Revista de Comunicación y Salud, 2027, Vol. 17, 1-39.
Editado por Cátedra de Comunicación y Salud
ISSN: 2173-1675

CC BY

RCyS
REVISTA DE COMUNICACIÓN Y SALUD

Enviado: 27/05/2026
Aprobado: 24/08/2026
Publicación anticipada: 14/09/2026
Publicado: 01/01/2027

COMUNICACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR CRÓNICO: MARCOS, PROCESOS, BARRERAS Y COMPETENCIAS RELACIONALES POTENCIALMENTE VINCULADOS A LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN. REVISIÓN DE ALCANCE.

Clinical Communication in Chronic Pain: Frameworks, Processes, Barriers, and Relational Competencies Potentially Linked to the Humanization of Care. A *Scoping Review*.

Enrique Barros-Beracaza
Universidad de Granada. España.
enriquebaber@correo.ugr.es

Estrella Martínez-Rodrigo
Universidad de Granada. España
emrodrigo@ugr.es

Francisco García-García
Universidad de Diseño Innovación y Tecnología, (UDIT). España
Francisco.garcia@udit.es

Cómo citar el artículo:

Barros-Beracaza, Enrique, Martínez-Rodrigo, Estrella y García-García, Francisco (2027). Comunicación clínica del dolor crónico: marcos, procesos, barreras y competencias relacionales potencialmente vinculados a la humanización de la atención. Revisión de alcance [Clinical Communication in Chronic Pain: Frameworks, Processes, Barriers, and Relational Competencies Potentially Linked to the Humanization of Care. A *Scoping Review*]. *Revista de Comunicación y Salud,* 17, 1-39. https://doi.org/10.35669/rcys.2027.17.e421

RESUMEN

Introducción: La comunicación clínica constituye una dimensión central en la atención del dolor crónico por su papel en el reconocimiento del sufrimiento y en la relación terapéutica, dimensiones potencialmente relacionadas con una atención humanizada. Sin embargo, la evidencia disponible permanece dispersa entre estudios empíricos, revisiones y trabajos conceptuales. **Metodología:** Se realizó una revisión de alcance siguiendo el marco metodológico del Joanna Briggs Institute y las directrices PRISMA-ScR. La búsqueda se efectuó el 24 de febrero de 2026 en siete fuentes bibliográficas y dos estrategias complementarias. Se incluyeron publicaciones en inglés y español, publicadas entre 2010 y 2026, que abordaran explícitamente la comunicación clínica en dolor crónico en contextos sanitarios. **Resultados:** Se identificaron 4.928 registros y 148 publicaciones cumplieron los criterios de inclusión, de las cuales 131 fueron estudios empíricos y 17 revisiones o publicaciones conceptuales y metodológicas. Predominaron los estudios cualitativos y los contextos de atención clínica general y atención primaria. La atención centrada en la persona, la alianza terapéutica relacional y la toma de decisiones compartida representaron conjuntamente el 77,7 % del corpus total. El análisis de sensibilidad restringido a los 131 estudios empíricos mantuvo el orden de estas categorías, que agruparon el 78,6 % de la evidencia empírica. La relación terapéutica fue el tema dominante más frecuente en ambos análisis. **Discusión:** En las publicaciones incluidas predominaron los enfoques relacionales de la comunicación clínica, especialmente aquellos centrados en la calidad del vínculo terapéutico, la validación de la experiencia y la participación del paciente. La humanización o deshumanización fue abordada explícitamente en ocho publicaciones; en el resto del corpus, su relación con las competencias y prácticas comunicativas corresponde a una inferencia analítica de esta revisión. **Conclusiones:** La atención centrada en la persona, la validación, la empatía clínica y la participación del paciente constituyen dimensiones potencialmente relacionadas con una atención humanizada, pero no deben interpretarse como indicadores de un impacto demostrado. Persisten brechas en la definición, operacionalización y evaluación directa de la humanización y de los constructos comunicativos.

Palabras clave: Dolor crónico**,** comunicación clínica**,** humanización de la atención**,** comunicación centrada en la persona**,** validación del dolor**,** alianza terapéutica**,** toma de decisiones compartida**,** relación médic**o-**paciente.

Abstract

Introduction: Clinical communication is a central dimension of chronic pain care because of its role in recognizing suffering and shaping the therapeutic relationship, dimensions potentially related to humanized care. However, the available evidence remains scattered across empirical studies, reviews, and conceptual papers. **Methodology:** A *scoping review* was conducted following the Joanna Briggs Institute methodological framework and the PRISMA-ScR guidelines. The search was carried out on 24 February 2026 across seven bibliographic sources and two complementary search strategies. Publications in English and Spanish published between 2010 and 2026 were included if they explicitly addressed clinical communication in chronic pain within healthcare settings. **Results:** A total of 4,928 records were identified, and 148 publications met the inclusion criteria, including 131 empirical studies and 17 reviews or conceptual and methodological publications. Qualitative studies and general clinical care and primary care settings predominated. Person-centred care, relational therapeutic alliance, and shared decision-making jointly accounted for 77.7 % of the complete corpus. The sensitivity analysis restricted to the 131 empirical studies preserved the ranking of these categories, which accounted for 78.6 % of the empirical evidence. The therapeutic relationship remained the most frequent dominant theme in both analyses. **Discussion:** Relational approaches to clinical communication predominated among the included publications, particularly those emphasizing the quality of the therapeutic relationship, validation of patients' experiences, and patient participation. Humanization or dehumanization was explicitly addressed in eight publications; in the remainder of the corpus, its relationship with communication practices and competencies represents an analytical inference made in this review. **Conclusions:** Person-centred care, pain validation, clinical empathy, and patient participation may be related to humanized care, but they should not be interpreted as indicators of a demonstrated effect. Gaps remain in the definition, operationalization, and direct evaluation of humanization and communication constructs.

Keywords: chronic pain, clinical communication, humanization of care, person centred communication, pain validation, therapeutic alliance, shared decision making, physician-patient relations.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de la comunicación en salud, el dolor crónico constituye un objeto especialmente relevante porque su reconocimiento clínico depende en gran medida de procesos narrativos, relacionales e interpretativos que median entre la experiencia subjetiva del paciente y la respuesta profesional.

El dolor crónico, definido por la International Association for the Study of Pain (IASP) como persistente o recurrente durante más de tres meses, constituye un problema prevalente, discapacitante y costoso (Cohen *et al*., 2021; Treede *et al*., 2019). En Estados Unidos, su prevalencia y coste son elevados (Gaskin y Richard, 2012; Rikard *et al*., 2023); globalmente afecta cerca de un tercio de los adultos, con variaciones europeas según el contexto y la medición (Rometsch *et al*., 2025; Zimmer *et al*., 2022).

Su impacto trasciende ampliamente la dimensión clínica. De forma consistente, se ha asociado con deterioro funcional, comorbilidad psiquiátrica, especialmente depresión y ansiedad, aislamiento social, pérdida de productividad laboral y reducción significativa de la calidad de vida relacionada con la salud (Cohen *et al*., 2021; Hooten, 2016). En este contexto, un hito conceptual especialmente relevante fue el reconocimiento del dolor crónico primario como categoría diagnóstica

independiente en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (Treede *et al*., 2019). Este avance refleja el creciente consenso científico en torno al dolor crónico como condición clínica en sí misma, y no únicamente como manifestación secundaria de otra enfermedad, y refuerza la necesidad de un abordaje multidimensional que integre factores biológicos, psicológicos y sociales. En consecuencia, la atención al dolor crónico no puede reducirse a la identificación de un mecanismo fisiopatológico o a la prescripción de tratamientos aislados, sino que exige una práctica clínica capaz de comprender, interpretar y acompañar una experiencia compleja, subjetiva y prolongada en el tiempo.

En este marco, la comunicación entre el profesional sanitario y la persona con dolor crónico no constituye un elemento periférico del tratamiento, sino una dimensión central del proceso asistencial. La naturaleza inherentemente subjetiva del dolor, su imposibilidad de objetivación directa y su dependencia estructural del relato del paciente para poder ser evaluado e interpretado clínicamente, sitúa a la comunicación en una posición diagnóstica y terapéutica especialmente relevante (Epstein y Street, 2011; Matthias y Bair, 2010; Street *et al*., 2009). En dolor crónico, escuchar, clarificar, validar y negociar significados no son actos accesorios, sino componentes fundamentales del encuentro clínico.

La literatura disponible respalda esta premisa. En una cohorte prospectiva publicada en JAMA Network Open, Licciardone *et al*. (2024) observaron que una mayor empatía médica se asociaba con mejores resultados en dolor, función física y calidad de vida relacionada con la salud a los 12 meses en adultos con lumbalgia crónica. Más que sugerir que la comunicación sustituye a otras intervenciones, este hallazgo refuerza la idea de que puede condicionar su aceptabilidad, su adherencia y, en parte, su efectividad clínica. En otras palabras, la calidad del vínculo comunicativo no debe entenderse como un complemento opcional del tratamiento, sino como una de las condiciones que modulan su desarrollo y su impacto en la experiencia del paciente. Un estudio posterior comparó la comunicación y la empatía dentro de la relación médico-paciente entre personas con y sin dolor crónico, ampliando el análisis desde los resultados clínicos hacia las características comunicativas específicas de esta población (Licciardone *et al*., 2025).

Sin embargo, la investigación sobre comunicación clínica en dolor crónico sigue marcada por una paradoja persistente. Aunque los datos empíricos sobre la relevancia de la relación terapéutica son cada vez más consistentes, los modelos teóricos que deberían orientar la formación profesional, los instrumentos destinados a evaluar competencias comunicativas y los marcos de intervención sobre barreras estructurales continúan siendo fragmentarios, implícitos o escasamente operacionalizados en la literatura (Chapman *et al*., 2022; Main *et al*., 2023). La comunicación se reconoce como importante, pero a menudo se define con insuficiente precisión; se recomienda de forma amplia, pero todavía dispone de pocos protocolos replicables y comparables para su implementación y evaluación.

La humanización de la atención sanitaria ha emergido como un eje transversal en las políticas de salud, los marcos éticos y la investigación clínica y comunicativa, al situar en el centro del cuidado la dignidad, la singularidad y la integralidad de la persona atendida. Desde la bioética, la filosofía del cuidado, la enfermería relacional y los modelos centrados en la persona, humanizar la atención implica superar una concepción reduccionista del paciente como caso clínico o diagnóstico, preservar su dignidad y agencia, y sostener una relación terapéutica técnicamente competente, éticamente responsable y basada en escucha, reconocimiento y reciprocidad (García Sánchez,

2020; Jovell, 2012; McCance y McCormack, 2025; McCormack y McCance, 2010; Peplau, 1997;Todres *et al*., 2009).

En el contexto del dolor crónico, esta perspectiva adquiere especial relevancia porque una de las experiencias más lesivas para el paciente es la invalidación médica de su sufrimiento: no ser creído, ser etiquetado como exagerado o recibir una atención que reduce la complejidad del dolor a un protocolo farmacológico. La literatura clínica y comunicativa documenta que ser escuchado, comprendido y reconocido en la legitimidad del propio sufrimiento no constituye una demanda de confort, sino una necesidad terapéutica vinculada con la adherencia, el bienestar psicológico, la confianza institucional y los resultados en salud (Edlund *et al*., 2017; Epstein y Street, 2011; Sharkiya, 2023).

Competencias como la escucha activa, la empatía clínica, la validación explícita del dolor, la toma de decisiones compartida, la comunicación clara, la sensibilidad ética y la exploración narrativa han sido propuestas como dimensiones potencialmente relacionadas con una atención humanizada. No obstante, esta vinculación requiere distinguir entre su presencia como práctica comunicativa y la evaluación directa de la humanización como resultado asistencial. Su desarrollo no es un atributo innato del profesional ni el resultado espontáneo de la experiencia clínica acumulada: requiere procesos formativos específicos, condiciones organizacionales adecuadas y marcos teóricos que orienten su implementación. Sin embargo, la formación clínica universitaria ha priorizado históricamente las competencias técnicas sobre las relacionales, generando una brecha sistemática que afecta de forma especialmente visible a los profesionales que atienden a personas con dolor crónico (Abdul Hadi *et al*., 2017; Klausen *et al*., 2025).

Aunque el interés por la comunicación clínica en el manejo del dolor ha aumentado durante la última década, las revisiones disponibles han abordado dimensiones parciales, como la prescripción de opioides, las estrategias comunicativas en fisioterapia, la incertidumbre diagnóstica o determinadas subpoblaciones clínicas (Chapman *et al*., 2022; Matthias *et al*., 2013, 2014; Robstad *et al*., 2025; Thompson *et al*., 2024). En consecuencia, persiste una fragmentación que dificulta integrar los modelos teóricos, las competencias relacionales, las barreras comunicativas y su posible vinculación con la humanización, así como desarrollar marcos formativos, instrumentos de evaluación y estrategias organizacionales comparables.

2. OBJETIVO

Mapear y sintetizar la evidencia disponible sobre la comunicación clínica en el dolor crónico, identificando los marcos, enfoques y procesos comunicativos predominantes, las barreras y facilitadores, las competencias relacionales, sus formas de conceptualización, operacionalización y evaluación, y su posible vinculación con la humanización de la atención.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de alcance (*scoping review*). El estudio se desarrolló conforme al marco metodológico del Joanna Briggs Institute (JBI) para revisiones de alcance (Peters *et al*., 2020), y el manuscrito se redactó siguiendo la extensión PRISMA-ScR de la declaración PRISMA para *scoping reviews* (Tricco *et al*., 2018). La revisión se guio por un protocolo de trabajo elaborado a *priori*, aunque dicho documento no fue registrado públicamente antes del inicio de la búsqueda y la selección.

La pregunta se estructuró mediante el marco PCC (Población–Concepto—Contexto):

- Población (P): adultos (≥18 años) con dolor crónico y/o profesionales sanitarios implicados en la atención del dolor crónico.
- Concepto (C): comunicación clínica en dolor crónico, incluyendo marcos, enfoques y procesos de comunicación, barreras, facilitadores y competencias relacionales tales como validación/invalidación, empatía clínica, alianza terapéutica, comunicación centrada en la persona, negociación de objetivos, manejo de incertidumbre y verificación de comprensión.
- Contexto (C): encuentro clínico, consulta presencial o telemedicina en atención primaria, especializada, unidades de dolor, rehabilitación y otros entornos asistenciales.

Pregunta guía: ¿Qué marcos, enfoques y procesos comunicativos, barreras, facilitadores y competencias relacionales se han descrito, y cómo se han conceptualizado, operacionalizado o evaluado en la comunicación clínica del dolor crónico?

3.1. Definiciones operativas y fundamento conceptual de las categorías

Para garantizar coherencia en la selección, extracción y síntesis, se establecieron definiciones operativas para los constructos centrales de la revisión y se explicitó el fundamento conceptual de las categorías empleadas en la matriz de extracción y en el *codebook*. El dolor crónico se consideró como aquel definido en los estudios primarios como dolor persistente o recurrente durante tres meses o más, o mediante formulaciones equivalentes, en consonancia con los criterios de la IASP.

La comunicación clínica se definió como el conjunto de procesos verbales, relacionales e interpretativos que estructuran el encuentro terapéutico entre profesional sanitario y paciente. Esta definición incluyó el intercambio de información, la validación de la experiencia, la exploración narrativa, la negociación de decisiones y la construcción de la relación terapéutica. Conceptualmente, esta categoría se apoyó en los modelos de comunicación centrada en el paciente y comunicación centrada en la persona, que conciben el encuentro clínico no solo como transmisión de información, sino como un proceso relacional de reconocimiento, interpretación compartida y participación del paciente en el cuidado (Epstein y Street, 2011; McCormack y McCance, 2010; Street *et al*., 2009).

Las competencias relacionales se definieron como habilidades y conductas observables que sostienen la calidad del encuentro clínico, entre ellas la escucha activa, la empatía clínica, la validación del dolor, la comunicación clara, la toma de decisiones compartida, la exploración narrativa, el manejo emocional y la sensibilidad ética y el respeto a la dignidad. Esta última competencia, codificada como C9, se definió como la capacidad para reconocer la dignidad, singularidad y agencia de la persona, evitar la cosificación o el trato despersonalizado y responder de manera ética y respetuosa a su experiencia de dolor. En particular, la empatía clínica se delimitó como una competencia comunicativa observable, orientada a comprender la experiencia subjetiva del paciente, responder de forma emocionalmente regulada y comunicar reconocimiento ante el sufrimiento. Esta delimitación se apoyó en la tradición humanista de Carl Rogers, especialmente en su concepción de la comprensión empática como acceso al marco interno de referencia del otro y comunicación de esa comprensión, así como en desarrollos posteriores sobre los componentes cognitivos, afectivos y conductuales de la empatía, incluidos los planteamientos de Hoffman sobre la respuesta empática ante el sufrimiento (Hoffman, 2000; Rogers, 1957). Desde esta base, la

empatía clínica se diferenció de la simpatía, la cordialidad inespecífica o la mera amabilidad comunicativa. En términos analíticos, se codificó como empatía clínica únicamente cuando la publicación describía conductas comunicativas orientadas a comprender, reconocer y responder al sufrimiento del paciente, y no cuando empleaba el término empatía de forma genérica, actitudinal o no operacionalizada.

La humanización de la atención se definió como el conjunto de prácticas centradas en la persona que reconocen la subjetividad del sufrimiento, preservan la dignidad y la agencia del paciente, y favorecen relaciones clínicas de confianza, respeto y cuidado integral. Esta categoría se articuló con los marcos de atención centrada en la persona, validación del sufrimiento y humanización del cuidado, desde los cuales la comunicación clínica se entiende como una práctica ética que puede reducir experiencias de invalidación, despersonalización o pérdida de reconocimiento en el contexto asistencial (McCormack y McCance, 2010; Todres *et al*., 2009). Para diferenciar los hallazgos de las interpretaciones durante la síntesis se distinguieron las prácticas o conductas comunicativas observadas o medidas, las experiencias comunicativas reportadas por pacientes, las interpretaciones explícitas de los estudios primarios y las inferencias analíticas realizadas en esta revisión. La humanización solo se consideró evaluada directamente cuando la publicación la definía explícitamente y utilizaba categorías, indicadores o instrumentos para examinarla. En los demás casos, las prácticas y competencias se describieron como dimensiones potencialmente relacionadas con una atención humanizada.

Finalmente, la alianza terapéutica, la toma de decisiones compartida, el modelo biopsicosocial y la medicina narrativa aportaron marcos adicionales para delimitar categorías como vínculo clínico, confianza, colaboración, negociación de objetivos, comprensión multidimensional del dolor y exploración del relato del paciente (Bordin, 1979; Charles *et al*., 1997; Charon, 2006; Engel, 1977).

Dado el solapamiento conceptual entre algunas categorías, se establecieron criterios de delimitación específicos. La atención centrada en la persona se asignó como marco principal cuando la publicación organizaba la comunicación en torno a los valores, las preferencias, las metas, la biografía, la participación y la agencia del paciente. La alianza terapéutica relacional se utilizó cuando el constructo organizador era el vínculo de colaboración entre paciente y profesional, especialmente la confianza, el acuerdo sobre objetivos, la cooperación, la continuidad o la calidad de la alianza. El enfoque biopsicosocial se asignó únicamente cuando la integración de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales constituía un marco explícito que estructuraba la evaluación, la intervención o la interpretación del dolor, y no cuando los factores psicosociales eran mencionados de manera secundaria.

La relación terapéutica se trató principalmente como un tema sustantivo, no como un marco equivalente a la alianza terapéutica. Esta categoría temática agrupó publicaciones cuyo hallazgo central se refería a la calidad del encuentro, la confianza, la continuidad, el reconocimiento o el deterioro del vínculo clínico, con independencia del marco conceptual principal asignado. Por ello, una publicación podía clasificarse, por ejemplo, dentro de la atención centrada en la persona como marco principal y, simultáneamente, dentro de la relación terapéutica como tema dominante. Esta distinción entre nivel conceptual y nivel temático permitió conservar la proximidad entre las categorías sin tratarlas como sinónimos.

Esta diferenciación se aplicó tanto durante la extracción como en la redacción de los resultados, de modo que las competencias relacionales no fueron utilizadas como indicadores sustitutivos de humanización y las asociaciones no evaluadas directamente se formularon como vinculaciones potenciales.

3.2. Criterios de elegibilidad

Se incluyeron en la revisión las publicaciones que cumplieron los siguientes criterios: haber sido publicadas entre el 1 de enero de 2010 y el 24 de febrero de 2026, estar redactadas en español o inglés, abordar de forma explícita la comunicación clínica en dolor crónico en contexto clínico o asistencial, y analizar al menos uno de los siguientes dominios: (a) modelos o marcos teóricos de comunicación clínica; (b) barreras o facilitadores comunicativos; (c) competencias relacionales; o (d) formas de conceptualización, operacionalización o evaluación de la comunicación. Se consideraron elegibles estudios empíricos cualitativos, cuantitativos y mixtos, incluidas evaluaciones de intervenciones comunicativas y estudios observacionales, así como revisiones de la literatura y documentos conceptuales o de consenso, siempre que aportaran información explícita y relevante para los objetivos de la revisión.

Se excluyeron las publicaciones centradas exclusivamente en dolor agudo sin componente crónico definido, los trabajos desarrollados fuera del contexto clínico asistencial, las publicaciones sin una dimensión comunicativa explícita o analíticamente identificable, las editoriales, cartas al director, comentarios y textos sin metodología explícita, así como los documentos cuyo texto completo no pudo recuperarse tras intentos razonables de obtención.

Dado el carácter cartográfico de la revisión, la unidad analítica fue la publicación incluida, independientemente de que correspondiera a un estudio empírico, una revisión de la literatura o un documento conceptual o de consenso.

Dado que el corpus incluyó publicaciones tanto empíricas como no empíricas, se adoptó una estratificación analítica por tipo documental para evitar una interpretación uniforme de materiales epistemológicamente heterogéneos. A efectos analíticos, las publicaciones se agruparon en tres categorías: (1) evidencia empírica primaria, integrada por estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos; (2) revisiones o síntesis de la literatura; y (3) documentos teóricos, conceptuales o de consenso. Esta estratificación no modificó los criterios de inclusión ni la unidad analítica de la revisión, pero permitió distinguir entre el mapeo descriptivo global del campo y la interpretación sustantiva de los hallazgos.

3.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó el 24 de febrero de 2026 en las siguientes fuentes principales: MEDLINE vía PubMed, Scopus, Web of Science Core Collection, SciELO, Dialnet, LILACS a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Adicionalmente como fuente complementaria de rastreo amplio se utilizó Google Scholar, y con la finalidad de ampliar la sensibilidad de la búsqueda en el ámbito de la psicología y la comunicación en salud, se aplicaron dos estrategias complementarias en Web of Science – Psychology y Scopus – Psychology.

La estrategia combinó términos libres en español e inglés y, cuando la plataforma lo permitió, vocabulario controlado pertinente, por ejemplo, términos MeSH en PubMed, con el fin de maximizar la sensibilidad de recuperación. La búsqueda se organizó en tres bloques conceptuales: (1) dolor crónico; (2) comunicación clínica y encuentro terapéutico; y (3) competencias relacionales y procesos vinculados con la humanización de la atención. En el primer bloque se incluyeron términos como “dolor crónico”, “dolor persistente”, “dolor de larga duración”, *chronic pain, persistent pain* y *long-term pain*. En el segundo se incorporaron términos como

"comunicación clínica", "comunicación médico-paciente", "relación médico-paciente", "entrevista clínica", "consulta", *patient-provider communication, physician-patient communication, physician-patient relations, clinical encounter* y *consultation.* En el tercero se incluyeron términos relacionados con validación, invalidación, empatía, alianza terapéutica, atención centrada en la persona, toma de decisiones compartida, confianza y estigma, tanto en español como en inglés. Los tres bloques se combinaron mediante operadores booleanos y su sintaxis se adaptó a las características específicas de cada fuente.

Los filtros por periodo de publicación (2010–2026) e idioma (español e inglés) se aplicaron directamente en cada plataforma cuando ello fue posible; en las fuentes que no permitían esta restricción de forma estandarizada, dichos criterios se aplicaron durante el proceso de cribado. En Google Scholar, dada su menor estandarización como interfaz bibliográfica frente a bases estructuradas, la búsqueda se utilizó como fuente complementaria de rastreo amplio, aplicando restricción temporal desde la propia interfaz y cribado manual por relevancia e idioma. Las estrategias completas empleadas en cada fuente y el número de registros recuperados se presentan en el Material suplementario S1.

3.4. Gestión de referencias y síntesis de datos

La búsqueda recuperó un total de 4.928 registros. La gestión bibliográfica y la duplicación se realizaron en dos etapas sucesivas. En la primera, todos los registros recuperados se importaron a Zotero, donde se identificaron y eliminaron 2.564 duplicados, quedando 2.364 registros para su exportación a la plataforma Rayyan. En la segunda etapa, Rayyan detectó 560 posibles duplicados adicionales para revisión; de ellos, 353 fueron eliminados automáticamente y 207 fueron revisados manualmente por el equipo y conservados como registros únicos. Tras este proceso de duplicación en dos etapas, se obtuvieron 2.011 registros únicos para la fase de cribado.

El proceso de selección se realizó en dos fases diferenciadas. En la primera fase, correspondiente al cribado por título y resumen, un primer revisor evaluó los 2.011 registros únicos en la plataforma Rayyan. Los casos cuya elegibilidad generó dudas fueron revisados de manera conjunta con un segundo revisor hasta alcanzar un consenso. Las principales razones de exclusión en esta fase fueron la ausencia de componente comunicativo en intervenciones técnicas o farmacológicas (n = 770), la ausencia de encuentro clínico (n = 526), la ausencia de comunicación o competencias relacionales como objeto de análisis (n = 307) y la ausencia de dolor crónico (n = 141), entre otras. Como resultado de esta fase, 252 publicaciones fueron seleccionadas para evaluación a texto completo.

En la segunda fase, el primer revisor evaluó a texto completo las 252 publicaciones potencialmente elegibles. Los casos cuya elegibilidad no pudo resolverse con certeza (n = 15) fueron revisados conjuntamente por ambos revisores y resueltos por consenso. Las 104 publicaciones excluidas se distribuyeron entre los siguientes motivos principales: ausencia de comunicación clínica o competencias relacionales como objeto de análisis (n = 56), ausencia de contexto clínico reconocible (n = 12), ausencia de encuentro clínico o relación profesional-paciente (n = 11), tipo de documento no elegible (n = 12), ausencia de dolor crónico (n = 8) e intervención técnica o farmacológica sin componente comunicativo (n = 5). Finalmente, 148 publicaciones cumplieron los criterios de elegibilidad y se incorporaron a la síntesis. El proceso completo de selección, con los motivos de exclusión desglosados en cada fase, se documenta en el diagrama de flujo PRISMA-ScR (Figura 1).

Como procedimiento de control de calidad, un segundo revisor examinó independientemente una submuestra de 74 publicaciones seleccionada mediante muestreo aleatorio simple entre los documentos sometidos a evaluación a texto completo. La concordancia se calculó sobre las decisiones binarias de elegibilidad —incluir o excluir— antes de la resolución de las discrepancias. El acuerdo observado fue del 91,9 % y la kappa de Cohen de 0,769, indicativo de un acuerdo sustancial. Las discrepancias se revisaron publicación por publicación mediante una nueva lectura del texto completo, la aplicación de los criterios de elegibilidad predefinidos y la discusión entre las personas revisoras hasta alcanzar consenso.

Los revisores fueron seleccionados por su experiencia complementaria en investigación en salud, metodología de revisiones de alcance, comunicación clínica y análisis cualitativo de literatura científica. Antes del cribado definitivo, ambos revisores discutieron los criterios de elegibilidad, las definiciones operativas y el *codebook* analítico, con el fin de armonizar la interpretación de los constructos centrales. La participación del segundo revisor se concentró en los casos de elegibilidad dudosa, la resolución por consenso y la verificación independiente de una submuestra aleatoria equivalente al 50 % del corpus final incluido. Esta estrategia se consideró metodológicamente adecuada para los objetivos cartográficos de una revisión de alcance, en consonancia con las recomendaciones del Joanna Briggs Institute y PRISMA-ScR, que enfatizan la transparencia del proceso, la trazabilidad de las decisiones y la consistencia de la selección.

La extracción de datos se realizó mediante una matriz ad hoc diseñada específicamente para esta revisión y guiada por un *codebook* estructurado, con el propósito de favorecer la consistencia terminológica y la reproducibilidad de la codificación. Durante la fase de evaluación a texto completo, el formulario de extracción y el *codebook* se sometieron a un proceso de calibración iterativa sobre 150 de las 252 publicaciones potencialmente elegibles. Esta fase permitió identificar ambigüedades terminológicas, solapamientos entre categorías y necesidades de ajuste en las definiciones operativas y reglas de codificación. La calibración del formulario fue independiente de la decisión definitiva de inclusión, que se estableció mediante la aplicación de los criterios de elegibilidad al conjunto completo de publicaciones evaluadas a texto completo. Tras finalizar este proceso, 148 publicaciones conformaron el corpus definitivo y fueron analizadas mediante la versión refinada del formulario de extracción.

Las variables recogidas incluyeron información bibliográfica básica —autoría, año de publicación, país de procedencia, idioma y base de datos de origen—, así como características metodológicas y contextuales, entre ellas el tipo de publicación, el diseño metodológico, el contexto clínico, las características y el tamaño de la muestra y el tipo de dolor crónico estudiado. Asimismo, se registraron los marcos, enfoques y procesos comunicativos identificados y su correspondiente codificación; las barreras y los facilitadores comunicativos; las competencias relacionales; la definición y conceptualización de la comunicación; el nivel de operacionalización del constructo comunicativo; los métodos, instrumentos e indicadores de evaluación; los principales hallazgos de cada publicación; su vinculación con la humanización de la atención; las implicaciones clínicas y formativas señaladas por los autores; y las lagunas de investigación identificadas. Estas variables permitieron caracterizar el corpus, comparar los enfoques metodológicos y sustentar la síntesis temática posterior. La extracción fue realizada por un primer revisor y verificada por un segundo revisor en la submuestra aleatoria de control, con el fin de reforzar la calidad y la consistencia metodológica de la codificación.

Se realizó una síntesis descriptiva y temática orientada al mapeo conceptual del campo y a la identificación de patrones de evidencia, siguiendo el método de síntesis temática de Thomas y Harden (2008). La síntesis adoptó un enfoque híbrido deductivo-inductivo. Antes de iniciar la extracción se establecieron, a partir de la pregunta PCC, el marco conceptual y la estrategia de búsqueda, cuatro dominios analíticos generales: marcos, enfoques y procesos comunicativos; barreras y facilitadores; competencias relacionales; y formas de conceptualización, operacionalización y evaluación de la comunicación. El *codebook* inicial incluyó asimismo categorías sensibilizadoras como la atención centrada en la persona, la alianza terapéutica, la toma de decisiones compartida, la validación del dolor y la empatía clínica. Estas categorías orientaron la extracción, pero no constituyeron una estructura cerrada ni excluyente.

Durante el primer ciclo, un primer revisor codificó los fragmentos relevantes y creó códigos provisionales cuando su contenido no podía adscribirse adecuadamente a las categorías iniciales. En el segundo ciclo, ambos revisores examinaron los códigos, compararon las categorías deductivas con los contenidos emergentes y acordaron su conservación, modificación, integración o incorporación al *codebook*. Este proceso permitió diferenciar subcategorías de barreras, identificar temas meta-analíticos y reconocer enfoques no previstos, como la competencia cultural y determinadas formas de comunicación educativa. Los temas finales se generaron mediante la agrupación interpretativa de códigos predefinidos y emergentes. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión argumentada hasta alcanzar consenso.

3.4.1. Criterios de asignación de las categorías principales

Para la presentación descriptiva de las frecuencias, se asignó a cada publicación un único marco, enfoque o proceso comunicativo principal y un único tema dominante. Esta clasificación exclusiva se aplicó únicamente a estas dos variables de síntesis; las barreras, los facilitadores y las competencias relacionales conservaron una codificación múltiple, dado que una misma publicación podía contener simultáneamente varias de estas dimensiones.

La asignación del marco, enfoque o proceso principal se basó en su función organizadora dentro de la publicación. Se consideró, en primer lugar, la formulación explícita del marco teórico o conceptual; en segundo lugar, su utilización para estructurar los objetivos, el diseño, la intervención o los instrumentos de evaluación; y, en tercer lugar, su papel en la interpretación de los resultados. La mera mención de un marco o competencia no fue suficiente para asignarlo como categoría principal. Cuando una publicación utilizaba más de un marco, se seleccionó aquel que organizaba de manera más directa la pregunta de investigación, el procedimiento analítico o la intervención evaluada.

El tema dominante se determinó atendiendo al problema comunicativo que concentraba el objetivo principal, la mayor parte de los resultados y la interpretación central de la publicación. Los contenidos secundarios se conservaron mediante codificación múltiple y pudieron contribuir a otros temas durante la síntesis cualitativa, pero no se contabilizaron nuevamente en las frecuencias del tema dominante.

En los casos en que dos categorías presentaban una relevancia semejante, se aplicó una secuencia de decisión basada en: a) el objetivo o pregunta principal de la publicación; b) el constructo

utilizado para organizar el diseño o el análisis; c) el contenido con mayor desarrollo en los resultados; y d) la conclusión principal formulada por los autores. Los casos que continuaron siendo ambiguos fueron revisados conjuntamente por ambos revisores y resueltos mediante consenso. No se mantuvieron empates ni clasificaciones dobles en las variables correspondientes al marco principal y al tema dominante.

La elección de una clasificación exclusiva respondió a una finalidad descriptiva: obtener distribuciones interpretables, evitar el doble conteo de una misma publicación y permitir la comparación entre el corpus completo y la evidencia empírica en el análisis de sensibilidad. Esta decisión no implicó considerar que los marcos y temas fueran mutuamente excluyentes en términos teóricos. El carácter multidimensional de las publicaciones se preservó en la matriz mediante la codificación secundaria y en la síntesis cualitativa, en la que una misma publicación podía contribuir a varios temas, barreras, facilitadores o competencias.

El análisis se desarrolló en dos niveles complementarios. En el primer nivel, el mapeo descriptivo del campo —distribución temporal, procedencia geográfica, idioma, contextos clínicos, participantes, tipos de dolor, tipo de publicación y diseño metodológico— se efectuó sobre el corpus completo de 148 publicaciones. Para presentar las frecuencias de los marcos, enfoques y procesos comunicativos y de los temas dominantes, cada publicación fue contabilizada una sola vez dentro de cada eje de clasificación. No obstante, la matriz conservó los códigos secundarios y una misma publicación podía contribuir analíticamente a más de un tema, barrera, facilitador o competencia durante la síntesis cualitativa.

En el segundo nivel se realizó un análisis de sensibilidad restringido a los 131 estudios empíricos primarios, excluyendo las 17 revisiones y publicaciones teóricas, conceptuales o metodológicas. Se recalcularon las frecuencias relativas de los marcos, enfoques y procesos comunicativos y de los temas dominantes. Asimismo, se examinó la distribución de las barreras, los facilitadores, las competencias relacionales y las formas de conceptualización, operacionalización y evaluación de la comunicación, cuando la estructura de los datos lo permitió.

La estabilidad de los resultados se evaluó mediante la comparación del orden de frecuencia de las categorías y de las diferencias en puntos porcentuales entre el corpus total y la evidencia empírica. Para las categorías principales y los temas dominantes, cada publicación contribuyó a una única categoría. Las barreras, facilitadores y competencias relacionales no fueron mutuamente excluyentes, por lo que una misma publicación podía contribuir a más de una categoría y sus porcentajes no suman necesariamente el 100 %. No se realizaron pruebas de significación estadística, dado que los estudios empíricos constituyen un subconjunto del corpus completo y la comparación tuvo una finalidad descriptiva.

De forma complementaria, se realizó un análisis exploratorio de acoplamiento bibliográfico mediante VOSviewer Desktop 1.6.21. La unidad de análisis fue la publicación y los vínculos se establecieron según las referencias compartidas entre documentos, mediante conteo completo y normalización por fuerza de asociación. Este análisis tuvo una finalidad descriptiva y no sustituyó la síntesis temática.

Los 148 documentos se incorporaron al análisis. La red presentó 1.126 vínculos y una fuerza total de enlace de 2.423. De ellos, 135 publicaciones (91,2 %) integraron el componente conectado

principal y se distribuyeron en ocho clústeres; los 13 restantes (8,8 %) presentaron valores de *Links* y *Total link strength* iguales a cero y se conservaron como nodos aislados.

La figura principal representa únicamente los 135 documentos conectados. El tamaño de los nodos refleja el número de citas. Los colores identifican los clústeres y se muestran hasta 700 vínculos, con una fuerza mínima de visualización de 1. El mapa se generó con atracción = 2, repulsión = 1 y resolución de agrupamiento = 1,00. Las denominaciones temáticas de los clústeres se asignaron posteriormente mediante la revisión de los títulos y contenidos predominantes. Los parámetros avanzados y los archivos reproducibles se incluyen en el Material suplementario S6.

La numeración de los códigos M, T y C se mantuvo conforme al *codebook* analítico completo incluido en el Material suplementario S2. Por este motivo, la ausencia de determinados códigos en una tabla, figura o apartado del manuscrito no indica una discontinuidad ni un error de numeración. En la distribución de los marcos principales solo se muestran las categorías seleccionadas al menos una vez como M principal; los códigos M3 —enfoque narrativo— y M6 —comunicación educativa— se conservaron como códigos secundarios, pero no fueron asignados como marco principal. Las competencias C se codificaron de forma múltiple y las tablas del manuscrito presentan únicamente aquellas relacionadas con cada tema o destacadas en la síntesis, mientras que el listado completo C1–C11 y sus definiciones operativas se encuentran en el Material suplementario S2. Los códigos M representan el marco, enfoque o proceso que organiza conceptualmente una publicación, mientras que los códigos T representan el contenido dominante de sus objetivos, resultados e interpretación. Por ello, denominaciones próximas o coincidentes —como atención centrada en la persona, enfoque biopsicosocial o validación del dolor— pueden aparecer en ambos ejes sin constituir categorías duplicadas ni generar doble conteo.

3.5. Evaluación crítica, transparencia y consideraciones éticas

Dado el carácter cartográfico de esta revisión de alcance y su objetivo de mapear conceptos, enfoques y vacíos de investigación, más que evaluar la efectividad de intervenciones, no se aplicó una herramienta formal de evaluación crítica de la calidad metodológica como criterio de exclusión, en consonancia con las recomendaciones metodológicas del Joanna Briggs Institute para revisiones de alcance (Peters *et al*., 2020). No obstante, durante la extracción se registraron de forma sistemática características metodológicas relevantes de cada publicación, incluyendo el diseño, el nivel de operacionalización del constructo comunicativo y la presencia o ausencia de evaluación formal de resultados, con el fin de contextualizar la interpretación de los hallazgos.

Al tratarse de una revisión de literatura basada exclusivamente en publicaciones ya disponibles y de acceso público, sin participación directa de personas ni uso de datos individuales identificables, no fue necesaria la obtención de aprobación por parte de un comité de ética de investigación. Con el fin de garantizar la trazabilidad y reproducibilidad del proceso, se conservaron las estrategias de búsqueda por fuente, los registros de las decisiones adoptadas durante el cribado y los motivos de exclusión correspondientes a cada fase de selección (véanse los Materiales suplementarios S1 y S5).

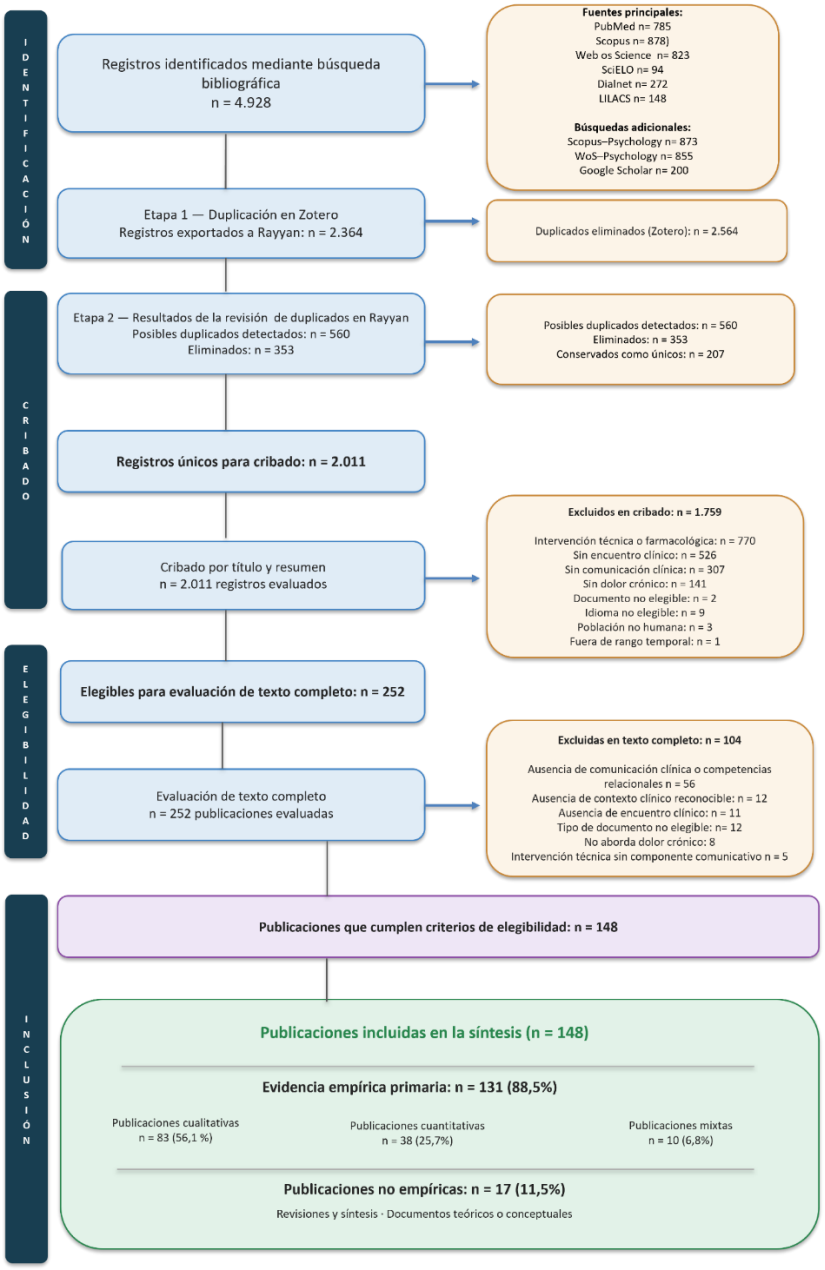
Disponibilidad de datos y materiales: Los materiales destinados a favorecer la transparencia y reproducibilidad de esta revisión, incluidas las estrategias completas de búsqueda (S1), el *codebook* analítico y las reglas de clasificación (S2), el diccionario de variables (S3), la matriz de extracción y el listado de publicaciones incluidas (S4), el listado de publicaciones excluidas tras la evaluación a texto completo y sus motivos de exclusión (S5), los archivos utilizados en el análisis

bibliométrico y de redes (S6), y la distribución de barreras, facilitadores y competencias relacionales (S7), se encuentran disponibles en Zenodo (10.5281/zenodo.22070717)

4. RESULTADOS

La búsqueda identificó 4.928 registros a partir de siete fuentes bibliográficas y dos estrategias complementarias específicas. Tras la deduplicación en dos etapas, Zotero (−2.564) y Rayyan (−353 eliminados y 207 resueltos como únicos), se obtuvieron 2.011 registros únicos para el cribado por título y resumen. De estos, 1.759 fueron excluidos en la primera fase, principalmente por ausencia de componente comunicativo, ausencia de encuentro clínico o ausencia de dolor crónico. Las 252 publicaciones restantes fueron evaluadas a texto completo, excluyéndose 104 por ausencia de comunicación clínica o competencias relacionales como objeto de análisis, ausencia de contexto clínico reconocible o tipo de documento no elegible. Finalmente, 148 publicaciones cumplieron los criterios de elegibilidad y se incorporaron a la síntesis. El proceso completo de selección se documenta en el diagrama de flujo PRISMA-ScR (Figura 1).

Figura 1. *Diagrama de flujo PRISMA-ScR del proceso de identificación, selección y elegibilidad de publicaciones*



Nota. La deduplicación se realizó en dos etapas: Zotero y revisión manual en Rayyan. El corpus final incluido estuvo compuesto por 148 publicaciones, de las cuales 131 correspondieron a evidencia empírica primaria y 17 a publicaciones no empíricas. PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for *Scoping reviews*.
Fuente: elaboración propia a partir del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de esta revisión, conforme a PRISMA-ScR.

4.1. Características bibliométricas y metodológicas del corpus

Las 148 publicaciones incluidas se distribuyeron entre el 1 de enero de 2010 y el 24 de febrero de 2026, con un incremento sostenido a partir de 2017. El periodo 2015–2019 concentró el mayor volumen del corpus (n = 49; 33,1 %), seguido de 2020–2023 (n = 45; 30,4 %), 2024–2026 (n = 35; 23,6 %) y 2010–2014 (n = 19; 12,8 %). El año con mayor número de publicaciones fue 2022 (n = 17), seguido de 2018 y 2025 (n = 15 cada uno) y 2024 (n = 14). Aunque los criterios de elegibilidad permitieron incluir publicaciones en español e inglés, la totalidad del corpus finalmente incluido estuvo publicada en inglés (n = 148; 100 %). Estados Unidos concentró el 45,9 % de las publicaciones (n = 68), seguido de Reino Unido (n = 13; 8,8 %), Australia (n = 8; 5,4 %), Canadá (n = 7; 4,7 %) y Suecia (n = 6; 4,1 %). En conjunto, los cinco países anglófonos con mayor representación, Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Canadá e Irlanda representaron el 67,6 % del corpus (n = 100). Solo tres publicaciones procedieron de España. La representación de países de ingresos bajos y medios fue limitada, con publicaciones procedentes de China, Nigeria y Sudáfrica (n = 1 por país; 0,7 % cada uno; 2,0 % en conjunto). No se identificaron publicaciones latinoamericanas.

El corpus combinó publicaciones empíricas y no empíricas. De las 148 publicaciones incluidas, 131 correspondieron a evidencia empírica primaria (88,5 %): 83 estudios cualitativos (56,1 %), 38 cuantitativos (25,7 %) y 10 mixtos (6,8 %). Las 17 publicaciones restantes (11,5 %) correspondieron a ocho revisiones narrativas, cuatro revisiones sistemáticas, tres revisiones de alcance, un artículo teórico y un estudio metodológico.
Entre los estudios empíricos cualitativos, las entrevistas individuales fueron el método más frecuente (n = 32; 21,6 %), seguidas de estudios cualitativos de diseño no especificado (n = 25; 16,9 %), diseños fenomenológicos (n = 6; 4,1 %) y grupos focales (n = 4; 2,7 %). La presencia de ensayos clínicos fue reducida (n = 4; 2,7 %), al igual que la de estudios de intervención comunicativa evaluados mediante resultados clínicos, experienciales o formativos objetivables. Esta estratificación se utilizó posteriormente para repetir los principales análisis sustantivos sobre la evidencia empírica primaria y comprobar si los resultados se mantenían tras excluir las revisiones y publicaciones conceptuales o metodológicas.

En cuanto al contexto asistencial, la atención clínica general (n = 56; 37,8 %) y la atención primaria (n = 35; 23,6 %) agruparon conjuntamente el 61,5 % del corpus. La rehabilitación (n = 14; 9,5 %), la atención especializada (n = 12; 8,1 %), las unidades del dolor (n = 7; 4,7 %) y la atención multidisciplinar (n = 7; 4,7 %) completaron los contextos principales. La presencia de publicaciones en entornos de telemedicina fue escasa.
Respecto al tipo de dolor, el dolor crónico general, sin especificación de una condición concreta o con múltiples condiciones, concentró el 58,8 % del corpus (n = 87), seguido del dolor lumbar crónico (n = 22; 14,9 %). El dolor musculoesquelético crónico y el dolor crónico no oncológico estuvieron representados en 11 publicaciones cada uno (7,4 %), mientras que la fibromialgia apareció en siete publicaciones (4,7 %) (Tabla 1).

Los estudios centrados exclusivamente en pacientes representaron el 60,1 % del corpus (n = 89). Un total de 43 publicaciones (29,1 %) incluyó conjuntamente a pacientes y profesionales o familiares, mientras que 15 publicaciones (10,1 %) se centraron exclusivamente en profesionales. En una publicación no se reportó con precisión la composición de los participantes (0,7 %).

Tabla 1. Características descriptivas y estratificación analítica del corpus incluido en la revisión de alcance (n = 148)

Característica	Categoría	n	%
Estratificación del corpus	Evidencia empírica primaria	**131**	**88,5**
	Publicaciones no empíricas	**17**	**11,5**
Período de publicación	2010–2014	19	12,8
	2015–2019	49	33,1
	2020–2023	45	30,4
	2024–2026	35	23,6
País de origen	Estados Unidos	68	45,9
	Reino Unido	13	8,8
	Australia	8	5,4
	Canadá	7	4,7
	Suecia	6	4,1
	Irlanda	4	2,7
	España	3	2,0
	Suiza	3	2,0
	Países Bajos	3	2,0
	Dinamarca	2	1,4
	Nueva Zelanda	2	1,4
	Alemania	2	1,4
	Otros países	8	5,4
	No reportado como único país	19	12,8
Tipo de publicación	**Empíricos primarios**		
	- Estudio cualitativo	83	56,1
	- Estudio cuantitativo	38	25,7
	- Estudio mixto	10	6,8
	No empíricos		
	- Revisión narrativa	8	5,4
	- Revisión sistemática	4	2,7
	- Revisión de alcance	3	2,0
	- Artículo teórico	1	0,7
	- Estudio metodológico	1	0,7
Contexto clínico	Atención clínica (general)	56	37,8
	Atención primaria	35	23,6
	Rehabilitación	14	9,5
	Atención especializada	12	8,1
	Unidad del dolor	7	4,7
	Atención multidisciplinar	7	4,7
	Comunitario	5	3,4
	Otros/no reportado	12	8,1
Tipo de dolor crónico	Dolor crónico general	87	58,8
	Dolor lumbar crónico	22	14,9
	Dolor musculoesquelético crónico	11	7,4
	Dolor crónico no oncológico	11	7,4
	Fibromialgia	7	4,7
	Otros tipos de dolor específicos	10	6,8
Composición de los participantes	Pacientes únicamente	89	60,1
	Pacientes y profesionales/familiares	43	29,1
	Profesionales únicamente	15	10,1
	No reportado	1	0,7

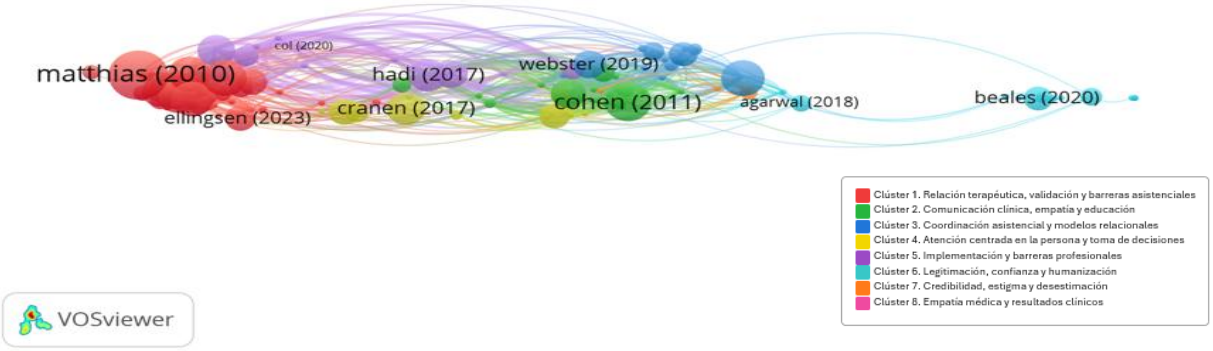
Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total del corpus. Dentro de cada apartado, las categorías son mutuamente excluyentes. En "Contexto clínico", la categoría "Otros/no reportado" agrupa entornos de baja frecuencia o insuficientemente especificados en las publicaciones originales, incluidos atención hospitalaria, formación clínica, urgencias, telemedicina y otros contextos con menos de 3 publicaciones. A

efectos analíticos, el corpus combinó evidencia empírica primaria (*n* = 131) y publicaciones no empíricas como revisiones/síntesis y documentos teóricos, conceptuales o metodológicos (*n* = 17). Debido al redondeo de las cifras, la suma de los porcentajes puede presentar ligeras discrepancias respecto del 100 %.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de las publicaciones incluidas en la revisión.

A partir de esta caracterización general del corpus, el análisis de acoplamiento bibliográfico permitió examinar las relaciones entre las publicaciones según las referencias compartidas. El componente conectado principal estuvo integrado por 135 publicaciones (91,2 %), distribuidas en ocho clústeres bibliográficos. Las 13 publicaciones restantes (8,8 %) presentaron valores de *Links* y *Total link strength* iguales a cero y permanecieron como nodos aislados, por lo que no se interpretaron como comunidades temáticas. La Figura 2 representa únicamente los documentos conectados; la relación de los nodos aislados y los archivos reproducibles se incluyen en el Material suplementario S6.

La red mostró una distribución desigual: los clústeres 1 y 2 concentraron el 53,3 % de los 135 documentos conectados. En términos temáticos, los ocho clústeres se organizaron alrededor de la relación terapéutica, la validación, la empatía, la coordinación asistencial, la atención centrada en la persona, las barreras profesionales, la legitimación del dolor y los resultados clínicos asociados con la empatía. Los clústeres 7 y 8 fueron los más pequeños y representaron líneas más específicas sobre credibilidad, estigma, desestimación del dolor y efectos de la empatía médica. La posición periférica de algunos documentos indicó una menor coincidencia de referencias con el núcleo principal, no una menor relevancia científica (Figura 2).

Figura 2. *Red de acoplamiento bibliográfico del componente conectado principal*



Nota. La red representa el componente conectado principal del análisis de acoplamiento bibliográfico. Cada nodo corresponde a una publicación, los vínculos indican referencias compartidas y el tamaño de los nodos representa el número de citas recibidas. La proximidad espacial refleja una mayor similitud bibliográfica y los colores identifican los ocho clústeres generados mediante VOSviewer. La figura incluye 135 documentos conectados; las 13 publicaciones restantes presentaron valores de *Links y Total link strength* iguales a cero y no se muestran en la visualización principal.
Fuente: elaboración propia a partir del análisis de acoplamiento bibliográfico de las publicaciones incluidas, realizado mediante VOSviewer.

Mientras que el acoplamiento bibliográfico mostró la estructura relacional del corpus, la síntesis de contenido permitió identificar cinco categorías principales de marcos, enfoques y procesos comunicativos, codificadas con la letra M, además de una categoría residual para enfoques de baja frecuencia. Su descripción y distribución se presentan en la Figura 3. En conjunto, las tres categorías más frecuentes fueron la atención centrada en la persona (M2), la alianza terapéutica relacional (M7) y la toma de decisiones compartida (M5), que agruparon el 77,7 % de las publicaciones incluidas (n = 115).

La atención centrada en la persona (M2) fue la categoría más frecuente y se identificó en 53 publicaciones (35,8 %). En este conjunto de trabajos, la comunicación clínica se describió como un proceso orientado por la experiencia subjetiva, los valores, las preferencias y las narrativas del paciente, con énfasis en la adaptación de la información al contexto vital y en el reconocimiento del paciente como agente activo del cuidado.

La alianza terapéutica relacional (M7) se identificó como marco principal en 35 publicaciones (23,6 %). En este grupo, la comunicación clínica se conceptualizó como expresión y resultado de un vínculo de confianza y colaboración construido progresivamente entre profesional y paciente, con especial atención a la continuidad asistencial, la coconstrucción relacional y la calidad del encuentro terapéutico.

La toma de decisiones compartida (M5) se identificó en 27 publicaciones (18,2 %). Estas publicaciones describieron la comunicación como un proceso deliberativo en el que profesional y paciente intercambian información, discuten opciones, negocian prioridades y participan conjuntamente en las decisiones terapéuticas.

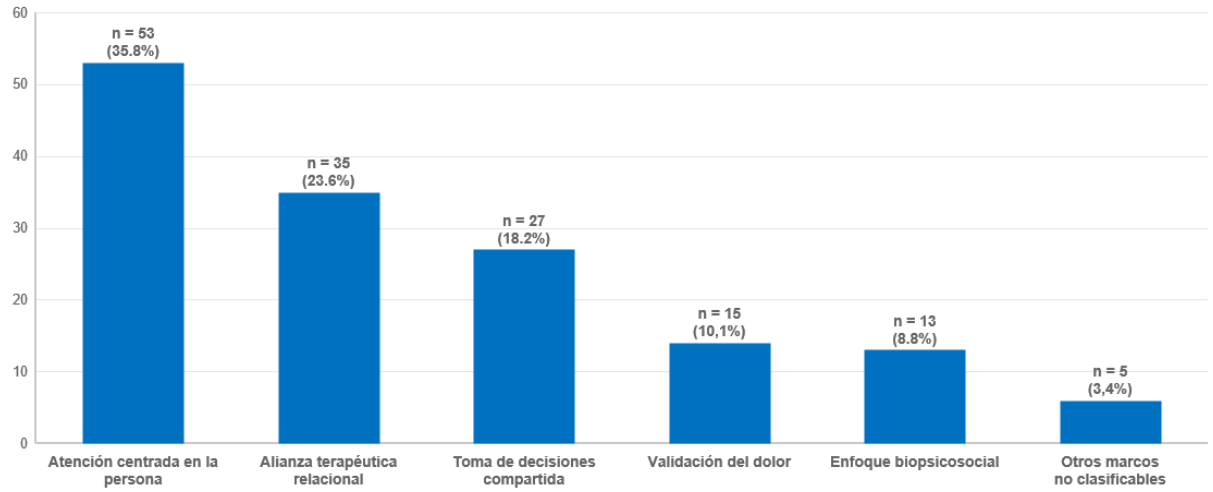
La validación del dolor (M4) estuvo presente en 15 publicaciones (10,1 %). En este enfoque, el foco se situó en el reconocimiento explícito de la legitimidad y realidad de la experiencia dolorosa subjetiva. Varias publicaciones describieron experiencias de invalidación del dolor, deterioro de la alianza terapéutica, sufrimiento emocional y desconfianza asistencial.

El enfoque biopsicosocial (M1) se identificó en 13 publicaciones (8,8 %). Estas publicaciones utilizaron este marco para orientar una comunicación clínica integradora, dirigida a abordar de forma simultánea las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del dolor crónico.

Por último, cinco publicaciones (3,4 %) se agruparon en una categoría residual (M8), que incluyó enfoques como competencia cultural, comunicación educativa estructurada u otros marcos comunicativos no adscribibles con claridad a las categorías anteriores.

Al restringir el análisis a los 131 estudios empíricos, se mantuvo el orden de las categorías principales. La atención centrada en la persona se identificó en 49 estudios empíricos (37,4 %), la alianza terapéutica relacional en 30 (22,9 %) y la toma de decisiones compartida en 24 (18,3 %). Estas tres categorías agruparon conjuntamente el 78,6 % de la evidencia empírica. La validación del dolor representó el 10,7 % de los estudios empíricos (n = 14), el enfoque biopsicosocial el 7,6 % (n = 10) y otros marcos, enfoques o procesos el 3,1 % (n = 4).

Figura 3. *Marcos, enfoques y procesos comunicativos identificados en el corpus total.*



Nota. Las frecuencias corresponden al marco, enfoque o proceso comunicativo principal asignado a cada publicación de acuerdo con su función organizadora en los objetivos, el diseño, la intervención o la interpretación de los resultados. Cada publicación fue contabilizada una sola vez en esta clasificación. M = código del marco, enfoque o proceso comunicativo. La numeración conserva la estructura del *codebook* completo. Los códigos M3 —enfoque narrativo— y M6 —comunicación educativa— se utilizaron como códigos secundarios, pero no fueron seleccionados como marco principal en ninguna publicación; por ello, no aparecen como categorías independientes en esta figura. La categoría «Otros» corresponde a M8 y agrupa enfoques de baja frecuencia no adscribibles con claridad a M1–M7. El listado completo y las reglas de asignación se presentan en el Material suplementario S2.
Fuente: elaboración propia a partir de la codificación de los marcos, enfoques y procesos comunicativos identificados en las publicaciones incluidas.

4.2. Síntesis temática: temas dominantes

La síntesis temática identificó 12 temas dominantes. Diez correspondieron a contenidos sustantivos sobre la comunicación clínica en dolor crónico, mientras que T10 y T11 recogieron, respectivamente, la falta de definición operativa y de evaluación formal. La distribución de los temas, las publicaciones representativas, las competencias asociadas, las barreras principales y las lagunas se presenta en la Tabla 2 y la Figura 4. La asignación del tema dominante se realizó mediante los criterios jerarquizados descritos en la metodología, sin impedir que una misma publicación contribuyera a otros temas durante la interpretación cualitativa.

En el corpus completo, el tema dominante más frecuente fue la relación terapéutica (T6; n = 46; 31,1 %), seguida de la atención centrada en la persona (T1; n = 20; 13,5 %), la validación del dolor (T3; n = 19; 12,8 %), las competencias empáticas (T7; n = 17; 11,5 %) y las barreras estructurales (T5; n = 17; 11,5 %). La comunicación educativa representó el 6,8 % del corpus (T9; n = 10) y la humanización o deshumanización explícitamente abordada el 5,4 % (T12; n = 8). Los temas menos frecuentes fueron las barreras profesionales (T4; n = 5; 3,4 %), el enfoque biopsicosocial (T2; n = 2; 1,4 %) y la exploración narrativa (T8; n = 1; 0,7 %). La falta de definición operativa (T10; n = 2; 1,4 %) y la falta de evaluación formal (T11; n = 1; 0,7 %) se clasificaron como temas meta-analíticos.

Al restringir el análisis a los 131 estudios empíricos, la relación terapéutica se mantuvo como el tema dominante más frecuente (n = 45; 34,4 %). La validación del dolor ocupó el segundo lugar (n = 19; 14,5 %), seguida de las competencias empáticas y las barreras estructurales (n = 16; 12,2 % cada una), y de la atención centrada en la persona (n = 14; 10,7 %). La comunicación educativa representó el 6,9 % de la evidencia empírica (n = 9), la humanización o deshumanización explícitamente abordada el 3,8 % (n = 5) y las barreras profesionales el 2,3 % (n = 3).

Tabla 2. *Categorías temáticas dominantes de las publicaciones incluidas (n = 148)*

Código	Tema dominante (n; %)	Descripción	Publicaciones representativas	Competencias relacionales clave	Barreras o factores asociados	Lagunas identificadas
T6	**Relación terapéutica** n = 46 (31,1 %) / **M asociados**: M7, M2, M5	Examina cómo la calidad del vínculo profesional-paciente, la confianza, la continuidad y la colaboración configuran la comunicación clínica en dolor crónico.	Agarwal (2019); Giannitrapani *et al.* (2024); Náfrádi *et al.* (2018); Sherman *et al.* (2018)	• Toma de decisiones compartida (C7) • Comunicación clara (C4) • Sensibilidad ética y respeto a la dignidad (C9) • Empatía clínica (C2) • Escucha activa (C1)	• Iniciativas restrictivas de opioides • Carga asistencial y tiempo limitado • Fatiga por compasión • Insuficiente apoyo psicológico • Baja alfabetización en salud	Falta de instrumentos validados para medir la relación en contextos de dolor crónico; ausencia de evidencia sobre patrones comunicativos longitudinales
T1	**Atención centrada en la persona** n = 20 (13,5 %) / **M asociados**: M2, M5, M1	Estudia cómo la atención individualizada y el reconocimiento de valores y preferencias del paciente configuran la comunicación clínica.	Hutting *et al.* (2022); Jambunathan (2016); Kim (2021); Omaki *et al.* (2024); Pryzbylkowski y Ashburn (2015)	• Comunicación clara (C4) • Toma de decisiones compartida (C7) • Sensibilidad ética y respeto a la dignidad (C9) • Exploración narrativa (C5) • Manejo emocional (C8)	• Dificultad para integrar enfoque centrado en la persona • Limitaciones en LMIC • Falta de estrategias prácticas • Desconfianza del paciente • Fragmentación asistencial	Escasa operacionalización de "centrado en la persona" en intervenciones medibles; falta de evidencia empírica sobre implementación en atención primaria
T3	**Validación del dolor** n = 19 (12,8 %) / **M asociados**: M4, M2	Analiza prácticas y experiencias comunicativas relacionadas con el reconocimiento, la legitimación, la validación o la invalidación de la experiencia dolorosa.	Chibnall (2018); Edlund *et al.* (2017); Haines *et al.* (2023); Hintz (2023); O'Regan *et al.* (2024)	• Validación del dolor (C3) • Escucha activa (C1) • Empatía clínica (C2) • Toma de decisiones compartida (C7) • Comunicación clara (C4)	• Invalidación médica del dolor • Baja validación emocional • Descuento racial del dolor • Estigma asociado al uso de opioides • Afectividad negativa del profesional	Ausencia de protocolos de validación sistemática; falta de intervenciones para reducir el descuento del dolor en grupos minoritarios
T7	**Competencias empáticas** n = 17 (11,5 %) / **M asociados**: M2, M7	Identifica conductas de comprensión, escucha y respuesta empática descritas, observadas o evaluadas en la atención al dolor crónico.	Licciardone *et al.* (2023); Licciardone *et al.* (2024); Roche y Harmon (2017); Walsh (2019); Wygant *et al.* (2019)	• Empatía clínica (C2) • Comunicación clara (C4) • Sensibilidad ética y respeto a la dignidad (C9) • Escucha activa (C1)	• Falta de empatía clínica • Comunicación insuficiente • Tiempo limitado en consulta • Estigma hacia el dolor	Falta de programas formativos basados en evidencia para el desarrollo de empatía; ausencia de evaluación sistemática de la empatía clínica en dolor crónico

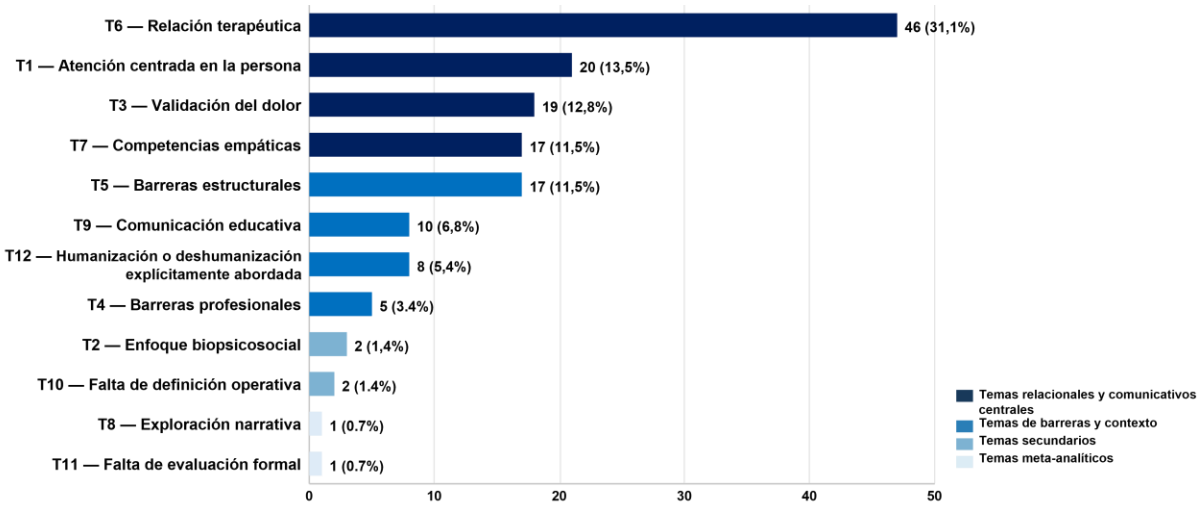
Código	Tema dominante (n; %)	Descripción	Publicaciones representativas	Competencias relacionales clave	Barreras o factores asociados	Lagunas identificadas
				• Toma de decisiones compartida (C7)	• Dificultad para practicar la empatía	
T5	**Barreras estructurales** n = 17 (11,5 %) / **M asociados**: M5, M1, M7	Documenta factores organizacionales, temporales, normativos y sistémicos que dificultan la comunicación clínica efectiva en el manejo del dolor crónico.	Dudley *et al.* (2024); Haggerty *et al.* (2022); Hurstak *et al.* (2017); Sokol *et al.* (2021); Tobin *et al.* (2016)	• Comunicación clara (C4) • Toma de decisiones compartida (C7) • Sensibilidad ética y respeto a la dignidad (C9) • Manejo emocional (C8) • Exploración narrativa (C5)	• Leyes restrictivas de prescripción • Estigmatización del paciente • Erosión de la confianza • Falta de experiencia en adicción • Carga burocrática y documental	Insuficiente evidencia sobre intervenciones sistémicas para reducir barreras en contextos con recursos limitados; escasos estudios en países de ingresos bajos y medios
T9	**Comunicación educativa** n = 10 (6,8 %) / **M asociados**: M2, M5	Explora cómo el profesional transmite información diagnóstica y terapéutica de forma comprensible, adaptada y terapéuticamente orientada al paciente con dolor crónico.	Beitel (2017); Cranen *et al.* (2017); O'Brien (2022); Piette (2022)	• Comunicación clara (C4) • Toma de decisiones compartida (C7) • Escucha activa (C1) • Empatía clínica (C2)	• Escasez de terapeutas • Baja adherencia • Barreras de acceso (COVID-19) • Baja supervisión clínica • Preferencias no consideradas	Escasa investigación sobre alfabetización en dolor crónico; falta de estudios sobre impacto de modelos educativos en resultados clínicos
T12	**Humanización o deshumanización explícitamente abordada** n = 8 (5,4 %) / **M asociados**: M2, M8	Reúne publicaciones que abordan explícitamente la humanización o deshumanización, la dignidad, la despersonalización o el reconocimiento de la persona. Excluye las vinculaciones inferidas únicamente por los autores de esta revisión.	Andersen *et al.* (2023); Baker *et al.* (2018); Battin *et al.* (2022); Monsivais (2011)	• Sensibilidad ética y respeto a la dignidad (C9) • Validación del dolor (C3) • Empatía clínica (C2) • Comunicación clara (C4) • Competencia cultural (C11)	• Estigma del dolor • Desequilibrios de poder • No ser creído • Dominio del modelo biomédico • Tensiones culturales	El constructo "humanización" carece de definición operacional consensuada; escasez de estudios empíricos sobre mecanismos de deshumanización en dolor crónico
T4	**Barreras profesionales** n = 5 (3,4 %) / **M asociados**: M1	Identifica actitudes, sesgos, limitaciones formativas y disposiciones del profesional que dificultan una comunicación clínica empática y efectiva.	Abdul Hadi *et al.* (2017); Emerson *et al.* (2022); Klausen *et al.* (2025); Sheridan *et al.* (2025)	• Comunicación clara (C4) • Toma de decisiones compartida (C7) • Empatía clínica (C2) • Validación del dolor (C3)	• Sesgos implícitos • Expectativas no cumplidas • Falta de interés y empatía • Tiempo limitado • Modelo biomédico dominante	Falta de estudios longitudinales sobre el impacto de la formación en comunicación; escasa evidencia sobre estrategias de cambio actitudinal en profesionales
T2	**Enfoque biopsicosocial** n = 2 (1,4 %) / **M asociados**: M1, M2	Examina cómo el marco biopsicosocial orienta una comunicación clínica integradora que aborda	Bruce *et al.* (2023); Webster *et al.* (2019)	• Escucha activa (C1) • Empatía clínica (C2)	• Barreras sociales • Limitaciones del sistema • Complejidad psicosocial	Baja implementación práctica del modelo en atención primaria; falta de exploración directa

Código	Tema dominante (n; %)	Descripción	Publicaciones representativas	Competencias relacionales clave	Barreras o factores asociados	Lagunas identificadas
		simultáneamente dimensiones físicas, psicológicas y sociales del dolor.		• Validación del dolor (C3) • Exploración narrativa (C5) • Sensibilidad ética y respeto a la dignidad (C9)	• Falta de comprensión del proceso del dolor	de interacciones comunicativas bajo este marco
T10	**Falta de definición operativa** n = 2 (1,4 %) / **M asociados**: M7	Señala la ausencia de definiciones operativas claras de la comunicación clínica en los estudios primarios revisados.	Chapman *et al.* (2022); Main *et al.* (2023)	• Empatía clínica (C2) • Toma de decisiones compartida (C7) • Comunicación clara (C4)	• Falta de claridad sobre conductas comunicativas efectivas • Naturaleza implícita de la consulta • Operacionalización inconsistente	Necesidad urgente de marcos conceptuales compartidos; falta de evidencia pragmática sobre componentes específicos de la comunicación clínica
T8	**Exploración narrativa** n = 1 (0,7 %) / **M asociados**: M4	Utiliza el relato del paciente como herramienta diagnóstica y comunicativa, reconociendo la narrativa del dolor como fuente de conocimiento clínico.	Bostick *et al.* (2018)	• Exploración narrativa (C5) • Validación del dolor (C3)	• Estigmatización del dolor crónico	Área emergente con muy escasa evidencia; falta de evidencia sobre cómo integrar el enfoque narrativo en la práctica clínica habitual
T11	**Falta de evaluación formal** n = 1 (0,7 %) / **M asociados**: M8	Señala una publicación que no evaluó formalmente la comunicación clínica ni su relación con resultados de salud o con la experiencia del paciente.	Gulbrandsen *et al.* (2010)	• Comunicación clara (C4)	• Duración prolongada del dolor • Mayor edad del paciente • Peor estado clínico	No se exploran los mecanismos explicativos del deterioro comunicativo; ausencia de evaluación longitudinal

Nota. Para calcular las frecuencias, cada publicación fue asignada a un único tema dominante, definido como el contenido que concentraba el objetivo principal, el mayor desarrollo de los resultados y la interpretación central. Las menciones y hallazgos secundarios se conservaron mediante codificación múltiple. M = marco, enfoque o proceso comunicativo principal asociado; C = competencia relacional. Las competencias y barreras son dimensiones transversales y no fueron mutuamente excluyentes. C9 corresponde a sensibilidad ética y respeto a la dignidad, y no constituye una medida directa de humanización. T12 se asignó únicamente cuando la humanización o deshumanización fue abordada explícitamente por la publicación primaria. En los demás temas, la relación de prácticas como la escucha, la empatía, la validación o la participación del paciente con una atención humanizada constituye una inferencia interpretativa de esta revisión y se presenta como una vinculación potencial, no como un efecto demostrado. T10 y T11 corresponden a temas meta-analíticos. LMIC = países de ingresos bajos y medios. Los M asociados corresponden a los marcos, enfoques o procesos principales más frecuentes entre las publicaciones asignadas a cada tema. Las categorías se presentan en orden descendente de frecuencia; los códigos conservan la numeración del *codebook*. Las competencias C incluidas en cada fila corresponden a las competencias más directamente relacionadas con el tema dominante y no constituyen una reproducción exhaustiva del *codebook* C1–C11. El listado completo y las definiciones operativas se presentan en el Material suplementario S2.

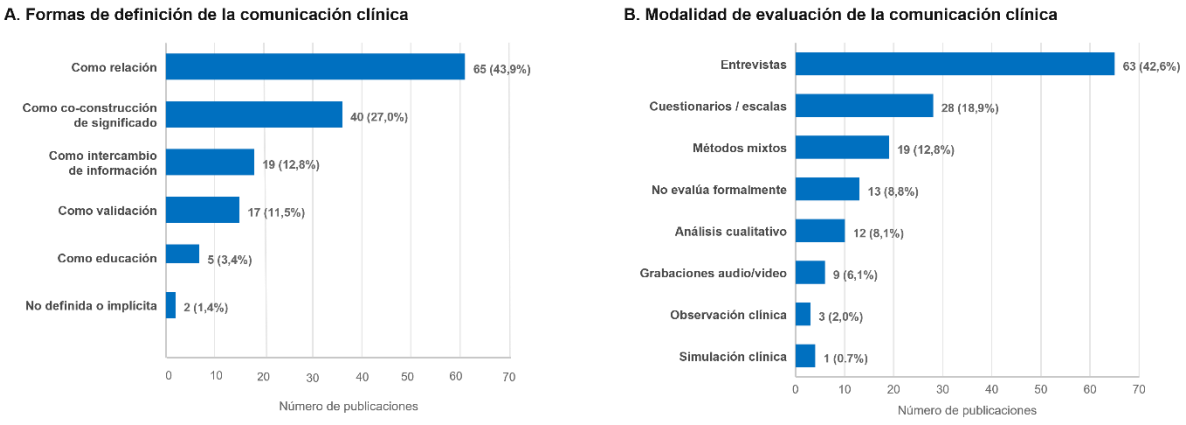
Fuente: elaboración propia a partir de la codificación y síntesis temática de las publicaciones incluidas en la revisión.

Figura 4. *Temas dominantes identificados en las publicaciones incluidas*



Nota. Las frecuencias representan el tema dominante asignado a cada publicación. T = tema dominante. Los temas T10 y T11 corresponden a hallazgos de carácter meta-analítico, centrados en ausencias metodológicas del corpus, mientras que el resto corresponde a temas sustantivos sobre comunicación clínica en dolor crónico.
Fuente: elaboración propia a partir de la síntesis temática de las publicaciones incluidas en la revisión.

Figura 5. *Formas de definición de la comunicación clínica y modalidades de evaluación en las publicaciones incluidas*



Nota. El panel A muestra las principales formas de definición de la comunicación clínica. El panel B resume las modalidades utilizadas para su evaluación. La observación y la simulación clínicas se presentan como categorías independientes.
Fuente: elaboración propia a partir de la extracción y codificación de las formas de definición y modalidades de evaluación de la comunicación clínica.

4.3. Barreras, facilitadores y competencias relacionales

El análisis transversal del corpus permitió identificar cinco tipos de barreras comunicativas: profesionales, relacionadas con el paciente, interaccionales, estructurales u organizacionales y socioculturales. Las barreras interaccionales fueron las más frecuentes (n = 100; 67,6 %), seguidas de las profesionales (n = 84; 56,8 %), las estructurales u organizacionales (n = 53; 35,8 %), las relacionadas con el paciente (n = 44; 29,7 %) y las socioculturales (n = 37; 25,0 %). Entre las barreras interaccionales destacaron la falta de escucha, la invalidación, los malentendidos, las asimetrías comunicativas y la quiebra de la confianza. Las barreras profesionales incluyeron sesgos sobre la credibilidad del dolor, persistencia del modelo biomédico, formación insuficiente y dificultades para gestionar la incertidumbre. Las barreras estructurales u organizacionales comprendieron la presión temporal, la carga burocrática, la fragmentación asistencial y las restricciones normativas.

Los facilitadores más frecuentes fueron la relación terapéutica (F3; n = 119; 80,4 %), las habilidades comunicativas y clínicas (F1; n = 99; 66,9 %), la participación del paciente (F2; n = 49; 33,1 %), la organización y continuidad asistencial (F4; n = 38; 25,7 %) y el contexto sociocultural facilitador (F5; n = 19; 12,8 %). Dentro de estas categorías se identificaron prácticas como la toma de decisiones compartida, la escucha activa, la empatía clínica, la validación del dolor y la comunicación clara.

Las definiciones operativas de la comunicación clínica y las modalidades de evaluación identificadas en el corpus se presentan de forma sintética en el Material suplementario S2 y se resumen gráficamente en la Figura 5. En términos generales, la comunicación clínica fue definida con mayor frecuencia como relación, coconstrucción de significado, intercambio de información o validación de la experiencia del paciente. En cuanto a su evaluación, predominaron las entrevistas, los cuestionarios o escalas, los métodos mixtos y, en menor medida, los análisis cualitativos, las grabaciones de audio/vídeo y la observación clínica. Aunque 13 publicaciones no evaluaron formalmente la comunicación, solo en una de ellas esta ausencia constituyó el tema dominante asignado.

Para diferenciar la naturaleza de los hallazgos, la síntesis se organizó en cuatro niveles. En primer lugar, los estudios empíricos documentaron, observaron o evaluaron prácticas comunicativas como la escucha, la comunicación clara, la validación del dolor, la respuesta empática y la participación activa del paciente en las decisiones. En segundo lugar, los pacientes reportaron experiencias asistenciales de reconocimiento, confianza, colaboración, invalidación, falta de credibilidad, estigmatización o trato despersonalizado. En tercer lugar, algunas publicaciones primarias interpretaron explícitamente estas prácticas o experiencias mediante conceptos relacionados con la humanización, la deshumanización, la dignidad o el reconocimiento de la persona. En cuarto lugar, cuando esa interpretación no estaba presente en la publicación primaria, la posible vinculación con la humanización fue establecida mediante la síntesis analítica de esta revisión.

La humanización o deshumanización constituyó el tema dominante explícito en ocho publicaciones, cinco empíricas y tres no empíricas. Solo estas publicaciones se clasificaron dentro de T12, al abordar directamente alguno de estos conceptos. En el resto del corpus, la atención centrada en la persona, la validación de la experiencia, la empatía clínica, la participación activa del paciente y la calidad de la relación terapéutica no fueron consideradas medidas de humanización. Su posible vinculación con una atención humanizada corresponde a una inferencia

analítica realizada en esta revisión y no representa un efecto observado, una evaluación directa ni un impacto demostrado.

La distribución de las barreras, los facilitadores y las competencias relacionales en el corpus completo y en los estudios empíricos se presenta en la Tabla suplementaria S7. En ambos conjuntos predominaron las barreras interaccionales, la relación terapéutica como facilitador y la comunicación clara como competencia relacional.

El *codebook* incluyó once competencias relacionales, codificadas de C1 a C11. En este apartado se destacan las competencias más frecuentes o con mayor presencia transversal en la síntesis. La ausencia de un código en esta enumeración no implica que haya sido eliminado del sistema de clasificación, sino que no se encontraba entre las competencias predominantes descritas en este nivel de síntesis. El listado completo, incluidas la reformulación y resumen —C6—, la comunicación no verbal —C10— y la competencia cultural —C11—, así como sus definiciones operativas, se presenta en el Material suplementario S2. Su distribución completa en el corpus se recoge en el Material suplementario S7.

4.4. Análisis de sensibilidad según el tipo de publicación

La comparación entre el corpus completo y los 131 estudios empíricos mostró que los principales resultados se mantuvieron tras excluir las 17 revisiones y publicaciones teóricas, conceptuales o metodológicas. Los tres marcos, enfoques y procesos más frecuentes conservaron el mismo orden y representaron conjuntamente el 77,7 % del corpus completo y el 78,6 % de la evidencia empírica. La relación terapéutica permaneció como el tema dominante y aumentó proporcionalmente del 31,1 % al 34,4 %.

Las principales variaciones se concentraron en los temas secundarios. La atención centrada en la persona disminuyó del 13,5 % al 10,7 %, mientras que la validación del dolor aumentó del 12,8 % al 14,5 %. Las competencias empáticas y las barreras estructurales aumentaron del 11,5 % al 12,2 %. En conjunto, el análisis confirmó la estabilidad de la arquitectura principal de los resultados.

Tabla 3. *Análisis de sensibilidad de los principales marcos, enfoques, procesos y temas comunicativos*

Eje analítico	Categoría	Corpus total (N = 148), n (%)	Evidencia empírica (N = 131), n (%)	Diferencia, pp
Marcos, enfoques y procesos	Atención centrada en la persona	53 (35,8)	49 (37,4)	+1,6
	Alianza terapéutica relacional	35 (23,6)	30 (22,9)	−0,7
	Toma de decisiones compartida	27 (18,2)	24 (18,3)	+0,1
	Validación del dolor	15 (10,1)	14 (10,7)	+0,6
	Enfoque biopsicosocial	13 (8,8)	10 (7,6)	−1,2
	Otros	5 (3,4)	4 (3,1)	−0,3
Temas dominantes	Relación terapéutica	46 (31,1)	45 (34,4)	+3,3
	Atención centrada en la persona	20 (13,5)	14 (10,7)	−2,8
	Validación del dolor	19 (12,8)	19 (14,5)	+1,7
	Competencias empáticas	17 (11,5)	16 (12,2)	+0,7
	Barreras estructurales	17 (11,5)	16 (12,2)	+0,7
	Comunicación educativa	10 (6,8)	9 (6,9)	+0,1
	Humanización o deshumanización explícitamente abordada	8 (5,4)	5 (3,8)	−1,6
	Barreras profesionales	5 (3,4)	3 (2,3)	−1,1
	Enfoque biopsicosocial	2 (1,4)	2 (1,5)	+0,2
	Falta de definición operativa	2 (1,4)	0 (0,0)	−1,4
	Exploración narrativa	1 (0,7)	1 (0,8)	+0,1
	Falta de evaluación formal	1 (0,7)	1 (0,8)	+0,1

Nota. El corpus total comprende 148 publicaciones y la evidencia empírica 131 estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos. La diferencia en puntos porcentuales se calculó como porcentaje en la evidencia empírica menos porcentaje en el corpus total. Las diferencias pueden no coincidir exactamente con la resta de los porcentajes mostrados debido al redondeo.
Fuente: elaboración propia a partir del análisis de sensibilidad realizado sobre el corpus completo y la evidencia empírica primaria.

5. DISCUSIÓN

La presente revisión de alcance sintetizó 148 publicaciones sobre comunicación clínica en dolor crónico y mostró que, en el corpus incluido, predominaron los enfoques relacionales. La comunicación fue conceptualizada no solo como transmisión de información, sino también como un proceso relacional, interpretativo y éticamente situado. La atención centrada en la persona (M2), la alianza terapéutica relacional (M7) y la toma de decisiones compartida (M5) agruparon conjuntamente el 77,7 % de las publicaciones. Este predominio pone de manifiesto la relevancia concedida en la literatura incluida a la calidad del vínculo clínico, la deliberación compartida y el reconocimiento de la experiencia subjetiva del paciente (Epstein y Street, 2011; Kwame y Petrucka, 2021; Sharkiya, 2023; Street *et al*., 2009). No obstante, dado que no se analizó la distribución temporal de estos enfoques, los resultados no permiten inferir una evolución histórica del campo.

Esta revisión aporta una arquitectura integradora de la comunicación clínica del dolor crónico compuesta por un nivel paradigmático-relacional, un nivel operativo-competencial y un nivel estructural-organizacional

El análisis de sensibilidad mostró que este patrón no dependió de la inclusión de las publicaciones no empíricas. La atención centrada en la persona, la alianza terapéutica relacional y la toma de decisiones compartida conservaron el mismo orden y representaron conjuntamente el 77,7 % del corpus completo y el 78,6 % de los estudios empíricos. Esta estabilidad refuerza la consistencia descriptiva del predominio de los enfoques relacionales en las publicaciones incluidas.

El acoplamiento bibliográfico complementó la síntesis temática al identificar un componente principal de 135 documentos organizado en ocho clústeres interrelacionados. Su proximidad y solapamiento indican que la relación terapéutica, la validación, la empatía, la atención centrada en la persona, la educación del paciente y las barreras asistenciales comparten bases bibliográficas y no constituyen líneas completamente independientes. Los dos clústeres de mayor tamaño reunieron más de la mitad de los documentos conectados, lo que es coherente con el predominio observado en la síntesis temática.

Los 13 documentos aislados no deben interpretarse como publicaciones de menor calidad o relevancia, pues su falta de vínculos expresa ausencia de referencias compartidas dentro del corpus, no necesariamente distancia conceptual. Este aislamiento puede responder a tradiciones bibliográficas, temáticas específicas, características de las listas de referencias o limitaciones en su normalización y reconocimiento.

La correspondencia general entre la estructura bibliográfica y la síntesis temática refuerza esta interpretación, aunque ambos análisis responden a procedimientos diferentes y no deben considerarse equivalentes. La relación terapéutica fue el tema dominante más frecuente, seguida por la atención centrada en la persona, la validación del dolor, las competencias empáticas y las barreras estructurales. En conjunto, estos hallazgos permiten articular la comunicación clínica en dolor crónico en tres niveles interdependientes: un nivel paradigmático, en el que predomina una lógica relacional; un nivel operativo, expresado en competencias como validación, empatía clínica, escucha activa, comunicación clara, manejo emocional y toma de decisiones compartida; y un nivel estructural, determinado por condiciones organizacionales, normativas y temporales que facilitan o limitan la aplicación real de dichas competencias. Esta integración permite comprender la comunicación no como un atributo aislado del profesional, sino como una práctica situada en la intersección entre vínculos, habilidades clínicas y estructuras asistenciales. En este sentido, los nombres asignados a los clústeres deben entenderse como denominaciones interpretativas que resumen sus orientaciones predominantes, y no como categorías mutuamente excluyentes ni como resultados automáticos del algoritmo de VOSviewer.

Dentro de este marco, la validación del dolor adquiere una relevancia específica. A diferencia de otros modelos aplicables a múltiples contextos clínicos, la validación responde a una característica central del dolor crónico: su dependencia del relato del paciente y su frecuente dificultad de objetivación biomédica. En el corpus revisado, la invalidación del dolor apareció asociada de forma recurrente con deterioro de la relación terapéutica, sufrimiento emocional añadido y desconfianza asistencial. Por ello, el reconocimiento explícito de la legitimidad del sufrimiento no debe entenderse como una dimensión accesoria del cuidado, sino como una competencia clínica y ética central en la atención al dolor crónico (Edlund *et al*., 2017; National Guideline Centre [UK], 2021; Nicola *et al*., 2022; Sharkiya, 2023).

La prominencia de barreras estructurales y profesionales muestra, además, que la comunicación clínica no depende únicamente de la disposición individual del profesional. La presión temporal, la carga burocrática, las restricciones normativas, la fragmentación asistencial y la persistencia de enfoques biomédicos pueden limitar la escucha, la exploración narrativa y la deliberación compartida. A su vez, los sesgos implícitos, la dificultad para gestionar la incertidumbre diagnóstica o la frustración ante cuadros clínicos complejos no pueden interpretarse solo como atributos individuales, sino también como resultado de trayectorias formativas y condiciones organizacionales concretas (Chapman *et al*., 2022; National Guideline Centre [UK], 2021; Tobin

et al., 2016). En consecuencia, los hallazgos integran modelos relacionales, competencias clínicas y condiciones estructurales dentro de una misma arquitectura explicativa.

La estabilidad observada en el análisis de sensibilidad reduce la probabilidad de que la estructura principal de los resultados sea consecuencia de la inclusión de revisiones y publicaciones conceptuales. No obstante, las frecuencias deben interpretarse como indicadores de concentración temática y no como medidas de efectividad, calidad metodológica o peso causal.

5.1. De la definición de constructos a la implementación clínica

Una aportación central de esta revisión es mostrar que la comunicación clínica en dolor crónico puede comprenderse como la interacción entre marcos relacionales, competencias observables y condiciones estructurales. Esta lectura evita dos reduccionismos: concebir la comunicación como una habilidad interpersonal desligada del sistema sanitario o, en sentido contrario, interpretar las barreras organizacionales como si anularan por completo la agencia clínica del profesional. El corpus apunta a una lógica de interdependencia: las competencias relacionales requieren condiciones mínimas para desplegarse, pero dichas condiciones no garantizan por sí solas una práctica comunicativa de calidad. La comunicación clínica depende, por tanto, de la articulación entre habilidades profesionales, sensibilidad ética y entornos asistenciales que permitan reconocer la complejidad de la experiencia dolorosa (Fischer *et al*., 2025; Klausen *et al*., 2025; Themelis y Tang, 2023).

Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos apoyan la necesidad de tratar las competencias relacionales como dimensiones definibles, entrenables, observables y evaluables. La frecuencia con la que aparecen la comunicación clara, la sensibilidad ética, la toma de decisiones compartida, la empatía clínica, la validación del dolor, la escucha activa, el manejo emocional y la exploración narrativa indica que el campo dispone ya de un núcleo competencial reconocible. En particular, la empatía clínica no debería entenderse como amabilidad genérica o rasgo disposicional, sino como una competencia comunicativa expresada en conductas observables: comprender la experiencia subjetiva del paciente, responder de forma emocionalmente regulada y comunicar reconocimiento ante el sufrimiento (Hoffman, 2000; Licciardone *et al*., 2024; Rogers, 1957).

En relación con la humanización, los resultados requieren una interpretación por niveles. Los estudios empíricos documentaron prácticas comunicativas y experiencias asistenciales relacionadas con la escucha, la validación, el respeto, la empatía, la participación, el reconocimiento, la confianza y la invalidación. Estos contenidos constituyen hallazgos empíricos sobre la comunicación y la experiencia asistencial, pero no equivalen por sí mismos a una evaluación de la humanización. Algunas publicaciones primarias interpretaron explícitamente sus resultados en términos de humanización, deshumanización, dignidad o reconocimiento de la persona. Cuando esta interpretación no estaba presente en el estudio primario, la relación con una atención humanizada fue elaborada por los autores de esta revisión a partir de los marcos conceptuales utilizados. En consecuencia, la atención centrada en la persona, la validación, la empatía clínica, la sensibilidad ética y la participación del paciente deben describirse como dimensiones potencialmente relacionadas con una atención humanizada, no como indicadores sustitutivos ni como efectos demostrados. La evaluación directa de la humanización y de su posible impacto sobre resultados clínicos, experienciales u organizacionales continúa siendo escasa (McCormack y McCance, 2010; Todres *et al*., 2009).

No obstante, persiste una brecha importante en la definición y evaluación de los constructos comunicativos. Aunque la comunicación clínica es ampliamente invocada, con frecuencia se define de forma implícita, se evalúa mediante indicadores heterogéneos o se recomienda sin protocolos suficientemente específicos para su reproducción o comparación. Esta limitación dificulta construir instrumentos robustos, comparar estudios, evaluar intervenciones formativas y sintetizar efectos con consistencia. El campo necesita avanzar hacia un lenguaje común que permita diferenciar entre definir un constructo, traducirlo en indicadores observables, medirlo y evaluar su impacto en la experiencia del paciente, la relación terapéutica y los resultados clínicos.

Estas observaciones tienen implicaciones directas para la práctica clínica y la gestión sanitaria. Las intervenciones centradas exclusivamente en el entrenamiento individual son necesarias, pero insuficientes si no se acompañan de transformaciones organizacionales. Formar en escucha activa, empatía o validación tendrá un alcance limitado si la consulta sigue estructurada en tiempos incompatibles con una exploración narrativa mínima o si la carga administrativa desplaza la interacción clínica. Por ello, la mejora de la comunicación en dolor crónico requiere programas formativos explícitos sobre validación, toma de decisiones compartida, empatía clínica y manejo emocional, junto con intervenciones organizacionales que reconozcan la comunicación como una condición de calidad asistencial y no como una dimensión ornamental del cuidado (Abdul Hadi *et al*., 2017; Klausen *et al*., 2025; National Guideline Centre [UK], 2021; Tobin *et al*., 2016).

5.2. Transferibilidad y agenda futura

La distribución geográfica del corpus plantea desafíos relevantes de transferibilidad. Los cinco países anglófonos con mayor representación, Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Canadá e Irlanda representaron conjuntamente el 67,6 % de las publicaciones, mientras que solo tres procedieron de España, no se identificaron publicaciones latinoamericanas y la representación de países de ingresos bajos y medios fue muy limitada. Este patrón no constituye únicamente una limitación metodológica, sino también un hallazgo sobre la geografía desigual de producción científica en comunicación clínica del dolor. En consecuencia, la aplicabilidad de los modelos, competencias y barreras descritos a contextos hispanohablantes o no anglófonos no puede asumirse de forma automática.

El predominio anglófono puede explicarse por la concentración de la investigación sobre comunicación clínica, atención centrada en la persona y toma de decisiones compartida en revistas biomédicas y de comunicación en salud publicadas en inglés e indexadas en bases internacionales. También es posible que parte de la producción hispanohablante o latinoamericana utilice marcos conceptuales distintos, como humanización, relación médico-paciente o experiencia del dolor, sin emplear necesariamente las etiquetas "comunicación clínica" o "*chronic pain communication*". Para el campo iberoamericano de la comunicación en salud, este hallazgo señala una brecha de producción, indexación y visibilidad científica que debería abordarse en futuras investigaciones.

A partir de estos resultados, la agenda futura debería priorizar estudios que: definan con mayor precisión los constructos comunicativos centrales; evalúen intervenciones formativas con resultados clínicos y experienciales bien delimitados; incorporen contextos no anglófonos, especialmente hispanohablantes; analicen desigualdades en la validación del dolor según género, etnicidad y posición social; y diseñen intervenciones multicomponente que combinen formación relacional con cambios organizacionales. Esta ampliación permitiría valorar no solo la presencia

de modelos y competencias relacionales, sino también sus condiciones reales de implementación en contextos clínicos diversos.

5.3. Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas de esta revisión destacan la amplitud de la búsqueda, realizada en siete fuentes bibliográficas y dos estrategias complementarias, la aplicación del marco metodológico del Joanna Briggs Institute y el reporte conforme a PRISMA-ScR, lo que favoreció la trazabilidad del proceso (Peters *et al*., 2020; Tricco *et al*., 2018). Asimismo, el uso de una matriz de extracción AD HOC, pilotada con 150 publicaciones y guiada por un *codebook* estructurado, permitió captar dimensiones conceptuales, metodológicas y aplicadas del corpus. La verificación independiente de una submuestra por un segundo revisor, con un acuerdo del 91,9 % y una kappa de Cohen de 0,769, reforzó la consistencia de las decisiones de elegibilidad a texto completo.

Entre las limitaciones, debe señalarse la restricción idiomática a publicaciones en inglés y español. Aunque esta estrategia buscó equilibrar alcance internacional y recuperación de literatura hispanohablante, la totalidad del corpus incluido estuvo publicada en inglés, lo que pudo infrarrepresentar tradiciones clínicas y comunicativas desarrolladas en francés, alemán, portugués u otras lenguas. Además, la inclusión conjunta de estudios empíricos, revisiones y publicaciones conceptuales introdujo heterogeneidad epistemológica y un posible riesgo de solapamiento conceptual. No obstante, el análisis de sensibilidad restringido a los 131 estudios empíricos mostró que las principales distribuciones y conclusiones se mantenían, lo que reduce la probabilidad de que los hallazgos centrales sean consecuencia de la inclusión de evidencia secundaria o conceptual. Aun así, las comparaciones realizadas fueron descriptivas y no permiten establecer diferencias en calidad metodológica, efectividad clínica o fuerza causal entre las categorías identificadas.

El análisis con VOSviewer tuvo una finalidad exploratoria y complementaria. Sus resultados dependen de la calidad y normalización de las referencias citadas, y la proximidad espacial expresa similitud bibliográfica aproximada, no equivalencia conceptual, causal o metodológica. Los 13 documentos aislados se conservaron en la base, pero se excluyeron de la figura principal para favorecer su legibilidad. La denominación de los ocho clústeres se estableció mediante la revisión temática de las publicaciones integrantes y no fue generada automáticamente por el algoritmo. La solución completa puede auditarse mediante los archivos JSON, de mapa y de red incluidos en el material suplementario.

Finalmente, por su naturaleza cartográfica, esta revisión permite identificar modelos, patrones, vacíos y áreas de concentración temática, pero no establecer relaciones causales ni jerarquizar la efectividad comparativa de las intervenciones comunicativas. En consecuencia, las frecuencias reportadas deben interpretarse como descripciones organizativas del campo, no como medidas de eficacia clínica, calidad metodológica o peso causal.

6. CONCLUSIONES

En respuesta a la pregunta guía, la revisión mostró que la comunicación clínica en dolor crónico se configura como un proceso relacional complejo en el que el reconocimiento de la experiencia del paciente, la calidad del vínculo terapéutico, la validación del dolor y la deliberación compartida ocupan un lugar central. El corpus documentó prácticas y competencias recurrentes —comunicación clara, empatía clínica, validación, escucha activa, manejo emocional, sensibilidad ética y participación del paciente—, así como experiencias de reconocimiento, confianza, colaboración, invalidación y pérdida de credibilidad. La estabilidad de estas categorías en el

análisis restringido a los estudios empíricos respalda la consistencia descriptiva del patrón identificado.

Sin embargo, solo una minoría de las publicaciones abordó explícitamente la humanización o deshumanización y su evaluación directa fue escasa. Cuando esta interpretación no procedía de los estudios primarios, la vinculación con la humanización se realizó durante la síntesis de la revisión. Por ello, la atención centrada en la persona, la validación del dolor, la empatía clínica, la participación y la sensibilidad ética deben considerarse dimensiones potencialmente relacionadas con una atención humanizada, no indicadores de un impacto demostrado. Se requieren estudios que definan y operacionalicen este constructo y evalúen directamente sus efectos clínicos, experienciales y organizacionales.

7. REFERENCIAS

Abdul Hadi, M., McHugh, G. A. y Closs, S. J. (2017). "Treated as a number, not treated as a person": A qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ Open, 7*(6), e016454. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016454

Agarwal, V. (2019). Patient communication of chronic pain in the complementary and alternative medicine therapeutic relationship. *Journal of Patient Experience, 7*(6), 973-978. https://doi.org/10.1177/2374373519826137

Andersen, A. H., Illes, Z. y Roessler, K. K. (2023). Regaining autonomy in a holding environment: Patients' perspectives on the existential communication with physicians when suffering from a severe, chronic illness: A qualitative Nordic study. *Journal of Religion and Health, 62*(4), 2375-2390. https://doi.org/10.1007/s10943-022-01658-7

Baker, L. R., Martimianakis, M. A. T., Nasirzadeh, Y., Northup, E., Gold, K., Friesen, F., Bhatia, A. y Ng, S. L. (2018). Compassionate care in the age of evidence-based practice: A critical discourse analysis in the context of chronic pain care. *Academic Medicine, 93*(12), 1841-1849. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002373

Battin, G., Romsland, G. I. y Christiansen, B. (2022). Diminishing pain stigma: Patient perceptions of encounters with interprofessional teams in biopsychosocial pain rehabilitation. *Annals of Medicine, 54*(1), 2562-2573. https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2124447

Beitel, M., Oberleitner, L., Kahn, M., Kerns, R. D., Liong, C., Madden, L. M., Ginn, J. y Barry, D. T. (2017). Drug counselor responses to patients' pain reports: A qualitative investigation of barriers and facilitators to treating patients with chronic pain in methadone maintenance treatment. *Pain Medicine, 18*(11), 2152–2161. https://doi.org/10.1093/pm/pnw327

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Bostick, G. P., Dick, B. D., Wood, M., Luckhurst, B., Tschofen, J. y Wideman, T. W. (2018). Pain assessment recommendations for women, made by women: A mixed methods study. *Pain Medicine, 19*(6), 1147-1155. https://doi.org/10.1093/pm/pnx137

Bruce, M., Lalloo, C., Kumbhare, D. y Stinson, J. N. (2023). Understanding the chronic pain journey and coping strategies that patients use to manage their chronic pain: A qualitative, patient-led, Canadian study. *BMJ Open,* 13, Article e072048. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072048

Chapman, C. R., Woo, N. T. y Maluf, K. S. (2022). Preferred communication strategies used by physical therapists in chronic pain rehabilitation: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical Therapy, 102*(9), pzac081. https://doi.org/10.1093/ptj/pzac081

Charles, C., Gafni, A. y Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine, 44*(5), 681-692. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3

Charon, R. (2006). Narrative medicine: Honoring the stories of illness. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780195166750.001.0001

Chibnall, J. T., Tait, R. C. y Gammack, J. K. (2018). Physician judgments and the burden of chronic pain. *Pain Medicine, 19*(10), 1961–1971. https://doi.org/10.1093/pm/pnx342

Cohen, S. P., Vase, L. y Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet, 397*(10289), 2082-2097. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7

Cranen, K., Groothuis-Oudshoorn, C. G., Vollenbroek-Hutten, M. M. y IJzerman, M. J. (2017). Toward patient-centered telerehabilitation design: Understanding chronic pain patients' preferences for web-based exercise telerehabilitation using a discrete choice experiment. *Journal of Medical Internet Research, 19*(1), Article e26. https://doi.org/10.2196/jmir.5951

Dudley, M., Olson, R. E., Mescouto, K. y Setchell, J. (2024). The good pain patient: A critical evaluation of patients' self-presentations in specialist pain clinics. *Health Sociology Review, 33*(3), 306-324. https://doi.org/10.1080/14461242.2024.2350501

Edlund, S. M., Wurm, M., Holländare, F., Linton, S. J., Fruzzetti, A. E. y Tillfors, M. (2017). Pain patients' experiences of validation and invalidation from physicians before and after multimodal pain rehabilitation: Associations with pain, negative affectivity, and treatment outcome. *Scandinavian Journal of Pain, 17*(1), 77-86. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.07.007

Emerson, A. J., Oxendine, R. H., Chandler, L. E., Huff, C. M., Harris, G. M., Baxter, G. D. y Wonsetler Jones, E. C. (2022). Patient and provider attitudes, beliefs, and biases that contribute to a marginalized process of care and outcomes in chronic musculoskeletal pain: A systematic review—Part I: Clinical care. *Pain Medicine, 23*(4), 655-668. https://doi.org/10.1093/pm/pnab195

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Epstein, R. M. y Street, R. L., Jr. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine, 9*(2), 100-103. https://doi.org/10.1370/afm.1239

Fischer, L., Smeets, R. G. M., Rijken, M. y Elissen, A. M. J. (2025). Barriers and facilitators to integrated primary care from the perspective of people with chronic conditions and multiple care needs: A *scoping review*. *Health Policy*, 160, Article 105283. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105283

García Sánchez, E. (2020). Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: Morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual. *Cuadernos de Bioética, 31*(102), 203-222. https://doi.org/10.30444/CB.62

Gaskin, D. J. y Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain, 13*(8), 715-724. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.03.009

Giannitrapani, K. F., Holliday, J. R., McCaa, M. D., Stockdale, S., Bergman, A. A., Katz, M. L., Zulman, D. M., Rubenstein, L. V. y Chang, E. T. (2024). Meeting high-risk patient pain care needs through intensive primary care: A secondary analysis. *BMJ Open, 14*(1), Article e080748. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080748

Gulbrandsen, P., Madsen, H. B., Benth, J. Š. y Laerum, E. (2010). Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain: A study of encounters at a back pain clinic in Denmark. *Pain, 150*(3), 458-461. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.05.024

Haggerty, T., Sedney, C. L., Dekeseredy, P., Nwafor, D., Brownstein, H. H., Caretta, M. A. y Pollini, R. A. (2022). Pain management during West Virginia's opioid crisis. Journal of the American Board of Family Medicine, 35(5), 940-950. https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.05.220097

Haines, S., Savic, M., Nielsen, S. y Carter, A. (2023). Opioid-related policy changes: Experiences and perspectives from people who use opioids to manage non-cancer chronic pain. *Drug and Alcohol Review, 42*(6), 1482-1492. https://doi.org/10.1111/dar.13683

Hintz, E. A. y Tucker, R. V. (2023). Contesting illness: Communicative (dis)enfranchisement in patient–provider conversations about chronic overlapping pain conditions. *Human Communication Research, 49*(2), 170–181. https://doi.org/10.1093/hcr/hqad004

Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851

Hooten, W. M. (2016). Chronic pain and mental health disorders: Shared neural mechanisms, epidemiology, and treatment. *Mayo Clinic Proceedings, 91*(7), 955–970. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.029

Hurstak, E. E., Kushel, M., Chang, J., Ceasar, R., Zamora, K., Miaskowski, C. y Knight, K. R. (2017). The risks of opioid treatment: Perspectives of primary care practitioners and patients from safety-net clinics. *Substance Abuse, 38*(2), 213-221. https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1296524

Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong'wen, O. M., Miciak, M. y Roberts, L. (2022). Patient-centered care in musculoskeletal practice: Key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskeletal Science and Practice*, 57, Article 102434. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102434

Jambunathan, J., Chappy, S., Siebers, J. J. y Deda, A. (2016). Patient-centered care for chronic pain in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing, 24*, 22-27. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.05.005

Jovell, A. J. (2012). *El médico social: Apuntes para una medicina humanista, cambio social y sanidad*. Proteus.

Kim, K., Rendon, I. y Starkweather, A. (2021). Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management. *Pain Management Nursing, 22*(4), 470–477. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.003

Klausen, M. D., Lindberg, L., Johansen, S. K., Rathleff, M. S. y Lyng, K. D. (2025). Barriers and facilitators for implementing interventions for treating patients with chronic musculoskeletal pain: A qualitative *scoping review* using the Theoretical Domains Framework. *Musculoskeletal Care, 23*(2), e70108. https://doi.org/10.1002/msc.70108

Kwame, A. y Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, Article 158. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2

Licciardone, J. C., Patel, S., Kandukuri, P., Beeton, G., Nyalakonda, R. y Aryal, S. (2023). Patient satisfaction with medical care for chronic low back pain: A pain research registry study. *The Annals of Family Medicine, 21*(2), 125-131. https://doi.org/10.1370/afm.2949

Licciardone, J. C., Tran, Y., Ngo, K., Toledo, D., Peddireddy, N. y Aryal, S. (2024). Physician empathy and chronic pain outcomes. *JAMA Network Open, 7*(4), e246026. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6026

Licciardone, J. C., Middleton, C. N., Aboutaj, A., Allouche, T. y Siddiqui, I. (2025). Communication and empathy within the patient-physician relationship among patients with and without chronic pain. *Journal of Osteopathic Medicine, 125*(2), 79-86. https://doi.org/10.1515/jom-2024-0112

Main, C. J., Ballengee, L. A., George, S. Z., Beneciuk, J. M., Greco, C. M. y Simon, C. B. (2023). Psychologically informed practice: The importance of communication in clinical implementation. *Physical Therapy, 103*(7), pzad047. https://doi.org/10.1093/ptj/pzad047

Matthias, M. S. y Bair, M. J. (2010). The patient–provider relationship in chronic pain care: Providers' perspectives. *Pain Medicine, 11*(11), 1688-1697. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00980.x

Matthias, M. S., Krebs, E. E., Bergman, A. A., Coffing, J. M. y Bair, M. J. (2014). Communicating about opioids for chronic pain: A qualitative study of patient attributions and the influence of the patient–physician relationship. *European Journal of Pain, 18*(6), 835-843. https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00426.x

Matthias, M. S., Krebs, E. E., Collins, L. A., Bergman, A. A., Coffing, J. M. y Bair, M. J. (2013). "I'm not abusing or anything": Patient–physician communication about opioid treatment in chronic pain. *Patient Education and Counseling, 93*(2), 197-202. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.021

McCance, T. y McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: A mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing, 30*(1), 47-60. https://doi.org/10.1177/17449871241281428

McCormack, B. y McCance, T. V. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.

Monsivais, D. B. (2011). Promoting culturally competent chronic pain management using the clinically relevant continuum model. *Nursing Clinics of North America, 46*(2), 163-169. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2011.02.006

Náfrádi, L., Kostova, Z., Nakamoto, K. y Schulz, P. J. (2018). The doctor–patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives. *Chronic Illness, 14*(4), 256-270. https://doi.org/10.1177/1742395317739961

National Guideline Centre (UK). (2021). *Evidence review for communication between healthcare professionals and people with chronic pain (chronic primary pain and chronic secondary pain): Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain: Evidence review B (NICE Guideline No. 193).* National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/evidence/b-communication-between-healthcare-professionals-and-people-with-chronic-pain-chronic-primary-pain-and-chronic-secondary-pain-pdf-9071987007

Nicola, M. N., Correia, H. C., Ditchburn, G. D. y Drummond, P. D. (2022). Defining pain-validation: The importance of validation in reducing the stresses of chronic pain. *Frontiers in Pain Research,* 3, Article 884335. https://doi.org/10.3389/fpain.2022.884335

O'Brien, M. (2022). Pain coping skills training unlocks patient-centered pain care during the COVID-19 lockdown. *Pain Management Nursing, 23*(4), 504-516. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.10.007

Omaki, E., Fitzgerald, M., Iyer, D., Shields, W. y Castillo, R. (2024). Shared decision-making and collaborative care models for pain management: A *scoping review* of existing evidence. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 38*(4), 394-405. https://doi.org/10.1080/15360288.2024.2400925

O'Regan, A., Fish, L. J., Makarushka, C., Somers, T., Fitzgerald Jones, K., Merlin, J. S., Dinan, M., Oeffinger, K. y Check, D. (2024). Managing chronic pain in cancer survivorship: Communication challenges and opportunities as described by cancer survivors. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 41*(1), 78-86. https://doi.org/10.1177/10499091231164634

Peplau, H. E. (1997). Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. Springer.

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. y Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of *scoping reviews*. *JBI Evidence Synthesis, 18*(10), 2119-2126. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167

Piette, J. D., Newman, S., Krein, S. L., Marinec, N., Chen, J., Williams, D. A., Edmond, S. N., Driscoll, M., LaChappelle, K. M., Kerns, R. D., Maly, M., Kim, H. M., Farris, K. B., Higgins, D. M., Buta, E. y Heapy, A. A. (2022). Patient-centered pain care using artificial intelligence and mobile health tools: A randomized comparative effectiveness trial. *JAMA Internal Medicine, 182*(9), 975–983. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.3178

Pryzbylkowski, P. y Ashburn, M. A. (2015). The Pain Medical Home: A patient-centered medical home model of care for patients with chronic pain. *Anesthesiology Clinics, 33*(4), 785-793. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.07.009

Rikard, S. M., Strahan, A. E., Schmit, K. M. y Guy, G. P., Jr. (2023). Chronic pain among adults—United States, 2019–2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 72*(15), 379-385. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7215a1

Robstad, N., Paulsen, A., Vistad, I., Hott, A. C., Berg, K. H., Øgård-Repål, A., Rabben, J., Kristoffersen, E. W. y Rohde, G. (2025). *Experiences of pain communication in endometriosis: A meta-synthesis*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 104(*1), 39-54. https://doi.org/10.1111/aogs.14995

Roche, J. y Harmon, D. (2017). Exploring the facets of empathy and pain in clinical practice: A review. *Pain Practice, 17*(8), 1089-1096. https://doi.org/10.1111/papr.12563

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-103. https://doi.org/10.1037/h0045357

Rometsch, C., Martin, A., Junne, F. y Cosci, F. (2025). Chronic pain in European adult populations: A systematic review of prevalence and associated clinical features. *Pain, 166*(4), 719-731. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003406

Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: A rapid review. *BMC Health Services Research,* 23, Article 886. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8

Sheridan, K., MacNamara, A., Whyte, E. y O'Connor, S. (2025). The lived experience of pain services: A comparison of service users' and service providers' experience of Irish health services. *Pain Research & Management*, Article 4608906. https://doi.org/10.1155/prm/4608906

Sherman, K. J., Walker, R. L., Saunders, K., Shortreed, S. M., Parchman, M., Hansen, R. N., Thakral, M., Ludman, E. J., Dublin, S. y Von Korff, M. (2018). Doctor-patient trust among chronic pain patients on chronic opioid therapy after opioid risk reduction initiatives: A survey. *Journal of the American Board of Family Medicine, 31*(4), 578-587. https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.180021

Sokol, R. G., Pines, R. y Chew, A. (2021). Multidisciplinary approach for managing complex pain and addiction in primary care: A qualitative study. *Annals of Family Medicine, 19*(3), 224-231. https://doi.org/10.1370/afm.2648

Street, R. L., Jr., Makoul, G., Arora, N. K. y Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling, 74*(3), 295-301. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015

Themelis, K. y Tang, N. K. Y. (2023). The management of chronic pain: Re-centring person-centred care. *Journal of Clinical Medicine, 12*(22), 6957. https://doi.org/10.3390/jcm12226957

Tobin, D. G., Forte, K. K. y McGee, S. J. (2016). Breaking the pain contract: A better controlled-substance agreement for patients on chronic opioid therapy. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 83*(11), 827-835. https://doi.org/10.3949/ccjm.83a.15172

Thomas, J. y Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology, 8*, Article 45. https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45

Todres, L., Galvin, K. y Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 4*(2), 68-77. https://doi.org/10.3402/qhw.v4i2.5003

Thompson, C. M., Pulido, M. D., Gangidi, S. y Arnold, P. M. (2024). How chronic pain patients' and physicians' communication influences patients' uncertainty: A pre- and post-consultation study. *Journal of Health Communication, 29*(5), 357-370. https://doi.org/10.1080/10810730.2024.2352556

Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W. S. y Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain, 160*(1), 19-27. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467-473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Walsh, S., O'Neill, A., Hannigan, A., & Harmon, D. (2019). Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Irish Journal of Medical Science, 188*(4), 1379–1384. https://doi.org/10.1007/s11845-019-01999-5

Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenbrug, E. y Upshur, R. (2019). The mismeasurement of complexity: Provider narratives of patients with complex needs in primary care settings. *International Journal for Equity in Health, 18*(1), Article 107. https://doi.org/10.1186/s12939-019-1010-6

Wygant, J. N., McGuire, L. J., Bush, N. M., Burnett, T. L., Green, I. C. y Breitkopf, D. M. (2019). What makes a chronic pelvic pain patient satisfied? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 40*(3), 239-242. https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1476486

Zimmer, Z., Fraser, K., Grol-Prokopczyk, H. y Zajacova, A. (2022). A global study of pain prevalence across 52 countries: Examining the role of country-level contextual factors. *Pain, 163*(9), 1740-1750. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002557

CONTRIBUCIONES DE AUTORES, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Conceptualización: Barros Beracaza, Enrique / García García, Francisco **Metodología:** García García, Francisco / Barros Beracaza, Enrique. **Software**: Enrique Barros Beracaza/Francisco García. **Validación**: Enrique Barros Beracaza/ García García, Francisco / Estrella Martínez Rodrigo **Análisis formal**: Enrique Barros Beracaza/Francisco García **Curación de datos**: Enrique Barros Beracaza/ García García, Francisco / Estrella Martínez Rodrigo. **Redacción-Preparación del borrador original**: Barros Beracaza, Enrique. **Redacción-Revisión y Edición**: García García, Francisco / Barros Beracaza, Enrique **Visualización**: García García, Francisco / Martínez Rodrigo, Estrella. **Supervisión:** García García, Francisco. **Administración de proyectos**: Barros Beracaza, Enrique. **Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito:** Barros Beracaza, Enrique / García García, Francisco / Martínez Rodrigo Estrella.

Financiación: Este estudio no recibió financiación alguna de organismos públicos, instituciones privadas ni entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con esta revisión.

AUTORES

Enrique Barros Beracaza
Doctorando Escuela de Doctorado Ciencias Sociales, Comunicación Audiovisual Y Periodismo. Universidad de Granada. España
Médico y cirujano, máster en Dolor por Universidad Rey Juan Carlos, máster en investigación en salud mental por la Universidad Complutense de Madrid, miembro de la Sociedad Española de Dolor, Grupo de investigación Universidad de Granada.
enriquebaber@correo.ugr.es
ORCID ID: https://orcid.org/0009-0004-8135-8385

Estrella Martínez Rodrigo
Profesora titular Comunicación Audiovisual y Publicidad. Universidad de Granada. Licenciada en Filología Hispánica, Doctora en Comunicación Audiovisual. Coordinadora de grupo de investigación: cibercultura, procesos comunicativos y medios audiovisuales, Universidad de Granada, España.
emrodrigo@ugr.es
ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-8063-0525

Francisco García García
Director de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Diseño, Innovación y Tecnología (UDIT), Facultad de Ciencias de la Información.
Catedrático de Comunicación Audiovisual y Publicidad, Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense de Madrid. España.
Licenciado en Ciencias de la Información, Rama Imagen Visual y Auditiva, Doctor en Ciencias de la Información, por la Universidad Complutense de Madrid, España
Francisco.garcia@udit.es
ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-5394-4804