacía Digital y Nuevas Tecnologías y del Máster de Legaltech y gestión digital de la abogacía, ambos de la Universidad de Salamanca. Profesor del Máster en Gestión y Dirección de Servicios de Admisión y Documentación Clínica (GEDISA). Sus principales áreas de investigación incluyen el derecho sanitario, protección de datos y el derecho y nuevas tecnologías.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-4840-4093>

Pablo Rey García

Universidad Pontificia de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

Profesor encargado de cátedra en la Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA) donde imparte Relaciones Internacionales y Política Internacional. Es Doctor en Comunicación con Premio Extraordinario por la UPSA, Máster en Paz Seguridad y Defensa por el Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado, Diploma de Estudios Avanzados en Historia Contemporánea por la Universidad de Salamanca. Profesor invitado por la Wright State University de Dayton, Ohio, y con estancias de investigación en la Universidad Hebrea de Jerusalén, la Universidad de Lovaina, la Universidad Americana de Beirut, el Yad Vashem o la Universidad de Letonia, entre otras.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-9962-7003>

Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=KWiCKKEAAAAJ&hl=es>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Pablo-Rey-Garcia>

José Carlos Gómez Sánchez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

Neurólogo, facultativo especialista en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Doctor en Medicina, formación acreditada en Neurosonología, investigador del grupo de Neurobiología molecular del Instituto de investigación biomédica de Salamanca, profesor asociado de la Universidad de Salamanca. Estancias en UCL *Queen Square Institute of Neurology* (unidad de ictus), Londres, en la Unidad Rehabilitación Neurológica del Servicio del servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña y en el Complejo Hospitalario de Alessandria (Italia). Desempeñó cargos de gestión sanitaria como Subdirector Médico y Director Médico del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Miembro de la plataforma de Comunicación y Salud del Instituto de investigación Biosanitaria de Salamanca.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-6096-7051>

ARTÍCULOS RELACIONADOS:

- Apodaka, E., Amezaga, A. y Galarraga, A. (2022). La irrupción de los traductores neuronales en sistemas de actividad lingüística reglada: Distorsiones, conflictos e innovaciones. *European Public & Social Innovation Review*, 7(2), 27-42. <https://pub.sinnergiak.org/esir/article/view/196>
- Bensalem, E. (2022). El impacto del disfrute y la ansiedad en la voluntad de comunicarse de los estudiantes del idioma inglés. *Vivat Academia, Revista de Comunicación*, 155, 91-111. <https://doi.org/10.15178/va.2022.155.e1310>
- Carral, U. y Elías, C. (2024). Aplicación de herramientas de IA como metodología para el análisis de la toxicidad en la conversación en redes sociales: Estudio de caso de la política española en Twitter. *Revista Latina de Comunicación Social*, 82, 1-18. <https://doi.org/10.4185/rlcs-2024-2205>
- Castro-Martínez, A., Díaz-Morilla, P. y Torres-Martín, J. L. (2022). El papel de la comunicación interna en la gestión del teletrabajo durante la crisis de la COVID-19. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 55, 29-51. <https://doi.org/10.15198/seeci.2022.55.e768>
- Dugnani, P. (2023). Meios de Comunicação, Extensão, Escapismo e Isolamento social: Os paradoxos da comunicação nas relações sociais pós-COVID. *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información*, 28, 24-37. <https://doi.org/10.35742/rcci.2023.28.e279>