



COMUNICAR PARA CUIDAR

Fundamentos y Habilidades Profesionales en Salud

Marck Anderson Uriarte Guzmán

ISBN: 978-9907-0-0466-3

2025

COMUNICAR PARA CUIDAR: FUNDAMENTOS Y HABILIDADES PROFESIONALES EN SALUD

AUTORES:

MARCK ANDERSON URIARTE GUZMÁN

ISBN: 978-9907-0-0466-3



Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica.

©Grupo Editorial BLR
Universidad Estatal de Bolívar
Riobamba – Ecuador
Correo: publicaciones@grupobl.com
<https://grupobl.com/libros-investig>
REPOSITORIO



Uriarte, M. (2025) Comunicar para cuidar: fundamentos y habilidades profesionales en salud. Grupo Editorial BLR.

© Marck Anderson Uriarte Guzmán

ISBN: 978-9907-0-0466-3

El copyright promueve la libertad de expresión, protege la diversidad de ideas y conocimiento, además apoya la libre expresión. Se prohíbe de manera rigurosa la producción o el almacenamiento de esta publicación, ya sea en su totalidad o en parte, está estrictamente prohibido por ley, incluyendo el diseño de la portada, así como su difusión a través de cualquiera de sus medios, ya sean electrónicos, mecánicos, ópticos, de grabación o incluso de fotocopia, sin permiso de los propietarios de los derechos de autor.

FILIACIONES DE LOS AUTORES

Marck Anderson Uriarte Guzmán

Universidad Estatal de Bolívar

Correo Electrónico: marck.uriarte@ueb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1723-1248>



“La comunicación es la vía más directa hacia la comprensión y el cuidado del otro.”

— Carl R. Rogers

PRÓLOGO

El presente libro, *Comunicar para cuidar: Fundamentos y habilidades profesionales en salud*, representa una guía académica para enriquecer las competencias comunicativas de los profesionales en formación del área de la salud, quienes se preparan profesionalmente para ofrecer una atención basada en la empatía y el respeto a la integridad del ser humano. En un entorno en el que la calidad del cuidado está determinada por el dominio técnico y la capacidad de construir vínculos efectivos, la comunicación prima su importancia como pilar esencial en el ejercicio profesional sanitario.

Esta obra aporta un marco práctico y teórico que permite comprender la comunicación no solo meramente como un proceso que involucra la transmisión de información, sino como una herramienta de intervención, acompañamiento y promoción del bienestar integral en los pacientes. En esa línea, se abordan los principios conceptuales de la comunicación en salud, los modelos que determinan su aplicación, y las habilidades interpersonales necesarias para construir relaciones terapéuticas con enfoque en la escucha activa, el reconocimiento de la dignidad del paciente y la confianza.

El texto invita a los futuros profesionales del campo de la salud a reflexionar sobre la importancia de su rol comunicativo dentro de los diferentes equipos multidisciplinarios y en la interacción directa con los usuarios, promoviendo una práctica ética, humanizada y orientada en la mejora continua con la oferta de los servicios de salud. Así, se convierte

en un recurso formativo indispensable para quienes conciben el cuidado como un acto integral, donde comunicar también es una forma de sanar.

Marck Uriarte

Universidad Estatal de Bolívar

2025

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	ii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I.....	12
1 FUNDAMENTOS DE LA COMUNICACIÓN	
 HUMANA.....	12
1.1 Definición y elementos básicos de la comunicación.....	12
1.1.1 Elementos de la comunicación	15
1.1.2 Funciones de la comunicación	19
1.2 Historia del Lenguaje	21
1.2.1 Principales teorías de la comunicación	25
1.2.2 Niveles de comunicación.....	31
1.3 Procesos implicados en la comunicación humana: Procesos cognitivos y emocionales	38
1.3.1 Factores que influyen en la comprensión del mensaje	40

1.4	Modalidades de la comunicación	41
1.4.1	Comunicación verbal.....	41
1.4.2	Comunicación no verbal y paraverbal.....	42
CAPÍTULO II:.....		44
2	HABILIDADES Y COMPETENCIAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN SALUD.....	44
2.1	La comunicación en la práctica profesional	44
2.1.1	Importancia de la comunicación en el ámbito sanitario	45
2.1.2	Relación profesional-paciente y calidad de atención	48
2.1.3	Consecuencias de la comunicación ineficaz	50
2.2	Habilidades comunicativas fundamentales	52
2.2.1	Escucha activa y retroalimentación.....	52
2.2.2	Claridad y precisión del mensaje.....	58
2.2.3	Empatía y conexión emocional	61
2.2.4	Técnicas de negociación y manejo de conflictos	65
2.2.5	Lenguaje positivo y refuerzo de la autoestima.....	68
2.3	Barreras en la comunicación	71
2.3.1	Barreras personales.....	71

2.3.2	Barreras contextuales	72
2.3.3	Estrategias para superar barreras	73
CAPÍTULO III		75
3	COMUNICACIÓN PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA Y SALUD	75
3.1	Comunicación como herramienta terapéutica	75
3.1.1	Rol de la comunicación en el acompañamiento psicológico.	75
3.1.2	Comunicación con familiar y equipos multidisciplinares....	77
3.2	Emociones y comunicación terapéutica	82
3.2.1	Influencia de las emociones en la comunicación profesional	83
3.2.2	Regulación y validación emocional	85
3.3	Comunicación de noticias difíciles y acompañamiento	86
3.3.1	Estrategias para comunicar noticias difíciles	87
3.3.2	Modelos y guías prácticas	88
BIBLIOGRAFÍA		104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelo SPIKES.	93
Tabla 2. <i>Modelo BREAKS.</i>	96
Tabla 3. Modelo ABCDE.	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo lineal de comunicación (Shannon y Weaver, 1959).	15
Figura 2. Modelo de aguja hipodérmica (Lasweell, 1927).....	25
Figura 3. La fórmula de Lasswell (1948).	26

INTRODUCCIÓN

La comunicación constituye un eje transversal en el ámbito de la salud, ya que a través de ella se configuran los procesos de relación, acompañamiento, orientación y cuidado integral del ser humano. En la práctica profesional, comunicar no solo implica transmitir información, sino también construir significados compartidos que favorezcan la comprensión, la confianza y el bienestar. Por ello, la mejora de habilidades comunicativas resulta imprescindible para la formación de futuros profesionales del área de la salud, pues son los encargados de enfrentar diariamente la necesidad de instaurar vínculos éticos, efectivos y humanizados tanto a sus pacientes como a las familiar y equipos multidisciplinares.

El libro *Comunicar para cuidar: Fundamentos y habilidades profesionales en salud* surge como una guía académica y práctica dirigida a estudiantes en formación del área de la salud en especial de las carreras de Psicología, Enfermería y Terapia Física con el objetivo de otorgar fundamentos prácticos y conceptuales que permitan reforzar las competencias comunicativas esenciales para el ejercicio profesional. Por medio de un enfoque teórico exhaustivo y sustentado en una revisión bibliográfica actualizada, la obra otorga una mirada integrativa sobre la empatía, comunicación efectiva y ética en los procesos de atención y cuidado.

En el Capítulo I, titulado *Fundamentos de la Comunicación Humana*, se consideran las bases conceptuales que permiten comprender la esencia natural de la comunicación como un proceso humano. Se analizan sus

funciones, elementos, modalidades y teorías más relevantes, de la mano de procesos emocionales y cognitivos implicados en la comprensión del mensaje. Asimismo, se integran reflexiones concretas sobre la evolución histórica del lenguaje y las distintas etapas en las que se manifiesta la interacción humana, identificando su influencia en la práctica sanitaria.

El Capítulo II, *Habilidades y Competencias para una Comunicación Efectiva en Salud*, afianza las capacidades esenciales que los profesionales en formación deben cultivar para consolidar una comunicación empática, clara y efectiva en los pacientes solicitantes de los servicios de salud. Se revisa la importancia de la relación profesional-paciente, los efectos de una comunicación ineficaz, y las habilidades fundamentales y necesarias como la empatía, la escucha activa, la precisión del mensaje, la retroalimentación y el manejo efectivo de conflictos. De igual forma, se estudian las principales barreras que dificultan el proceso de comunicación como las barreras contextuales, actitudinales y personales, junto con estrategias prácticas para superarlas y consolidar así un perfil comunicativo profesional.

Por su parte, el Capítulo III, *Comunicación Profesional en Psicología y Salud*, enfatiza en el papel relevante de la comunicación como mecanismo terapéutico y eje principal de la intervención psicológica sanitaria. Se analiza su rol en el proceso de acompañamiento emocional, la regulación afectiva y la construcción de relaciones enfocadas en ayuda, comprensión y confianza. Además, se examinan estrategias efectivas para comunicar noticias difíciles, resaltando modelos y guías que dirigen la actuación profesional ante posibles situaciones de una

elevada carga emocional, tanto con paciente como con sus familiares y otros miembros que conforman el equipo de salud

En conjunto, esta obra pretende ofrecer una perspectiva realista y central sobre la comunicación ética y efectiva dentro del cuidado de la salud, buscando fortalecer y consolidar una formación integral que integre el saber, el saber hacer y el saber ser. Se estima que cada lector encuentre en estas páginas diferentes estrategias para fortalecer, reflexionar y aplicar sus habilidades comunicativas en diversos escenarios comunitario, educativos y clínicos, contribuyendo en el desarrollo de una atención más empática, profesional y humana.

CAPÍTULO I

1 FUNDAMENTOS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

1.1 Definición y elementos básicos de la comunicación

En la actualidad, delimitar la definición de comunicación es un trabajo que se guía por la consideración de una categoría polisemántica por ser una materia que se estudia de forma variable y continua en algunas disciplinas científicas como la psicología, sociología, antropología, pedagogía, entre otras.

El carácter de estudio multidisciplinario que tiene la comunicación limita su definición y entrega resultados consecuentes con la rama de estudio en cuestión, sin embargo, si algo caracteriza al fenómeno de la comunicación es precisamente la conexión cercana que tiene con el lenguaje (Martínez, Ortega y Alba, 2021).

Cualquier definición de lenguaje tiene que abarcar una función comunicativa, del mismo modo, es inviable categorizar la comunicación sin conectarse con un componente lingüístico. Por lo tanto, se considera que la comunicación es una función básica que mantiene todos los seres humanos, con gran relevancia.

En sus inicios, para que el hombre logrará subsistir tenía que relacionarse, viéndose obligado a crear señas, gestos y sonidos ante las necesidades que surgían a su alrededor. Esa capacidad simbólica y la interacción del hombre con su entorno, se volvieron clave para la integración de la sociedad como un todo (Zayas Agüero, 2012).

El término comunicación proviene de la raíz latina “communicare” que significa “poner en común, participar o compartir”, y la raíz de ese, manifiesta participación, comunión, comunidad, lo que se entiende como colaborar o compartir algo con otros. La comunicación es un proceso social. No existen países, personas u organizaciones que puedan vivir sin comunicación.

Esta importancia del fenómeno comunicativo se deriva de la idea generalizada sobre la imposibilidad de no comunicar (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1995). Según esa concepción, la actividad, inactividad, silencios o palabras tienen valor de mensaje para los demás, pues influyen de tal forma que evocan respuesta por parte de otros, por ende, también estarían comunicando.

Cabe mencionar que la definición de comunicación lleva consigo concepciones amplias y particulares. La concepción amplia entiende a la comunicación como una categoría que existe en el hombre, los animales, las ciencias biológicas, las ciencias sociales e incluso en las ciencias físicas, basándose en que todos estos fenómenos de alguna forma intercambian energía, es decir, se comunican. En contraposición, la definición particular solo considera al hombre como partícipe, pues es el único que posee lenguaje verbal (Muñoz, 1986).

Para categorizar y definir lo que es la comunicación, se deben delimitar diferencias en cuanto a información y mensaje. Se comprende como información al conjunto existente de datos (conocimiento) que tiene una persona y lo transmite hacia otra. Por otra parte, el mensaje es la información que se manifiesta en signos, es decir, la información

codificada que posteriormente se intercambiará en el proceso de comunicación (Anticona, 2015).

Existen diversas definiciones de comunicación. Cada una de esas se enfocan según la óptica de visión del autor. Es así que autores como Berelson, B. & Steiner, G. (1964) entienden a la comunicación como un proceso de transmisión no solo de información, sino también de emociones, habilidades e ideas que se transfieren por medio de signos y palabras.

Por otra parte, autores como Dolan, S. & Martín, I. (2002) definen a la comunicación como un proceso bilateral de intercambio de información en dónde existen como mínimo dos personas o dos grupos, desempeñado uno el papel de emisor al traspasar la información y otro el papel de receptor al recibir esa información, sin embargo, los postulados de los autores destacan la importancia de la comprensión, considerando que la información debe tener un significado para el receptor.

La comunicación es un proceso dinámico, bidireccional y circular en el que dos o más personas se encuentran inmersos. Tiene como objetivo transmitir no solo información, sino también emociones, sentimientos, ideas, conocimientos y percepciones sobre uno o varios temas. Dentro de este proceso intervienen elementos claves relevantes para que se pueda producir con efectividad, tales elementos son una parte fundamental dentro el proceso comunicativo.

1.1.1 Elementos de la comunicación

El proceso de comunicación no ocurre de manera improvisada, sino que se construye a partir de distintos elementos que permiten que el mensaje (información) viaje desde el emisor hasta el receptor. En el ámbito de salud, se vuelve imprescindible conocer sobre estos procesos, ya que un error en cualquiera de ellos puede generar consecuencias poco gratas para el paciente.

El clásico modelo de comunicación propuesto por Shannon & Weber (1949), concibe a la comunicación como un sistema conformado por partes especializadas en transmitir la información, según lo ilustrado en la Figura 1.1. Ese sistema, considera que dentro del proceso de comunicación existe una fuente de información y un destino conectados mediante un canal capaz de pasar los mensajes de un extremo a otro. Además, el transmisor de información será el encargado de codificar el mensaje en señales que puedan ser enviadas por el canal, para que el receptor sea el que descodifique esa información y así el destino pueda aceptar esa descodificación.

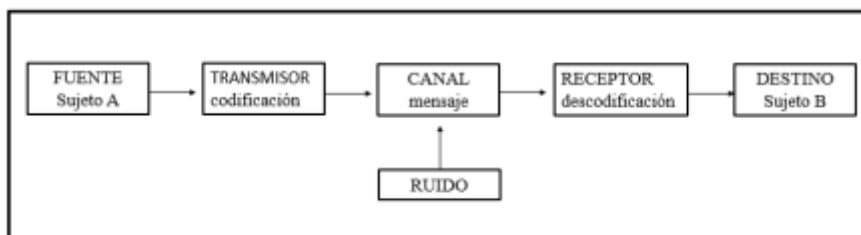


Figura 1. Modelo lineal de comunicación (Shannon y Weaver, 1959).

Fuente: Elaboración propia a partir de Lasswell (1927, citado en Martínez, 2012).

En ese sentido el modelo lineal de la Figura 1.1. Tiene una esencia más informativa. Sin embargo, a pesar de que el modelo lineal responde a interrogantes, omite elementos que posteriormente serán considerados como de gran importancia dentro de este proceso como lo son el contexto y la retroalimentación.

El modelo interactivo de la comunicación, propuesto por Wilbur Schramm (1954), representa una evolución significativa en comparación al modelo lineal de Shannon y Weaver. En tanto el modelo lineal plantea que la comunicación es un proceso unidireccional de transmisión de información, el modelo interactivo introduce la noción de retroalimentación y destaca la importancia de la experiencia que obtiene tanto el emisor como el receptor.

El emisor se define como el ente, grupo o institución encargado de seleccionar la información y reproducir un mensaje con ayuda del código y lo envía a través del canal, hacia el destinatario. El emisor dentro del sistema es el que organiza los significados mediante signos. Con base en el modelo, el emisor y receptor tienen roles intercambiables. El emisor transmite un mensaje, y el receptor responde, convirtiéndose así en el emisor de un nuevo mensaje.

El mensaje es la información expresada; es entendida como el contenido que tiene la comunicación, lo que se desea transmitir. En el modelo interactivo, el mensaje no solo constituye un conjunto de palabras, sino que incluye gestos, tono de voz y otros elementos no verbales que potencian el proceso de comunicación.

El código es el sistema de signos lingüísticos o no lingüísticos que se utilizan para construir el mensaje y así poder comunicarnos. Los signos que utiliza el emisor deben de igual forma ser conocidos por el receptor, para que puedan entenderse. Hablar de signos lingüísticos significa utilizar frases u oraciones a nivel oral o escrito, en cambio, los signos no lingüísticos son auditivos (sirena, campana, aplausos, etc.), visuales (luces, imágenes, fuego, etc.) y táctiles como el braille (Anticona, 2015).

El canal es el medio por el cual se transmite el mensaje, no se encuentra dentro del emisor o receptor, sino en el exterior. Existen canales fisiológicos como los sistemas sensoriales, ambientales y técnicos como el teléfono, la radio, las redes sociales, el papel, etc.

La retroalimentación es la respuesta que otorga el receptor al mensaje que envía el emisor. Esa puede ser verbal como no verbal, le permite al emisor ajustar su mensaje en función de la comprensión del receptor.

Bajo el modelo de Schramm (1954) el campo de experiencia compartido es un concepto fundamental al momento de hablar de comunicación, pues se refiere al conjunto de experiencias y conocimientos que comparten tanto el emisor como el receptor, considerando que cuanto mayor sea la experiencia compartido, más efectiva será la comunicación, ya que existirá un entendimiento común del mensaje.

Los modelos transaccionales de la comunicación surgen como una evolución de los modelos lineales e interactivos, al reconocer que la comunicación no es un proceso solo unidireccional y no contempla una retroalimentación diferida, sino un fenómeno simultáneo, compartido y dinámico entre interlocutores (Barnlund, 1970). Según ese enfoque, la

comunicación no solo transmite mensajes, sino que crea identidades y relaciones, por lo tanto, la atención se traslada a la “salida” del mensaje.

En el contexto del modelo, la comunicación ocurre de forma simultánea, mientras una persona habla, la otra escucha, pero al mismo tiempo reacciona con silencios, gestos o expresiones que influyen en el flujo del mensaje (Griffin, Ledbetter & Sparks, 2020). No hay un turno rígido para hablar o detallar información, todo el proceso es una interacción en que ambos participan de forma activa.

La comunicación siempre está influida por el contexto cultural, social, histórico y situacional. Un mismo mensaje puede tener diferentes significados dependiendo el entorno en el que se produce (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2014). El modelo transaccional hace especial énfasis en que para entender adecuadamente un mensaje es importante comprender el contexto.

La comunicación no se limita a transmitir información; implica la construcción de significados compartidos. El emisor y el receptor ajustan activamente los sentidos de los mensajes por medio de su interacción, emociones y experiencias previas, eso convierte a la comunicación en un proceso creativo y dinámico. Cada individuo aporta conocimientos, emociones, valores y cultura en función de su campo de experiencia (Barnlund, 1970).

En el ámbito del modelo, el ruido se refiere a cualquier interferencia que distorsione la comunicación. Puede ser físico, psicológico, semántico o cultural. El ruido es inevitable y afecta a todo el proceso (Griffin et al., 2020).

1.1.2 Funciones de la comunicación

Más allá de ser un simple intercambio de mensajes, la comunicación cumple funciones diversas que permiten el desarrollo óptimo de relaciones interpersonales y el funcionamiento de diversas entidades. En el ámbito de la comunicación, el término *función* hace referencia al papel que ejerce un mensaje en un contexto específico. Según Jakobson (1960) no se trata solo de explicar o describir el contenido de un mensaje, sino de comprender su utilidad y efecto en el emisor, el receptor y en el sistema.

Karl Bühler (2011) plantea que el lenguaje puede comprenderse con una tríada de funciones: notificación, suscitación y representación. Cada uno de esos polos se relacionan entre sí. La representación o descripción caracteriza que el lenguaje se orienta al tema del que se habla (ELLO). Permite referirse a la realidad, a la descripción y representación de esa realidad. La notificación o expresión en cambio considera que el lenguaje se dirige al emisor (YO), quien es el encargado de manifestar su estado interno, emociones o intenciones al hablar. La suscitación considera que el lenguaje se orienta al receptor (TÚ), con el objetivo de provocar en él una respuesta.

Bühler integró estas tres funciones en lo que más tarde denominó el modelo organon del lenguaje. La palabra organon proviene del griego que significa "*instrumento*". Para Bühler, el lenguaje es un instrumento mediador entre esos tres polos: el hablante se refiere a un ELLO (lo representado), enuncia desde su YO (expresado), y provoca una reacción en un TÚ (apelando). De este modo, el modelo organon

evidencia que todo acto comunicativo es representativo, expresivo y apelativo.

El modelo organon sentó las bases para estudios posteriores que profundizarían el análisis del proceso comunicativo, es así que Roman Jakobson (1960) amplía la propuesta de Bühler, identificando el modelo de seis funciones del lenguaje, cada una vinculada a un elemento del proceso comunicativo. Según Jakobson un solo acto de comunicación puede incluir varias funciones de forma simultánea.

Así pues, cuando el mensaje se centra en el emisor, predomina la **función emotiva**, que refleja las actitudes, emociones o estados internos de quien habla. Cuando el lenguaje se orienta hacia el contexto, adquiere una **función referencial**, mediante la cual se describe la realidad y se difunde la información objetiva. En contraste, si la atención recae sobre el receptor, se expresa la **función conativa**, pues busca incidir en el receptor mediante órdenes o súplicas. Existe también la **función fática**, destinada a establecer, mantener o interrumpir el canal de comunicación, como pasa con los saludos o preguntas de confirmación. Al mismo tiempo, la **función metalingüística** aparece cuando el lenguaje se usa para hablar sobre sí mismo o sobre el código. En definitiva, Jakobson identificó la **función poética**, dónde el énfasis recae sobre la forma del mensaje, el ritmo o la creatividad expresiva (Jakobson, 1960; Waugh, 1980).

Charles E. Osgood et al. (1957) distinguieron un enfoque funcional del lenguaje en el que resaltan tres funciones principales de la comunicación: informativa, afectiva y regulativa. En primera instancia

la función informativa hace énfasis en la transmisión de conocimientos o hechos, permitiendo así que sea el emisor el encargado de compartir datos sobre el mundo de forma comprensible y clara. En contraposición, la función afectiva o conocida asimismo como expresiva, se concentra en las manifestaciones expresivas del hablante, sean estas emociones, sentimientos o actitudes. Por último, la función regulativa focaliza que la comunicación sostiene su atención en el receptor con el objetivo de persuadirlo, influir en su comportamiento o coordinar acciones.

1.2 Historia del Lenguaje

Desde la antigüedad, el lenguaje ha sido considerado como objeto de estudio independiente de la comunicación, reconocido no solo por ser una herramienta que utiliza la comunicación, sino como parte del medio que permite expresar emoción, pensamiento y acción social. En comparación con sistemas de señales de otras especies, como los animales, el lenguaje humano mantiene una esencia característica, pues permite no solo transmitir información o conocimientos, sino también construir mundos simbólicos y organizar la vida social. La definición de lenguaje incluye una función comunicativa, pero también considera la dimensión cognitiva y cultural.

El estudio e investigación sobre lenguaje ha captado la atención de diversas ramas del conocimiento, entre las más destacadas están la filosofía, arqueología, psicología, la lingüística y la neurociencia. La multiplicidad de enfoques de estudio evidencia la complejidad de definición del fenómeno y la necesidad de comprenderlo desde distintas perspectivas.

La evidencia arqueológica indica que los primeros lenguajes humanos estaban basados en símbolos y formas de comunicación. Las primeras expresiones simbólicas fueron pinturas, figuras talladas y objetos de rituales, que muestran un pensamiento abstracto y capacidad de transmitir ideas (d'Errico & Stringer, 2011). Esos hallazgos sugieren que incluso antes de la aparición de la escritura, los humanos ya habían desarrollado sistemas de símbolos para organizar el pensamiento y la acción colectiva.

Además, de las expresiones artísticas, restos de sistemas protoescriturales, como tablillas cuneiformes sumerias y los jeroglíficos egipcios, evidencian que las sociedades comenzaron a codificar información de manera sistemática. Estudios de marcas en herramientas y objetos de uso cotidiano, permitieron evidenciar la forma de comunicación no verbal. Schmandt-Besserat (2007) documentó como las primeras formas de escritura en Mesopotamia surgieron de marcas en objetos de arcilla, esas marcas evolucionaron hasta convertirse en sistemas de escritura. Schmandt-Besserat sostiene que esas marcas representaban formas de comunicación simbólica que facilitaban la transmisión de información compleja.

La arqueología y antropología han evidenciado que la capacidad de simbolización está estrechamente ligada al desarrollo cognitivo. La coordinación entre memoria, planificación y representación abstracta permitió que los primeros humanos reaccionaran al entorno y logaran conceptualizarlo y modificarlo mediante actos comunicativos. Investigaciones en neurociencias comprobaron que la corteza prefrontal,

facilitó la planificación de acciones complejas para usar símbolos en la comunicación (Baum et al., 2016).

En la Antigua Grecia, filósofos como Platón reflexionaban con profundidad sobre la relación entre el lenguaje y la realidad. Dentro de su diálogo *Crátilo*, Platón presenta una discusión entre Crátilo y Hermógenes, en esa discusión Crátilo sostiene que existe relación entre los sonidos de las palabras y los objetos que designan, en cambio, Hermógenes expresa que los nombres como tal son argumentos producto de acuerdos sociales y no existe ningún tipo de conexión natural. Ese diálogo se ha considerado como parte de una de las primeras discusiones existentes sobre el origen y naturaleza del lenguaje.

Por su parte, Aristóteles conceptualizó el lenguaje como vía para manifestar pensamientos universales, determinando que las palabras se usan para representar ideas y no meramente objetos determinados.

En cambio, en Roma, Cicerón evaluó e investigó sobre la función social del lenguaje, destacando la relevancia de su papel en la organización de la comunidad y su capacidad de persuasión (Baum et al., 2016).

En la era contemporánea, ciencias como la biología, lingüística y neurociencias se han incorporado al estudio del lenguaje. Deacon (1997) en su teoría de la coevolución del lenguaje y el cerebro, sostiene que el lenguaje evolucionó como parte de un grupo de rasgos humanos característico. Para el autor las distintas estructuras cerebrales como el área de Broca y Wernicke, se desarrollaron de forma simultánea con la capacidad de producir y comprender símbolos del ambiente.

En cambio, Chomsky (1965) planteó la existencia de una gramática universal, una estructura natural e innata que forma parte del cerebro humano y que le permite adquirir cualquier lengua. Chomsky especifica la diferencia entre dos estructuras, la primera considerada como la estructura profunda se caracteriza por estar formada por reglas universales que comparten todos los lenguajes, las reglas no dependen de la lengua, incluyen principios como el uso de sujeto y predicado, el sintagma verbal y nominal, y la relación entre los elementos de la oración. Por su parte, a estructura superficial comprende la forma final de la oración. Además, dentro de sus postulados resalta que cada lengua tiene un conjunto de reglas y parámetros que se activan dependiendo el idioma que se aprende.

A medida que los grupos humanos se fueron dispersando geográficamente, las lenguas comenzaron a diversificarse, factores como la migración y el aislamiento determinaron la aparición de distintas lenguas y dialectos. La historia muestra cómo procesos históricos y sociales, como conquistas o desplazamientos, influyeron en la transformación de sistemas lingüísticos.

El lenguaje, desde sus formas más antiguas, constituye un fenómeno multifacético que refleja cognición, cultura y vida social humana. El lenguaje no se estudia solo como un sistema, sino también como una práctica situacional y cultural. La historia del lenguaje permite una comprensión más completa de su papel en la vida humana.

1.2.1 Principales teorías de la comunicación

La disciplina de la comunicación ha desarrollado múltiples teorías que tratan de explicar desde cómo se transmite un mensaje hasta los procesos comunicativos, teorías clásicas, modelos de efecto, recepción y enfoques socioculturales han caracterizado la acción comunicativa.

Harold Lasswell (1927) en un inicio propuso un modelo simple influenciado por la corriente conductista, modelo al que denominó “modelo de aguja hipodérmica”. Según lo ilustrado en la Figura 1.2 El modelo se caracterizaba por presentar un enfoque basado en que los medios eran un estímulo que producía la comunicación, por ende, generaba una respuesta en la audiencia.

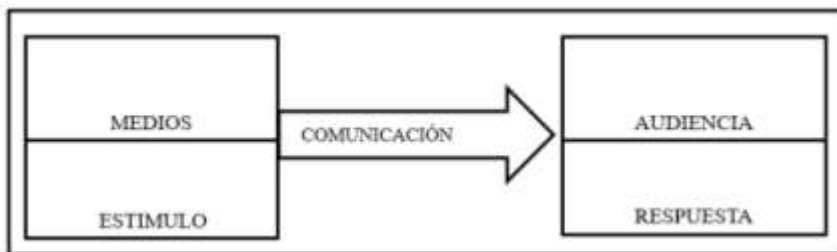


Figura 2. Modelo de aguja hipodérmica (Lasswell, 1927).

Fuente: Elaboración propia a partir de Lasswell (1927, citado en Martínez, 2012).

Lasswell reformula su modelo denominándolo “Fórmula de Lasswell”. Propuso el modelo de a Figura 1.3 desde la perspectiva de las ciencias políticas. El modelo consideraba que la comunicación puede descomponerse en elementos operativos (emisor, mensaje, medio, receptor, efecto) y que cada componente podía tener un análisis específico. El modelo es unidireccional y se centra en las preguntas

¿Quién dice qué, en qué canal, a quién y con qué efecto? (Lasswell, 1948).

QUIÉN DICE

- Análisis de los emisores o creadores (quien tiene el control)

QUÉ DICE

- Análisis del contenido

A través de QUÉ CANAL

- Medios de comunicación

A QUIÉN

- Receptores

CON QUÉ EFECTO

- Efectos psicológicos, sociales, políticos, comerciales, etc.

Figura 3. La fórmula de Lasswell (1948).

Fuente: Elaboración propia a partir de Lasswell (1948, citado en Martínez, 2012).

Shannon y Weaver (1949) propusieron el modelo transmisivo de la comunicación. Su modelo distingue entre fuente de información, transmisor, canal, receptor y destino, además de incluir el concepto de ruido, entendido como la interferencia dentro del proceso de comunicación. El modelo sostiene que la comunicación es un proceso de transmisión de señales codificadas por medio de un canal, con el objetivo de reducir la incertidumbre.

En cambio, Jakobson (1960) planteó un modelo de análisis de las funciones del lenguaje. De acuerdo con su teoría, cada acto comunicativo tiene seis factores y a cada factor le corresponde una función. Jakobson resalta que la comunicación no solo es un proceso de transmisión de información.

En estudios fundacionales sobre comunicación de masas, surge el modelo hipodérmico o de la bala mágica, según el cual los mensajes mediáticos tenían efectos directos e inmediatos sobre una audiencia pasiva. De acuerdo con lo postulado en su teoría, sostenía que los medios de comunicación tenían la capacidad de inyectar ideas y mensajes uniformes y poderosos (Severin & Tankard, 2014).

En contraste con la visión hipodérmica, Paul Lazarsfeld, Bernard Berelson & Hazel Gaudet (1968) demostraron que la influencia de los medios no se ejerce de manera directa sobre toda la audiencia. De acuerdo con su planteamiento, los mensajes fluyen en dos etapas, primero de los medios a los líderes y después de los líderes a la comunidad. Los líderes de opinión son individuos con mayor interés y conocimiento en un tema específico, son quienes interpretan la información mediática y luego la transmiten de forma persuasiva a su entorno más cercano.

En los años sesenta y setenta surge la teoría de los usos y gratificaciones. Los supuestos de la teoría se enfocan en las motivaciones del receptor. Según sus postulados, la audiencia elige los medios de comunicación para satisfacer necesidades cognitivas, afectivas, sociedad y de identidad. Su aporte principal es revalorizar el papel del receptor,

haciendo énfasis en el por qué y para qué se usan los medios (Katz, Blumler & Gurevitch, 1973).

Maxwell McCombs & Donald Shaw (1972) introdujeron la teoría de la agenda-setting a partir de un estudio realizado sobre una campaña electoral en EE.UU. Su investigación demostró que los medios de comunicación no necesariamente les dicen a las personas qué pensar, pero sí sobre qué pensar. La frecuencia con que un tema aparece en los medios influye directamente en la percepción pública. Los planteamientos del modelo se dividen en dos niveles. En el primer nivel se ubican los “Temas”, los medios establecen qué temas son percibidos por la audiencia como importantes. El segundo nivel está compuesto por los “Atributos”, los medios moldean la forma en que se perciben esos temas, es decir, sus características y marco de análisis. Por ejemplo, si durante un proceso electoral los medios dedican gran parte de su cobertura a la seguridad ciudadana, mientras les otorgan menos cobertura a temas como educación o empleo. Los votantes consideran la seguridad como el tema de más relevancia al momento de votar, aunque sus problemas puedan estar relacionados con otras categorías.

George Gerbener y Larry Gross (1976 ;2017) desarrollaron la teoría del cultivo, centrada en los efectos graduales y acumulativos que tiene la televisión sobre la percepción de las personas. La teoría enfatiza en la producción de cambios de forma gradual y culturalmente acumulativa. Los enunciados de la teoría reflejan que, a diferencia de otros modelos, la exposición repetida y prolongada de contenidos televisivos moldeaba lentamente la manera en que las personas perciben la realidad. Conforme a lo establecido en la teoría, sus postulados se enfocan en que la

televisión produce efectos acumulativos y lentos llegando a generar un posible síndrome del mundo mezquino. Las personas que consumen grandes cantidades de televisión tienden a percibir la sociedad como más violenta y peligrosa.

George Herbert Mead (1934) en la teoría del interaccionismo simbólico, argumenta que la mente, el yo y la sociedad no existen de manera independiente, sino que se construyen por medio de la interacción simbólica de los individuos. Los ejes centrales de la teoría son: el significado de los símbolos (palabras, gestos, signos), que depende del contexto; la internalización de roles, mediante la cual los individuos aprenden a asumir comportamientos observando e interpretando la conducta de otros; y el lenguaje, que permite a los individuos reflexionar sobre sí mismos y da sentido a los símbolos.

Jürgen Habermas (1987) desarrolló la teoría de la acción comunicativa, en la que plantea que la comunicación no es un fin en sí mismo, sino un medio para alcanzar el entendimiento intersubjetivo. Habermas distingue que la acción comunicativa lo que es busca es lograr la armonía entre el intercambio de razones, en lugar de solo limitarse a la persuasión o al control. Además, identifica dos conceptos centrales: el sistema, comprendido como la estructura funcional de la sociedad, es decir el dinero, poder e instituciones; y el mundo de la vida que comprende el lugar donde se produce la comunicación y se ejecutan las relaciones sociales.

Theodor Adorno & Max Horkheimer en la escuela de Frankfurt introdujeron el concepto de industria cultural. Según ellos, los medios

de comunicación no solo son los encargados de informar, sino también de reforzar la ideología dominante del momento, limitando así la capacidad crítica por parte del público y incentivando la conformidad social. De acuerdo con lo propuesto en su teoría, la producción de contenidos culturales de forma repetitiva genera conformidad en la audiencia, adjudicando un rol pasivo al público al aceptar todo lo que los medios presentan como normal o deseable (Adorno & Horkheimer, 1997).

Sundar y Kim (2005) propusieron la teoría de la interactividad y medios digitales. En relación con los postulados de su teoría, sostienen que los usuarios no son receptores pasivos de los medios digitales, en cambio son considerados como participantes activos que se vinculan entre ellos y con los contenidos expuestos. En el mismo sentido, la teoría expone que la retroalimentación inmediata que otorga la comunicación digital, la personalización y control del usuario, es decir la interactividad que mantiene, potencia la cognición y afectividad en la audiencia. Dentro de sus aportes más relevantes, la teoría otorga una perspectiva que permite comprender la forma en que los usuarios construyen significados en entornos digitales y ofrece una base sólida para la creación de interfaces comunicativas, el estudio analiza los canales de comunicación y entornos de participación activa de los espacios digitales en el aprendizaje.

Tania Bucher (2018) investigó la influencia de los algoritmos de recomendación en redes sociales y cómo estos seleccionan y priorizan contenidos, condicionando la percepción y el comportamiento por parte de los usuarios. Sus aportaciones demuestran que los algoritmos

funcionan como mediadores del contenido y del usuario, estableciendo el tipo de información que recibe cada individuo, generando burbujas de información o “filter bubbles”. La persuasión digital tiene su origen mediante una exposición personalizada y repetitiva, que puede afectar creencias y decisiones. Entre los aportes de la teoría de comunicación persuasiva mediada por algoritmos, se encuentra la capacidad de analizar cómo la tecnología y los algoritmos configuran la comunicación mediática.

1.2.2 Niveles de comunicación

La comunicación se puede entender como un fenómeno multinivel que abarca procesos cognitivos complejos; delimitar los niveles permite comprender cómo se crean los significados. Se distinguen cinco niveles: comunicación intrapersonal, interpersonal, grupal, pública y masiva. Cada uno de los niveles contiene características propias y particulares, pero mantienen una interconexión (Littlejohn, Foss & Oetzel, 2017; West & Turner, 2024).

La comunicación intrapersonal se refiere al intercambio de información que ocurre dentro del individuo, eso incluye el pensamiento verbalizado, el diálogo interno y procesos de autoevaluación y autorregulación. Constituye el nivel más básico y a su vez el más complejo, pues es la interacción que del individuo mantiene consigo mismo, concibe a la persona como emisora, receptora y canal del mensaje, la persona es la encargada de organizar su experiencia y orientar su conducta.

Dentro de la comunicación interpersonal existen tareas principales. En primera instancia, organizar metas y conductas: permite planificar

acciones, anticipar consecuencias y seleccionar estrategias adecuadas para comunicarse con otros. En segunda instancia, interpretar señales: filtra y da sentido a la información que es percibida. Y, en tercer lugar, prepara mensajes para intercambios posteriores, transformando ideas internas en mensajes verbales o no verbales según el contexto. Es así que cuando una persona se enfrenta a un conflicto intrapersonal, primero realiza un monólogo interno que le permite identificar emociones y valorar sus posibles respuestas. Todo ese proceso lleva consigo el involucramiento de funciones como la cognición, la emoción y el lenguaje (Littlejohn, Foss, & Oetzel, 2017).

La comunicación intrapersonal cumple una función autorreguladora, pues a través del diálogo interno, las personas pueden regular sus emociones, controlar sus impulsos y ajustar sus respuestas. Esto se vincula directamente con la inteligencia emocional. Shedletsky (2017) considera que la comunicación tiene una estructura análoga pues existe un emisor (yo formulo el pensamiento), un receptor (el yo que reflexiona sobre eso), un canal (el yo pensamiento o lenguaje interno) y un mensaje (las representaciones simbólicas).

Para West & Turner (2024) las estrategias como la escritura reflexiva, autoobservación guiada y el mindfulness ayudan a que los individuos reconozcan sus patrones discursivos y desarrollen una voz interna constructiva, así la comunicación intrapersonal deja de ser inconsciente y se vuelve una herramienta constructiva y de crecimiento personal. Reconocerla y desarrollarla permite optimizar la comunicación interpersonal, grupal y social.

La comunicación interpersonal se da cuando dos personas intercambian mensajes de forma directa; comprende tanto la comunicación cara a cara como la que es mediada por la tecnología. En este nivel se agrega la codificación y decodificación de señales verbales como no verbales, la gestión de identidad y funciones socio-afectivas. Cada participante actúa como emisor y receptor y ajustan su conducta en función de la respuesta del otro (West & Turner, 2024).

El implicar codificación y decodificación de señales verbales y no verbales, se entiende como la selección consciente o inconsciente de palabras, gestos, miradas y expresiones que transmiten significados explícitos e implícitos. Además, involucra el proceso de gestión de identidad, proceso mediante el cual las personas proyectan una imagen de sí mismas y ajustan su comportamiento según las normas sociales y el contexto (Goffman, 1959; Berger, 2014).

Este nivel comunicativo es esencial para el desarrollo de la cohesión social, pues debido a sus diversas funciones socio-afectivas como la formación de vínculos emocionales, las personas construyen confianza, expresan empatía, intercambian experiencias y trabajan en conjunto. Asimismo, investigaciones en el tema evidencian que las conversaciones cotidianas cumplen un papel importante en cuanto a difusión de ideas, actitudes y comportamientos, las interacciones no tienen solo como objetivo el intercambiar información, sino que operan como un mecanismo de influencia social, pues al compartir experiencias o emociones, las personas contribuyen a moldear percepciones. Lo interpersonal se conecta con dinámicas de contagio social, en la que ciertos mensajes se propagan desde una conversación hacia niveles

grupales y masivos, ya que cuando una persona comparte información o difunde una idea, no solo transmite información, sino que activa mecanismos de persuasión y validación social (Berger, 2014).

La comunicación de pequeños grupos implica la interacción entre tres o más personas vinculadas por un objetivo común, como la toma de decisiones, resolución de problemas y aprendizaje colaborativo. Este tipo de comunicación requiere un grado significativo de interdependencia, las acciones y aportes de cada miembro afectan el desempeño y los resultados del grupo. A través de los intercambios del grupo construyen identidad grupal, definen roles, establecen normas y desarrollan patrones de cohesión y confianza.

La estructura grupal incide directamente en la eficacia comunicativa y en la calidad de las decisiones, es decir, el tamaño, composición y jerarquía juegan un papel importante, pues grupos más pequeños suelen facilitar la participación, mientras que grupos más amplios requieren mecanismos de coordinación. Asimismo, las normas de interacción ejercen influencia en el clima. Liderazgos con enfoque participativo y basados en la escucha activa y toma de decisiones, tienden a generar ambientes colaborativos e incrementar la satisfacción. (Beebe & Masterson, 2021).

Se ha presentado una creciente atención a la hibridación de grupos presenciales y virtuales como producto del uso de las nuevas tecnologías. Las investigaciones sugieren que los grupos híbridos tienen distintos patrones de participación y retos de coordinación. Los grupos modernos necesitan desarrollar competencias meta comunicativas para gestionar

la interacción de manera eficaz. Por otra parte, guías docentes de Small Group Research (2022) resaltan que los grupos diversos, conformados por miembros de distintas disciplinas, tienden a ser más creativos e innovadores debido a la cantidad de experiencias y conocimientos que comparten, fomentando así el pensamiento crítico. Sin embargo, esa misma diversidad puede generar conflictos comunicativos, por lo cual es fundamental establecer reglas claras para fomentar el respeto mutuo.

La comunicación pública establece un nivel comunicativo intermedio entre lo grupal y lo masivo, se caracteriza por la interacción entre uno o varios emisores y una audiencia numerosa que se encuentra en un espacio común. Este nivel se manifiesta en presentaciones académicas, discursos, clases magistrales y conferencias (West & Turner, 2024).

Este nivel se distingue de otros por la esencia de la asimetría en la interacción, el flujo comunicativo va desde el emisor hacia la audiencia, aunque puede llegar a existir retroalimentación, a diferencia de la comunicación interpersonal o grupal, en esta categoría predomina la relación unidireccional, donde el emisor es el encargado de gestionar la comprensión, atención y motivación de los participantes en cuestión (DeVito, 2023).

La persuasión y la gestión de la atención por su lado se convierten en bases esenciales. Se considera un orador eficaz al individuo que tiene la potencialidad de adaptar su lenguaje y recursos para construir una presencia profesional y formal. En la sociedad actual, los oradores se enfrentan a desafíos que conllevan una interacción más dinámica, las plataformas digitales les permiten potenciar sus discursos y amplificar

sus postulados más allá de un espacio físico. Al tener una audiencia híbrida se crea un puente entre lo local y lo masivo, pues los mensajes pueden llegar a viralizarse y alcanzar audiencias significativas (Bryant, Thompson & Finklea, 2021).

La comunicación masiva es el nivel más profundo del proceso comunicativo y se destaca por la producción, recepción y distribución de mensajes a grandes audiencias haciendo uso de los medios de comunicación tradicionales como la prensa escrita, la televisión, la radio; y tecnológicos como las redes sociales y otras plataformas digitales (McQuail, 2010; Bryant, Thompson & Finklea, 2021).

El flujo comunicativo unidireccional evidencia que la comunicación masiva no se sustenta en la reciprocidad directa, sino en la forma en la que las instituciones como las plataformas digitales, se convierten en los entes encargados de regular, seleccionar y producir los mensajes. Desde esa perspectiva, los contenidos que llegan a la audiencia no son neutrales, sino el producto de la filtración y jerarquización de información por parte de las editoriales en función de criterios o ideologías.

Hoy en día, la comunicación se ve gestionada por la transformación digital, la información, los fenómenos de personalización de contenidos, las burbujas informativas y la viralización de mensajes se han convertido en una nueva dinámica de producción, las plataformas y los medios sociales actuales han dado paso al planteamiento de desafíos éticos en cuando a la forma de participación de los usuarios.

Para entender la complejidad del nivel, Thompson & Finklea (2021) destacan dentro del campo de la investigación el análisis de contenidos

para identificar patrones, como un tipo de herramienta analítica que permite conocer representaciones ideológicas; estudios de oyentes para examinar el modo de recepción e interpretación; para explorar la retroalimentación ante un discurso o frente a la información mediática, los análisis de recepción y discurso se transforman en un medio significativo; y por último, el uso de métodos técnicos y computacionales, posibilita abordar fenómenos digitales como la viralización y la big data.

Diferencias las características de cada uno de los niveles de comunicación, facilita su estudio, sin embargo, la taxonomía no es aislada y no implica independencia. Los procesos comunicativos se configuran por ser recíprocos y constantes. Por ejemplo, un proceso intrapersonal como la autoevaluación o la autorreflexión modula el comportamiento y las respuestas dentro de una conversación interpersonal. De forma simultánea, una campaña mediática masiva puede redefinir valores sociales o convenciones culturales que posteriormente se interiorizan en grupos pequeños, modulando su proceso comunicativo. Del mismo modo, el feedback de las audiencias dentro de espacios públicos puede gestionar un proceso de cambio en los discursos de los oradores, produciendo una reconfiguración en su objetivo comunicativo (Littlejohn, Foss & Oetzel, 2017; West & Turner, 2024).

Esta visión integradora resalta el todo como parte del acto de comunicar. El estudio de los distintos niveles de comunicación representa tanto la precisión como sensibilidad para reconocer los procesos personales, colectivos y relacionales. La perspectiva multidimensional de los

niveles conlleva a una comprensión profunda y referencial para el diseño de intervención acorde a cada contexto, sea este educativo u organizacional.

1.3 Procesos implicados en la comunicación humana: Procesos cognitivos y emocionales

La comprensión del mensaje es un proceso central en todo acto comunicativo, el receptor es considerado como un ente activo en la transmisión de información. Comunicar implica la activación e integración de una serie de operaciones cognitivas y emocionales para otorgar significados a distintos estímulos presentes en el medio. Las emociones juegan un papel importante en la comprensión del mensaje, pues este proceso involucra seleccionar, organizar e integrar información emocional previa que se encarga de mediar cualquier interpretación nueva (Mayer, 2014; West & Turner, 2024).

Conforme al enfoque cognitivo, la atención selectiva permite filtrar

Los estímulos relevantes que se encuentran dentro del entorno, regulando la información de importancia para ser procesada minuciosamente. El proceso de comunicativo necesita de la integración sistematizada de distintas operaciones mentales. La percepción se encarga de organiza y estructurar los datos sensoriales obtenidos del ambiente, transformándolos en unidades de análisis. Una vez que la información es receptada, la memoria de trabajo tiene la función de mantener esa información parcialmente para después vincularla con el conocimiento previo almacenado en la memoria a largo plazo, facilitando la integración. Este proceso de integración se apoya de

esquemas cognitivos o estructuras mentales que se orientan en función de la experiencia o contexto (Mayer, 2014).

Según Kahneman (2011), el procesamiento de los mensajes ocurre por medio de dos vías o sistemas: el primer sistema, se caracteriza por otorgar respuestas rápidas, automáticas y emocionales, y el segundo sistema, es más deliberativo y racional. Según sus postulados, la comunicación cotidiana opera con ambos sistemas: el primero facilita interpretaciones inmediatas basadas en creencias o heurísticos, el segundo evalúa la coherencia, credibilidad y validez del contenido. Esta dualidad explica, por qué las personas pueden reaccionar primero de forma afectiva ante un mensaje antes de analizar su contenido.

Los procesos emocionales cumplen una función moduladora. La emoción influye en la atención, memoria y codificación del mensaje, determinando qué información se resalta o se ignora. Forgas (2020), concebía que las emociones positivas tienen la capacidad de ampliar la atención y promover estrategias cognitivas flexibles, en cambio, las emociones negativas tienden a focalizar el procesamiento, limitando la apertura creativa. Por su parte Bower & Forgas (2022) explican que las personas interpretan la información de forma coherente y en función de su estado emocional predominante.

Damasio (2018) desde la neurociencia propone que las emociones no son opuestas a la razón, sino cumplen una función de importancia para que la mente pueda interpretar, decidir y actuar. Introduce el concepto de marcadores somáticos, que son señales fisiológicas que el cerebro utiliza como guía para evaluar rápidamente las opciones disponibles.

Comprender un mensaje no es un proceso exclusivamente racional, la mente actúa como un sistema que integra a la emoción. Las emociones determinan qué parte del mensaje captamos, por cuánto tiempo y qué significado le damos.

Los procesos cognitivos como la atención, percepción, memoria y razonamiento, estructuran el pensamiento, organizan la información y permiten la construcción de significados. Pero los procesos emocionales ayudan a decidir qué información es relevante y que parte de eso conecta con la experiencia previa y qué respuesta es más coherente con el contexto. Comprender el mensaje requiere de coordinación entre razón y emoción.

1.3.1 Factores que influyen en la comprensión del mensaje

Además de los procesos internos, la eficacia de la comprensión del mensaje, también se encuentra condicionada por una serie de factores externos que determinan la calidad de procesamiento. Estos factores pueden ser lingüísticos y contextuales.

Los factores lingüísticos se vinculan con las propiedades del mensaje. La claridad, la precisión léxica y la cohesión discursiva facilitan la decodificación, en cambio el uso de tecnicismos o ambigüedades incrementan la carga cognitiva del receptor (Van Dijk, 2014). Por otra parte, la organización del contenido, la secuencia lógica de ideas y el uso de ejemplos facilitan la comprensión (Mayer, 2014).

Los factores contextuales abarcan tanto el entorno físico como el social y cultural. Un contexto con ruido o distracciones puede disminuir la

atención. De igual forma, las expectativas culturales y las normas comunicativas influyen en la interpretación, pues un mensaje puede adquirir significados distintos según el contexto sociocultural del receptor. En conjunto los factores emocionales, cognitivos, contextuales y lingüísticos modulan la interpretación.

(Gudykunst, 2021).

1.4 Modalidades de la comunicación

La comunicación presenta diversas modalidades, cada una con sus características distintivas, funciones y contextos de uso. Comprender las modalidades permite analizar cómo las personas construyen significados, expresan emociones e intercambian información. Para West & Turner (2024), las modalidades pueden agruparse en: comunicación verbal, no verbal y paraverbal. Ninguna de ellas opera de manera aislada.

1.4.1 Comunicación verbal

La comunicación verbal es aquella que utiliza el lenguaje oral o escrito como sistema principal para transmitir conocimientos o significados. Implica codificar emociones, intenciones y pensamientos en palabras sistematizadas mediante reglas gramaticales y pragmáticas. Esta variedad de comunicación permite un alto grado de abstracción, precisión conceptual y elaboración argumentativa. Es un recurso fundamental en el ámbito educativo, en la deliberación y construcción activa del conocimiento (Berlo, 2021).

Es un fenómeno de varias modalidades que conlleva consigo la combinación holística de palabras, imágenes y sonidos con hibridación lingüística en entornos digitales. El lenguaje verbal no se limita únicamente al desarrollo y corrección gramatical, sino también a la incorporación de competencias lingüísticas que tienen como objetivo adecuar el discurso al medio, al interlocutor y al propósito comunicativo (Crystal, 2019).

1.4.2 Comunicación no verbal y paraverbal

La comunicación no verbal comprende todos aquellos mensajes que son reproducidos sin palabras, por medio del cuerpo, el espacio y los objetos. Involucra gestos, posturas, expresiones faciales, proxémica, apariencia física y cronémica. Knapp, Hall y Horgan (2014), consideran que alrededor del 60% del significado de un mecanismo de interacción proviene del componente de índole no verbal. Este componente es vital para expresar emociones, establecer relaciones efectivas basadas en la empatía.

La comunicación paraverbal en cambio se remite a los aspectos vocales que acompañan al discurso o el mensaje, elementos como el tono, volumen, ritmo, pausas y velocidad. Estos son quienes orientan la interpretación del mensaje. La investigación resalta la importancia del alineamiento multimodal, es decir, la coherencia entre los canales verbal, no verbal y paraverbal. Analiza la congruencia que existe, pues cuando así se da, el mensaje gana credibilidad (Burgoon et al., 2021). En los contextos educativos y organizacionales, aprender a leer y regular

las señales no verbales y paraverbales favorece de forma efectiva las interacciones.

CAPÍTULO II

2 HABILIDADES Y COMPETENCIAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN SALUD

2.1 La comunicación en la práctica profesional

La comunicación es un pilar fundamental en la práctica profesional, especialmente cuando se habla de salud, donde la interacción entre profesionales y pacientes es continua. Para Silverman, Kurtz & Draper (2016) las competencias comunicativas mantienen el mismo grado de importancia que las competencias técnicas. La comunicación y la calidad de atención se convierten en factores de gran importancia no solo por su desempeño informativo, sino también por la capacidad de abarcar objetivos terapéuticos y relacionales. Un especialista en su campo puede dominar procedimientos específicos y sintetizados con gran facilidad, pero si presenta una ausencia de habilidades comunicativas adaptativas, su eficacia se ve comprometida.

En la práctica en el campo de la salud, se evidencian distintos niveles de interacción, en primera instancia se distingue el nivel de interacción entre profesionales o comunicación interprofesional, seguidamente se revela la comunicación clínica entre profesionales y pacientes y, por último, la comunicación organizacional que implica la relación entre comunidades pertenecientes a un sistema. La satisfacción del usuario depende de la calidad de comunicación, debido a eso cada nivel comprende habilidades y características que deben desarrollarse y potenciarse para la ejecución profesional efectiva.

2.1.1 Importancia de la comunicación en el ámbito sanitario

Una comunicación efectiva mejora la adherencia del paciente al tratamiento y reduce síntomas de ansiedad. La comunicación es un instrumento de relevancia en la práctica clínica que apoya tanto al diagnóstico como al tratamiento. El diálogo permite que los profesionales puedan recoger información relevante y necesaria sobre posibles síntomas, signos, antecedentes, y a su vez devolver esa información por medio de explicaciones y hasta proporcionar contención y apoyo emocional (Ha & Longnecker, 2010).

El enfoque de comunicación centrada en la persona, reconocido por La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) identifica la singularidad de cada uno de los pacientes, sus historias, emociones, valores, contextos socioculturales y creencias. Destacando que este tipo de método se convierte en una herramienta para otorgar una atención de calidad, al instalar al usuario o paciente como apoderado de su proceso de cuidado. Surge como alternativa a la imposición de decisiones, focalizando su atención en la integración de preferencias y expectativas del paciente, siendo considerado este como un ente con capacidad para tomar decisiones compartidas, con el fin de desarrollar un plan de atención informado, respetuoso y transparente en compañía del profesional sanitario.

En esa línea, la escucha activa y la empatía se transforman en ejes centrales. La escucha activa implica que el usuario entregue una atención centralizada y total en los mensajes emitidos de forma explícita como implícita; en cambio, la comunicación con énfasis en la empatía

le permite al profesional no solo comprender la situación del paciente, sino también compartir la experiencia emocional que se encuentra atravesando durante su proceso, expresando validación y reconocimiento al mismo. Estas habilidades integrativas simplifican la capacidad de identificación de preocupaciones emocionales evidentes en los pacientes y la consolidación del vínculo de confianza, condiciones esenciales para obtener una buena adherencia al tratamiento (Rider et al., 2021).

La alfabetización emocional para Nutbeam (2021) es un concepto que se distingue por hacer referencia a la capacidad que tiene la persona para comprender, acceder, evaluar y aplicar la información sanitaria aprendida para tomar decisiones pertinentes y correspondientes con su estado de salud. La comunicación comprensible, clara y sensible culturalmente son aspectos necesarios para garantizar la alta ejecución de alfabetización en salud. Se recomienda el uso de un lenguaje llano, con comprobaciones de comprensión y apoyo de materiales visuales que impliquen relevancia en contextos multiculturales y en pacientes con un bajo nivel de escolaridad, para así mitigar las brechas comunicativas y lingüísticas mediadas por el nivel de educación.

En entornos comunitarios y sanitarios, donde participan activamente distintos profesionales del área de salud como enfermeros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, la coordinación comunicativa no solo beneficia al paciente, sino también fortalece la cohesión multidisciplinaria al garantizar que la información sea compartida y precisa entre todos.

Una de las principales causas de errores, retrasos en diagnósticos, conflictos internos y duplicación de tareas según O'Daniel & Rosenstein (2008) son los fallos en el tipo de comunicación interpersonal, dentro de sus hallazgos los autores evidenciaron que los equipos multidisciplinarios que trabajan bajo protocolos estructurados como el modelo SBAR y otras técnicas como las reuniones de pase de guardia, revelan mejoras considerables en cuanto a satisfacción laboral y eficiencia de procesos.

Buscando reducir errores en la comunicación. Fomentar la cultura comunicativa por medio de modelos sistematizados y promover el respeto y responsabilidad en equipos multidisciplinarios. Surge el modelo SBAR como un instrumento que pretende garantizar la eficacia y claridad en cuanto a la transmisión de información entre profesionales en el ámbito clínico y hospitalario. El modelo organiza la información según cuatro componentes: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones.

El primer apartado, Situation (Situación), se enfoca en determinar de forma precisa y concisa la situación actual del paciente, y otorgar datos imprescindibles como sus problemas, cambios o síntomas. La segunda sección, Background (Antecedentes), asigna información relevante sobre tratamientos actuales, resultados, posibles factores de riesgo y antecedentes médicos de importancia. El tercer eje, Assessment (Evaluación), toma de referencia los síntomas, signos y datos obtenidos anteriormente para realizar una valoración profesional sobre el estado actualizado del paciente. En cuanto al último apartado, Recommendation (Recomendaciones), el bloque plantea parámetros a

considerar en caso que se requiera una intervención o evaluación adicional para abordar de forma general la situación (Haig, Sutton & Whittington, 2006; ISMP, 2020).

2.1.2 Relación profesional-paciente y calidad de atención

La relación asimétrica entre el profesional y el paciente se caracteriza por la diferencia de concepción sobre la enfermedad o síntomas. El profesional es quien posee el conocimiento teórico y técnico sobre la situación sanitaria, en cambio el paciente es el encargado de aportar información relevante y complementaria de acuerdo a su vivencia general de la enfermedad. La relación paciente-profesional es objeto de estudio de la atención sanitaria. La calidad de atención dependerá de las destrezas del profesional para equilibrar dicha asimetría.

La comunicación no debe ser limitada simplemente al proceso de transmisión de información. Para Epstein & Street (2011) se debe promover el involucramiento activo del paciente, protegiendo la cooperación equitativa en toma de decisiones y resguardando los valores y creencias personales del mismo. En vista de eso, surge el modelo Patient-Centered Care (Atención Centrada en la Persona) con el objetivo de integrar aristas que van desde la parte psicológica, social, cultural y biológica, permitiendo así una visión total del cuidado del paciente.

El PCC concibe al profesional como el responsable en adoptar una postura de facilitador de información. Esto supone que el diálogo es bidireccional y el tratamiento se construye conjuntamente entre el profesional y el paciente. El tratamiento no se impone, sino se gestiona

en función de la experiencia vivida y prioridades por parte del paciente y el conocimiento técnico del profesional sanitario.

La relación clínica se adapta y se convierte en una alianza terapéutica, con enfoque en la confianza mutua, validación y el respeto. Desde ese punto de vista, la empatía y la escucha activa se transforman en pilares centrales que le permiten al profesional entender las expectativas del paciente sobre su proceso, sus emociones y creencias, más no solamente sus síntomas físicos.

Betancourt et al. (2016) sostiene que, para garantizar la diversidad, el profesional debe respetar las diferencias y promover el uso de métodos basados en la ética y equidad. Para que pueda contemplar competencias interculturales como el enfoque de Atención Centrada en la Persona. Según Rider et al. (2021), los pacientes que llegan a experimentar esta práctica reportan una mayor satisfacción y mayor adherencia a su tratamiento, mejorando así su calidad de vida.

La empatía, comunicación bidireccional, la interculturalidad y respeto por la diversidad, conforman pilares centrales dentro de la comunicación sanitaria efectiva. Herramientas como la confianza y comprensión, reconfiguran el proceso de atención sanitaria, pues promueven una atención focalizada y objetiva para construir relaciones sanitarias humanas y éticas.

2.1.3 Consecuencias de la comunicación ineficaz

La comunicación con poca claridad eficaz limita el proceso de comprensión por parte del paciente, comprometiendo su diagnóstico y tratamiento. Las barreras comunicativas producen consecuencias negativas en la atención integral que se oferta a los pacientes, implicando una alteración durante el flujo de interacción efectiva en el proceso profesional-paciente, poniendo en riesgo su posibilidad de adherencia al tratamiento.

Las omisiones, claridad deficiente y el lenguaje técnico incrementan la posibilidad de malos entendidos durante el proceso de enfermedad, produciendo incumplimiento de lineamientos médicos. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), el intercambio limitado de información puede desencadenar errores en la medicación, poniendo en riesgo la seguridad del paciente. Alrededor del 70% de los fallos y problemas organizacionales en los hospitales se derivan de la transferencia incompleta de la comunicación.

Cuando el paciente atraviesa un proceso de atención con enfoque en conexión inestable de comunicación por parte de los profesionales. Se puede generar un impacto emocional significativo para ambas partes. Levinson et al. (2010), considera que el profesional que ofrece atención caracterizada por falta de empatía o escucha activa, origina en el paciente niveles más bajos de satisfacción, mayor probabilidad de quejas o demandas y menor adherencia al tratamiento. Cuando el usuario no se siente validado o escuchado, es probable que experimente síntomas como ansiedad, frustración o desconfianza.

La comunicación guiada por una atención fría y distante produce efectos no solo en el paciente, sino también en el profesional, pues contribuye a que sea más probable la generación de conflictos y desgaste emocional. Schillinger et al. (2003) corroboran que la desconexión en comunicación obstaculiza la toma de decisiones informadas, pues si se combinan explicaciones poco claras con que el beneficiario de atención mantiene un nivel bajo de alfabetización en salud, se asocia con un elevado número de errores de autogestión en el proceso confianza-enfermedad.

Las interacciones confusas en el paciente producen deterioro en el proceso de confianza institucional, el paciente identifica el sistema de salud como poco humano o inaccesible, lo que implica de forma significativa su accesibilidad para buscar información y atención oportuna. Betancourt et al. (2016), las brechas comunicativas y la falta de sensibilidad sobre las diversas formas de expresar dolor desencadenan una atención poco equitativa.

En el entorno laboral, rupturas disruptivas en la comunicación influyen en el desarrollo efectivo del equipo multidisciplinario, evocando ambientes caracterizados por la desconfianza y fragmentación. Rider et al. (2021) distinguen que el uso de estilos comunicativos autoritarios y la ausencia de canales claros, restringen la motivación, por ende, la participación de los consultantes del área sanitaria.

Las consecuencias del intercambio de información ineficiente van desde la afección general y perceptiva sobre su seguridad, la satisfacción, la adherencia y sobre todo su salud emocional. Es ahí cuando se resalta la relevancia de las competencias comunicativas por parte de los

profesionales de la salud, buscando promover una cultura basada en la empatía y el respeto por la diversidad.

2.2 Habilidades comunicativas fundamentales

El desarrollo de habilidades comunicativas se convierte en un requisito primordial para garantizar la adherencia, seguridad y satisfacción de la persona usuaria. La comunicación en salud no se limita únicamente a transmitir información, sino se enfoca en la capacidad de establecer relaciones humanas de calidad. Constituye una habilidad estratégica y transversal

Las competencias comunicativas son el eje durante el proceso y tratamiento de la enfermedad, pues integran aspectos cognitivos, emocionales y éticos. Silverman et al. (2016), postulan que empatizar con las emociones, expresarse con claridad, escuchar activamente, negociar y reforzar la autoestima con lenguaje positivo, incrementa la calidad de vínculo profesional-paciente.

2.2.1 Escucha activa y retroalimentación

Escuchar activamente no se reduce solo a oír palabras, sino que además implica comprender el mundo interno del emisor, entender su sentido emocional expuesto en su mensaje y comunicar efectivamente la aceptación del mismo. La escucha activa conlleva consigo prestar atención plena al contenido y otorgar respeto. Interpretar el mensaje con empatía y ofrecer respuestas que confirmen lo expuesto son habilidades particulares que los profesionales ejercen durante la utilización de la técnica (Rogers, 1995).

La comprensión empática es una de las bases que distingue a la escucha activa. El proceso requiere la capacidad del profesional para suspender prejuicios y direccionar su atención a los significados emocionales para facilitar el cambio, permitir el crecimiento personal y ayudar en la resolución de conflictos.

El proceso de escucha activa comprende algunas etapas sistematizadas que permite su ejecución efectiva. En un primer momento, el contenido que expone el interlocutor se vuelve objeto de análisis, la atención plena usando recursos cognitivos y perceptivos hacia el mensaje, permite eliminar distracciones internas y externas.

En un segundo momento, como recurso clave para descubrir el estado emocional del consultante y sus intenciones comunicativas, surge el análisis de las señales no verbales y paraverbales, como las expresiones faciales, gestos, tono de voz y silencios, estos sirven función complementaria que permite la recepción y decodificación del mensaje, mismo que no solo se limita específicamente al canal verbal.

Decety & Fotopoulou (2015) consideran que comprender a otra persona implica la facultad de adoptar la perspectiva del otro para resonar en conjunto con su experiencia emocional. En base a eso, la empatía cognitiva se delimita como la interpretación afectiva que proviene por parte del oyente al captar el significado del mensaje, reconociendo las necesidades y emociones del emisor. El proceso de escucha culmina con la seguridad de comprensión por parte del interlocutor, reflejando una respuesta facilitadora que puede evocarse por medio del reflejo emocional, reformulación, silencio intencionado y resumen.

Egan (2014), determina que a través del lenguaje corporal y la comunicación no verbal se evoca la escucha activa, en vista de eso, establece el modelo SOLER. Este modelo comprende y sitúa al interlocutor en posición frontal, con una postura abierta con inclinación hacia adelante, que incite a la participación, el receptor establece contacto visual directo manteniendo una actitud relajada que sugiere empatía y disponibilidad para escuchar. Estudios de neurociencia social sobre escucha empática, consideran que la activación de circuitos de neuronas espejo por medio de micro conductas, refuerzan la percepción de autenticidad y atención, estos circuitos promueven la sintonía emocional y respuestas de carácter fisiológico que mantienen relación con el bienestar y la reducción considerable de efectos por estrés (Singer et al., 2019; Halpern, 2017). Se señalan los límites considerables sobre los efectos terapéuticos de la escucha activa emocional, siendo así el proceso de escuchar, en sí mismo, parte del cuidado y atención en salud.

La Organización Mundial de la Salud (2021), contempla que la atención centrada en la persona es un modelo terapéutico que evalúa las preocupaciones y preferencias del usuario, requiere que el profesional escuche sus valores. En el área de salud, la escucha genuina explora las creencias sobre la salud del paciente y encuentra sus factores de índole emocional y social que ejercen influencia en su proceso de adherencia al tratamiento. La escucha consciente es un medio de diagnóstico que permite comprender la vida subjetiva del consultante.

Hattie & Timperley (2007) examinan la relación entre el aprendizaje significativo y la confianza como parte de la construcción de planes terapéuticos compartidos e informados. Desde el contexto educativo, los

autores conciben que cuando los estudiantes son escuchados sin prejuicios, se fomenta su autorregulación y sentido de pertenencia, pues se sienten en capacidad de expresar emociones, opiniones y dudas.

Traspassando esos postulados, en los equipos conformados por distintos profesionales del área de salud integral, la escucha profunda aporta en la construcción de cohesión grupal, pues permite integrar diferentes perspectivas sobre las posibles soluciones para el tratamiento de un paciente. Edmondson (2019) difunde que, al fortalecer la cohesión de grupo, se estimula el liderazgo y la prevención de conflictos internos.

El cierre del proceso comunicativo implica la comprensión constructiva del mensaje. La retroalimentación, o *feedback* garantizan la finalización del ciclo de la escucha activa. Hattie & Timperley (2007) divulgan que el feedback incompleto debilita la interpretación del mensaje, un feedback eficaz es aquel que resalta por ser oportuno, descriptivo, específico y orientado al crecimiento. El feedback permite confirmar y corregir la información obtenida por parte del emisor y receptor, funcionando como un conjunto integral de información.

En la práctica clínica, existen algunas preguntas que favorecen el feedback, pues no emiten juicios, sino observaciones. Adaptar las preguntas al nivel de comprensión y alfabetización del paciente permiten una atención integral, interrogantes como “¿Podría decirme con sus palabras lo que ha entendido?” o “¿Cómo se siente respecto a lo que hemos conversado?” ejemplifican el proceso efectivo de retroalimentación.

Ha Dinh et al. (2016), según sus hallazgos localizaron que técnicas como el *Teach-Back*, mejorar la adherencia al tratamiento, reducen errores de diagnóstico y fortalece la autoconfianza del paciente, pues la herramienta se caracteriza por solicitar al paciente que explique con sus propios términos la información recibida.

Edmondson (2019) destaca que los entornos laborales que evocan seguridad psicológica poseen como rasgo distintivo que los empleados pueden expresar dudas o ideas sin temor a sanciones, fomentando así ambientes más innovadores y colaborativos. Desde esos postulados, la retroalimentación se describe como un proceso ascendente y horizontal, en donde los equipos multidisciplinares crean una cultura de comunicación abierta, con base en la confianza y mejora continua. Nicol & Macfarlane-Dick (2006), desde el ámbito educativo consideran que el diálogo abierto interviene reforzando la autonomía y motivación intrínseca del alumno, fomentando así la confianza entre ambas partes, pues más que señalar errores se identifican soluciones a los mismos.

La relevancia de la retroalimentación y escucha reflexiva son mecanismos que van en conjunto con las teorías contemporáneas de desarrollo cognitivo e interpersonal. Rogers (1995), en la teoría humanista resalta que para generar un proceso de cambio, interviene la autenticidad y empatía como ejes fundamentales del mismo. Por su lado, Barnlund (2008) desde el modelo transaccional de comunicación destaca la importancia del feedback como puente de comprensión entre los interlocutores. Bandura (1997), propone que la autoeficacia y retroalimentación positiva motiva las conductas adaptativas. Por último, Davidson & Begley (2013), por medio de la neurociencia del

aprendizaje determinan la influencia del diálogo claro y accesible como parte del proceso empático que activa circuitos dopaminérgicos que se asocian con la motivación y el refuerzo.

Las conductas comunicativas implican entrenamiento para fortalecer el vínculo profesional. El silencio consciente se transforma en una de las estrategias prácticas que permite al receptor elaborar de forma profunda el contenido de su pensamiento, reformular lo comprendido le otorga la posibilidad de reinterpretar la información de forma consciente para ofrecer retroalimentación efectiva. Otros métodos como el reflejar emociones, utilizar preguntas abiertas, observar incongruencias entre el lenguaje verbal y no verbal, se convierten en esfuerzos que realiza el interlocutor para comprender el mensaje

En una sociedad en la que predomina la inmediatez y la sobreestimulación por parte de las plataformas digitales de comunicación, el acto de escuchar se vuelve un factor que caracteriza el comportamiento ético del profesional. La escucha significativa y la retroalimentación son el conjunto de técnicas que conforman la competencia comunicativa en el ejercicio profesional. Escuchar supone transformar la relación en un espacio de reconocimiento para ambas partes, significa aprendizaje compartido y acompañamiento emocional, no es solo responder con precisión. Escucha es comprender, cuidar y validar al otro. Es una forma que permite darle esencia humana al encuentro profesional-paciente.

2.2.2 Claridad y precisión del mensaje

La calidad de comunicación en cualquier contexto profesional se basa en la claridad y precisión con la que se envía el mensaje. En el campo de la salud, la transmisión correcta de información se vuelve fundamental por el tipo de atención y objeto de trabajo que mantienen los profesionales del área. La comprensión cognitiva se ve facilitada por parte de los pacientes y otros profesionales cuando el mensaje se expresa con claridad. Se minimiza la posibilidad de errores, fomentando la construcción de relaciones basadas en la confianza entre interlocutores.

La claridad supone en el mensaje un contenido estructurado, relevante y organizado, evitando omisiones, exageraciones o interpretaciones erróneas que puedan intervenir en el proceso de toma de decisiones y adherencia a los posibles tratamientos planteados en conjunto.

Meyer, Qi y Young (2017), reconocen la eliminación de tecnicismos y adaptación del mensaje en función del conocimiento del receptor como facilitadores dentro de la claridad comunicativa. La selección cuidadosa de palabras y la organización de ideas por medio de ejemplos son elementos que facilitan la comprensión.

En el terreno de las ciencias de la salud, el uso de lenguaje técnico en exceso puede producir ansiedad, confusión y malentendidos entre los involucrados, impactando en la percepción de seguridad del paciente y en la eficiencia en la intervención. Eide & Eide (2018), consideran que tanto las señales verbales como no verbales contemplan la claridad del mensaje; la congruencia entre gestos, expresiones faciales y ritmo

refuerzan la comprensión del mensaje y minimiza contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace.

En entornos clínicos, la aplicación de medicamentos, el tiempo de administración o instrucciones de seguimiento, se transforman en ejemplos esenciales sobre la importancia de precisión del lenguaje, siendo una cualidad central en la comunicación segura con el paciente, pues para determinar ese aspecto, el mensaje debe contener información específica, verificable y veraz.

Rider et al. (2021) comprueban en sus investigaciones sobre comunicación profesional dentro de la esfera educativa, que la precisión se refleja en la comunicación clara de las instrucciones, tareas y objetivos de aprendizaje del estudiante, favoreciendo su autorregulación y disminuyendo la incertidumbre. Combinar estas herramientas con la escucha consciente, genera mayor adherencia a las indicaciones y recomendaciones emitidas por parte del profesional, pues mejor la retención de información entregada, y la satisfacción del usuario.

La Teoría de la Codificación y Decodificación propuesta por Shannon y Weaver (1949), respalda la relevancia de la claridad y precisión que debe contener el mensaje. Los autores resaltan la necesidad de minimizar el “ruido” en el flujo comunicativo. El ruido se entiende como todo aquel factor que distorsiona el mensaje. Desde esa perspectiva, la precisión del mensaje garantiza la calidad y originalidad de la información, traduciendo eso en codificación eficiente por parte del emisor.

Cegala (2019), especifica desde la Teoría de la Comunicación Competente sostiene que el contenido del mensaje no es el único factor del que depende la efectividad del mismo. La capacidad del emisor para adaptar el contenido en función del contexto, objetivo y característica del receptor, se convierten en condiciones vitales para determinar la alta recepción del mensaje, agregando la sensibilidad emocional y conciencia cultural.

Verificar la comprensión del mensaje mediante retroalimentación, planificar la comunicación, resumir o repetir conceptos claves, utilizar frases cotidianas y directas, emplear apoyos visuales y jerarquizar la información a transmitir, se convierten en indicadores de claridad y precisión del mensaje. Ha Dinh et al. (2016) delimitan que, en el campo de la salud, la técnica Teach-Back es la que contiene estas estrategias, pues permite comprobar la comprensión de la información, minimizando posibles errores de interpretación.

Edmondson (2019) determina que la claridad y precisión en la idea transmitida, fomenta la toma de decisiones consciente para prevenir conflictos en los equipos de trabajo multidisciplinarios. Para integrarse todos estos aspectos se debe considerar el contexto cultural en el que se encuentran los participantes, gestos y metáforas que pueden llegar a varias dependiendo la cultura de las personas involucradas en la comunicación.

El uso inadecuado del lenguaje en los entornos multiculturales puede provocar desconfianza y errores en la toma de decisiones. Betancourt et al. (2016) contemplan que, para garantizar la comunicación inclusiva,

eficaz y sobre todo ética, el emisor debe adaptar el mensaje en función de la realidad del receptor, considerando sus recursos y respetando los códigos culturales del individuo implicado en la comunicación.

En el desarrollo profesional en el ámbito sanitario, las potencialidades comunicativas como la claridad y precisión del mensaje no son conocimientos de relleno, sino estrategias adaptativas. La comunicación se desarrolla como un proceso eficiente y bidireccional que combina la escucha consciente con mensajes claros cargados de empatía y retroalimentación por parte de los agentes de la comunicación.

La efectividad de los procesos comunicativos en la labor profesional, potencia la calidad de interacción, pues la claridad y precisión contribuyen a la creación de espacios profesionales seguros y confiables, pues al eliminar barreras en la comunicación y reducir errores fortalecen las relaciones interpersonales y se optimiza la transmisión de información

2.2.3 Empatía y conexión emocional

Las relaciones terapéuticas basadas en la confianza, respeto y colaboración están mermadas por la calidad de interacciones, mismas que son esenciales para una competencia comunicativa adaptativa. La empatía y conexión emocional se convierten en partes fundamentales de la comunicación, pues integran tanto la esfera cognitiva como afectiva de los sujetos comunicativos. Conocer el estado emocional le permite al profesional comprender la perspectiva o enfoque del interlocutor. Los resultados de las interacciones efectivas, dependen en gran parte de la experiencia positiva de los componentes humanos del proceso de

comunicación, la interacción con más significancia se caracteriza no solo por la transmisión de información, sino también por el discernimiento de los estados afectivos.

Decety & Fotopoulou (2015) desde la neurociencia social consideran que la dimensión cognitiva de la empatía es la encargada de determinar las necesidades, motivaciones y capacidad de adoptar la postura y perspectiva del otro. En cuanto a la dimensión afectiva, favorece la conexión emocional al permitirle a los actores del intercambio comunicativo crear sintonía emocional en función la experiencia compartida.

La combinación de ambas permite ejercer empatía consciente en los profesionales durante el intercambio de información, promoviendo la comprensión y cooperación por medio de adaptaciones que involucren: ajustes del tono de voz, adaptación de mensajes e implementación de estrategias de respaldo sobre el estado emocional de un agente de diálogo.

La adherencia al tratamiento por parte del usuario se ve condicionada por la confianza, satisfacción percibida y conexión emocional entre el profesional y el paciente. En salud, el proceso empático se evidencia por medio de la escucha activa, contacto visual, validación emocional y uso de gestos de apoyo que reintegran la perspectiva de ayuda por parte del cliente (Rider et al., 2021; Halpern, 2017). Por ejemplo, un psicólogo que identifica la frustración de un consultante frente a un informe que expresa un diagnóstico complejo, adapta su análisis clínico, desglosando

en pasos en procesos sistematizados y entendibles, demuestra empatía y compromiso con el proceso terapéutico de su cliente.

Eisenberg, Spinrad, & Eggum (2010) consideran que, dentro de los espacios educativos, la empatía y conexión emocional juegan un papel de vital importancia. El profesional docente que tiene la capacidad de percibir y responder a las necesidades emocionales de sus estudiantes, genera a su vez un espacio de confianza que fomenta el autoestima, seguridad y participación, incentivando la autorregulación emocional y el aprendizaje significativo. La adaptabilidad de profesionales y estudiantes se ve determinada por la potencialidad de resiliencia que otorga la conexión emocional, disminuyendo síntomas asociados a estrés.

El desarrollo de empatía implica autorreflexión por parte del profesional para identificar sus prejuicios y emociones, evitando que estos ejerzan influencia en su atención y comprensión hacia sus consultantes. Así como el proceso de introspección, la empatía demanda competencias como la regulación emocional y la conciencia cultural; la regulación de emociones permite que el profesional gestione su esfera afectiva para integrar reacciones apropiadas ante sus pacientes; y la conciencia cultural posibilita entender las emociones en función de los contextos culturales, respetando los valores y costumbres de comunicación (Betancourt et al., 2016).

Modelos contemporáneos de comunicación profesional en salud, encuentran a la empatía como eje de acción. El *Patient-Centered Care* o enfoque de Atención Centrada en la Persona, rescata que empatía toma

el papel de mediador y se convierte en el encargado de fomentar la participación activa del paciente, su visión integra al proceso de intercambio de ideas como un encuentro que no se limita a transmitir información, sino que invita a considerar los valores y preferencias de la persona atendida. Epstein & Street (2011), subrayan la relevancia de la empatía como herramienta que permite adaptar los mensajes para expresar apoyo emocional que tendrá influencia en la creación de la alianza terapéutica.

La Teoría de la Comunicación Competente por su parte enfatiza que la eficacia del proceso depende de la capacidad del profesional para identificar de forma correcta los estados de índole emocional de una de las partes del diálogo comunicativo, para responder con asertividad al combinar precisión, sensibilidad emocional y claridad de interpretación.

Las prácticas deliberadas como la validación emocional de forma verbal y no verbal, escucha activa, el uso de preguntas, reflexión emocional, observación intencionada, reformulación emocional, paráfrasis, lenguaje verbal, lenguaje no verbal y la adaptación del mensaje según el contexto cultural, determinan el desarrollo de empatía y conexión emocional con efectividad.

Estas dos competencias no son rasgos innatos, sino habilidades que se desarrollan mediante procesos que involucran esferas como la parte cognitiva, social y afectiva. La autorreflexión constante le permite al profesional identificar posibles sesgos en su práctica y gestionar la carga afectiva que podría derivarse de interacciones intensas, convirtiéndose en un factor protector ante el agotamiento empático.

La comunicación integral se encuentra determinada por la comunicación empática, misma que estable como factor central la calidad de atención y excelencia profesional. Los resultados positivos de la interacción se reflejan cuando existe mejora en la comprensión y confianza en la relación profesional-paciente.

2.2.4 Técnicas de negociación y manejo de conflictos

La negociación no involucra necesariamente resolver disputas entre dos partes; más bien se considera un proceso de comunicación por medio de cual se busca integrar acuerdos que se reconozcan como satisfactorios para todos los involucrados. Negociar y gestionar conflictos con eficacia dentro del campo profesional connota como consecuencia un proceso de interacción interpersonal que abarca diferencias de perspectivas, opiniones e intereses.

Fisher, Ury y Patton (2011), conciben como exitosa a una negociación que fomenta la cooperación entre las partes y minimiza las confrontaciones, centrando la atención en los intereses latentes, al mismo tiempo que resguarda el vínculo interpersonal.

Los conflictos se pueden originar por la no congruencia o consenso en expectativas, estilos de comunicación, valores, recursos o interpretaciones no acertadas. Para coordinar un conflicto de forma asertiva, primero se considera fundamental identificar la fuente que lo produce, diferenciando factores implícitos como explícitos. Rahim (2017) conceptualiza que para categorizar un conflicto se debe realizar una evaluación inicial de su esencia e intensidad para determinar la

estrategia más factible que permita seguir su curso, desde la colaboración hasta la negociación

Las técnicas de negociación con más relevancia y efectividad como la expresión asertiva, reformulación de ideas, búsqueda de soluciones y la escucha activa, aseguran que cada usuario tenga una percepción de confianza al ser comprendido por parte del profesional, reduciendo malentendidos y mejorando el servicio de atención. Promover un espacio de respeto donde se expresan demandas y límites de forma respetuosa, se consideran características de la comunicación asertiva (Lewicki, Barry, & Saunders, 2020).

Entornos que involucran cohesión grupal y satisfacción por parte de los usuarios, son considerados como entornos profesionales complejos, pues la atención poco efectiva puede debilitar esas variables. O'Daniel & Rosenstein (2008) investigaron la implementación de estrategias de negociación en ambientes clínicos. Los autores determinaron que, al aplicar distintas técnicas de negociación grupal, se evidencia una mejora en la toma de decisiones y coordinación del grupo. La integración de facilitadores imparciales incentiva de forma significativa la estimulación de relaciones profesionales saludables y así se evitan desacuerdos generalizados.

Goleman (2006) concibe que la inteligencia emocional se considera como un modulador para la gestión del conflicto. Mantener la calma en situación que llevan una sobrecarga emocional y evitar respuestas impulsivas, favorece el desarrollo de soluciones equilibradas. La inteligencia emocional permite reconocer y regular emociones propias

como ajenas, en complemento con la empatía favorece la posibilidad de comprender necesidades y preocupaciones de otros y así promover acuerdos equitativos y vínculos fuertes.

Entre las estrategias específicas de negociación y manejo de conflictos se encuentran:

1. Preparación y planificación: analizar los posibles escenarios y objetivos de cada una de las partes involucradas.
2. Establecimiento de reglas de diálogo: delimitar y encuadrar todas las reglas y criterios a llevar durante la intervención.
3. Uso de preguntas abiertas: permiten descubrir preocupaciones, deseos y posibles soluciones durante la negociación.
4. Propuesta de opciones conjuntas: generar soluciones variadas que integren los intereses de las partes en la intervención.
5. Cierre y seguimiento: determinar los acuerdos finales y evaluar su utilidad y compromiso para garantizar su ejecución (Fisher et al., 2011; Lewicki et al., 2020).

El dominio de estas técnicas en combinación con la escucha activa, transforman conflictos con alta carga negativa en oportunidades de crecimiento y aprendizaje colaborativo para la mejora de la calidad de atención por parte del profesional. La negociación, regulación emocional y empatía no solo permiten resolver conflictos, sino también contribuyen al desarrollo de comunicación constructiva, fomentando una cultura con base en el respeto y confianza.

Herramientas de negociación y manejo de conflictos se consideran necesarias para el campo profesional. Este tipo de habilidades permiten generar acuerdos que favorezcan las relaciones interpersonales, garantizar la alta calidad de atención y optimizar el proceso de cooperación entre equipos multidisciplinares durante las intervenciones profesionales en el campo de la salud.

2.2.5 Lenguaje positivo y refuerzo de la autoestima

El lenguaje positivo no se fundamenta en reemplazar expresiones negativas por otras más placenteras. Se considera una herramienta de comunicación con carga efectiva elevada por su influencia en la motivación, percepción de ayuda y confianza del grupo de trabajo multidisciplinario. Conlleva consigo la estructura de mensajes que resaltan las habilidades, oportunidades y fortalezas de los interlocutores, propiciando un ambiente que invite a diálogo (Fredrickson, 2009).

La utilización de mensajes que tiene la capacidad de reconocer logros, reforzar habilidades y validar esfuerzos de emisores y receptores, favorecen la autopercepción. Su implementación tiene un efecto directo en la autovalidación del receptor. En el campo de la salud, la disminución de sentimientos de ansiedad y adherencia al tratamiento en su mayoría dependerá de la calidad de comunicación que tiene el profesional. Brindar retroalimentación y recomendaciones sobre conductas adaptativas y de cuidado con claridad y efectividad, puede mejorar la percepción de eficacia del paciente (Rider et al., 2021).

El lenguaje positivo en el ámbito educativo, se interpreta como mensajes motivadores y claros que incentivan la disposición intrínseca del

estudiante por mantener su proceso de aprendizaje. Durlak et al. (2011), en investigaciones en el área de pedagogía emocional, evidencian que el tipo de comunicación con entonación positiva permite en los estudiantes mejorar su capacidad de autorregulación, resiliencia y capacidad de enfrentar con seguridad retos académicos.

El refuerzo positivo integra elementos verbales y no verbales de manera efectiva. Apreciaciones como “tu esfuerzo y dedicación es evidente y valiosa” o “has mejorado en la ejecución de esta tarea” reconocen el avance individual y fomentan la autoconfianza de la persona, promoviendo una actitud proactiva hacia el aprendizaje.

Mantener congruencia entre los mensajes verbales, el tono de voz, postura, expresión facial y gestos, evita malas interpretaciones al momento de transmitirlo. Gestos de asentimiento, contacto visual directo y sonrisas, desarrollan seguridad y un entorno con base en la confianza, fomentando sentimientos de valoración en el receptor.

La especificidad en la práctica del lenguaje positivo, permite que el reconocimiento en el receptor se interiorice con efectividad y fortalezca su autoestima de forma estable. La aplicación de lenguaje positivo requiere autenticidad y precisión. Elogios superficiales pueden perder su efectividad al ser percibidos como poco sinceros. Es factible ofrecer comentarios que describan acciones, logros o conductas vinculadas a resultados o habilidades expresadas (Hattie & Timperley, 2007).

Asociar la implementación de lenguaje positivo con comunicación empática, potencia sus resultados sobre la autoestima por parte del receptor. Generar ajustes significativos en el mensaje, considerando las

necesidades y estado emocional del interlocutor incentiva de forma relevante la recepción de todo tipo de información.

A modo de ejemplo, desde el contexto del área de la salud, un profesional que distingue previamente síntomas de ansiedad en su paciente al detallar su proceso de tratamiento, se recomienda usar palabras alentadoras con contenido claro y preciso que le permitan al paciente manejar la situación, disminuir la tensión y fortalecer la confianza

Tomando en consideración el área organizacional en la que se encuentra inmerso el equipo de salud, reforzar la autoestima por medio del lenguaje positivo promueve la creación de culturas organizacionales saludables con enfoque en el crecimiento y cooperación. Luthans & Youssef (2007) determinan que mejorar el clima laboral permite incrementar la productividad, bienestar del equipo y minimizar conflictos.

Consolidar el lenguaje positivo con otras habilidades comunicativas como la empatía, representa efectividad en el ejercicio profesional. En entornos de salud, la gestión de equipos y educación emocional facilita la construcción de relaciones interpersonales fundamentadas y duraderas. La confianza generada por medio del rol empático que adoptan los agentes de comunicación, incrementa la motivación y resiliencia emocional. La escucha activa y negociación ejercen influencia en la comunicación profesional, por ende, en la experiencia del receptor y su desempeño durante su estancia con el profesional de salud.

2.3 Barreras en la comunicación

El especialista en salud con frecuencia enfrenta diversas barreras que pueden limitar el proceso de transmisión, comprensión y recepción en comunicación. Las barreras pueden distinguirse en contextuales, ambientales y personales, cada una evocando una esencia específica que interviene en la interacción de los actores del intercambio comunicativo, afectando tanto los resultados como la calidad de la comunicación.

2.3.1 Barreras personales

Se generan por factores internos del individuo, obstaculizan la capacidad de recibir, enviar e interpretar información pertinente. Las emociones intensas como la ansiedad, ira y tristeza pueden alterar la dinámica comunicativa y la interacción entre interlocutores, experimentando frustración en el profesional, nublando la percepción e impulsando respuestas defensivas, determinando cualquier mensaje como un ataque personal (Shedletsky, 2017).

Las creencias preconcebidas por parte sobre un actor del intercambio comunicativo constituyen otra barrera personal. Los prejuicios, estereotipos, cultura, género y posición social pueden deformar la interpretación del mensaje y reducir la posibilidad de apertura al cambio. West & Turner (2024) reconocen que los malentendidos o errores en la toma de decisiones se ven influenciados por factores cognitivos como dificultades en la memoria, falta de atención y déficit en la capacidad de abstracción de contenidos.

Rider et al. (2021), estiman que las estrategias comunicativas como autorreflexión, empatía, regulación emocional, claridad, modulación del tono de voz e interpretación de señales verbales y no verbales en función del contexto del receptor, son fundamentales para afrontar barreras personales y permitir que el mensaje se transmita con eficacia y precisión entre los participantes en el proceso comunicativo.

2.3.2 Barreras contextuales

Los factores externos al individuo comprenden las barreras contextuales, su esencia está determinada por dificultades en la transferencia y recepción del mensaje. Entre los elementos distintivos de este tipo de limitación, se distingue el ruido ambiental, falta de privacidad, deficiencias tecnológicas, espacios inadecuados e interrupciones constantes. Eide & Eide (2018), configuran que en contextos clínicos la efectividad del intercambio comunicativo se ve comprometida cuando se evidencia ausencia de herramientas de comunicación adaptativas y correspondencia temporal entre los interlocutores.

Los contextos culturales y organizacionales demandan desafíos en la interacción. Luthans & Youssef (2007), especifican que la ausencia de canales de retroalimentación en una estructura jerárquica, disminuye la posibilidad de opinión y participación, debido al temor a represalias, afectando así la calidad de interacción entre los gestores comunicativos.

La diferencia de concepciones, normas culturales, expresiones distintivas y códigos de comunicación característicos de cada cultura,

pueden generar interpretaciones erróneas de la información o malentendidos (Betancourt et al., 2016).

2.3.3 Estrategias para superar barreras

Combinar competencias personales, ajustes contextuales y técnicas de interacción, comprenden parte del enfoque para superar barreras comunicativas. En primer término, gestionar las emociones y creencias por medio de la autorregulación emocional y la conciencia de prejuicios, favorece la objetividad durante la comunicación, limitando las posibilidades de interferencia en el proceso (Shedletsky, 2017).

Verificar la comprensión del mensaje mediante preguntas abiertas o técnicas como el teach-back, permite mitigar los posibles errores al enfrentar una barrera en la comunicación. Usar un lenguaje claro e información estructurada con la combinación de elementos no verbales, refuerza el contenido explícito del mensaje (Nutbeam, 2021).

En contextos culturales diferenciados, el uso de intérpretes se vuelve parte esencial para que el mensaje sea comprendido adecuadamente, no solo meramente por el idioma, sino también por las reglas y normas sociales de la cultura. En cuanto al espacio de interacción, optimizar un entorno físico, contribuye en el proceso de afrontamiento ante barreras. Betancourt et al. (2016) relaciona que los espacios silenciosos, cómodos y privados facilitan la interacción eficaz

Practicar la escucha activa, negociación y refuerzo positivo permite gestionar malentendidos y conflictos de forma adaptativa, fomentando una cultura con base en la retroalimentación y colaboración mutua,

donde los conflictos se resuelven productivamente, estimulando relaciones interpersonales de calidad (Fisher et al., 2011; Lewicki et al., 2020).

Para garantizar la comunicación profesional eficaz, el especialista se debe entrenar en el manejo de barreras personales y contextuales. Combinar estrategias para mejorar la comprensión, fortalece la confianza del paciente en su proceso y asegura su adherencia y cumplimiento del tratamiento, por medio de técnicas colaborativas que permite superar obstáculos dentro del ambiente clínico.

CAPÍTULO III

3 COMUNICACIÓN PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA Y SALUD

3.1 Comunicación como herramienta terapéutica

El acompañamiento psicológico, pretende explorar la experiencia del paciente durante su proceso. La dinámica comunicacional se configura como un recurso vital al ensamblar vínculos terapéuticos sólidos para impulsar el cambio cognitivo o emocional en el usuario.

La eficacia de la relación terapeuta-paciente depende de la calidad de adaptación comunicativa del profesional, incluyendo herramientas como el parafraseo, escucha activa y contextualización de la realidad del consultante. El acto comunicativo, se reorganiza con la finalidad de fortalecer la confianza, colaboración entre ambas partes y la comprensión. Evoluciona de la transmisión de información a un método sistematizado de comunicación profesional (Rogers, 1957; Norcross & Wampold, 2018).

3.1.1 Rol de la comunicación en el acompañamiento psicológico

El proceso comunicativo con enfoque terapéutico se sustenta en la formación de un entorno que le permita expresarse libremente al consultante. El ambiente de acompañamiento, se debe caracterizar por la seguridad y confianza que el profesional de la salud le entrega al momento de manifestar sus preocupaciones, pensamientos y emociones.

Para lograr eso, el especialista articula su comunicación con la clarificación y escucha activa.

La postura empática y bidireccional, donde prima la escucha activa, le permite al profesional indagar sobre el contenido del pensamiento, además que posibilita explorar las emociones y posibles incongruencias en el discurso. Técnicas como la reformulación, clarificación, paráfrasis y escucha empática promueven que el usuario se sienta valorado y comprendido por parte del terapeuta, consolidando la alianza terapéutica e impulsando la expresión de emociones (Eide & Eide, 2018; Rider et al., 2021).

Los enfoques terapéuticos con base en la comunicación, permiten que el ciclo de identificación de patrones comportamentales y cognitivos se vea facilitado mediante el proceso de autorreflexión del paciente. Al determinar conscientemente sus emociones y pensamientos, puede desarrollar estilos de afrontamiento adaptativos.

Un estilo comunicativo que le otorga al paciente la posibilidad de desarrollar estrategias de afrontamiento que modifiquen conductas disruptivas e identifique pensamientos problemáticos, es la Terapia Cognitivo Conductual (Beck, 2011). Rogers (1957) desde la perspectiva humanista, destaca la Terapia Centrada en la persona, como parte de un recurso que le permite al paciente auto percibirse como ente activo en su tratamiento, por medio de la validación emocional y creación de un entorno de aceptación.

Ambos enfoques, de manera paralela resaltan la importancia de la comunicación, trascendiendo del mero proceso de intercambio de

información a un conjunto de etapas que transforma el lenguaje y acto de comunicar, considerando la parte cognitiva, emocional y la presencia del profesional durante todo el plan de tratamiento, otorgando una perspectiva más integradora de la experiencia terapéutica.

Explorar aspectos vulnerables de la experiencia del paciente, brinda la posibilidad de conocer la dimensión emocional como parte del acompañamiento psicológico. La percepción de seguridad y disminución de sentimientos de ansiedad, son dos aspectos que se ven influenciados directamente por la habilidad del terapeuta para mantener el contacto visual, responder modulando el tono de voz, otorgar retroalimentación sensible en función de los estados afectivos para facilitar la regulación emocional (Halpern, 2017). La combinación de técnicas de intervención efectivas y habilidades cognitivas, en la dimensión emocional, permite que el avance en el proceso terapéutico brinde resultados sostenibles en el tiempo.

3.1.2 Comunicación con familiar y equipos multidisciplinarios

En psicología, el eje de interacción entre el paciente y profesional, se expande también hacia los equipos multidisciplinarios y familiares. La ampliación del grupo garantiza la esencia de las intervenciones. La integración de actores durante el proceso de atención, le permite al paciente recibir respuesta adaptadas su realidad. Fomentar la participación y facilitar el acceso a información respecto a los objetivos del plan terapéutico, supone en el especialista, diseñar mensajes respetuosos, claros y ajustados al nivel de comprensión de los receptores.

Betancourt et al., 2016, sostienen que, para obtener un involucramiento familiar efectivo, primero el profesional debe identificar posibles tensiones familiares, expectativas e inquietudes, y en función de esa información delimitar y construir una respuesta clínica positiva para el paciente.

La devolución de información clínica no solo debe contener información técnica, sino también otorgar apoyo y fomentar la toma de decisiones compartidas. En paciente con enfermedades o trastornos crónicos que limiten su habilidad para tomar decisiones, la disminución de síntoma de ansiedad en la familia, se ve mediada por la claridad de retroalimentación que ofrece el especialista. La explicación detallada sobre los procedimientos clínicos, beneficios, riesgos y expectativas de recuperación, le brindan confianza a la familia y aumenta la adherencia al tratamiento

Rider et al. (2021), determinan que la alianza entre el equipo multidisciplinario y la familia se transforma en un factor de relevancia para determinar el éxito de la intervención terapéutica, es por eso que herramienta como la reformulación, clarificación y paráfrasis le confieren seguridad a la familia al sentirse escuchados, valorados y comprendidos.

En escenarios de interacción multidisciplinaria, la comunicación asertiva entre los miembros del equipo se vuelve vital. Grupos de trabajo conformados por psicólogos, enfermeros, médicos y trabajadores sociales, asumen el reto de coordinar acciones de intervención, evitar contradicciones y garantizar un abordaje integral.

El modelo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) brinda un protocolo de acción claro para compartir información clínica de forma organizada, concisa y uniforme a todos los implicados en el proceso, asegurando que cada especialista del área mantenga la misma información con respecto al curso clínico del usuario, considerando recomendaciones, evaluaciones y antecedentes (Haig et al., 2006).

SBAR como modelo, no solo mejora la precisión durante la transferencia de información, además, reduce la probabilidad de cometer errores durante el tratamiento y perfecciona la toma de decisiones en conjunto, fortaleciendo el plan de atención delimitado al inicio de la intervención, perfeccionando la atención y retroalimentación ofrecida.

O'Daniel & Rosenstein (2008), establecen que para limitar la fragmentación de la atención y fortalecer la continuidad del proceso terapéutico, el uso de las plataformas digitales potencia la capacidad de comunicación y coordinación de equipos multidisciplinarios. Las herramientas digitales brindan la oportunidad de documentar estrategias de intervención, avances y observaciones clínicas, de forma simultánea y accesible para todos. La comunicación digital, evidenciada a través de reuniones virtuales de supervisión y coordinación, asegura que la información sea comprendida con exactitud.

Norcross & Lambert (2018), plantean que las competencias comunicativas más relevantes en el campo de la psicología, requieren de capacidades emocionales, cognitivas y sociales que integren

habilidades no verbales y verbales. Las capacidades profesionales que más resaltan son la retroalimentación y escucha activa. Adicional, la empatía, conexión emocional, precisión y clarificación unificadas con lenguaje positivo, fortalecen la autoestima del paciente.

Las destrezas de atención, no funcionan de manera aislada; se complementan para optimizar la interacción entre equipos multidisciplinarios, familiares y pacientes. Buscan otorgar una atención integral que permita manejar conflictos y promover el clima colaborativo, reforzando la relación terapéutica (Norcross & Lambert, 2018).

La alianza terapéutica, desarrollada por medio de interacciones empáticas, constituye un factor que potencia la confianza en el paciente, potenciando la aceptación de resultados clínicos, sin depender de la teoría aplicada. La claridad y validación emocional durante el proceso terapéutico se relaciona significativamente con niveles más elevados de adherencia al tratamiento, disminuyendo niveles de ansiedad (Norcross & Lambert, 2018; Rider et al., 2021).

La coordinación entre equipos multidisciplinarios y familiares impacta en la calidad de atención. La integración de distintas perspectivas sobre objetivos terapéuticos, incide en la planificación de intervenciones precisas, donde todos los involucrados comparten una visión general sobre el paciente. La comunicación entre todos los agentes, actúa como un mecanismo capaz de regular emociones, integrar enfoques y potenciar la atención, construyendo un ambiente eficiente y seguro (Betancourt et al., 2016; O'Daniel & Rosenstein, 2008).

El establecimiento de un lenguaje compartido y protocolos de atención centrados en la persona, fomentan la comunicación interprofesional, evitando malentendidos y favoreciendo la integración de dinámicas asertivas en la resolución de conflictos. El uso de instrumentos de evaluación consensuados, permiten sincronizar responsabilidad, expectativas y objetivos de tratamiento.

Las reuniones continuas y supervisión conjunta, combinadas con habilidades como la escucha activa, empatía y regulación emocional, promueven la confianza y cohesión del grupo. La comunicación cumple una función estratégica en las estructuras organizativas, pues al mejorar la atención, mejora la satisfacción de profesionales y usuarios (Goleman, 2006).

La difusión de información entre familias y equipos de especialistas no es un elemento secundario, sino una sección central durante el acompañamiento psicológico. Mejorar la calidad de atención fortalece la relación profesional-consultante y contribuye en la participación del paciente, restringiendo la producción de errores y garantizando una atención coherente con sus necesidades.

El desarrollo profesional constante en competencias comunicativas, el uso de herramientas tecnológicas y modelos de atención, se transforman en pilares fundamentales para la práctica profesional de la psicología, garantizando un acompañamiento ético y centrado en la persona, en contextos clínicos o educativos.

3.2 Emociones y comunicación terapéutica

Los sentimientos del paciente y el profesional influyen significativamente en la interpretación, percepción y respuesta al contenido de los mensajes. Comunicar implica algo más que trasladar información. En psicología, constituye un proceso central que modula la calidad de atención y resultados del proceso de intervención.

En el contexto terapéutico, el reconocimiento y manejo asertivo de emociones permite percibir un entorno seguro y confiable, caracterizado por la participación activa del paciente en su proceso de cambio, pues el control emocional posibilita identificar patrones cognitivos y estrategias de afrontamiento ante necesidades implícitas (Halpern, 2017; Gross, 2015).

La ansiedad, ira o tristeza, al conceptualizarse como estados afectivos intensos, pueden interferir en el flujo comunicativo, produciendo respuestas impulsivas o malentendidos entre los participantes. En el profesional, si los estados emocionales no se regulan adaptativamente, se puede incurrir en la disminución de la percepción de seguridad por parte del paciente.

En la práctica terapéutica, la regulación emocional se configura como una habilidad central, permitiendo al especialista facilitar la interacción y comprensión del estado emocional propio y de su paciente, por medio de la objetividad, sensibilidad y claridad emocional (Linehan, 1993; Van Kleef, 2009).

3.2.1 Influencia de las emociones en la comunicación profesional

Las emociones operan como filtros que moldean la recepción de mensajes en el contexto terapéutico, su gestión afecta la calidad de comunicación paciente-profesional. Un paciente con niveles de ansiedad elevados puede interpretar comentarios o sugerencias de forma sesgada, percibiendo todo mensaje como crítica o juicios, lo que evidencia la influencia de los estados afectivos determinan la interpretación de información, atención selectiva y percepción de señales no verbales y verbales.

El agotamiento emocional, sobrecarga de trabajo y exposición prolongada al estrés en un profesional puede desembocar en dificultades para responder y modular su propia expresión afectiva, lo que influye directamente en la intervención y calidad de atención. La comunicación profesional no es puramente racional, requiere que el especialista gestione sus propios estados afectivos mientras responde a las emociones del consultante (Rider, Keefer, & Kim, 2021; Halpern, 2017).

Las emociones influyen en la modulación del tono de voz, expresión facial y postura corporal, pues matizan el mensaje verbal. El acompañamiento en experiencias sensibles y la destreza para interpretar señales y autorregularse promueve la sintonía emocional e incentiva el vínculo de confianza y seguridad.

La satisfacción percibida por el paciente, se ve determinada por la percepción emocional del paciente con respecto a la reducción de sus síntomas. La comunicación verbal clara y empática mejora la adherencia

al tratamiento y se correlaciona de forma positiva con resultados clínicos favorables (Gross, 2015; Rider et al., 2021).

La motivación y disposición de participación resultan influidas por las emociones en el proceso de tratamiento. El profesional que evidencia conciencia emocional durante toda la intervención, basándose en la empatía y regulación afectiva, determina en el paciente la probabilidad de exteriorizar sentimientos y pensamientos sin riesgo de ser evaluado críticamente. Este proceso consolida la relación interpersonal y le permite al técnico identificar conductas desadaptativas que inciden en el estado emocional óptimo, explorando antecedentes para establecer medidas de acción y estrategias de afrontamiento en función del contexto de cada usuario.

La capacidad del terapeuta para manejar emociones de forma equilibrada, le otorga un marco sólido para realizar intervención. Enfoque como la Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan, 1993) y los modelos centrados en la empatía en la atención clínica (Halpern, 2017) dirigen el eje de acción, instruyendo con sus bases teórica y prácticas la promoción de la resiliencia emocional, autonomía y autorreflexión del paciente en toda la etapa de intervención psicológica.

La intervención efectiva, necesita que los especialistas en psicología integren habilidades cognitivas y emocionales durante todo el desarrollo de la acción terapéutica. La gestión emocional se convierte en mediador de la motivación y eficacia del plan terapéutico, evidenciando que la parte cognitiva y emocional se relación entre sí al momento de ejercer la práctica psicológica. (Gross, 2015; Rider et al., 2021; Halpern, 2017).

3.2.2 Regulación y validación emocional

La regulación y validación emocional son competencias que eliminan las barreras en el intercambio comunicativo dentro de contextos terapéuticos. La regulación emocional se considera como la capacidad para orientar, modular y gestionar emociones propias, así como otorgar retroalimentación específica a emociones del paciente sin presentar juicios. Resulta indispensable durante interacciones que evocan emociones intensas, pues permiten conservar la calma y claridad y así otorgar una respuesta basada en los objetivos iniciales de la intervención.

La reevaluación cognitiva, demuestra efectividad para manejar estados emocionales intensos. Técnicas de relajación y atención plena resultan efectivas al propiciar ambientes estables con base en la empatía. Los profesionales que cumplen y agregan esas características a sus intervenciones, integran relaciones clínicas más sostenidas y mejores resultados, dado que contribuyen a la adherencia al tratamiento.

Porges (2011), establece en su teoría que la regulación emocional tiene relación estrecha con la activación del sistema nervioso autónomo. Cuando el psicólogo consigue sostener un estado de calma, se produce la activación parasimpática en él como en su consultante, mejorando la comunicación y el entorno, facilitando así la expresión emocional. Cuando los pacientes se perciben como comprendidos por su especialista, potencia la probabilidad de exteriorizar experiencias significativas y generar estrategias de afrontamiento hacia las mismas.

El comprender, expresar y aceptar emociones provenientes del paciente, se determinan como características de la validación emocional. La validación permite reconocer patrones conductuales y cognitivos por medio de técnicas como la paráfrasis y retroalimentación empática. Así por medio de esas, se desarrolla un vínculo de confianza y seguridad, consolidando procesos cognitivos como la autorreflexión. La técnica favorece la disminución de sentimientos asociados a la ansiedad, su implementación le otorga al paciente una mayor apertura y participación en el proceso.

La validación y regulación emocional, le permiten al profesional gestionar emociones sin necesidades de implicar la calidad en la intervención. Estas habilidades facilitan la constitución de entornos clínicos favorables y seguros que permitan la exploración interna y promuevan la sensibilidad hacia los diferentes contextos en los que puede estar inmerso un usuario de atención en salud.

La especialización continua por parte del profesional, le permite maximizar la interacción profesional-paciente, asegurando la integración de estrategias pertinentes adaptadas a cada consultante y su contexto. La implementación de este tipo de herramientas garantiza el abordaje asertivo en situaciones complicadas, gracias al desarrollo de un marco con énfasis en el respeto, efectividad y colaboración mutua.

3.3 Comunicación de noticias difíciles y acompañamiento

Uno de los desafíos más complejos dentro de la comunicación profesional en salud es el comunicar noticias difíciles, dado que comprende difundir información que puede generar un cambio drástico

en la vida del paciente como en la de su familia. Este procedimiento requiere generar un espacio de confianza en el receptor, además de integrar técnicas de precisión y claridad en el mensaje para que le permitan al interlocutor recibir la información de manera apropiada.

La comunicación terapéutica en este tipo de casos no se enfoca en entregar información técnica; se transforma en una herramienta que funciona como regulador determinante sobre la percepción del paciente en función de su proceso y la calidad de atención recibida por el profesional, influyendo en su disposición de adherencia al tratamiento y bienestar emocional. La intervención se fundamenta en la capacidad del profesional para transmitir el mensaje, considerando el estado emocional del paciente para así disminuir posibles síntomas de ansiedad usando técnicas efectivas que promuevan colaboración durante el plan de cuidado.

3.3.1 Estrategias para comunicar noticias difíciles

Integrar aspectos no verbales, verbales y emocionales, le permiten al profesional comunicar noticias difíciles de manera efectiva. Antes de comenzar con el mensaje, el profesional debe examinar detenidamente la información clínica e identificar claves que le permitan anticipar posibles reacciones del paciente. La selección de un ambiente óptimo resulta vital para preservar la confidencialidad y seguridad percibida por la persona atendida. Se debe considerar como espacio seguro al ambiente que es silencioso, privado y no presenta interrupciones.

La preparación previa incluye un análisis de personalidad, preferencias comunicacionales y antecedentes culturales para que así el especialista

logre adaptar su lenguaje y la estructura del mensaje para que este se recibido sin contratiempos durante la transmisión del diagnóstico o resultados del proceso de intervención.

Un lenguaje claro y comprensible determina la calidad de retroalimentación que puede producir el paciente. La limitación del lenguaje técnico favorece que el paciente asimile la información, mientras que las preguntas de retroalimentación garantizan la correcta interpretación del lenguaje. Preguntas como: “¿Podría explicarme con sus palabras lo que ha comprendido?” o “¿Tiene alguna duda sobre lo que le acabo de explicar?”, fomentan el uso de la técnica.

El otorgarle al paciente información precisa en conjunto con posibles opciones de solución en su tratamiento, le permite adoptar una postura activa en todo el curso clínico de su afección. Adicional, se deben incluir y explicar beneficios y riesgos de uno u otro tratamiento, para que así el paciente exteriorice sus preferencias y preocupaciones.

Involucrar al paciente, no solo empodera su decisión, sino sustenta la misma en función de sus intereses. El seguimiento posterior transmisión de la noticia es crucial; el especialista debe resolver dudas, supervisar el estado emocional y proporcionar apoyo siempre y cuando sea necesario, asegurando que la información no estimule la creación de consecuencias nocivas debido a la ausencia de acompañamiento.

3.3.2 Modelos y guías prácticas

El modelo SPIKES, se considera como uno de los modelos estructurados que le proporcionan al profesional un marco de acción claro. El modelo

mantiene un diseño aplicable en múltiples contextos clínicos, específicamente se usa en la entrega de noticias oncológicas. Comprende seis pasos clave: la preparación del ambiente (Setting up), la evaluación de la percepción del paciente sobre su condición (Perception), la invitación a aceptar la información (Invitation), la transmisión clara del conocimiento (Knowledge), la atención a las emociones (Emotions), y la formulación de un plan de acción y resumen (Strategy and Summary).

Baile et al. (2000), en un inicio, desarrollaron el modelo SPIKES, seguidamente Buckman (1992), Fallowfield y Jenkins (2004), y Back et al. (2007) integraron un protocolo de acción que guía a los profesionales, considerando técnicas como la empatía, claridad y planificación.

La primera fase del protocolo, Setting o Preparación, se enfoca en otorgar un espacio que invite a la expresión. Se resalta la importancia de seleccionar un espacio que cumpla con las siguientes características: privado, con limitadas distracciones y considerable tiempo para el intercambio de información. El profesional debe adoptar una postura óptima que indique disposición, manteniendo contacto visual y un nivel de proxemia que no intimide al usuario.

El uso de frases como “Antes de comenzar, asegurémonos de que contamos con el tiempo y privacidad suficiente para hablar sin prisa” o “Me gustaría hablar con usted sin interrupciones, ¿le parece bien este momento?”, ayudan a producir un ambiente de confianza. Durante esta fase se incluye la preparación pre intervención, dónde el especialista organiza los documentos, resultados u otro recurso previamente,

limitando la posibilidad de interrupciones durante la conversación (Baile et al., 2000; Buckman, 1992).

La segunda fase, Perception o Percepción, busca evaluar el conocimiento del paciente sobre su diagnóstico. Este paso es fundamental para identificar la posible existencia de malentendidos o vacíos informativos. Como se muestra en la Tabla 1, el modelo permite conocer la disposición del paciente para recibir información.

Preguntas como “¿Qué conoce usted sobre su diagnóstico o tratamiento?” o “¿Cómo comprende los resultados que le dieron?” brindan al profesional un punto de inicio para ajustar el lenguaje que utilizará más tarde. Herramientas como la escucha activa, se vuelven vitales al momento de hallar información (Baile et al., 2000; Fallowfield & Jenkins, 2004).

La fase Invitation o Invitación, se distingue porque permite que el profesional pueda personalizar la información, en función de la capacidad de recepción del paciente, respetando su estado afectivo. La esencia de esta etapa se distingue de otras, por las preferencias de cada persona, pues algunos demandan detalles exhaustivos, mientras que otros solo consideran importante una visión general del problema. Respetar esas preferencias denota sensibilidad y potencia que la información se procese con efectividad. Ejemplos de frases dentro de esta etapa: “¿Desea que le explique todos los detalles o prefiere un resumen de lo más importante?” y “¿Quiere que hablemos solo de lo que es urgente ahora o de todo el panorama?” (Back et al., 2007).

La cuarta fase, Knowledge o Conocimiento, supone expresar la noticia de forma comprensible, clara y sensible, evitando el uso de lenguaje técnico en exceso. Durante este periodo, técnicas como las pausas intencionadas, cobran importancia para verificar la calidad de comprensión del mensaje. Preguntas como “¿Lo que acabo de decir tiene sentido para usted?” o “¿Hay algo que necesite que le aclare mejor?” permiten asegurar que el proceso tuvo éxito (Baile et al., 2000; Buckman, 1992).

La fase E, Empathy o Empatía, se concentra en identificar las emociones del paciente y ofrecerle apoyo de forma activa. Frases como “Comprendo que esta noticia puede ser difícil de asimilar”, “Es normal sentirse frustrado o triste ante esto” y “Estoy aquí para acompañarle y responder sus preguntas” denotan sensibilidad y comprensión sobre el estado emocional. Asimismo, durante este nivel se considera fundamental prestar atención a las expresiones no verbales, la congruencia entre las palabras y la expresión corporal (Fallowfield & Jenkins, 2004; Rider et al., 2021).

Finalmente, la fase Strategy o Planificación, como su nombre lo delimita, incluye un plan de acción, que previamente debe ser socializado al paciente, para asegurar su comprensión sobre el posible tratamiento. Frases como: “Veamos juntos las opciones y los próximos pasos”, “Podemos hacer un plan que le haga sentir acompañado y seguro en este proceso” y “¿Le gustaría que coordinemos otra reunión para aclarar dudas?”, denotan las características esenciales de la etapa, pues durante este estadio se pretende coordinar seguimientos, responsabilidades y fomentar la participación.

La creación de un plan estructurado y sistemático no solo potencia la percepción de control del paciente, sino que también previene la posible aparición de malentendidos, asegurando la coherencia en el tratamiento planteado y fortaleciendo la relación paciente-especialista (Baile et al., 2000; Back et al., 2007).

En la práctica clínica, SPIKES se puede combinar con ejemplos cotidianos que faciliten la comprensión del modelo. Como ejemplo, un profesional que desea comunicar un diagnóstico de una enfermedad crónica, puede comenzar preparando el espacio, evaluando el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, indagando sobre la información que desea recibir, validando sus emociones, y finalmente, concertando un plan de seguimiento que involucre revisiones continuas y apoyo psicológico.

La aplicación sistemática de cada una de las fases del modelo, permiten que la interacción se base en la empatía y sea coherente con las necesidades del paciente, minimizando la posible aparición de síntomas asociados a la ansiedad, aumentando la efectividad de la comunicación (Baile et al., 2000; Back et al., 2007; Fallowfield & Jenkins, 2004).

Además, para la integración del modelo en entornos educativos o de formación profesional, se recomienda adaptar el texto con preguntas reflexivas tales como: “¿Cómo puedo asegurar que el paciente ha comprendido la información?” o “¿Qué señales emocionales debo observar para adaptar mi comunicación?” Estas estrategias incentivan la capacitación adecuada en comunicación de noticias difíciles,

fortaleciendo la promoción y uso de competencias como la empatía, planificación estratégica y escucha activa.

El protocolo SPIKES como se indica en la Tabla 1, proporciona un marco integral para comunicar noticias difíciles de manera ética, empática y estructurada. Su aplicación permite mantener un equilibrio entre información y emoción, asegurar la comprensión del paciente, fortalecer la relación terapéutica y establecer un plan de acción claro, siendo un recurso imprescindible para profesionales de la salud y la psicología en la atención centrada en la persona.

Tabla 1. Modelo SPIKES.

Fase	Objetivo	Acciones y Estrategias	Checklist / Indicadores
S – Setting (Preparación del escenario)	Garantizar un ambiente seguro, privado y cómodo para comunicar la noticia.	<ul style="list-style-type: none"> • Escoger un lugar sin interrupciones. • Asegurar privacidad y confidencialidad. • Preparar la mente del profesional y revisar la información relevante del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio privado disponible • Material clínico revisado • Estado emocional del profesional regulado

<p>P Perception (Percepción del paciente)</p>	<p>– Evaluar lo que el paciente ya sabe y entiende sobre su situación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al paciente qué entiende de su condición. • Identificar conocimientos previos y expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ha expresado comprensión actual • Se han detectado malentendidos o lagunas de información
<p>I Invitation (Invitación a recibir información)</p>	<p>– Determinar cuánto detalle desea recibir el paciente sobre su condición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al paciente si desea toda la información o un resumen. • Respetar límites y preferencias del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de información deseado por el paciente identificado • Consentimiento para detallar información obtenido
<p>K Knowledge (Transmisión de información)</p>	<p>– Comunicar la noticia de manera clara, gradual y adaptada al nivel de comprensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar lenguaje claro, evitando jerga médica. • Dividir la información en bloques pequeños. • Verificar comprensión a lo largo del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información comunicada en lenguaje sencillo • Pausas para preguntas realizadas • Retroalimentación de la paciente confirmada

E Empathy (Empatía y validación emocional)	– Reconocer y validar las emociones del paciente frente a la noticia.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar señales emocionales (llanto, silencio, tensión). • Validar verbalmente emociones: “Es comprensible sentirse así.” • Evitar juicios o minimizar emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones del paciente identificadas • Mensajes de validación emitidos • Paciente percibe apoyo emocional
S – Strategy & Summary (Plan y cierre)	Establecer los siguientes pasos y reforzar apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir información clave y plan de acción. • Coordinar seguimiento y recursos de apoyo. • Invitar al paciente a participar en decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de acción claro establecido • Recursos de apoyo mencionados • Seguimiento acordado con el paciente

Otro modelo ampliamente utilizado es el BREAKS, como se indica en la Tabla 2, enfatiza la construcción de rapport y la validación de

emociones durante la entrega de la noticia. Este enfoque contempla preparar el entorno y la información relevante (Background), establecer una relación empática (Rapport), explicar la situación con claridad (Explain), reconocer las emociones del paciente (Acknowledge), profundizar en el conocimiento necesario (Knowledge) y brindar soporte emocional y práctico (Support). La aplicación de BREAKS implica que, durante la comunicación, el profesional observe las reacciones del paciente, haga pausas para permitir la asimilación de la información y use estrategias verbales y no verbales para garantizar comprensión y contención emocional. Por ejemplo, un psicólogo que desea comunicarle a la familia el curso de la enfermedad de un paciente con un pronóstico no muy favorable, puede usar BREAKS para estructurar la conversación, asegurando que cada miembro durante la explicación comprenda la situación y se sienta escuchado.

Tabla 2. Modelo BREAKS.

Fase	Objetivo	Acciones y Estrategias	Checklist / Indicadores
B Background (Preparación y contexto)	– Recopilar información clínica completa y preparar el entorno para la	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar historia clínica, resultados y pronóstico. • Preparar un espacio privado y sin 	<ul style="list-style-type: none"> • Información clínica revisada • Ambiente privado asegurado • Profesional emocionalmente preparado

	comunicación.	interrupciones.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre el estado emocional propio antes de la interacción. 	
R – Rapport (Construcción de relación)	Establecer un vínculo de confianza con el paciente y su familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo cordial y presentación si es necesario. • Mostrar interés genuino por el bienestar del paciente. • Ajustar tono y lenguaje al nivel de comprensión del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo inicial establecido • Lenguaje adaptado • Paciente/familia perciben seguridad y confianza
E – Explore (Exploración del conocimiento y percepción del paciente)	Conocer lo que el paciente sabe y quisiera conocer.	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre entendimiento previo de su condición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del paciente. • Expectativas y preocupaciones expresadas.

A – Announce (Comunicación de la noticia)	Entregar la información de manera clara, gradual y sensible.	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar expectativas, temores y posibles malentendidos. • Evitar términos técnicos complejos. • Fraccionar la información en bloques pequeños. • Pausar para permitir preguntas y reacciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • El mensaje se otorga con lenguaje claro • Se realizan pausas para preguntas del paciente. • Confirmación de la información.
K – Kindling (Empatía y validación emocional)	Validar las emociones del paciente y su familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar expresiones emocionales y lenguaje corporal. • Reflejar y normalizar emociones: “Es comprensible sentirse así.” 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento y validación de emociones. • Respuestas empáticas otorgadas. • Percepción de apoyo de la familia o el paciente.

<p>S Summarize & Strategy (Resumen y plan de acción)</p>	<p>– Establecer próximos pasos, recursos de apoyo y seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar apoyo y contención de índole emocional. • Resumir los puntos clave de la noticia. • Proporcionar plan de acción y alternativas de manejo. • Coordinar citas de seguimiento y recursos adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorgar la información sintetizada. • Desarrollar el plan de acción y seguimiento acordados mutuamente. • Recursos de apoyo necesarios.
--	--	---	---

Asimismo, el modelo ABCDE como se ilustra en la Tabla 3, proporciona un eje de acción que resalta la preparación (Advance preparation), la construcción de la alianza terapéutica (Build a therapeutic relationship), la comunicación clara (Communicate well), la gestión de las reacciones emocionales (Deal with reactions) y la validación de emociones (Encourage and validate emotions).

Este modelo, a diferencia de otros, incluye recomendaciones pertinentes para cada fase. Para la correcta implementación considera que el profesional debe anticipar posibles reacciones, modular su expresión verbal y no verbal, ofrecer espacios que inviten a la reflexión, adaptar

su lenguaje en función del nivel de su paciente y, por último, reconocer los sentimientos del receptor.

En el área de la salud, el modelo facilita la transmisión de una noticia difícil de forma estructurada, reduciendo la probabilidad de generar síntomas de estrés en el paciente y garantizando su acompañamiento durante toda la intervención y tratamiento.

El modelo integra ejemplos y plantillas que guían de forma sistematizada el proceder dentro de la interacción profesional-paciente. En comparación con otros modelos como el SPIKES que basan su esencia en utilizar un guion con frases y preguntas para explorar la comprensión por parte del usuario. El modelo ABCDE y BREAKS, se distinguen por presentar tablas y listas de verificación que permiten comprender y validar las emociones del paciente, incluyendo estrategias de seguimiento a su proceso. Todas estas herramientas, se fundamentan en comunicar de forma organizada, centrada y empática la información sin perder la calidad de atención ofrecida por el profesional.

Tabla 3. Modelo ABCDE.

Fase	Objetivo	Acciones y Estrategias	Checklist / Indicadores
A – Advance Preparation (Preparación anticipada)	Preparar al profesional y el entorno para la	<ul style="list-style-type: none"> Revisar antecedente s clínicos y pronóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> Información revisada Ambiente seguro preparado

	comunicación de la noticia.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar espacio privado y libre de interrupciones. • Prepararse emocionalmente y anticipar posibles reacciones del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional emocionalmente preparado
B – Build a Therapeutic Environment/Relationship (Construcción de relación terapéutica)	Establecer confianza y conexión emocional con el paciente y familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Saludar y presentarse si es necesario. • Crear un clima de respeto y seguridad. • Ajustar lenguaje y tono al nivel del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación inicial establecida • Comunicación respetuosa y empática • Paciente/familia perciben confianza
C – Communicate Well (Comunicación efectiva)	Entregar la noticia de manera	<ul style="list-style-type: none"> • Usar lenguaje simple y 	<ul style="list-style-type: none"> • Mensaje transmitido de manera clara

	clara, directa y sensible.	<ul style="list-style-type: none"> • Dividir la información y otorgar pausas para preguntas. • Confirmar que el paciente ha entendido la información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pausas para interacción realizadas • Comprensión de la paciente confirmada
D – Deal with Patient and Family Reactions (Manejo de reacciones)	Observar, validar y contener las emociones del paciente y familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar activamente y reflejar emociones. • Normalizar sentimientos: “Es natural sentirse así.” • Dar apoyo y contención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones observadas y validadas • Estrategias para contención. • Percepción de apoyo de la familia y paciente.
E – Encourage and Validate Emotions	Validar la expresión emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar cómo se siente el 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de expresión emocional

(Fomentar y validar emociones)	paciente y la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la información y plan de acción • Seguimiento de la intervención y uso de recursos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir la información clave y plan de acción. • Coordinar seguimiento y recursos adicionales. 	

La comunicación de noticias difíciles requiere que el profesional tenga integrado competencias como la empatía, claridad emocional, validación y planificación, como estrategias a adoptar dentro de distintos modelos, dentro de su sistema de habilidades básicas. Los modelos de divulgación de noticias difíciles como BREAKS, SPIKES Y ABCDE, no solo buscan mejorar la comprensión del paciente sobre su situación, también requieren que el profesional garantice una atención centrada en un acompañamiento humanizado y ético tanto para el paciente como para su familia.

BIBLIOGRAFÍA

Adorno, T. W., & Horkheimer, M. (1997). *Dialectic of enlightenment* (Vol. 15). Verso.

Anticona, J. A. G. (2015). *Lenguaje y comunicación* (2ª ed.). Ediciones de la U.

ASCO. (2017). *Guidelines for communicating difficult news*. American Society of Clinical Oncology.

Back, A., Arnold, R., Baile, W., Tulsky, J., & Fryer-Edwards, K. (2007). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 57(3), 164–177.

Bach, P., & Grant, M. (2011). BREAKS protocol: Communication of bad news. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 779–782.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.

Barnlund, D. C. (1970). A transactional model of communication. *The Journal of Communication*, 20(1), 1–26.

Barnlund, D. C. (2008). A transactional model of communication. In C. D.

Baum, G. L., Ciric, R., Roalf, D. R., Betzel, R. F., Moore, T. M., Shinohara, S. R., ... Bassett, D. S. (2016). Modular segregation of

structural brain networks supports the development of executive function in youth. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(45), 12305–12310.

Beebe, S. A., & Masterson, J. T. (2021). *Communicating in small groups: Principles and practices* (12th ed.). Pearson.

Berelson, B., & Steiner, G. A. (1964). *Human behavior: An inventory of scientific findings*. Harcourt Brace Jovanovich.

Berger, J. (2014). Word of mouth and interpersonal communication: A review and directions for future research. *Journal of Consumer Psychology*.

Berlo, D. K. (2021). *El proceso de la comunicación: Introducción a la teoría y práctica*. McGraw Hill.

Bower, G. H., & Forgas, J. P. (2022). *Mood and cognition: Theory and evidence*. Psychology Press.

Bryant, J., Thompson, S., & Finklea, B. (2021). *Fundamentals of media effects* (3rd ed.). Waveland Press.

Bühler, K. (2011). *Theory of language: The representational function of language* (D. F. Goodwin, Trans.). John Benjamins. (Original work published 1934).

Burgoon, J. K., Guerrero, L. K., & Floyd, K. (2021). *Nonverbal communication* (3rd ed.). Routledge.

- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press.
- Bylund, C. L., Brown, R. F., Gueguen, J. A., & Kissane, D. W. (2007). The BREAKS protocol for delivering bad news: Evolution and evidence. *Journal of Palliative Medicine, 10*(2), 344–350.
- Cegala, D. J. (2019). Communication competence and health literacy: Integrating a message-centered approach. *Patient Education and Counseling, 102*(12), 2173–2179.
- Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. MIT Press.
- Crystal, D. (2019). *The Cambridge encyclopedia of the English language* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Damasio, A. (2018). *The strange order of things: Life, feeling, and the making of cultures*. Pantheon Books.
- Davidson, R. J., & Begley, S. (2013). *The emotional life of your brain*. Penguin.
- Deacon, T. W. (1997). *The symbolic species: The co-evolution of language and the brain*. W.W. Norton & Company.
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: Unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 8*, 457.

- d'Errico, F., & Stringer, C. (2011). Evolution, revolution or saltation scenario for the emergence of modern cultures? *Journal of Anthropological Sciences*, 89, 57–74.
- DeVito, J. A. (2023). *The essential elements of public speaking* (7th ed.). Pearson.
- Dolan, S., & Martín, I. (2002). *La comunicación organizacional: Un enfoque práctico*. Editorial McGraw-Hill.
- Dolan, S., & Martín, I. (2002). *Los 10 mandamientos para la dirección de personas*. España: Gestión 2000.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Communicating with patients: Skills for building rapport*. Elsevier.
- Eide, P., & Eide, T. (2018). *Communication skills for health professionals*. Elsevier Health Sciences.
- Eide, P., & Eide, T. (2018). *How to communicate effectively in clinical settings*. CRC Press.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495–525.

- Ellis, A. (1999). *La teoría de la perturbación emocional*. Editorial Paidós.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312–319.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., & Beveridge, H. (2002). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. London: Oxford University Press.
- Fitch, W. T., Hauser, M. D., & Chomsky, N. (2005). The evolution of the language faculty: Clarifications and implications. *Cognition*, 97(2), 179–210.
- Forgas, J. P. (2020). Affect and cognition: Perspectives on the role of emotion in information processing. *Australian Journal of Psychology*, 72(2), 105–115.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity: Top-notch research reveals the upward spiral that will change your life*. Crown Publishing.
- Goleman, D. (2006). *Social intelligence: The new science of human relationships*. Bantam Books.
- Gerbner, G., & Gross, L. (2017). Living with television: The violence profile. In *The fear of crime* (pp. 169–195). Routledge.

- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. (1976). Living with television: The violence profile. *Journal of Communication*, 26(2), 173–199.
- Griffin, E., Ledbetter, A., & Sparks, G. (2020). *Communication in history: Technology, culture, society* (10th ed.). Pearson.
- Gudykunst, W. B. (2021). *Bridging differences: Effective intergroup communication* (6th ed.). SAGE.
- Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the Teach-Back method on adherence and self-management in health education: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(1), 210–247.
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 32(3), 167–175.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action* (Vols.). McCarthy (Transl.). Boston: Beacon Hill.
- Halpern, J. (2017). Clinical empathy in medical care. *Journal of Internal Medicine*, 282(5), 493–507.
- Halpern, J. (2017). *From detached concern to empathy: Humanizing medical practice* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112.
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). (2020). *ISMP guidelines for safe communication in healthcare*. ISMP.
- Jakobson, R. (1960). Linguistics and poetics. In T. A. Sebeok (Ed.), *Style in language* (pp. 350–377). MIT Press.
- Jakobson, R. (1985). Linguistics and poetics. In R. Jakobson, *Selected writings III: Poetry of grammar and grammar of poetry* (pp. 18–51). Mouton. (Original work published 1960).
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Katz, E., Blumler, J. G., & Gurevitch, M. (1973). Uses and gratifications research. *The Public Opinion Quarterly*, 37(4), 509–523.
- Knapp, M. L., Hall, J. A., & Horgan, T. G. (2014). *Nonverbal communication in human interaction* (8th ed.). Cengage Learning.
- Lasswell, H. D. (1927). *Propaganda technique in the world war*. Peter Smith.
- Lasswell, H. D. (1948). The structure and function of communication in society. *The communication of ideas*, 37(1), 136–139.
- Lazarsfeld, P. F., Berelson, B., & Gaudet, H. (1968). *The people's choice: How the voter makes up his mind in a presidential campaign*. Columbia University Press.

- Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Littlejohn, S. W., Foss, K. A., & Oetzel, J. G. (2017). *Theories of human communication* (11th ed.). Waveland Press.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33(3), 321–349.
- Martínez, F., Ortega, M., & Alba, A. (2021). Enfoque comunicativo y decolonialidad: Aportaciones a la didáctica de las lenguas. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Mayer, R. E. (2014). *The Cambridge handbook of multimedia learning* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- McCombs, M. E., & Shaw, D. L. (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176–187.
- McQuail, D. (2010). *McQuail's mass communication theory* (6th ed.). SAGE.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. University of Chicago Press.
- Muñoz, J. (1986). *La comunicación humana: Un enfoque interdisciplinario*. Editorial McGraw-Hill.

- National Cancer Institute (NCI). (2020). *Communicating with patients about cancer*. National Institutes of Health.
- Nicol, D. J., & Macfarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education, 31*(2), 199–218.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work III*. *Psychotherapy, 55*(4), 303–315.
- Nutbeam, D. (2021). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 36*(2), 475–482.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. University of Illinois Press.
- O’Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 2, pp. 271–284). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Pimentel, A., Silva, R., & Torres, L. (2019). Aplicación del modelo ABCDE en la comunicación de malas noticias en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología, 51*(1), 25–36.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton & Company.

- Rahim, M. A. (2017). *Managing conflict in organizations* (4th ed.). Routledge.
- Rider, E. A., Gilligan, M. C., Osterberg, L. G., & Eggly, S. (2021). Healthcare communication education: A guide for teaching and learning. *Academic Medicine*, *96*(3), 433–440.
- Rider, E. A., Keefer, C. H., & Kim, M. (2021). Empathy in health care: Theory, practice, and research. *Patient Education and Counseling*, *104*(7), 1677–1687.
- Rider, E., Keefer, C., & Bromberg, J. (2021). Empathy and effective communication in health care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *28*(2), 204–218.
- Rider, E., et al. (2021). Empathy in health care: Theory, research, and practice. Springer.
- Rogers, C. R. (1995). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., ... Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, *163*(1), 83–90.
- Schmandt-Besserat, D. (2007). *How writing came about*. University of Texas Press.
- Schramm, W. (1954). *How communication works*. University of Illinois Press.

- Severin, W. J., & Tankard, J. W. (2014). *Communication theories: Origins, methods and uses in the mass media* (5th ed.). Longman.
- Shannon, C. E. (1948). A mathematical theory of communication. *Bell System Technical Journal*, 27(3), 379–423.
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press.
- Shedletsky, L. (2017). *Communication in organizations: An interpretive approach*. Routledge.
- Shedletsky, L. (2017). Intrapersonal communication (entrada / recurso).
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). *Skills for communicating with patients* (3rd ed.). CRC Press.
- Small Group Research. (2022). Special issue: Advances in group creativity and diversity. Sage Journals.
- Sundar, S. S., & Kim, J. (2005). Interactivity and persuasion: Influencing attitudes with information and involvement. *Media Psychology*, 7(2), 139–165.
- Van Dijk, T. A. (2014). *Discourse and knowledge: A sociocognitive approach*. Cambridge University Press.
- Van Kleef, G. A. (2009). How emotions regulate social life: The emotions as social information (EASI) model. *Current Directions in Psychological Science*, 18(3), 184–188.

- West, R., & Turner, L. H. (2024). *Introducing communication theory: Analysis and application* (8th ed.). McGraw-Hill Education.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1995). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2014). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Person-centred care in health systems*. WHO Press.
- Zayas Agüero, P. M. (2012). *La comunicación interpersonal: Un proceso socio-psicológico en el trabajo y en la vida diaria*. Editorial Académica Española.



Comunicar para cuidar: fundamentos y habilidades profesionales en salud, se publicó en el mes de diciembre de 2025.

ISBN: 978-9907-0-0466-3

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
[https://grupobl.com/
publicaciones@grupobl.com](https://grupobl.com/publicaciones@grupobl.com)

BIOGRAFÍA DE LOS AUTORES

Marck Anderson Uriarte Guzmán:

Licenciado en Psicología con formación en Psicología Clínica, y experiencia en contextos educativos, clínicos y organizacionales. Actualmente se desempeña como Docente Universitario en la Universidad Estatal de Bolívar, en la carrera de Psicología, Terapia Física y Enfermería. Ha desarrollado su trayectoria profesional en el ámbito psicoeducativo, clínico y académico, especializándose en el acompañamiento emocional, la inclusión educativa y laboral, y el fortalecimiento de competencias adaptativas en personas con discapacidad intelectual y neuro diversidad. Entre sus principales líneas de trabajo se destacan el diseño e implementación de planes individualizados, la aplicación de estrategias de apoyo conductual positivo, la intervención socioemocional y la promoción de la autodeterminación y la independencia funcional. Ha desempeñado funciones como Psicólogo Tutor en el Taller Protegido SLB de la Fundación El Triángulo, liderando procesos de acompañamiento psicoeducativo y de inclusión laboral. Asimismo, ha sido Docente Universitario en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, donde impartió cátedras relacionadas con la atención psicoeducativa, las habilidades intelectuales y la neuro diversidad, fomentando el pensamiento crítico, la aplicación práctica de los contenidos y la salud mental estudiantil a través de talleres, asesorías y recursos didácticos con enfoque inclusivo. Es Máster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia por la Universidad Espíritu Santo (2024) y cuenta con una Licenciatura en Psicología por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2023). Complementa su formación con certificaciones en Psicología Educativa y Organizacional (PUCE, 2022), Psicología del Trabajo y Recursos Humanos (Universidad Tecnológica, 2021), Formación Integral para Tutores Virtuales de Educación Continua (UNAE, 2025) y Formación para Docentes Universitarios en Modalidad Virtual (UNEMI, 2025). Sus áreas de interés se centran en la psicología clínica y educativa, la neuro diversidad, la inclusión socioeducativa y laboral, la intervención socioemocional y la psicoterapia orientada al desarrollo integral.

COMUNICAR PARA CUIDAR: FUNDAMENTOS Y HABILIDADES PROFESIONALES EN SALUD

Estimado lector, “Comunicar para cuidar: Fundamentos y habilidades profesionales en salud” es una guía integral para estudiantes y profesionales de la salud, especialmente de Psicología, Terapia Física y Enfermería. Aborda los fundamentos de la comunicación humana, teorías, procesos cognitivos y emocionales, y desarrolla habilidades esenciales como escucha activa, empatía, retroalimentación y manejo de conflictos.

Además, profundiza en la comunicación profesional como herramienta terapéutica, incluyendo estrategias para transmitir noticias difíciles y fortalecer relaciones de confianza, promoviendo una práctica ética, empática y efectiva en diversos escenarios de atención sanitaria.

Agradecemos a todos los lectores que se acercan a esta obra con ánimo de aprender, aplicar y transformar.



Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
[https://grupobl.com/
publicaciones@grupobl.com](https://grupobl.com/publicaciones@grupobl.com)

ISBN: 978-9907-0-0466-3

