

[2023]



IBERO

De:
Planeta Formación y Universidades

Estrategia de gamificación para el desarrollo de habilidades de comunicación personal de salud-paciente para promover la humanización de los servicios de salud

**[Kenia Marcela Gonzalez
Pedraza**

**Corporación Universitaria
Iberoamericana**

**Elkin Alejandro Osorio Amaya
Corporación Universitaria Minuto
de Dios**

**Paola Andrea Valencia Achuri
Corporación Universitaria
Iberoamericana**

**Luis Alejandro Calderón Calvo
Universidad Nacional de Colombia**

**Jeison Herley Rosero Toro
Corporación Universitaria Minuto
de Dios]**

**[Facultad de Ciencias
Empresariales y Facultad de
Ingeniería]**

**Corporación Universitaria
Iberoamericana**



Estrategia de gamificación para el desarrollo de habilidades de comunicación personal de salud-paciente para promover la humanización de los servicios de salud

Gamification strategy for the development of health-patient communication skills to promote the humanization of health services

Kenia Marcela Gonzalez Pedraza

Corporación Universitaria Iberoamericana

Elkin Alejandro Osorio Amaya

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Paola Andrea Valencia Achuri

Corporación Universitaria Iberoamericana

Luis Alejandro Calderón Calvo

Universidad Nacional de Colombia

Jeison Herley Rosero Toro

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Diciembre 13 de 2023

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo diseñar una estrategia de gamificación que promueva la humanización de los servicios de salud y por lo tanto el mejoramiento de su calidad a través el desarrollo de habilidades de comunicación del personal de salud, lo anterior, en atención a que la prestación de los servicios de salud en la última década se han caracterizado por la deshumanización de la atención por parte del personal que hace parte de este sistema, como lo son médicos, enfermeras, administrativos y demás profesionales, y como parte de dicha deshumanización se ha identificado que uno de los principales problemas es la ausencia de una comunicación efectiva, eficiente y asertiva con los pacientes. Para cumplir con el propósito planteado se partió de la realización de una investigación documental de artículos que dan cuenta de las habilidades y técnicas de comunicación aplicables al sector salud, con la información recolectada a partir de esta revisión se diseñó toda la estructura de la estrategia de gamificación que posteriormente fue desarrollada a través del uso de herramientas tecnológicas y validada por expertos y un grupo focal compuesto por 9 profesionales del sector salud. Como resultado final se estructuró y diseñó la estrategia usando el motor de videojuegos Unity en donde se incluyeron casos prácticos de atención médica teniendo en cuenta la guía de entrevista médica de Calgary, a través de la evaluación realizada por quienes interactuaron con esta se identificó que la gamificación permite un acercamiento desde una perspectiva teórica y práctica a las situaciones reales que se presentan en salud, en conclusión, este tipo de estrategias pueden ser de gran ayuda en espacios no lúdicos y ayudar a mejorar las condiciones en las que se prestan los servicios de salud.

Palabras Clave: Habilidades de comunicación, personal de salud, gamificación, estrategia, médicos

ABSTRACT

This research aims to design a gamification strategy that promotes the humanization of health services and therefore the improvement of their quality through the development of communication skills of health personnel, the above, given that the provision of health services in the last decade have been characterized by the dehumanization of care by the personnel who are part of this system, such as doctors, nurses, administrators and other professionals, and as part of said dehumanization it has been identified that one of the main problems is the absence of effective, efficient and assertive communication with patients. To fulfill the stated purpose, the starting point was to carry out a documentary investigation of articles that give an account of the communication skills and techniques applicable to the health sector. With the information collected from this review, the entire structure of the communication strategy was designed. Gamification that was later developed through the use of technological tools and validated by experts and a focus group made up of 9 professionals from the health sector. As a final result, the strategy was structured and designed using the Unity video game engine, which included practical cases of medical care taking into account the Calgary medical interview guide. Through the evaluation carried out by those who interact with it, it was identified that the Gamification allows an approach from a theoretical and practical perspective to the real situations that arise in health. In conclusion, these types of strategies can be of great help in non-recreational spaces and help improve the conditions in which services are provided. of health. Keywords: Communication skills, greeting staff, gamification

Keywords: Communication skills, health personnel, gamification, strategy, doctors

Tabla de contenido

Introducción.....	10
Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica.....	15
1.1 Antecedentes	15
1.2 Marco teórico.....	19
1.2.1 Humanización y comunicación personal de salud – paciente	19
1.2.2 Tipos de comunicación	20
1.2.3 Elementos de la comunicación.....	24
1.2.5 Comunicación y salud.....	26
1.2.4 Metodología de diseño de actividades de gamificación	28
1.3 Marco conceptual.....	31
1.3.1 Calidad en salud.....	31
1.3.2 Comunicación.....	31
1.3.3 Comunicación en salud	32
1.3.4 Estrategia didáctica.....	32
1.3.5 Gamificación	33
Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo.....	34
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	34
2.2 Población o fuentes de datos.....	34
2.3 Definición de Variables o Categorías.....	39
2.4 Procedimiento e Instrumentos.....	39
2.5 Consideraciones Éticas.....	51
2.6 Alcances y limitaciones	51
3.1 Habilidades de comunicación personal de salud – paciente.....	53
3.1.1 Importancia de las habilidades comunicativas en el entorno clínico	54
3.1.3 Relación paciente-profesional de la salud.....	57
3.1.3 Modelo comunicativo centrado en el paciente.....	61
3.1.4 Modelo cooperativo o contractual.....	64
3.1.5 Habilidades comunicativas primarias	64
3.1.6 Habilidades comunicativas secundarias.....	69

3.1.7 Habilidades emocionales y cognitivas	74
3.2 Factores Que intervienen En La Relación Y Comunicación Profesional De La Salud Y Paciente.....	83
3.3 Estrategias, Técnicas Y Protocolos De Comunicación Recomendados Para Una Buena Comunicación Entre El Personal De Salud Y Los Pacientes	90
3.3.1 Estrategias de comunicación	90
3.3.2 Técnicas Y Protocolos De Comunicación En Salud	97
3.4 Técnicas De Enseñanza Comunicación Personal De Salud – Paciente	102
3.4 Estructura y desarrollo de la estrategia de gamificación.....	106
3.5 Evaluación por pares expertos y profesionales del sector salud.....	157
Capítulo 4 - Conclusiones.....	166
4.1 Cumplimiento de objetivos del proyecto.....	166
4.2 Aportes a líneas de investigación de grupo y a los Objetivos del Desarrollo Sostenible - ODS	168
4.3 Producción asociada al proyecto	169
4.4 Líneas de trabajo futuras	169
Anexos.....	172
Referencias	176

Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz de identificación de investigaciones.....	41
Tabla 2. Matriz de selección de investigaciones.....	41
Tabla 3. Continuación de la matriz de selección de investigaciones	41
Tabla 4. Matriz de inclusión de investigaciones	41
Tabla 5. Continuación de la matriz de inclusión de investigaciones	42
Tabla 6. Recomendaciones para alcanzar un proceso comunicativo exitoso	60
Tabla 7. Estrategias para fomentar habilidades comunicativas.....	79
Tabla 8. Prácticas que se deben enseñar para fomentar funciones interactivas y comunicativas.....	81
Tabla 9. Caso 1 – Diagnóstico de enfermedad autoinmune.....	108
Tabla 10. Caso 2 – Diabetes tipo I en menor de edad.....	110
Tabla 11. Caso 3 – Adolescente acude a la consulta de control diabetes tipo I	114
Tabla 12. Caso 4 – Imagen corporal de mujer en estado de embarazo.....	117
Tabla 13. Caso 5 – Paciente mayor con problemas cardíacos	120
Tabla 14. Caso 6 – Paciente de 62 años con malos hábitos de salud.....	122
Tabla 15. Caso 7 – Atención a cuidador de paciente terminal.....	125
Tabla 16. Caso 8 – Paciente con múltiples dolencias.....	128
Tabla 17. Caso 9 – Paciente que no sabe describir sus síntomas.....	131
Tabla 18. Caso 10 – Paciente con resistencia a entrar en el ámbito mental	133
Tabla 19. Caso 11 – Petición de baja de un paciente.....	135
Tabla 20. Caso 12 – Paciente de 55 años con diagnóstico de cáncer de colon	138
Tabla 21. Caso 13 – Paciente con problemas psicosomáticos.....	141
Tabla 22. Caso 14 – Paciente enojado	144
Tabla 23. Caso 15 – Paciente con pocos meses de vida.....	147
Tabla 24. Caso 16 – Paciente fibromiálgico que no comprende su enfermedad.....	149

Índice de Figuras

Figura 1. Elementos de la comunicación.....	25
Figura 3. Matriz de organización de casos prácticos comunicación personal de salud – pacientes.....	43
Figura 4. Adaptación del instrumento de evaluación de objetos de aprendizaje (LORI)	45
Figura 5. Instrumento de evaluación estrategia de gamificación (Pares expertos)	50
Figura 6. Nueve reglas que ayudan a la escucha activa	91
Figura 7. Actitudes en pro de la relación médico-paciente.....	95
Figura 8. Actitudes del profesional durante el proceso de comunicación con el paciente.....	96
Figura 9. Protocolo “10 puntos a modo de orientación para la comunicación de malas noticias”	102
Figura 10. Algunas actividades específicas para cada tarea en la entrevista (adap. de Guías Calgary Cambridge).....	107
Figura 11. Nombre de la estrategia	153
Figura 12. Instrucciones de la actividad	153
Figura 13. Ejemplo de presentación de casos prácticos	154
Figura 14. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos.....	154
Figura 15. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos ..	155
Figura 16. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos ..	155
Figura 17. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos ..	156
Figura 18. Retroalimentación	156
Figura 19. Resultados Evaluación LORI a profesionales de la salud	158

Índice de Anexos

Anexo 1 - Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS.....172

Anexo 2 – Lista de chequeo Calgary Cambridge.....174

Introducción

En la segunda mitad del siglo XX se empieza a hablar de una cierta deshumanización en la asistencia sanitaria, atribuida en gran parte al imparable avance de la tecnología en el ámbito de la salud y a que la formación se centra a menudo en el desarrollo de determinadas técnicas, lo que conlleva a la hiper especialización de los profesionales. Hechos que sin duda han contribuido al avance y mejora de la salud de las personas, pero que también han derivado en una pérdida de la visión integral del ser humano (Cepeda, 2014).

Contrario a la humanización, está la deshumanización, entendida como el desenfoco y cosificación del ser, lo que acarrea consecuencias tales como: baja realización laboral, comunicación deficiente y recorte de personal. Del mismo modo, existen diferentes factores que influyen en la deshumanización como lo son: tiempos de espera prolongados, algunos componentes organizacionales, afectación de la salud mental del personal, hay ineficacia en la comunicación enfermero-paciente, insensibilidad durante los procedimientos invasivos, asesoramiento superficial, falta de empatía y de rapidez, etcétera (Pabón et al., 2021).

La deshumanización puede ocurrir al tratar a los pacientes como sistemas mecánicos y concentrarse en una parte del cuerpo, sin considerar el organismo completo y los estados mentales del paciente. Por otro lado, se considera que la deshumanización es una forma adaptativa de lidiar con el estrés laboral de los cuidadores asistenciales, así mismo, se ha encontrado que las actitudes y creencias implícitas se manifiestan no en comportamientos verbales sino en no verbales, por ejemplo, distancia de interacción, contacto visual y paraverbal, por ejemplo, velocidad y tono

del habla, que pueden transmitir rechazo y prejuicios a los pacientes (Jiménez et al., 2019).

Como parte de la deshumanización se deben además tomar en cuenta todos los factores externos que pueden afectar la comunicación, entre los que destacan: la relación jerárquica entre el personal de salud y el paciente, los ruidos externos, el lenguaje no verbal, el silencio, etc. (Brindley, 2019), aunado a que durante muchos años la enseñanza en comunicación no ha constituido un aspecto de importancia para muchos currículos de la educación formal y no formal, siendo esta habilidad aprendida de manera informal durante la práctica diaria (Estevéz y Estevéz, 2021).

En este sentido, el Plan Nacional de mejoramiento de la calidad de salud en su versión 2016-2021 plantea la humanización como principio orientador del sistema de salud y como parte de las estrategias para lograr humanizar la atención manifiesta la necesidad de empoderar a las personas a través de su formación (Grueso, 2016), a su vez, en la propuesta de la política de humanización en salud se identifica la comunicación como uno de los elementos de la humanización que interviene en la relación interpersonal en la red de apoyo con el personal de salud en doble vía, así mismo, señala que se debe garantizar la formación académica para el personal de salud en formación y en ejercicio, que oriente a mejorar las capacidades y los comportamientos acordes a los valores y principios, que fortalezca el trato respetuoso y la comunicación, la ética, la empatía, para de este modo generar espacios educativos de participación activa que potencien las capacidades del personal de salud favoreciendo la comunicación efectiva y escucha y en general, la formación de conocimiento, capacidades y habilidades en humanización en salud (Ruíz, 2020).

Por lo tanto, el desarrollo de habilidades comunicativas es esencialmente importante para garantizar la eficiencia y calidad en los servicios de salud; la comunicación debe ser uno de los ejes centrales a los que prestar especial atención, en tanto que es a través de ésta, desde la que lograr una relación interpersonal efectiva, que posibilite la confianza mutua, la expresión de emociones, el sentimiento de tranquilidad y de bienestar (Díaz et al., 2020).

La comunicación aparece entonces como una habilidad esencial que puede ayudar con dicha eficiencia y calidad, puesto que de una apropiada comunicación dependerá en gran medida el adecuado relacionamiento del personal de salud y los usuarios.

La Declaración de Derechos Humanos de 1948 reconoce que la comunicación constituye un derecho humano fundamental; esta situación adquiere importancia en el ámbito de la salud dónde los pacientes y familiares se encuentran en especial situación de vulnerabilidad (McLeod, 2018). La comunicación es un acto humano que constituye pilar fundamental para establecer relación entre las personas. La comunicación favorece, a través de la activación de las neuronas espejo, la conexión interhumana (Baird et al., 2011). Esta conexión se relaciona con la construcción de eventos emocionales que pueden generar empatía. En la relación sanitaria, la construcción de esta interacción empática permite enfrentar las situaciones conflictivas que pueden generarse en la condición de salud o enfermedad (Estevéz y Estevéz, 2021).

Asimismo, se hace imprescindible formar a las personas para que desarrollen habilidades blandas que les permitan ser empáticos con los pacientes, solidarizarse con ellos y hacer el ejercicio de ponerse en el lugar del otro (Sánchez, 2013).

Las habilidades blandas como las habilidades de comunicación son atributos de una persona que le permiten interactuar de manera asertiva; además, le facilitan la adaptación, sus comportamientos son efectivos y mejoran la calidad de la atención. Se ha demostrado que este tipo de habilidades son necesarias en la formación de las personas, ya que añaden valor en el campo de la acción laboral (Pabón et al., 2021).

Por lo anterior, en esta propuesta investigativa se pretende aportar a la formación del talento humano del sector salud una estrategia de gamificación que permita fortalecer las habilidades de comunicación del personal de salud hacia los pacientes, con el fin de fomentar la humanización en los servicios de salud y contribuir de manera positiva en la calidad de la salud; se escoge la gamificación como medio de formación debido a que es una técnica aplicable a ambientes no lúdicos como lo es la prestación de los servicios de salud que motiva a las personas y las fideliza entorno a un mismo objetivo, ya que los buenos resultados se ven reflejados en premios, puntos o recompensas, esta estrategia aporta también en la generación de nuevo conocimiento por crear un ambiente innovador para la formación del capital humano en salud.

“La gamificación se puede aplicar a profesionales sanitarios en la adquisición de conocimientos nuevos o de utilización limitada para el mejoramiento continuo y mantenimiento de habilidades” (Viera et al., 2015). “Su implementación tiene ventajas que se agrupan en el desarrollo de las competencias individuales intrínsecas de los estudiantes, los logros pedagógicos obtenidos y las habilidades conseguidas gracias al trabajo en equipo” (Pimienta, 2021).

La gamificación permite iniciar un proceso de reforzamiento por medio de plataformas interactivas que ofrecen la facilidad de manejar información de manera sencilla. Por otro lado, facilitan la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente, generando resultados positivos para un tratamiento adecuado. Otros elementos de la gamificación que ayudan a motivar a las personas y a realizar un aprendizaje de enseñanza emocional son la autenticidad, aprendizaje a través del disfrute intenso, motivación intrínseca, premios y recompensas que sirven como un motivador potente (Parra et al., 2020, como se citó en Regalado et al., 2022).

La formación del capital humano de los servicios de salud generalmente es impartida desde modelos tradicionales y no se contempla el uso de técnicas como la gamificación en la enseñanza. “La gamificación no es un término usado con frecuencia en educación en salud, debido a la percepción clásica con la que se aborda los procesos pedagógicos en este campo” (Pimienta, 2021). Es por esto que, el proyecto tiene como objetivo principal diseñar una estrategia de gamificación para el desarrollo de habilidades de comunicación personal de salud-paciente para promover la humanización de los servicios de salud en Colombia. Su desarrollo se realiza por medio del uso de herramientas virtuales y tecnológicas que son accesibles a todo público para facilitar la apropiación, generación y transferencia del conocimiento en diferentes entornos académicos y no académicos, con el fin de fomentar la interacción academia-empresa.

Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica

1.1 Antecedentes

Durante los últimos años el tema de humanización de los servicios de salud ha tomado gran importancia debido a las constantes quejas que se presentan por parte de los usuarios, evidenciándose un trato inadecuado ante la prestación de los diferentes servicios, reconociendo así la necesidad de priorizar el ser humano por encima del sistema en sí mismo.

La humanización en la atención en salud se caracteriza por un conjunto de prácticas orientadas a lograr mejor atención y mayor cuidado. El proceso de humanización del quehacer contribuye a que este sea acogido por el otro, a mejorar la relación y la seguridad del paciente (Castro et al., 2019).

En Colombia, el Ministerio de Salud, en el marco de la Ley 100 de 1993, lleva el concepto de humanización a un plano práctico a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), el cual busca proponer soluciones aplicadas y visibles que respondan a la necesidad de mejorar la calidad de la atención y faciliten que las instituciones aborden este imperativo y generen políticas institucionales, programas o estrategias con el apoyo de organismos oficiales (Rodríguez, 2013; Galvez et al., 2017; Agrado, 2017, como se citó en Carlosoma et al., 2019).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, a partir de este estudio se busca plantear una estrategia de gamificación para el desarrollo de habilidades de comunicación personal de salud-paciente para promover la humanización en los servicios de salud, en este sentido, los antecedentes afines a la investigación sobre los cuales se indaga se centran en tres ejes temáticos: gamificación, comunicación y la humanización de los servicios de salud.

Encontrando que, tanto a nivel internacional como nacional, las diversas investigaciones sobre la humanización de la salud se han enfocado en abordar temas tales como: conceptualización del término, elementos y características que presenta este tipo de atención, intervenciones que se han realizado en las diferentes áreas de atención (medicina general, pediatría, cancerología, enfermería, atención al usuario, entre otros), el análisis de la percepción que tienen los pacientes con respecto a la prestación de servicios humanizados, planes, programas y modelos para fortalecer la atención humanizada. Además, existen artículos en donde se muestra el diseño de cursos y programas de atención médica humanizada y comunicación, la aplicación de la gamificación en salud y en educación médica, estrategias médicas sobre la atención humanizada, la comunicación asertiva, formación competencias comunicativas, la comunicación efectiva y humanización en el área de la salud que se realizan desde diversas estrategias principalmente de índole tradicional, evidenciándose que aún son limitadas las propuestas de formación del personal de salud que contemplen el uso de gamificación para mejorar las habilidades blandas asociadas a la humanización como lo es la habilidad de comunicación, así mismo, se observa que la mayor parte de estrategias pedagógicas del sector salud se centran en estudiantes de educación superior y no en profesionales en ejercicio.

En el país algunos de los cursos y diplomados existentes son: humanización de servicios de salud, humanicemos los servicios de salud, humanización de la atención en salud, humanización de los cuidados y servicios de salud, brindados por instituciones como el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Politécnico de Colombia, Universidad de Santander (UDES), Colsubsidio, entre otras entidades, el contenido de los mismos se basa en dar a conocer fundamentos básicos y generalidades, gerencia del servicio hacia la humanización, servicio humanizado, comunicación,

relaciones humanas, tecnología vs humanización y se organizan por medio de plataformas virtuales en las que se cuenta con material de apoyo como lecturas, páginas web de consulta y vídeos, además de actividades de aprendizaje, en algunos de los casos se complementa la formación con encuentros sincrónicos con docentes; usualmente estos cursos no contemplan el uso de herramientas de apoyo como los juegos, serious games o la gamificación, el proceso de enseñanza-aprendizaje está apoyado principalmente de los recursos descritos.

Por su parte, en la Corporación Universitaria Iberoamericana, se han elaborado estudios como “diseño de una campaña pedagógica de humanización en salud” (Becerra y Pulido, 2012), “percepción de la humanización del cliente interno durante la emergencia sanitaria” (Delgado y Santamaria, 2020), “percepción del usuario frente a la humanización en la atención que reciben en la red de salud del norte este de la ciudad de Cali” (Lasprilla y López, 2021), “percepción del paciente frente a la atención recibida por el personal de enfermería, en el servicio de urgencias” (Pedraza et al, 2021), “atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos” (Forero y Jiménez, 2022). Los proyectos de mayor correspondencia con la presente investigación son:

- Análisis del modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal para determinar el perfil comunicativo del personal asistencial en unidades de cuidado crítico, en este trabajo de grado se concluye que se hace necesario realizar en futuras investigaciones la implementación de un programa de capacitación para profesionales de la salud inmersos en la UCI, con el fin de determinar posibles cambios en la interacción comunicativa y en la percepción de las dificultades posterior al entrenamiento realizado (Leguizamo et al., 2019).

- Diseño de una herramienta de percepciones para usuarios, frente a la humanización en unidades de cuidados crítico desde un enfoque en comunicación cuya recomendación principal es generar espacios de capacitaciones de manera periódica con el personal de salud y demás personas que brindan un servicio a nivel hospitalario frente al proceso de humanización en salud, de esta manera se concientiza y se generan buenos hábitos en los servicios brindados, mejorando la calidad y el reconocimiento de los servicios (Forero et al., 2019).

- Identificación de las estrategias comunicativas empleadas por los fonoaudiólogos en unidades de cuidado crítico. Estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín, mencionan posibles estrategias comunicativas a implementar en las unidades de cuidado intensivos tales como: pictogramas y apoyos visuales, imágenes, utilización de tecnología blanda como tableros comunicativos o tecnología de alto costo como Tablet, celular entre otros, además hacen referencia a estrategias como refuerzos orales, repetición, gestos responsoriales en preguntas cerradas de si-no, escritura y finalmente recomendaciones escritas o visuales (Urrego y Sánchez, 2019).

Finalmente, se cuenta con el libro “Perspectivas y Aplicaciones del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal” publicado en el año 2020, en este se muestran diferentes características de la comunicación asociadas a la humanización de los servicios de salud, se afirma que el hombre se humaniza a través de formas de interacción social, entre ellas la comunicación; que la existencia humana sólo es posible en la comunicación y la existencia de la comunicación es sólo posible en lo humano. De esta forma, es imposible concebir al hombre y a la sociedad sin la comunicación, contemplando las diferencias entre habilidades, capacidades, competencias y modalidades comunicativas (Bernal et al., 2020).

1.2 Marco teórico

1.2.1 Humanización y comunicación personal de salud – paciente

Gutiérrez Fernández (2017) define la humanización como una cuestión de ética, relacionada con la búsqueda del bienestar integral del paciente atendido. Esto significa que humanizar en el contexto de la salud es garantizar una atención la cual cumpla con los requisitos y parámetros técnicos, científicos y procedimentales que están destinados a mejorar la dignidad del ser humano, entendiendo a la comunicación, como un proceso complejo, en el cual intervienen elementos verbales y no verbales.

La comunicación en la salud empieza a evolucionar. Y es en la última década, donde se brinda una visión más amplia de la comunicación en la salud entendida como una característica esencialmente humana y que se encuentra en estrecha relación con la producción social de sentidos, debido a que “la salud se entiende también como fenómeno social, una realidad presente en la vida cotidiana de los sujetos, una práctica social atravesada por procesos comunicacionales” (Díaz y Uranga, 2011, como se citó en Martínez Monge, 2018). La comunicación en la salud muestra un carácter interdisciplinario por lo que es necesario ampliar el concepto y enfoque que se tiene sobre la misma para saber en dónde la comunicación debe y puede intervenir (Martínez Monge, 2018).

Actualmente, existen esquemas comunicativos de espíritu más participativo que disputan un lugar en la actividad relacional y declarativa en el quehacer de salud, bajo una perspectiva amplia y múltiple. La salud como fenómeno tiene diversos significados y percepciones, generados por diversos factores; lo que requiere un modelo comunicacional que sepa responder a esa configuración. La comunicación, bajo esta pauta, debe buscar la horizontalidad y el diálogo en la producción social de sentidos, al

considerar las especificaciones sociales y culturales, junto con el criterio relacional comunicativo (Silva, 2015, como se citó en Hidalgo Sánchez, 2020).

En este orden de ideas, entendemos que la comunicación es un proceso esencial el cual forma parte de la naturaleza humana, en el que se transmiten ideas, pensamientos y sensaciones; por lo tanto, en el campo de la salud, la comunicación permite conocer y comprender la situación del paciente. Especialmente en el caso de pacientes de diferentes servicios de salud, como las consultas o las emergencias, la interacción comunicativa formada entre el personal de las instituciones de salud durante la estancia hospitalaria se convierte en un elemento clave el cual contribuye a que el usuario pueda identificar algunos elementos los cuales ayudan a construir una visión integral de la situación, y que a su vez le permiten estabilizar sus emociones, lo cual le lleva a una mejor adaptación a la nueva experiencia (Bernal, 2015, como se citó en Hernández-Palma, 2023).

Desde la comprensión del ser humano se ha interpretado que los profesionales de la salud deben estar preparados para interpretar, leer y ayudar a otros humanos a partir de la comunicación como eje fundamental en el proceso humano y más cuando se trate del bienestar; la buena comunicación es un factor importante para el cuidado humanizado, ya que es un gran vehículo por el cual se puede practicar la humanización. Por lo tanto, parece ofrecer apoyo emocional, acceso a la información y hablar con el cliente, animándolo a expresar sus sentimientos, haciendo que el cuidado sea más humanizado (Medina, 2002, Oliveira 2006, como se citó en Henao-Castaño, 2021).

1.2.2 Tipos de comunicación

- ***Comunicación verbal***

Muchos trabajos acerca de la comunicación verbal se refieren a esta como un proceso sencillo en que intervienen un hablante y un oyente, quienes se

comunican a través de un mensaje. Este mensaje debe construirse a partir de un contexto, estar cifrado en un código, referirse a algo y transmitirse a través de un canal.

La comunicación verbal entre los individuos es esencial por un conjunto de razones que incluyen el acceso y el intercambio de información, la discusión abierta de ideas y la negociación de desacuerdos y conflictos. En los grupos humanos, la comunicación se ha convertido en un factor esencial de supervivencia no solo para la especie humana, sino para todo lo que gira a su alrededor: las costumbres, los ritos, las tradiciones sociales y culturales, y la historia, entre otras.

Aquello que el hablante quiere decir solo puede ser comprendido en la medida en que el oyente comparte con aquel una serie de representaciones sociales que le permiten acceder al contexto y al conjunto de supuestos que el hablante maneja al momento de llevar a cabo una preferencia. El oyente debe reconocer las representaciones sociales que comparte con el hablante, y realizar procesos inferenciales que le permitan ir más allá del enunciado. El proceso de comunicación verbal debe no solo descodificar el mensaje que el emisor transmite, sino trascender lo dicho e inferir lo que este quiere decir, basado en los elementos del contexto y en el conocimiento del interlocutor y el entorno (Fajardo, 2009).

- ***Comunicación no verbal***

La comunicación no verbal emplea expresiones faciales, gestos, tonos de voz, actitudes, comportamientos y ropa, permitiendo al individuo no solo comprender el significado de las palabras, sino también comprender los sentimientos del hablante, lo que representa la mayor parte de los mensajes enviados y recibidos. La comunicación no verbal es clasificada como kinésica, se refiere a los movimientos, también conocida como el lenguaje corporal; proxémica, relacionada a las distancias interpersonales y

disposición de los muebles en la habitación; tacésica, que evalúa el toque como medio de sentimiento y expresión de afecto; y paralenguaje o paraverbal, estudia la voz, con énfasis en las palabras y en el silencio (Brasil de Almeida et al. 2015).

Los signos de comunicación no verbal son plurifuncionales, cumplen una o más funciones dentro de la interacción. Entre estas funciones se encuentran fundamentalmente:

- ✓ Añadir información al contenido o sentido de un enunciado verbal o matizarlo.
- ✓ Sustituyendo al lenguaje verbal en la comunicación como es el caso de gestos manuales para pedir a alguien que se acerque, que nos traiga la cuenta, para indicar que algo huele mal, que nos agrada o desagrada, etc.
- ✓ Regulando la interacción mediante la pausa, descenso en el tono, alargamiento de sonidos finales, o la fijación de la mirada para mantener el turno o ceder la palabra.
- ✓ Subsannando las deficiencias verbales, o sea, para resolver problemas comunicativos por falta de conocimiento o por no recordarlo en ese preciso instante.
- ✓ Favoreciendo las conversaciones simultáneas, como cuando una persona habla por teléfono y quiere comunicarse también con otra persona que está en su presencia (Cestero, 1998 citado por Sánchez, 2009).

- **Comunicación efectiva**

La comunicación efectiva es aquella que tiene en cuenta el uso adecuado de los signos lingüísticos a través de un proceso comunicativo, con la finalidad de que el mensaje aterrice en el logro de su propósito; se considera como la construcción de diálogos inteligentes, donde las personas que

interactúan tienen la capacidad de escuchar, atender y expresarse de forma incluyente con su grupo social; es decir apropiarse de las características culturales, sociales y de intereses que exponen los integrantes como un momento único e irrepetible (Romero y González, 2011).

Se espera que las instituciones dentro del ámbito de la salud fomenten el ejercicio de la comunicación efectiva con los usuarios, ya que no solamente durante la atención médica se requiere de dicha claridad y calidad en los procesos de intercambio de información, sino que el Sistema Nacional de Salud debería operar de manera similar en los distintos niveles de servicio. Ya lo mencionó William Penn desde hace más de 300 años, “habla apropiadamente y usa tan pocas palabras como sea posible, pero siempre de manera clara, ya que el propósito del discurso no es ser ostentoso, sino ser entendido” (Parra, 2016).

La comunicación efectiva, es decir, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, verbal o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas verbalmente y aquellas dadas por teléfono, cuando así lo permiten las leyes o reglamentaciones locales. Otra comunicación propensa a errores es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado de forma urgente, debemos recordar que la comunicación puede ser verbal, telefónica y/o electrónica (Arias et al., 2011).

Por otro lado, para entablar una comunicación efectiva personal de salud-paciente, es necesario que se tengan en cuenta los siguientes puntos: a) contacto visual con el paciente, esto resulta importante ya que una mirada favorece la efectividad en la relación, muchas veces una simple mirada expresa más que las palabras, b) posturas y movimientos: tener una posición

recta y relajada complementada por gestos y ademanes amables da confianza al paciente, c) sonreír, esto da pie a que se dé un clima de confianza con el paciente y este pueda dar a conocer sus emociones y sentimientos fácilmente, d) el uso efectivo del lenguaje de una forma clara y adecuada, esto permite que se dé una mejor atención de lo que el paciente está comunicando y manifiesta interés (Mejía, 2006 citado por Bustamante, 2022).

De igual manera, se mencionan algunas otras habilidades interpersonales que promueven la comunicación efectiva como a) vestir y el aspecto, nuestra forma de vestir comunica también y es por ello que una apariencia apropiada y cómoda favorecen a una comunicación bastante efectiva, b) voz y variedad vocal, esto es esencial pues es la voz el instrumento principal para transmitir confianza, seguridad, energía y entusiasmo al paciente, el tono y la calidad determinan en 80% la efectividad de la emisión del mensaje, de igual manera la variedad vocal permite dar énfasis en la comunicación y puede hacer que el paciente se interese e involucre, c) lenguaje, las palabras deben ser sencillas y las correctas acorde a la situación, d) atención, se tiene que saber llamar la atención del paciente y poder llegar a él de acuerdo al estado en el que se encuentra y e) humor, esta es una de las habilidades más importantes para una comunicación altamente efectiva, es la mejor manera de promocionar el ánimo que necesita la persona enferma, sonreír y tener sentido del humor resulta indispensable en el proceso de recuperación del paciente (Ballón et al., 2016 citado por Bustamante, 2022).

1.2.3 Elementos de la comunicación

En todo proceso de comunicación es importante considerar sus componentes principales; el emisor (persona u objeto), el receptor (persona), las interfaces, el canal o medio, el mensaje (información, conocimiento y sabiduría), la realimentación y los flujos de estos componentes. En la transmisión del mensaje se encuentra implícito un código que se tiene que

codificar y decodificar por parte de las interfaces del emisor y el receptor, respectivamente. También hay que considerar la interferencia y el ruido que pudieran contaminar a los elementos de la comunicación. Además, en todo el proceso de la comunicación existe una realimentación en cuanto a si la idea o concepto que se comunica y lo que se recibe se ha entendido, de acuerdo a un contexto establecido (Jiménez, 2011).

La comunicación efectiva está compuesta de elementos tales como:

Emisor: Se trata de la persona que produce y transmite una información con el objetivo de exponer un mensaje.

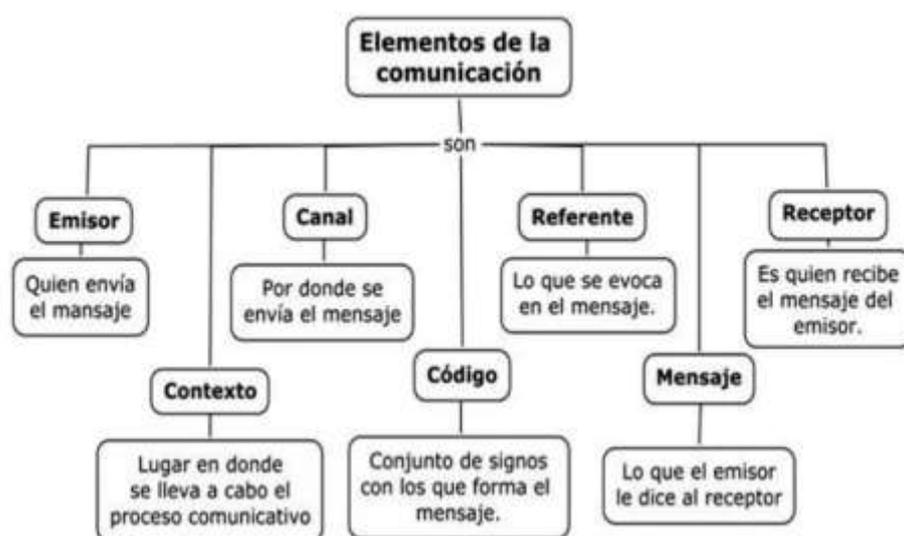
Receptor: Se trata de la persona que recibe e interpreta el mensaje.

Código: Es el conjunto de reglas y signos de los que el emisor, dominado por los dos agentes principales de la comunicación que es el emisor y receptor

Canal: es el medio utilizado para hacer llegar la información ya codificada, que puede ser formal e informal.

Mensaje: es la información codificada lingüísticamente, verbal o no verbal (Huaylla, 2021).

Figura 1. Elementos de la comunicación



Fuente: Tomado de Berrío et al. (s.f.)

El lenguaje y la comunicación están muy relacionados entre sí, donde el lenguaje aplica los signos y la comunicación se vale de diferentes elementos donde se configura los signos lingüísticos. Para que se configure la comunicación este debe de ir dentro de un contexto adecuado en donde el lenguaje se aplique como un mensaje claro.

El contexto es un elemento de la comunicación que básicamente consiste en el espacio donde se producirá la comunicación. Éste puede verse afectado por diversos elementos externos como el ruido que distorsiona la calidad del mensaje. No podrá ser recibida adecuadamente para efectos de una buena comunicación.

El lenguaje y la comunicación se interrelacionan produciendo un fenómeno complejo de diversos elementos. Su éxito o fracaso dependerá no del azar o de la casualidad, sino del menor o mayor control que poseamos respecto de la comunicación (Gómez, 2016).

1.2.5 Comunicación y salud

La comunicación en salud ha sido definida como el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional. Se ocupa de la prevención de enfermedades, las políticas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y los individuos. Como su propio nombre lo indica, es un campo totalmente multidisciplinario: además de ciencias de la salud y de la comunicación, se enriquece con la antropología, la sociología, la psicología, la neurociencia y la ingeniería, entre otras disciplinas. Ninguna de estas especialidades puede abordar por sí sola los problemas y desafíos que emergen de este territorio mixto. Naturalmente, nos ocupamos de asuntos relacionados con la creación y la reproducción de sentidos entre diferentes actores, a través de diferentes medios de comunicación (Busse y Godoy, 2016).

Se precisa, además, como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonales, organizacionales y mediáticas destinadas a informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias a la mejora de la salud. La comunicación para la salud se ejerce en múltiples contextos: relación paciente-prestador de servicios; búsqueda de informaciones sobre la salud por un individuo o un grupo; adhesión de un individuo o de un grupo a un tratamiento o a recomendaciones específicas; elaboración de campañas de sensibilización destinadas al público en general; toma de conciencia de los riesgos para la salud asociados a prácticas o a comportamientos específicos; difusión entre la población de determinada imagen de la salud; difusión de información relativa a la accesibilidad a la asistencia sanitaria; comunicación dirigida a los responsables con el fin de que modifiquen el medio ambiente, etc (Renaud y Sotelo, 2007).

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. "Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas a adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión comunitaria (De la torre, 1998).

Por su parte, como se citó en Martínez y Sosa (2016) Mosquera (2003) manifiesta que la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva. Como se citó en Martínez y Sosa (2016) Tufte (2004) a su vez, nos enmarca en que es en el campo de la comunicación para la salud el que ha conducido

las estrategias de comunicación a su máximo nivel. A su modo, como se citó en Martínez y Sosa (2016) Ríos (2011) señala que la comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de avalúo (Martínez y Sosa, 2016).

En el contexto académico, la Comunicación en Salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, así como el aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad. (Ratzan, citado por 1994 Ríos, 2011, como se citó en Martínez y Sosa, 2016), además, en que uno de los más recientes enfoques propuestos para catalogar el proceso de comunicación en salud, y que es defendido por autores como Gumucio, quien expone la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria, está basado en el diálogo.

1.2.4 Metodología de diseño de actividades de gamificación

La gamificación es una estrategia pedagógica que ha ganado terreno en los últimos años, marcando una notable diferencia en la forma en que se imparte y se percibe la educación (Majuri et al., 2018). Este método de enseñanza, altamente innovador y creativo busca desdibujar las líneas entre el juego y el aprendizaje, logrando una integración efectiva de ambos. La gamificación se basa en la idea de utilizar elementos y técnicas de diseño de juegos en contextos que, de manera tradicional, no son lúdicos, como lo es el campo de la educación (Swacha, 2021).

El objetivo principal de la gamificación es aumentar la motivación y la participación de los estudiantes, dos factores que han demostrado ser

fundamentales para el éxito del aprendizaje. Al incorporar elementos de juego, los estudiantes a menudo se encuentran más comprometidos y motivados para participar en las actividades de aprendizaje (Oliveira et al., 2023). Esto se debe a que los juegos suelen estar cargados de retos y objetivos a alcanzar, los cuales, al ser alcanzados, generan una sensación de logro y satisfacción. Uno de los aspectos más resaltantes de la gamificación es su capacidad para mejorar la participación del usuario. Los elementos de juego como las insignias, las tablas de clasificación, los avatares y los desafíos, son atractivos para los estudiantes y promueven su participación activa (Castillo-Mora et al., 2022). El mero hecho de tener la oportunidad de "jugar" mientras aprenden puede ser un factor de motivación considerable para los estudiantes.

Además de mejorar la participación, la gamificación también tiene la capacidad de fomentar la colaboración. Muchos juegos requieren que los jugadores trabajen juntos para alcanzar objetivos comunes. Al incorporar estos elementos en la educación, los estudiantes aprenden a colaborar y trabajar en equipo, habilidades que son cruciales para su futuro (Romo et al., 2018). También, la gamificación posee la capacidad para promover el aprendizaje a través del descubrimiento. En lugar de simplemente recibir información, los estudiantes tienen la oportunidad de explorar y descubrir por sí mismos. Esto no solo hace que el aprendizaje sea más interesante, sino que también promueve el pensamiento crítico y la resolución de problemas.

Por último, la gamificación proporciona un entorno seguro para el fracaso y la experimentación. En los juegos, el fracaso es visto simplemente como una oportunidad para aprender y mejorar. De la misma manera, cuando se emplea la gamificación en la educación, estas actividades permiten a los estudiantes cometer errores y aprender de ellos, sin las consecuencias negativas que a menudo se asocian con el fracaso en los entornos educativos tradicionales (Espinales, 2018).

Para diseñar actividades gamificadas efectivas, en este estudio se optará por el marco de diseño centrado en el estudiante, denominado LEGA (Learner-centered Gamification Design Framework) (Baldeón et al., 2017). Este marco consta de cinco fases:

1. Identificación de resultados esperados de la gamificación del aprendizaje: Esta etapa inicial implica identificar y definir claramente los objetivos de aprendizaje que se espera lograr a través de la gamificación. Estos objetivos deben ser SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y limitados en el tiempo).
2. Conocimiento de los estudiantes/jugadores y el contexto: Aquí se recoge y se analiza información sobre los estudiantes y el entorno de aprendizaje. Este análisis puede incluir factores demográficos, preferencias de juego, estilos de aprendizaje y capacidades tecnológicas de los estudiantes. Este conocimiento es crucial para diseñar experiencias de juego que sean atractivas y efectivas para el público objetivo.
3. Diseño de las actividades gamificadas: En esta fase se diseñan las actividades de aprendizaje basadas en los objetivos identificados y el conocimiento del estudiante. Se seleccionan y se integran elementos y mecánicas de juego apropiados para cumplir con los objetivos de aprendizaje. La narrativa, la progresión y la recompensa son elementos clave a considerar en esta fase.
4. Despliegue y realización de las actividades de aprendizaje gamificadas: Una vez diseñadas las actividades, se ponen en práctica. Se establecen mecanismos para recopilar datos de participación de los estudiantes, y se proporciona apoyo y orientación a los estudiantes durante la realización de las actividades.

5. Resultados del despliegue: Esta última fase implica analizar los resultados de la implementación. Se evalúa el impacto de las actividades gamificadas en los resultados de aprendizaje y la experiencia del estudiante. Basándose en estos resultados, se pueden hacer ajustes y mejoras para futuros despliegues.

1.3 Marco conceptual

1.3.1 Calidad en salud

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

1.3.2 Comunicación

La comunicación desde el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal se asume como un fenómeno social, coconstruido por los interlocutores quienes emplean diferentes formas simbólicas y no simbólicas, lingüísticas y no lingüísticas, verbales orales y no-verbales, es un proceso dinámico y complejo que va más allá de la trasmisión de información (Bernal et al., 2020).

En toda comunicación está presente una serie de elementos sin los cuales no se llevaría a cabo este proceso tan complejo. No basta sólo con hablar, es necesario ir más allá, romper la barrera de lo superficial. No se trata solamente de transmitir información, sino de expresar ideas, opiniones, sentimientos, emociones, tanto de un lado (emisor), como del otro (receptor). Para que se logre la comunicación entre dos personas, se tiene que dar un intercambio mutuo (Gómez, 2016).

1.3.3 Comunicación en salud

De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, volumen I), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la disseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva (Mosquera, 2003).

1.3.4 Estrategia didáctica

Las estrategias didácticas se definen como los procedimientos (métodos, técnicas, actividades) por los cuales el docente y los estudiantes, organizan las acciones de manera consciente para construir y lograr metas previstas e imprevistas en el proceso enseñanza y aprendizaje, adaptándose a las necesidades de los participantes de manera significativa (Feo, 2010). Se puede llegar a una clasificación de estos procedimientos, según el agente que lo lleva a cabo, de la manera siguiente: (a) estrategias de enseñanza; (b)

estrategias instruccionales; (c) estrategias de aprendizaje; y (d) estrategias de evaluación.

1.3.5 Gamificación

La gamificación es una técnica de aprendizaje que traslada la mecánica de los juegos al ámbito educativo y profesional con el fin de conseguir mejores resultados, ya sea para absorber mejor algunos conocimientos, mejorar alguna habilidad, o bien recompensar acciones concretas, entre otros objetivos (Garett y Young, 2019 citado por Cedeño, 2020).

Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Este proyecto se enmarca como una investigación tecnológica con enfoque mixto y diseño descriptivo. La investigación tecnológica se “caracteriza por brindar pautas para resolver problemas de la realidad y tiene base empírica porque aplica los conocimientos teóricos de la ciencia a la práctica, adoptando el método experimental en la solución de los problemas en forma sistémica” (Espinoza Montes, 2010). Se considera mixto descriptivo debido a que se hace una interpretación de documentos producto de la revisión bibliográfica que se realiza y a partir de ello se presenta las habilidades de comunicación requeridas por el personal de salud que se toma como base para el desarrollo de la estrategia de gamificación, adicionalmente con el apoyo de pares expertos y a partir de una prueba piloto se evaluará cuantitativamente dicha estrategia.

Según su finalidad es de tipo aplicada cuyo “objetivo es la generación de conocimiento con aplicación directa y a mediano plazo en la sociedad o en el sector productivo. Este tipo de estudios presenta un gran valor agregado por la utilización del conocimiento que proviene de la investigación básica” (Lozada, 2014).

2.2 Población o fuentes de datos

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos de investigación y revisión publicados en las siguientes bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed Central, Redalyc, EbcoHOST, Google Académico, Sciencedirect, además, se consulta la revista española de comunicación y saludn, el programa open knowledge maps y el repositorio de la

Corporación Universitaria Iberoamericana. Para la búsqueda de información se utilizan las siguientes palabras claves gamification, strategies, humanization of health, communication, health personnel, communication skills, health services para realizar la búsqueda en idioma inglés y para la búsqueda en español su equivalente en este idioma: gamificación, estrategias, humanización de la salud, comunicación, personal de salud, habilidades de comunicación, servicios de salud.

Para la selección de los artículos que harán parte de los resultados se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

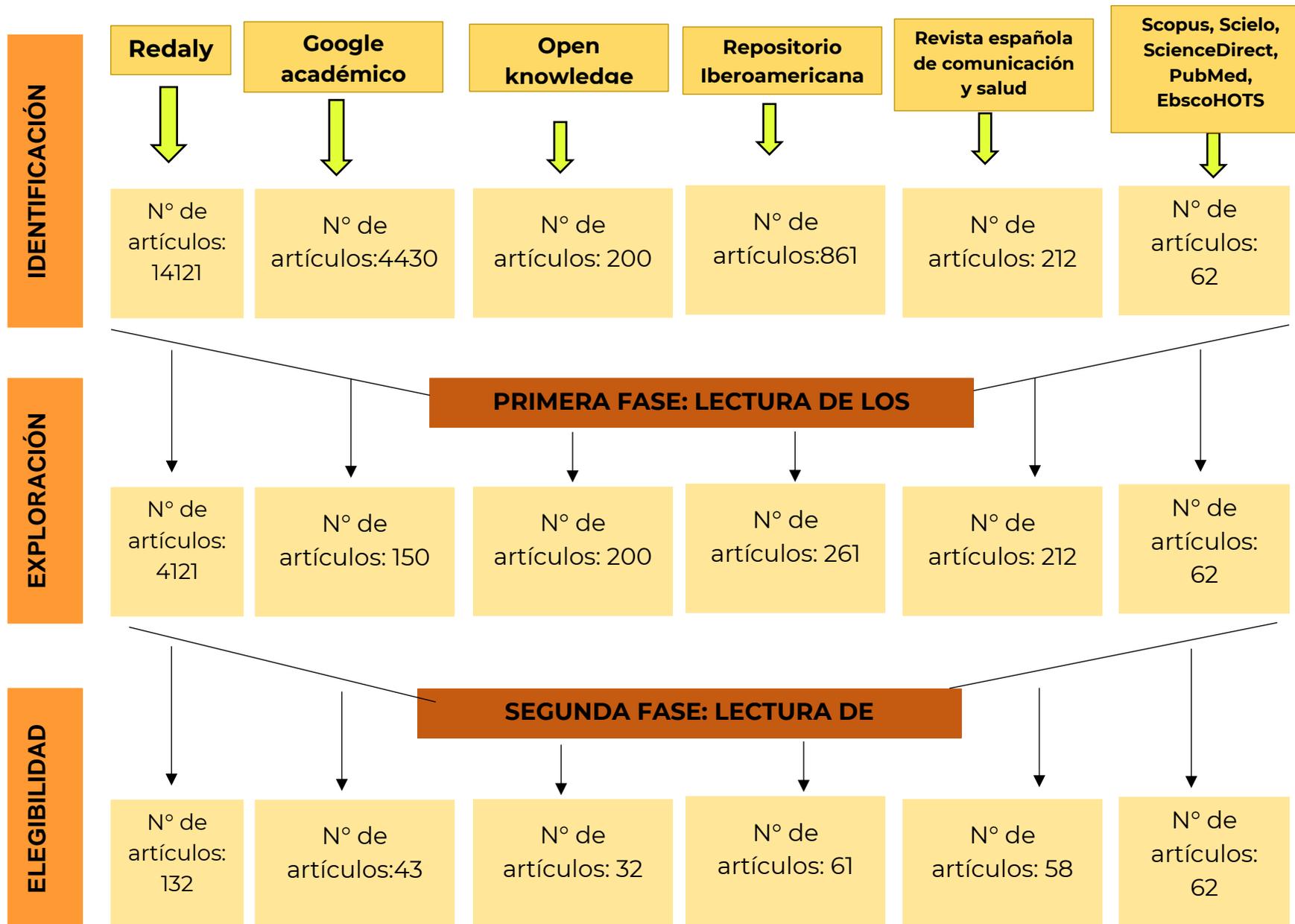
- Investigaciones publicadas entre el año 2010 al 2023.
- Investigaciones terminadas o en proceso de desarrollo.
- Publicaciones en idioma inglés o español.
- Documentos disponibles en texto completo.
- Publicaciones científicas incluyendo artículos de investigación, revisión y tesis de grado nacionales e internacionales indexadas de cualquier índole y no indexadas.
- Publicaciones que mencionen en algunos de sus apartados los siguientes temas: la relación entre la humanización de los servicios de salud y la comunicación, habilidades de comunicación requeridas por el personal de salud para una atención humanizada, factores que afectan la comunicación entre el personal de salud y los pacientes (usuarios), técnicas y estrategias de enseñanza de comunicación personal de salud – pacientes.

Criterios de exclusión

- Documentos incompletos.
- Publicaciones de carácter no científico.

- Documentos publicados en idiomas diferentes al inglés y español.
- Publicaciones realizadas antes del 2010.
- Investigaciones que no aborden los temas de interés para esta investigación.

En la siguiente figura se presenta cómo se hizo el proceso de identificación y selección de las investigaciones:



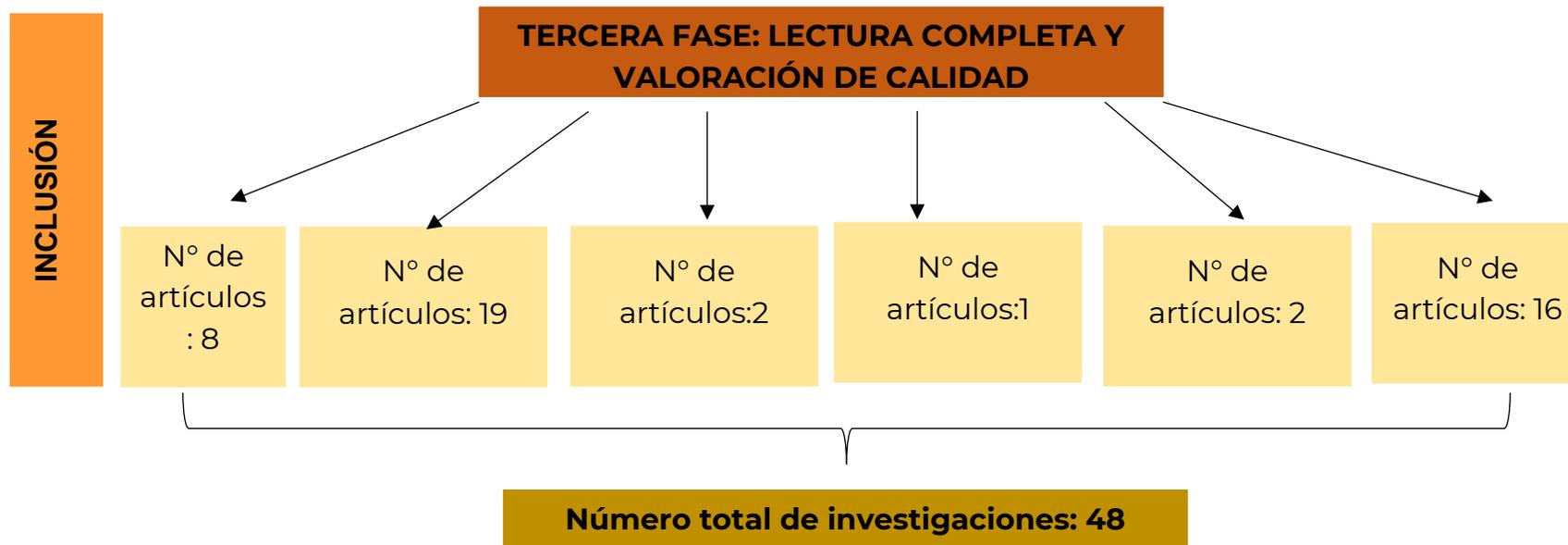


Figura 2. Diagrama de flujo

2.3 Definición de Variables o Categorías

2.2.1 Variable independiente - Gamificación

La gamificación utiliza elementos inherentes a los videos juegos para influir en el comportamiento, además aplica técnicas de psicología y educación en el proceso de aprendizaje (Díaz y Troyano, 2013, como se citó en Crepo Jara, 2018).

2.3.2 Variable dependiente - Habilidades de comunicación

Las habilidades de comunicación son imprescindibles en el profesional de las Ciencias Médicas para establecer una adecuada comunicación y mejorar las relaciones en los diferentes escenarios de actuación que se desarrolla (con el paciente, familia, comunidad y con otros profesionales). Estas habilidades se agruparon en: habilidades para la expresión, habilidades para la observación y habilidades para la relación empática (Tejera Concepción et al., 2017).

2.4 Procedimiento e Instrumentos

2.4.1 Procedimiento

En las etapas que se llevan a cabo para la revisión bibliográfica se toma como referencia la metodología PRISMA 2020 diseñada para ayudar a los autores de revisiones sistemáticas a informar de manera transparente, de por qué se realizó la revisión, qué hicieron los autores y qué encontraron. Teniendo en cuenta dicha metodología y cada uno de los objetivos de investigación las fases de la investigación son:

Fase 1. Identificación de investigaciones: Esta fase consiste en realizar la búsqueda de investigaciones de acuerdo con las palabras claves previamente establecidas, los resultados obtenidos son recopilados en la matriz de la tabla 1.

Fase 2. Exploración: Se hizo lectura de los títulos de los artículos y tesis que se identifican en la fase anterior.

Fase 3. Elección: Se realiza la lectura de los resúmenes de los documentos encontrados en la fase de exploración y se aplican los criterios de inclusión y de exclusión para posteriormente elaborar una segunda matriz (tablas 2 y 3) en la cual se identifican principalmente objetivos, introducción, resultados, discusión de resultados y conclusiones.

Fase 4. Inclusión: Se analiza a detalle la información recolectada en la etapa de elección y se procede a extraer de cada artículo la información que es coherente y coincide con los 3 primeros objetivos del proyecto, se diligencia la tablas 4 y 5.

Fase 5. Definición del contenido temático, técnica de comunicación y objetivos de la estrategia de gamificación: De acuerdo con la revisión bibliográfica hecha en las fases anteriores se definirá cuáles serán los temas, técnicas y objetivos de formación de la estrategia de gamificación, se propondrá la metodología, material de apoyo, actividades, formas de valoración de avances.

Fase 5. Diseño de la estrategia de gamificación: Se establecerá la mecánica, dinámica, y componentes (premios, niveles y recompensas) de la estrategia.

Fase 6. Selección de la herramienta tecnológica: Se evaluarán diferentes herramientas virtuales de gamificación existentes en la actualidad para definir cuál es la apropiada para hacer el montaje de la estrategia, se tendrán en cuenta criterios como versatilidad, funcionalidad y accesibilidad.

Fase 7. Desarrollo de la actividad gamificada: En la herramienta tecnológica seleccionada se incluirá lo definido en las fases 5 y 6.

Fase 8. Prueba piloto de la estrategia: Se implementa la estrategia con un grupo de personas que están relacionadas al sector salud, se evalúa el programa tecnológico creado y se recibe retroalimentación por parte de los participantes, adicionalmente, se somete a evaluación por pares expertos.

2.4.2 Instrumento

La recolección de información se hace mediante el uso de matrices de identificación de revisión bibliográfica como las que se muestran a continuación:

Tabla 1. Matriz de identificación de investigaciones

Número	Bases de datos	Título	Palabras claves	Año de publicación	Tipo de documento	País	Resumen	Enlace

Tabla 2. Matriz de selección de investigaciones

Número	Bases de datos	Título	Palabras claves	Año de publicación	Tipo de documento	País

Tabla 3. Continuación de la matriz de selección de investigaciones

Objetivo	Introducción	Resultados	Discusión	Conclusiones	Enlace

Tabla 4. Matriz de inclusión de investigaciones

Nº	Base de datos	Título	Autores	Palabras claves	Idioma	Año de publicación	Tipo de documento	País

Tabla 5. Continuación de la matriz de inclusión de investigaciones

Tema con el que se relaciona				Resumen de la información de interés	Enlace
Tipos de comunicación	Habilidades de comunicación personal de salud	Factores que afectan la relación personal de salud-paciente	Técnicas de comunicación recomendadas		

Para mostrar los resultados de la cantidad de artículos seleccionados se tiene en cuenta la lista de verificación de PRISMA (Ver en: <https://acortar.link/VREjxo>) y a partir de la misma se elabora un diagrama de flujo que consolida la información obtenida (Ver figura 2). Se escogen todos aquellos artículos que cumplen con los criterios de inclusión mencionados anteriormente para describir ampliamente la relación entre la humanización de los servicios de salud y la comunicación, los tipos de comunicación, las habilidades de comunicación requeridas por el personal de salud, las técnicas de comunicación y los factores que afectan la comunicación entre el personal de salud y los pacientes, lo que sirve como insumo para definir la estructura y contenido temático de la estrategia gamificada que se diseña.

Adicionalmente, se cuenta con la matriz para la organización de casos prácticos, en esta se organiza y estructura el contenido de la estrategia de gamificación (Ver figura 3), así mismo, se cuenta con la herramienta UNITY, motor de videojuegos en donde se almacena toda la información y se desarrolla la actividad.

Figura 3. Matriz de organización de casos prácticos comunicación personal de salud – pacientes

ID del Caso	1			
Descripción del Caso				
Fase del Caso				
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.		F. Id.	
			F. A.	
	A. N.		M. A.	
			F. In.	
	Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.
A. P.			F. Id.	
			F. A.	
A. N.			M. A.	
			F. In.	
Explicación y Planificación		A.	Paciente	R.
	A. P.		F. Id.	
			F. A.	

	A. N.		M. A.	
			F. In.	
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.		F. Id.	
			F. A.	
	A. N.		M. A.	
F. In.				
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P			
	A. N.			

Nota. A. Actitud del Paciente; R = Respuestas; A.P. = Actitud Positiva; A.N = Actitud Negativa; F. Id. = Forma Ideal; A= Forma Aceptable; M. A. = Forma Medianamente Aceptable; F. In. = Forma Inaceptable.

Finalmente, y con el propósito de mejorar la estrategia, esta se evalúa utilizando una adaptación del instrumento de evaluación de objetos de aprendizaje (LORI) (Ver figura 4), la cual es aplicada a profesionales que ejercen actualmente en el sector salud y un cuestionario de preguntas abiertas (Ver figura 5) con interrogantes que son respondidos por profesionales expertos en fonoaudiología, medicina y gamificación, en ambos casos los participantes interactuarán primero con la estrategia y posteriormente darán respuesta según su percepción.

Figura 4. Adaptación del instrumento de evaluación de objetos de aprendizaje (LORI)

1. Acepta la participación voluntaria en el cuestionario, teniendo en cuenta que será una encuesta anónima que no representa beneficio o riesgo alguno para usted. *

Si acepto

No acepto

2. ¿En qué rango de edad se encuentra? *

20 a 30 años

30 a 40 años

40 a 50 años

50 a 60 años

60 años o más

3. Sexo: *

Femenino

Masculino

4. Califique de 1 a 5, siendo 1 la calificación más baja y 5 la más alta * 

1

2

3

4

5

Calidad de los contenidos: presentación equilibrada de ideas, información clara y de fácil entendimiento y nivel adecuado de detalle.



Adecuación de los objetivos de aprendizaje: En el juego existe coherencia entre los objetivos (Fortalecer las habilidades de comunicación del personal de salud), actividades y perfil de los profesionales



<p>Feedback (retroalimentación) y adaptabilidad : El juego posee la virtud de adecuar los mensajes instruccionales o actividades en función de las necesidades específicas de cada participante.</p>	<input type="radio"/>					
<p>Motivación: capacidad de motivar y generar interés en los participantes.</p>	<input type="radio"/>					
<p>Diseño y presentación: el diseño de la información audiovisual es atractivo y favorece el adecuado entendimiento de la información.</p>	<input type="radio"/>					

Usabilidad:
facilidad de
navegación,
juego
amigable con
el usuario.

Accesibilidad:
el diseño
está
adaptado
para el uso
en
dispositivos
móviles.

Reusabilidad:
capacidad
para usarse
en distintos
escenarios
de
aprendizaje y
con
diferentes
tipos de
profesionales
del sector
salud.

5. ¿Que sugerencias o recomendaciones haría para mejorar la estrategia de gamificación? 

Escriba su respuesta

Usabilidad: facilidad de navegación, juego amigable con el usuario.

Accesibilidad: el diseño está adaptado para el uso en dispositivos móviles.

Reusabilidad: capacidad para usarse en distintos escenarios de aprendizaje y con diferentes tipos de profesionales del sector salud.

5. ¿Que sugerencias o recomendaciones haría para mejorar la estrategia de gamificación?

Escriba su respuesta

Nota. Adaptado de Otamendi et al. (2003)

Figura 5. Instrumento de evaluación estrategia de gamificación (Pares expertos)

⋮

1. Acepta la participación voluntaria en el cuestionario, teniendo en cuenta que será una encuesta anónima que no representa beneficio o riesgo alguno para usted.

Si acepto

No acepto

2. Profesión

Escriba su respuesta

3. Desde su perspectiva experta ¿cómo considera que la implementación de una estrategia de gamificación, que simula la interacción médico-paciente, impacta en la competencia comunicativa del personal sanitario y en su capacidad para manejar conversaciones clínicas complejas?

Escriba su respuesta

4. En términos de incentivos motivacionales ¿qué elementos de la gamificación considera usted más críticos para fomentar la participación activa y continuada del personal de salud en el aprendizaje y refinamiento de sus habilidades comunicativas a través de esta plataforma?

Escriba su respuesta

5. Explicar ¿cómo cree usted que la inmersión en el rol de un médico dentro de la estructura lúdica de la estrategia propuesta podría facilitar el desarrollo de una comunicación empática y efectiva, considerando la atención humanizada y, en general, la gestión de las diferentes variables en el contexto del juego?

Escriba su respuesta

6. ¿Que sugerencias o recomendaciones haría para mejorar la estrategia de gamificación?

Los datos recopilados a través de la aplicación del cuestionario de preguntas cerradas son analizados usando estadística descriptiva y el cuestionario de preguntas abiertas suministrado a los pares expertos es interpretado de manera cualitativa, se toman ambas retroalimentaciones y se usan como insumo para optimizar la estrategia de gamificación.

2.5 Consideraciones Éticas

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, la investigación se clasifica en la categoría sin riesgo ya que se emplean técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de individuos.

Así mismo, se manifiestan los principios éticos a considerar en el proyecto.

- Integridad científica.
- Rigor.
- Idoneidad.
- Solidaridad y cooperación.

2.6 Alcances y limitaciones

Se considera que esta investigación puede servir como base para futuros proyectos en los que se involucre el uso de nuevas tecnología en la gestión del talento humano, así mismo, será un complemento a las investigaciones ya realizadas en la institución sobre la humanización de los servicios de salud, también se espera que la estrategia pueda ser implementada en instituciones prestadoras de servicios de salud y el resultado tenga un

impacto positivo en la calidad de la salud en Colombia, así mismo, el personal de salud se verá beneficiado debido a que podrá mejorar sus habilidades comunicativas a través del uso de una herramienta que será amena para su manejo y le permitirá de manera lúdica ahondar en los contenidos relacionados a dichas habilidades, por otro lado, se podrá ver favorecida la comunidad debido al mejoramiento y humanización en la prestación de los servicios de salud.

En lo que se refiere al alcance del proyecto para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se puede mencionar que a través de la promoción de la humanización de la salud se logra impulsar el acceso a servicios de salud de calidad, y por medio de la gamificación para la formación de habilidades de comunicación en el personal de salud el acceso, actualización y uso de nuevas tecnologías para el perfeccionamiento y capacitación del talento humano del sector salud que suscita el apoyo a la fuerza laboral del sector salud aportando significativamente con los objetivos 3, 4 y 8.

En cuanto a las limitaciones, se considera que es necesario realizar una estrategia distinta en cada área de la prestación de los servicios de salud y para los distintos cargos que se ejercen, no obstante, el proyecto por temas de tiempo y calidad de la herramienta se enfoca en un solo tipo de profesional (médico-enfermero) y un área en particular (asistencial).

Capítulo 3 - Resultados

3.1 Habilidades de comunicación personal de salud – paciente

La comunicación es un proceso dinámico esencial para la supervivencia, el crecimiento, el cambio y el desarrollo del ser humano. Para que se de este proceso se requiere de al menos dos personas que interactúan, siendo una herramienta fundamental para las relaciones humanas. En esta no sólo se comparte información de hechos objetivos y materiales, sino que el lenguaje permite que se compartan elementos abstractos y subjetivos (Bautista Rodríguez et al., 2016).

Las habilidades comunicativas se pueden definir como un conjunto de técnicas verbales y no verbales que fortalecen la competencia relacional de los profesionales de la salud, mediante los cuales estos son capaces de expresar sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones, deseos y derechos; los cuales pueden afectar al paciente, a los profesionales, a la relación entre ambos e incluso al sistema sanitario (Leal-Costa et al., 2016).

En el Marco Estratégico de la Organización Mundial de la Salud se plantea que independientemente de las vías que se utilicen y los públicos a que vaya dirigida, la comunicación eficaz, integrada y coordinada se dirige a proporcionar información, recomendaciones y orientación para la adopción de medidas que protejan la salud de las personas, las familias, las comunidades y los países.

Estas habilidades cumplen tres funciones principales en el contexto clínico en la interacción entre el paciente y el profesional de la salud (de Dios Lorente & Jiménez Arias, 2009; Hernández Angulo et al., 2021):

- Función informativa: Comprende el proceso de transmisión y recepción de la información, pero viéndolo como un proceso de interrelación. A través de ella, el individuo se apropia de experiencia sociohistórica de la humanidad.
- Función afectivo-valorativa: Muy importante en el marco de la estabilidad emocional de los sujetos y su realización personal. A través de esta función, el hombre se forma una imagen de sí y de los demás.
- Función reguladora: Por su intermedio se logra la retroalimentación que tiene lugar en todo el proceso comunicativo y sirve para que cada participante conozca el efecto que ocasiona su mensaje y para que pueda evaluarse a sí mismo.

Además, para que el proceso comunicativo sea exitoso, se busca un entendimiento mutuo y una comunicación efectiva, en la que se presupone que lo que cada uno dice:

1. Responde a la realidad; es verdadera.
2. Lo que dicen se ajusta a determinadas normas sociales y está justificado.
3. Al hablar lo hacen con sinceridad y veracidad; no pretenden engañar.
4. Lo que dicen es comprensible, inteligible para ambos.

3.1.1 Importancia de las habilidades comunicativas en el entorno clínico

La comunicación es una habilidad primaria para los profesionales de salud, puesto que esta afecta directamente el éxito de las intervenciones sanitarias. Esta influye en la comunicación bilateral, el reconocimiento de las necesidades del paciente y la relación entre el profesional y el paciente (Leal-Costa et al., 2016). Desde un enfoque holístico, la responsabilidad y el control de las decisiones clínicas son compartidas por el profesional de la salud y los

pacientes, basándose en una relación equitativa y equilibrada. Entre mayor sea la interacción entre ambos agentes, se necesitan mayores habilidades comunicativas para brindar una atención integral en los servicios de salud (Landman Navarro et al., 2015; Leal-Costa et al., 2019).

El profesional, para que pueda comunicarse con los pacientes dentro de un entorno clínico, requiere de la ciencia el conocimiento teórico, el conocimiento técnico de los procedimientos que debe realizar y el ser fundamentado en el respeto, el saber escuchar, comprender y persuadir a prácticas y comportamientos que garanticen la calidad de vida del paciente. Por ende, es responsabilidad del profesional de salud usar sus recursos comunicativos y usar destrezas sociales y empáticas que resuelvan estos problemas de salud al lograr la confianza y satisfacción del paciente (Cabrera Reyes et al., n.d.).

Paralelamente, la competencia comunicativa óptima garantiza el desarrollo de las competencias culturales e ideológicas, junto con la lingüística y la sociológica. A partir de estos se alcanza la producción efectiva del discurso de acuerdo con las exigencias del interlocutor y la situación.

Algunos profesionales dan muestras de saber superar barreras de comunicación, de aprovechar las oportunidades empáticas, de comprender más allá de las palabras, de utilizar la comunicación persuasiva, etc., de manera que, mostrando el respeto debido a la autonomía del paciente y su corresponsabilidad, ayudan más efectivamente al mismo a superar (o a aceptar) su situación. Son profesionales preocupados por una práctica clínica humanizadora y que tienen formación en habilidades de comunicación, adquirida habitualmente fuera de las facultades de Medicina (Moeini et al., 2019; Montaner Abasolo & Soler Company, 2012).

La evidencia demuestra que intervenciones dirigidas a fortalecer las habilidades comunicativas impactar paralelamente la satisfacción del paciente y del profesional de salud, disminuye los costos institucionales, fomenta la adherencia al tratamiento, disminuye el estrés y el desgaste profesional, previene problemas legales, optimiza los indicadores de calidad asistencial (Leal-Costa et al., 2016, 2019; Ramírez & Müggenburg, 2015). La comunicación debe desarrollarse con el fin de fomentar la autonomía del paciente y sus habilidades de autogestión de consultas médicas. La toma de decisiones debe ser compartida entre el médico y el paciente mediante el dialogo (Pun et al., 2018).

Las necesidades comunicativas variarán dependiendo del contexto en el cual se da el acto comunicativo. Por ejemplo, en la Unidad de Cuidado Intensivo, la información que se brinda debe ser cercana al paciente, escuchando con atención y tiempo suficiente para comprender las dudas y requerimientos, usar palabras sencillas para que se comprenda el estado de salud y los pasos posteriores. De igual manera, esta interacción y el mero acto de informar al paciente y a sus familias no debe ser a solicitud, en cambio, debe hacerse de forma diaria, continua y pensando en el otro como ser humano (Raba et al., 2021).

Además de las habilidades comunicativas que se profundizarán a continuación, el profesional de la salud debe profundizar en los siguientes elementos (de Dios Lorente & Jiménez Arias, 2009):

1. Objetividad al valorar el problema del paciente.
2. Delimitación del marco polémico y utilización adecuada del método clínico.

3. Valoración psicológica correcta del paciente, sus familiares y compañeros o vecinos, así como de la relación médico-paciente propiamente dicha.
4. Utilización del tiempo necesario para la comunicación.
5. Lenguaje acorde con el nivel mostrado por el paciente.

3.1.3 Relación paciente-profesional de la salud

La relación médico-paciente se define como una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud, abarca una amplia gama de matices y escenarios, entre los cuales la entrevista en el consultorio constituye el momento donde la actividad comunicativa tiene el papel protagónico. Para lograr el éxito en la persuasión de los pacientes, el equipo de salud debe, ante todo, tener conocimientos científicos sólidos, estar convencido de la importancia de la labor que realiza y manejar el arte de la comunicación y las técnicas de educación para la salud (Legón et al., 2010; Norouzinia et al., 2015; Padilla et al., 2014).

Para que la relación médico-paciente logre los efectos esperados, el médico, debe ser consciente de que su relación profesional interpersonal está caracterizada por:

1. El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto prestigio social.
2. La expectativa, por parte de la población, de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad.
3. El servicio que presta tiene gran significación humana al promover o restablecer la salud.

La preocupación que el médico muestre por los aspectos personales, familiares y sociales de su paciente favorece la liquidación de barreras en la relación del médico con este e incrementa la empatía. Esta es la razón por

la que los pacientes manifiestan mayor conformidad con la atención médica cuando son escuchados con atención y comprensión (Legón et al., 2010).

El fortalecimiento de esta relación se hace urgente frente al desarrollo creciente de la cultura de la salud en la población, la cual requiere del profesional una labor educativa, él como nadie posee herramientas cognoscitivas para educar a los miembros de la sociedad en el cuidado de su salud, pero esto es solo posible si es capaz de dotarse de habilidades comunicativas que le permitan ser comprendido eficazmente por los receptores, con sensibilidad humana, sin menoscabar el derecho individual de decidir sobre su vida basado en la amistad, confianza y respeto entre él y la población por cuya salud debe velar (Legón et al., 2010).

Otro factor importante de esta actividad radica en el conocimiento que se tiene a propósito del padecimiento del enfermo, su entorno familiar, su estado psicológico, su nivel de escolaridad y cultura. Es este sentido, es preciso emplear las palabras adecuadas al enfermo de que se trate: "debemos asegurarnos que el paciente entienda la información... prefiero comenzar con los aspectos buenos de la enfermedad y al final los malos, para que no se cierren a la noticia" (Aranda Sánchez et al., 2014).

En relación con el paciente, es preciso tener en cuenta su religión, nivel socioeconómico, cultural, el conocimiento que tiene sobre su enfermedad, la comprensión de la noticia, el tipo de información recibida, su edad, ya que "es más difícil cuando los pacientes son niños", su actitud y la forma como procesa la información (Aranda Sánchez et al., 2014).

Finalmente, está el ambiente en el que se produce la comunicación. Todos los entrevistados consideran que debe ser en un lugar cerrado: "Procurar que el paciente no se sienta observado, que pueda llorar y desahogarse libremente, ya que a nadie nos gusta que nos vean llorar"; un

lugar idóneo para que el paciente pueda realizar su duelo, aislado de la gente, con privacidad, sin ruido ni otros distractores: "apartado de las demás personas, sin distractores y si hay niños o una persona ajena, es preferible pedirle que se retire por un momento (Aranda Sánchez et al., 2014).

A continuación, se presenta una serie de actitudes que favorecen la relación médico-paciente (Pérez & Paola, 2015):

- Vestimenta adecuada
- Buena higiene
- Consultorio pulcro y privado
- Saludar al paciente por su nombre
- Extender la mano al paciente
- Presentarse y dar a conocer su cargo
- Sentarse frente al paciente, mirarle a los ojos
- Vocabulario sencillo y respetuoso
- Ser empático
- Expresar humanidad
- Dar sensación de seguridad
- Brindar confianza como persona y profesional
- Calmar la ansiedad del paciente
- Disponibilidad de escucha
- Dejar que el paciente exponga sus molestias sin interrupciones
- Intercambiar puntos de vista con el paciente
- Resolver dudas
- Hacer al paciente partícipe de las decisiones terapéuticas
- Ser veraz, educador y alentador
- Respeto
- Vocación de servicio
- Tener conocimientos y estar actualizado
- Individualizar la atención médica

Por otro lado, Estévez Abad & Estévez Vélez (2021) ha propuesto una serie de momentos y sus respectivas recomendaciones, para alcanzar un proceso comunicativo exitoso entre el profesional de la salud y el paciente. Estos momentos se presentan a continuación:

Tabla 6. Recomendaciones para alcanzar un proceso comunicativo exitoso

MOMENTO	DESCRIPCIÓN Y RECOMEDACIÓN
El inicio de la sesión	Se inicia con el saludo y la presentación personal enmarcada en el respeto. La clave de esta etapa son las preguntas abiertas permitiendo que el paciente pueda expresar su malestar, se trata de evitar interrupciones para después ahondar en el problema y conocer el motivo de consulta. Al final permite confirmar la lista de problemas y la búsqueda de otros que no han sido expresados
La recolección de la información y el examen físico	Se concentra en explorar el problema descrito; se incentiva al paciente a contar su historia utilizando de manera correcta la transición de preguntas abiertas a preguntas cerradas. Se sustenta en la escucha activa tomando en cuenta las señales de lenguaje verbal y no verbal que muestre el paciente. Es esencial que el médico aclare en esta etapa aquellos elementos que requieren explicación o detalle, para así poder tener una mejor perspectiva del problema a tratar
Explicar y planificar el cuidado	El propósito de esta destreza es entregar información apropiada y adecuada al paciente, individualizando la necesidad de cada persona; preguntar cuánto conoce el paciente acerca de su problema y descubrir cuánto desea saber sobre el mismo. Es de vital importancia que el estudiante o el médico aprenda a manejar la cantidad de

	información que debe entregar, evitar dar consejos y tranquilizar prematuramente al paciente. Además, se tiene que entregar información que sea fácil de entender para que así se pueda planificar el cuidado tomando en cuenta las preferencias del paciente y la toma de decisiones conjuntas
Cerrar la sesión	Para poder finalizar la sesión de manera adecuada se deben haber resuelto durante toda la entrevista las cuestiones de cada etapa. Se entiende que este modelo no es rígido y debe adecuarse a cada situación. El médico establece en conjunto con el paciente el plan a futuro, incluyendo posibles alternativas en caso de que el plan de acción elegido no funcionase. Siempre es necesario explicar al paciente la posibilidad de una falla terapéutica asegurando que existen otras opciones
Entender la perspectiva del paciente	Esta habilidad se desarrolla durante toda la entrevista y complementa al modelo de atención centrado en la persona. El paciente forma parte del proceso y la toma de decisiones acerca de su salud. El personal médico debe estar preparado para ahondar en las creencias, ideas, expectativas y repercusiones en la vida diaria de paciente y de manera especial incentivar la expresión de los sentimientos
Proporcionar estructura a la entrevista	Los objetivos de proveer una estructura organizada a la entrevista son: favorecer la flexibilidad, ayudar al paciente a entender qué ocurre durante el intercambio comunicacional e involucrarlo en el transcurrir de la entrevista

3.1.3 Modelo comunicativo centrado en el paciente

El modelo comunicativo centrado en el paciente se enfoca en la confianza y el apoyo al paciente para que logre expresar sus necesidades. En este se favorece la negociación y la sensibilización ante las malas noticias,

disminuyendo barreras en la toma de decisiones en conjunto. Para que los profesionales de la salud implementen este modelo se requiere de modificaciones organizacionales e institucionales para facilitar su implementación (Ramírez & Müggenburg, 2015).

Existen muchas barreras para una buena comunicación en la relación médico-paciente que dificultan la educación. Las principales quejas de los médicos son poco tiempo de consulta, carga de trabajo, ansiedad y miedo del paciente, miedo al abuso físico o verbal, expectativas poco realistas de los pacientes, temor a las demandas, resistencia del paciente al cambio y falta de entrenamiento en esta área (Pérez & Paola, 2015).

Los mensajes verbales deben enfocarse por ser sencillos, claros, relevantes para los intereses y las necesidades del paciente, deben ser creíbles, deben adaptarse al interlocutor y deben estar acompañados de otros elementos paralingüísticos y no verbales. El mensaje que se desee brindar debe contemplar distintos factores, como el nivel cultural, educativa y la edad de los pacientes y sus familias. El cuidado y la intervención en la salud no requiere sólo de un profesional científico, académico y clínico, sino que también debe ser humanitario y moral (Bautista Rodríguez et al., 2016).

Cuando se implementan habilidades comunicativas basadas en el otro, resaltando la connotación positiva, los pacientes ven el ejercicio profesional en la salud como comportamientos de trato humanizado en dónde se valora aspectos relacionados con el ser holístico (Raba et al., 2021). Enseñar a los futuros médicos un actual enfoque centrado en el paciente (interacción individuo- individuo) contribuye a una correcta relación entre ambos. Por tanto, es necesaria una interacción de cooperación basada en la empatía, confianza, respeto, diálogo y coordinación. Esto favorecerá la comunicación, puesto que les permitirá poner en común los diferentes puntos de vista, para así realizar conjuntamente la toma de decisiones sobre qué tratamiento es

el más conveniente a seguir en cada caso (Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022).

Cualquier enfoque “centrado en la persona” contiene tres propósitos cruciales (Utor Fernández, 2019):

1. Obtener las necesidades, perspectivas y experiencias individuales de cada una de las personas, valorándolo todo en su propio contexto social.

2. Propiciar el entendimiento compartido de su problema de salud y de su tratamiento. No debemos olvidar que el problema biográfico que crea su enfermedad es suyo y es único para cada persona dependiendo de sus propias circunstancias, así que tenemos que hacer que entienda la enfermedad y su tratamiento. Y por la parte del profesional hemos de entender las consecuencias que eso produce en su vida.

1. Ofrecer a cada persona la oportunidad de participar, activamente, del cuidado de su salud.

En cuanto a la profesión sanitaria, llevar a cabo una comunicación centrada en la persona, precisa de un grado de motivación, que la sobrecarga laboral socaba constantemente. También evitar discusiones incómodas o temas, emocionalmente comprometidos pueden ejercer de barrera. Además, se precisa una serie de habilidades sociales innatas y cierto grado de formación en la comunicación centrada en la persona que ayude a comprender el punto de vista de esa persona, a personalizar las recomendaciones, a usar un lenguaje apropiado y a valorar su estado emocional. También, supone aceptar cierto grado de pérdida de control y de poder, y a eso, de forma consciente o inconsciente, no todos están o estamos dispuestos a renunciar. Los profesionales sanitarios tienen diferentes preferencias y compromisos con sus pacientes, y adaptar su actuación a las

necesidades de estos, sin priorizar las suyas propias, les hace perder ese poder de la situación y aquel control del contexto (Utor Fernández, 2019).

3.1.4 Modelo cooperativo o contractual

Planteado por Tazón Ansola, García Campayo y Aseguinolaza Chopitea (2002) este se centra en la importancia de las emociones y sentimientos del paciente, pero sin imponer valores íntimos. Acepta la opinión del enfermo, y le solicita que colabore en sus cuidados, aportando opiniones y seleccionando opciones terapéuticas, pero sin rechazar su función profesional, y siempre actuando de experto. De esta manera se comparten las responsabilidades, ya que se permite que el paciente elija lo que desea hacer con su salud, pero el profesional no se aleja de su rol de experto. Por eso, es un estilo negociador y asertivo; se establece una buena relación entre ambos, pero no al precio de dejar de ser experto como en el modelo anterior. Este es modelo adecuado para comunicar malas noticias, puesto que, es de ayuda para realizar una comunicación de calidad caracterizada por permitir que el paciente exprese sus sentimientos y miedos sobre su estado de salud, y radiar aspectos afectivos que hacen que la persona enferma perciba que no va a ser repudiada ni descuidada (Paz Quevedo Aguado & Benavente Cuesta, 2019).

3.1.5 Habilidades comunicativas primarias

3.1.5.1 Comunicación Verbal. Hace referencia a aspectos lingüísticos involucrados en el intercambio comunicativo, los cuales son clave para el éxito de éste. Involucran componentes como el vocabulario, la morfosintaxis, el significado y la pragmática durante el discurso. (Landman Navarro et al., 2015; Ramírez & Müggenburg, 2015). La comunicación con un objetivo previsto e intencionado permite que de la interacción se fortalezcan y mitiguen emociones negativas relacionadas con las situaciones críticas de

los pacientes. Estos actos comunicativos pueden favorecer el estado emocional del paciente incluso en situaciones en las que no se encuentra completamente consciente o en las que los tiempos de interacción son muy cortos o se dan en entornos abrumadores (Ramírez & Müggenburg, 2015).

Con respecto a la comunicación en general, tenemos que tener especial cuidado para que la forma (fonología, morfología, sintaxis), el contenido (semántica) y el uso (pragmática) del lenguaje, sea el correcto ya que todos estos aspectos tendrán que pasar por la decodificación cognitiva y el desarrollo sensorial de todos los integrantes del proceso comunicativo (Campos Palomo & Campos Palomo, 2012).

En un estudio se evidenció que las familias de los pacientes perciben un trato y comunicación favorable cuando esta está orientada hacia ellos, se caracteriza por respuestas corteses, se les explica los procedimientos generales de forma paciente, se usa lenguaje claro y sencillo durante la interacción, incluyen saludos y se conversa con ellos más allá dentro del contexto clínico. Esta percepción favorable también se relacionó con aspectos no lingüísticos, como el contacto visual (Bautista Rodríguez et al., 2016).

Las habilidades de comunicación particulares para los profesionales de la salud podrían ser (Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022):

- Habilidades de entrevista para explicar factores biopsicosociales (que entienda el problema, mostrar interés por el impacto social de los síntomas del enfermo, etc.). Las preguntas hacia los pacientes deben ser abiertas para que puedan exponer sus inquietudes y opiniones, mejorando su percepción hacia el médico. Estas preguntas no sólo deben ser sobre el área médica sino también sobre las áreas

emocional, comportamental y social. El lenguaje no verbal demuestra interés hacia el paciente y lo satisface.

- Habilidades para entablar una conversación donde el enfermo entienda los pros y contras del diagnóstico (utilizar lenguaje positivo, realizar dibujos para explicar el problema; explicar las opciones de tratamiento, etc.)
- Habilidades de planificación relacionadas con el seguimiento y las citas (pruebas efectivas de comprensión, resumen de planes de seguimiento, explorar la aceptabilidad del tratamiento, etc.).

Otro aspecto relevante se refiere a aquellas informaciones que el profesional sanitario conviene que conozca sobre el paciente, en aras a optimizar su capacidad comunicativa y empática. Por lo que se proponen una serie de cuestiones para facilitar la evaluación e iniciación de conversación con este tipo de pacientes, y el posterior apoyo emocional (Paz Quevedo Aguado & Benavente Cuesta, 2019):

- Explorar el significado que tiene la enfermedad para el paciente
- Reconocer la forma de afrontamiento que utiliza el paciente
- Inspeccionar cuál es la red de apoyo social
- Definición y priorización de los problemas
- Evaluar recursos espirituales
- Identificar la vulnerabilidad psicológica
- Identificar cuáles son las circunstancias económicas
- Establecer una relación con los profesionales

Finalmente, se resalta la labor de equipo más que la actividad individualizada. Una buena comunicación en el equipo sanitario ayuda a reducir el estrés generado en la actividad diaria. No obstante, es frecuente observar cómo los miembros de los equipos asistenciales suelen comunicarse sólo con otros de su mismo nivel jerárquico (médicos con

médicos; enfermeros con enfermeros, etc.) y no existe una auténtica comunicación interdisciplinar, algo que es absolutamente necesario para atender las necesidades del paciente (Leguizamo Galvis et al., 2019).

Dado que la interacción comunicativa tiene un alto impacto sobre la calidad en la prestación del servicio, particularmente en la humanización, los profesionales de enfermería y medicina, y en general el personal sanitario, debe tener una clara conciencia de su comportamiento comunicativo, sus habilidades, destrezas y falencias, por tanto, su perfil comunicativo, idealmente debe ser el de un comunicador humano, efectivo y eficiente e integrarlo dentro de sus competencias profesionales.

3.1.5.2 Comunicación No Verbal. Involucra gestos faciales y corporales que se dan durante el acto comunicativo. En la interacción entre el profesional de la salud y el paciente es clave para captar opiniones, sentimientos y necesidades, así como demostrar seguridad, confianza y respeto durante el ejercicio clínico (Landman Navarro et al., 2015).

La comunicación no verbal puede representar el principal canal de información emocional, puesto que, a diferencia de la evocación de palabras, la postura, el movimiento de las manos, pies y la cara brindan información inconsciente y constantemente. Existen diversos ejemplos de los beneficios de la optimización de la comunicación no verbal. Entre mayor contacto visual se dé entre dos personas existirá un mayor vínculo emocional, la sonrisa representa emociones positivas y comodidad en una situación, un movimiento de la cabeza hacia arriba y abajo refleja un asentimiento, los hombros hacia el hablante demuestra interés hacia el mensaje, el movimiento de brazos permite realzar aspectos de los mensajes verbales y la posición de las piernas informan sobre la disposición a la interacción

interpersonal. Estos ejemplos demuestran porqué es importante la formación de la comunicación no verbal en la formación del personal de salud (Paz Quevedo Aguado & Benavente Cuesta, 2019; Ramírez & Müggenburg, 2015). Igualmente, se deben evitar gestos negativos o posturas que denotan desinterés o apatía, como mostrar la espalda durante la interacción.

Dentro del contexto clínico, se entrena a los profesionales para identificar signos y síntomas con el fin de identificar enfermedades que afecten la salud. Sin embargo, esa lectura no verbal de los pacientes también retroalimenta las decisiones que se han tomado y las formas en la que se ha dado la información al paciente (Bautista Rodríguez et al., 2016).

Si bien se brindaron algunos ejemplos, se profundizan en subhabilidades claves para la comunicación no verbal en el ejercicio clínico:

- Es esencial mantener el contacto visual para establecer un impacto personal y favorecer la comunicación. Se recomienda no ver sólo el computador, sino interactuar con el paciente.
- La postura y los movimientos demuestran una disposición relajada, amable y con confianza
- El contacto físico es útil cuando los pacientes experimentan miedo, ansiedad o depresión, e incluso, puede servir de estímulo desde un enfoque terapéutico.

La comunicación no verbal también se presta como una habilidad esencial en la comunicación con la familia del paciente. La relación intersubjetiva que se establece con el familiar depende de cómo el profesional de enfermería inicie el acto comunicativo. Para ello resulta clave el lenguaje no verbal, entendido como todos los comportamientos o formas de actuar del profesional de enfermería sin emitir palabras. Así, se emplean

recursos como gestos, movimientos de manos, ojos, expresión facial, posturas, movimientos corporales, entre otros. Es importante recalcar que la comunicación verbal va muy de la mano de la no verbal y ambas engloban el ideal de comunicación que esperan los familiares en el contexto hospitalario (Díaz Heredia & Ballesteros Pinzón, 2021).

3.1.5.3 Habilidades Paralingüísticas. Hace referencia a aspectos acústicos que acompañan los mensajes verbales los cuales brindan información o significado adicional, como el tono, volumen y ritmo del habla. Durante la interacción entre el profesional de salud y el paciente, se debe manejar un tono de voz cálido y comprensivo, un volumen bajo y acorde al contexto, así como un ritmo lento, que permita la retroalimentación de la comunicación y la comprensión del paciente (Raba et al., 2021; Urtasun et al., 2021).

3.1.6 Habilidades comunicativas secundarias

3.1.6.1 Capacidad Informativa. es la capacidad de los profesionales de salud de brindar información a los pacientes y de obtener datos sobre estos de manera efectiva, cumpliendo con la intención con la cual se realizó el acto comunicativo (Leal-Costa et al., 2016).

3.1.6.2 Escucha Activa. es la disposición del profesional de la salud para ubicar su foco atencional a la totalidad del mensaje emitido por el paciente, interpretando lo mejor posible del significado del mismo, identificando la intención con la cual fue emitido e interpretando elementos verbales y no verbales de la comunicación. También incluye la retroalimentación y el monitoreo constante por parte del profesional respecto a lo comprendido (Leal-Costa et al., 2016).

Esta se caracteriza no sólo por la mera decodificación y comprensión del mensaje escuchado, sino por la intención real de comprender el mensaje del

interlocutor bajo un objetivo. Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico (Subiela García et al., 2014). A través de la escucha, los sanitarios consiguen animar a los pacientes a que hablen y cuenten lo que sienten. De esta manera, saben cuál es su percepción de su nueva situación, y, además, se pueden reducir los sesgos perceptivos y se promueve un clima para el dialogo y la negociación de las posibles alternativas que se barajan.

La “escucha activa” constituye un recurso muy importante para mejorar las habilidades de comunicación, lo cual puede contribuir a mejorar la calidad de las mismas y por tanto obtener un excelente resultado de agrado sobre el paciente. El profesional sanitario no puede establecer un plan de cuidados adecuado si no conoce la situación del paciente y lo que este opina sobre la misma, solo cuando se consigue un entendimiento mutuo se pueden buscar soluciones en común y conseguir que el proceso sea mucho más efectivo. Escuchar nos hará mejores comunicadores sin necesidad de tener que utilizar las palabras, y más apreciados interlocutores (Subiela García et al., 2014).

El silencio es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante (Subiela García et al., 2014).

Para escuchar activamente se necesita de (Subiela García et al., 2014):

1. Dejar de hablar. Si se está hablando no se puede escuchar.
2. Conseguir que el interlocutor se sienta con confianza. Hay que ayudar a la persona a que se sienta libre para expresarse. Para

conseguirlo puede ayudar el ponerse en su lugar, es decir, establecer una relación de empatía.

3. Demostrar al interlocutor que se está dispuesto a escucharle: se trata de adoptar una posición abierta y activa, manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos, lo que se suele hacer mediante movimientos afirmativos de cabeza y palabras del estilo de “sí, sí”, “ya veo”, resumir y confirmar las afirmaciones de quién nos trasmite el mensaje, formulando las frases con una tonalidad adecuada (no con incredulidad), con empatía y respeto, pero sin abusar de ellas, permitiendo que el paciente pueda exponer el problema sin interrumpirle precozmente ni realizar conclusiones prematuras, facilitando que exprese sus sentimientos, sus expectativas, sus esperanzas y cómo afecta la enfermedad a su vida.

4. Eliminar las posibles distracciones, (interrupciones, llamadas telefónicas, puertas abiertas, etc.).

5. Ser paciente. Tomarnos el tiempo necesario, teniendo en cuenta del que disponemos para hablar con él y con el resto de los pacientes. A veces es conveniente al principio establecer la duración de la entrevista con el fin de poder llevar a cabo nuestro trabajo de una forma adecuada.

6. Conducir la conversación, sin interrumpirle. Para ello, suele ser útil resumir, preguntar y parafrasear, usando un lenguaje sencillo, asertivo y comprensible para el paciente minimizando las reacciones negativas del paciente.

7. Dominar nuestras emociones. Una persona enojada siempre malinterpreta las palabras.

8. Evitar criticar y argumentar en exceso, ya que esto situaría a nuestro interlocutor a la defensiva, conduciéndole probablemente a que se enoje o se calle.

9. Preguntar cuanto sea necesario. Además de demostrar que le estamos escuchando, le ayudaremos a desarrollar sus puntos de vista

con mayor amplitud. Utilizando frases y gestos sencillos: ummm..., mmm..., cuéntame más.

3.1.6.3 Comunicación De Malas Noticias. La comunicación del profesional debe enfocarse en aliviar la angustia del paciente. La comunicación de malas noticias y errores médicos genera sentimientos de gran responsabilidad entre el personal sanitario. Se aconseja coherencia y honestidad para comunicar malas noticias inesperadas. La importancia de las palabras y de las expresiones usadas al comunicarse es mayor cuando los pacientes no están preparados y esperan resultados positivos (Miyasato et al., 2021). Se debe fomentar la actitud positiva teniendo en cuenta los siguientes aspectos (Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022):

- El espacio donde se comunicará la mala noticia (preferiblemente en un lugar privado)
- Preguntar al paciente si quiere ser acompañado o no por algún familiar o amigo durante la conversación
- En el diálogo el médico debe mostrar una actitud tranquila, serena, dándole al paciente un momento de silencio para escuchar
 - Observar qué sabe el paciente sobre su enfermedad
 - Dejar tiempo al paciente y/o familia para hacer preguntas
 - Es el momento de comunicar la mala noticia. Así, se debe utilizar un lenguaje claro, dándose la información de manera gradual
 - Mostrar empatía y apoyo emocional
 - Determinar si el paciente ha entendido toda la información haciendo un breve análisis retrospectivo, destacando el pronóstico de la enfermedad y el plan terapéutico a seguir.

3.1.6.4 Asertividad. Cuando se habla de aprender a ser asertivos, significa promover el desarrollo de las habilidades que permitirán ser personas directas, honestas y expresivas en las comunicaciones, además de seguras,

defensoras del autorrespeto y diestras para hacer sentir valiosos a los demás. Hay un elemento aquí que no puede faltar: siempre debe procurarse encontrar una solución: "Ganar - Ganar", o sea, dirigir el acto comunicativo en un sentido que beneficie a los participantes en él (de Dios Lorente & Jiménez Arias, 2009).

La información no debe ni minimizarse ni exagerarse. Si bien es muy necesario estar debidamente informado, también es muy importante buscar la información veraz, que aporte calma y tranquilidad, comunicada con empatía, autenticidad y relevancia, es decir, una comunicación efectiva. La comunicación en salud debe cumplir determinados requisitos que se pueden asociar a los principios básicos de las actividades de comunicación declarados por la salud: accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender (Hernández Angulo et al., 2021).

En relación con las personas, estas deben estar motivadas a hablar abiertamente acerca de sus miedos o preferencias. Algunas evitan determinados temas porque les producen incomodidad o piensan que el o la profesional los desaprobará. Y otras veces la familia intenta censurar la información que se les da a pacientes para protegerlos y evitarles un mal trago. Es la llamada "conspiración del silencio" (Utor Fernández, 2019).

3.1.6.5 Normas de Cortesía. Son un conjunto de comportamientos que son aceptados y promovidos socialmente, con el fin establecer un espacio cómodo para la interacción. En el contexto clínico, se recomienda que el profesional de la salud reciba a sus pacientes en la puerta, les brinde un saludo familiar, le llame por su nombre, le estreche la mano, que conozca su historial clínico y demuestre interés (Pulgarin-Vergara & Castro-Arroyave, 2019).

3.1.7 Habilidades emocionales y cognitivas

3.1.7.1 Empatía. Es la capacidad del profesional de reconocer procesos cognitivos, emocionales y socioculturales propios del paciente a partir de su marco de referencia interno. Así, se reconoce el mundo subjetivo a través de los significados, palabras, sentimientos, ideas y opiniones de los pacientes. La empatía se refleja a través de respuestas empáticas, tanto verbales como no verbales, adaptándolas de acuerdo al contexto comprendido por el profesional de las necesidades inherentes de sus pacientes (Leal-Costa et al., 2016). La empatía proporciona afecto y calidez, lo que promueve actitudes humanistas, un sentido para la vida y la construcción de valores superiores. Los pacientes valoran a los profesionales íntegros, que brindan buenas técnicas médicas junto a un trato amable y gentil (Ramírez & Mügggenburg, 2015).

La empatía es una habilidad importante para construir el vínculo terapéutico entre los pacientes y los profesionales de la salud, iniciando con una actitud óptima que escucha y comprende sin prejuicios y bajo la neutralidad. La empatía se puede traducir en conductas observables que hace denotar que la comprensión del profesional es genuina, por lo que la comunicación termina siendo una herramienta que representa la empatía en busca del bienestar del paciente.

Existen investigaciones que demuestran una relación positiva entre las habilidades comunicativas y la comunicación (Raba et al., 2021), por lo que la incorporación de espacios formativos enfocados en la potencialización de habilidades y competencias sociales junto con otras más técnicas resulta clave para optimizar competencias empáticas del profesional.

Es indispensable que los profesionales sanitarios cuiden la parte física de los pacientes, pero también sus emociones, preocupaciones y sentimientos,

aprendiendo una serie de habilidades para conseguir una mejora en la comunicación con el paciente que repercutirá un aumento de la calidad en la relación paciente-enfermo y en una mejora de la percepción de los sistemas sanitarios (Paz Quevedo Aguado & Benavente Cuesta, 2019).

3.1.7.2 Apoyo Emocional Y Afectivo. Conjunto de herramientas que permiten al profesional de salud brindar soporte emocional a los pacientes y a sus familias durante situaciones de sufrimiento frente al contexto clínico (Landman Navarro et al., 2015). Este apoyo debe basarse en la empatía, la confianza, la comprensión y la sensibilidad.

La comunicación afectiva, es aquella que atiende la individualidad cultural de las personas, sus necesidades, sus preferencias, sus intereses para contribuir a su felicidad, que pondera el acompañamiento al ser humano en cualquier circunstancia, especialmente en las más difíciles y se siente feliz por hacerlo. Se considera que la comunicación en salud, y especialmente en tiempos de crisis epidemiológicas debe ser directa, caracterizada por su veracidad, brevedad, sencillez, claridad discursiva, con empatía y ajustada a las características culturales del contexto socio comunitario de los destinatarios, alejada de la especulación, la ambigüedad, la polisemia y el tecnicismo especializado (Hernández Angulo et al., 2021).

Por tanto, el diálogo entre el personal de salud y la población siempre, y no solo en tiempos de crisis, debe llevar mensajes de esperanza, de solidaridad. Se ha de encaminar a generar tranquilidad, confianza, optimismo, respeto y bienestar, como se reconoce en la literatura consultada además de mucha solidaridad, como se ha identificado en las vivencias de los propios autores de este artículo y en las descritas por los entrevistados tanto en Cuba como durante el cumplimiento de misiones en el exterior (Hernández Angulo et al., 2021).

3.1.7.3 Asertividad Social. son las conductas del profesional de salud durante un contexto interpersonal para expresar sentimientos, deseos, opiniones o derechos de manera que se resuelvan los desafíos presentados mientras se minimiza la probabilidad de futuros problemas (Leal-Costa et al., 2016).

Actualmente, los pacientes demandan un trato cercano, personalizado, humano, profesional, cálido y paciente, acompañado de una mayor cantidad y calidad de la información recibida, ya sea de forma oral o escrita. Además, también consideran relevantes otros aspectos como que se les escuche y se les dedique más tiempo o que el profesional que les atienda siempre sea el mismo. Esto radica en el hecho de que actualmente la sociedad tiene más y mejores conocimientos sanitarios y que a su vez exige una mayor calidad en su atención (Ruiz Casado & Navas Cámara, 2015).

Se ha informado ampliamente que la comunicación oportuna y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de decisión en el entorno de cuidados intensivos son un componente esencial de una excelente atención clínica. Cada paciente y su familia tienen valores y creencias culturales propias, que debemos intentar conocer antes de afrontar la información de una mala noticia.

Los pacientes prefieren recibir malas noticias en persona con toda la atención del médico, y quieren confiar en su habilidad. Ellos desean honestidad, un lenguaje simple y claro que puedan entender, evitando la jerga médica, y un tiempo adecuado para las preguntas. Para las familias y los pacientes son aspectos importantes la privacidad, el optimismo en lugar del pesimismo, el acompañamiento por parte de alguna persona cercana y la seguridad de un plan continuo (David Lozano Díaz & Amelia Sánchez Galindo, 2021).

El profesional de la salud debe adquirir ciertas competencias y desarrollar determinadas habilidades para establecer una comunicación efectiva con sus pacientes (Ruiz Casado & Navas Cámara, 2015), por ejemplo:

- Adaptar el lenguaje al interlocutor.
- Dejar que el interlocutor se exprese, siempre en dirección al tema a tratar.
- Mostrar respeto hacia la persona en todo momento.
- Hacer ver a la otra persona que se tiene interés por lo que está contando mediante retroalimentación verbal y no verbal.
- Evitar interferencias e interrupciones buscando un lugar adecuado para desarrollar el proceso comunicativo.
- No establecer juicios de valor, siendo conscientes de que cada persona tiene una forma distinta de satisfacer sus propias necesidades.
- Mantener una actitud empática hacia el usuario independientemente de que se esté de acuerdo con él o no.
- Hacer ver a la otra persona que se tiene un alto grado de motivación por el trabajo que se realiza.
- Comprobar que el paciente comprende adecuadamente lo que se le quiere transmitir.
- Individualizar el proceso comunicativo evitando generalizar
- Tener en cuenta a su familia, ya que es un pilar fundamental del cuidado holístico del paciente.

3.1.7.4 Procesos Cognitivos. Dentro de las habilidades para la comunicación efectiva dentro del entorno clínico, se hace importante el desarrollo de habilidades cognitivas como la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y la metacognición. Es necesario el desarrollo de elementos metacognitivos en esta esfera como el conocimiento de sus posibilidades de éxito en la relación interpersonal, sus limitaciones,

dificultades y mecanismos de control que le permitan superar las barreras comunicativas. Es útil además trabajar en el desarrollo de determinadas cualidades como la flexibilidad del pensamiento, tan necesaria para un comportamiento aceptable y democrático, la distribución de la atención para poder captar todo tipo de señal que sirva como información en la situación comunicativa y el desarrollo de la observación como fenómeno perceptivo (Legón et al., 2010).

3.1.7.5 Respeto Hacia El Otro. Hace referencia a recibir, aceptar y comprender las características propias del paciente durante la interacción con este, evitando realizar juicios moralizantes (Leal-Costa et al., 2016).

Hipócrates, en la antigüedad, enseñaba a examinar al enfermo, observar síntomas y signos, llevar un minucioso registro sin omitir los fracasos y comunicarse largamente con los pacientes. El juramento hipocrático ha pasado a la posteridad como encarnación del humanismo médico; su influencia se proyecta en diversas culturas y aparece recogido, explícita o implícitamente, en el contenido de diversos compromisos médicos. En la modernidad, la necesidad del respeto a la dignidad humana en la práctica médica y, especialmente, en el ejercicio de la comunicación entre el médico y el paciente, se refrenda en todos los juramentos, los cuales continúan exhibiendo de alguna forma la impronta hipocrática en su función de modelo y fuente para la actuación médica (de Dios Lorente & Jiménez Arias, 2009).

Si nos preguntamos ¿cuáles son los dones humanos y éticos que el profesional de la salud debe brindar a sus pacientes?, al menos podemos señalar las siguientes capacidades de donación humana (Montaner Abasolo & Soler Company, 2012):

- Dar/recibir la atención apropiada (toda persona necesita ser aceptada; y toda ella).
- Seguridad para crecer (como personas, integralmente y hasta que nos morimos).
- Sensación de autonomía.
- Conexión emocional con otros (las emociones son motor motivacional).
- Sentido de logro, vocación y realización personal.
- Sentido de reto, de estímulo.

3.1.8 Estrategias Para Fomentar La Comunicación Efectiva En El Contexto Clínico

Jiménez (2020) plantea una serie de estrategias para fomentar habilidades comunicativas:

Tabla 7. Estrategias para fomentar habilidades comunicativas

ESTRATEGIAS NO VERBALES	ESTRATEGIAS VERBALES	ESTRATEGIAS INTERACTIVAS	ESTRATEGIAS CONTEXTUALES
Gestos faciales Postura y el lenguaje corporal Tacto, masajes Movimientos de cabeza de afirmación o rechazo Contacto visual con el paciente	Gesticulación de las palabras Inflexiones de voz Lectura de labios o labiofacial Actitudes de confianza y confidencialidad Recordatorios iniciales y	Definir formas de llamar la atención a la enfermera Uso de audífonos y amplificador personal o Pocketalker Acto de escuchar Oportunidad de tomar decisiones	Ajustar la iluminación Reducir el ruido de fondo y la actividad Uso de juguetes

Parpadeo o pestañeo	explicaciones breves	sobre su propio cuidado	
Movimientos de las manos	Hacer una pregunta a la vez	Esperar calmadamente la respuesta del paciente	
La presencia, la proxemia	Uso de preguntas simples	Uso de traductor	
Uso de un cojín para desahogar el quebrantamiento, la rabia y el malestar	Anticipar las necesidades de los pacientes	Alabar al paciente	
Sonreír	Hablar directamente con el paciente	Palabras y gestos simples de aliento y apoyo	

Por otro lado, Rey y Hoppe (2013) plantean una serie de prácticas que se deben enseñar a los estudiantes con el fin de fomentar sus funciones interactivas y comunicativas.

Tabla 8. Prácticas que se deben enseñar para fomentar funciones interactivas y comunicativas

FUNCIÓN COMUNICATIVA	PRÁCTICAS
Fomentar la relación	<ul style="list-style-type: none"> - Saludar al paciente adecuadamente - Mantener el contacto visual - Escucha activamente - Usar un lenguaje apropiado - Alentar la participación de los pacientes - Mostrar interés por el paciente como persona.
Proporcionar información	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar la naturaleza del problema y el enfoque del diagnóstico, tratamiento - Dar explicaciones e instrucciones sencillas - Evite la jerga y la complejidad - Anime a hacer preguntas y verifique la comprensión. - Enfatique los mensajes clave
Reunir información	<ul style="list-style-type: none"> - Haga preguntas abiertas - Permitir que el paciente complete las respuestas - Escucha activamente - Obtener el conjunto completo de preocupaciones del paciente - Obtener la perspectiva del paciente sobre el problema/enfermedad - Explorar el efecto completo de la enfermedad

	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar y resumir la información - Preguntar sobre inquietudes adicionales.
Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - Alentar al paciente a participar en la toma de decisiones. - Opciones de contorno - Explorar las preferencias y la comprensión del paciente - Llegar a un acuerdo - Identificar y obtener recursos y apoyo - Discutir el seguimiento y el plan para resultados inesperados.
Permitir el comportamiento relacionado con la enfermedad y el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la disposición del paciente para cambiar los comportamientos de salud - Obtener las metas, ideas y decisiones del paciente
Responder a las emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y explorar las emociones. - Expresar empatía, simpatía y seguridad - Proporcionar ayuda para lidiar con las emociones. - Evaluar el malestar psicológico

3.2 Factores Que intervienen En La Relación Y Comunicación Profesional De La Salud Y Paciente

La comunicación entre el profesional de la salud y paciente es un factor clave en la humanización de la atención y el servicio en el sector salud, por lo que, la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes debe ser asertiva, empática y efectiva, ya que, al no ejercerla de esta manera, podría generar un impacto negativo en temas clave en la salud y finalmente repercutir en el bienestar de los pacientes.

La cultura laboral predominante dentro de los servicios de salud es mantener una relación distante con las personas atendidas, al otorgarle mayor importancia a las habilidades técnicas e instrumentales que a lo relacionado con el proceso comunicativo, ya que, es más importante el desempeño laboral y la realización de procedimientos sin importar lo que siente o necesita el paciente, lo cual deshumaniza la atención por las rutinas de trabajo (Aguado & Cuesta, n.d.; Landman Navarro et al., 2015; Ramírez & Müggenburg, 2015), por lo tanto, la falta de comunicación con el médico en temas clave, es un problema generalizado y puede aumentar el malestar de los pacientes, poner en peligro los resultados clínicos y afectar su bienestar (Sánchez et al., 2014).

En el estudio realizado “Satisfacción usuaria frente a competencia de comunicación”, se encontró que los usuarios tanto del sistema público como privado perciben una atención “ideal” a la atención que lo hace sentir como “persona”, no como síntoma, patología o procedimiento, siendo esta percepción aún más importante que el uso de tecnología de punta y la rapidez de la atención (Landman Navarro et al., 2015). En otro estudio se evidenció que existe insuficiencias en el orden comunicacional entre profesional y paciente debido a falta de amabilidad, de capacidad de adaptación y de flexibilidad en el trato con el paciente, así mismo, no se

verifica si el paciente ha comprendido las indicaciones, no se aprovechan los recursos de la comunicación extraverbal como elementos comunicativos de primer orden para profundizar en el conocimiento de los estados de salud y de ánimo del paciente, sus sentimientos, necesidades, dudas y preocupaciones y no se logra la suficiente empatía, por tanto, la efectividad del acto comunicativo depende de condiciones que rebasan lo meramente lingüístico y articulan con el contexto sociocultural en el que interactúa el individuo, ya que se convierte el lenguaje científico técnico en una barrera que limita la relación con el paciente o no se alcanza su satisfacción, pues el diálogo no es efectivo; no se emplea la retroalimentación para comprobar el logro de la comprensión de las indicaciones, el tiempo de la consulta se dinamiza para conseguir su final, el nivel de escucha no es el adecuado, no se demuestra suficiente empatía, entre otros (García et al., 2014; Padilla et al., 2014; Reyes et al., 2023).

De otro lado, las habilidades y técnicas de comunicación no sólo sugieren ayudar al médico a diagnosticar, sino que también pueden tener un impacto positivo sobre el enfermo cuando se le informa de una mala noticia de manera asertiva y empática (Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022), adicionalmente, la percepción negativa del servicio de salud, se agrava con la falta de continuidad en el proceso de atención, como la rotación de especialistas, pues esto, puede generar sensación de vacíos o falta de integración en la información que cada profesional maneja, esto puede llevar a una insuficiencia de información sobre la evolución clínica y dificultar la comprensión y participación activa del paciente en su propio cuidado y finalmente afectar el bienestar del mismo (Padilla et al., 2014).

De acuerdo a lo anterior, la falta de comunicación en temas clave puede afectar la confianza, la comprensión y la toma de decisiones informadas por parte de los pacientes (Aguado & Cuesta, n.d.; Sánchez et al., 2014), por lo tanto, se recomienda que los profesionales de la salud desarrollen

habilidades de comunicación efectiva, empática y respetuosa con los pacientes, principalmente habilidades de comunicación verbal y no verbal (postura, expresión facial, mirada y gestos (Ramírez & Müggenburg, 2015)), ya que esta última es la más influyente en la transmisión del mensaje y repercute de mayor forma en la respuesta por parte del usuario (Estévez & Estévez, 2021; Landman Navarro et al., 2015; Leguizamo Galvis et al., 2019). De otro lado, la comunicación no solamente competente al profesional de la salud y el paciente, o las enfermeras y el paciente, también se encuentra relacionado con la comunicación enfermeras y familiares de los pacientes, lo cual es clave, ya que son el círculo de apoyo del paciente, sin embargo, se evidencian aspectos desfavorables respecto a la comunicación verbal y no verbal (fruncir la frente, demostrar molestias o demasiada ocupación o expresión indiferente, seriedad, distancia), ya que las enfermeras en ocasiones no conversan con los familiares, no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su paciente crítico, y no responden de forma cortés a las preguntas de los familiares (Bautista Rodríguez et al., 2016; Heredia & Pinzón, 2021; Padilla et al., 2014).

Por lo anterior, se recomienda que los profesionales de la salud desarrollen habilidades de comunicación efectiva, empática y respetuosa con los pacientes, así mismo, adaptar el contenido y el lenguaje de la comunicación a las características y necesidades del público objetivo, establecer un clima de confianza y solidaridad en la comunicación con los pacientes, dedicar tiempo suficiente en las consultas para una comunicación adecuada, contar con un protocolo de atención consensuado por el equipo de profesionales para asegurar una atención coherente y continua y finalmente no ir abiertamente en contra de las convicciones religiosas, las costumbres, los consejos basados en aprendizajes empíricos u otros e indican conciliar dichos mitos y creencias con las indicaciones terapéuticas, para que se tomen las vías adecuadas, sin afectar la autonomía de las personas atendidas. (Martín Padilla et al., 2014).

De otro lado, la comunicación salud paciente debe poseer algunas características para ser efectiva y satisfactoria para ambas partes. Algunas de estas características son:

1. Empatía: los profesionales de la salud deben ser capaces de ponerse en el lugar del paciente y comprender sus necesidades y preocupaciones (García et al., 2014).

2. Respeto: los profesionales de la salud deben tratar a los pacientes con respeto y consideración, reconociendo su dignidad y autonomía (de Dios Lorente & Jiménez Arias, 2009).

3. Claridad: la comunicación debe ser clara y comprensible para el paciente, evitando tecnicismos innecesarios y utilizando un lenguaje asequible (Padilla et al., 2014).

4. Adaptabilidad: la comunicación debe adaptarse a las características y necesidades del paciente, teniendo en cuenta su edad, cultura, nivel educativo, entre otros factores (Bautista Rodríguez et al., 2016).

5. Continuidad: la comunicación debe ser continua y coherente a lo largo del proceso de atención, evitando vacíos o contradicciones en la información que se proporciona al paciente.

6. Honestidad: la comunicación debe ser honesta y veraz, evitando generar expectativas falsas o engañosas (Heredia & Pinzón, 2021).

7. Escucha activa: los profesionales de la salud deben escuchar activamente al paciente, prestando atención a sus necesidades y preocupaciones y respondiendo de manera adecuada (Sosa Trotti & Abreo, 2017).

Estas características buscan promover una comunicación efectiva, empática y satisfactoria entre profesionales de la salud y pacientes,

mejorando la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes, las cuales incluyen las siguientes recomendaciones:

1. Formación del profesional en habilidades para dar información veraz pero sin generar expectativas falsas (Sánchez et al., 2014).

2. Utilizar un lenguaje asequible y comprensible para el paciente, evitando tecnicismos innecesarios (Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022).

3. Tener en cuenta las necesidades de información de la familia del paciente (Heredia & Pinzón, 2021).

4. Dedicar el tiempo suficiente en cada consulta para poder dialogar con detalle sobre el proceso (Legón et al., 2010).

6. Utilizar un protocolo de atención consensuado por el equipo de profesionales, para asegurar una atención coherente y continua (Aguado & Cuesta, n.d.).

Estas recomendaciones buscan mejorar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, promoviendo una relación más efectiva, empática y satisfactoria para ambas partes.

Finalmente, los factores que influyen en la comunicación profesional de la salud y paciente, se encuentran desde la capacitación de comportamientos orientados a la comunicación interpersonal efectiva en los programas de actualización institucional, así mismo, hoy en día es insuficiente el tratamiento de la comunicación en salud como parte del sistema de contenidos de las asignaturas en los currículos del pregrado y al mismo tiempo no se produce su abordaje desde las perspectivas del enfoque interdisciplinario ni en el pregrado ni el postgrado, por lo tanto, las habilidades comunicativas en el mejor de los casos se adquieren de forma intuitiva y a lo largo de la experiencia profesional y el lenguaje científico-

técnico que se logra dominar, en ocasiones constituye un problema comunicativo en la relación, así como, la falta de un adecuado lenguaje no verbal, la falta tiempo para establecer una adecuada relación comunicativa, las barreras lingüísticas y culturales, las diferencias en los valores y expectativas del paciente y el médico, y el estrés emocional, las altas cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de procedimientos técnicos, logran desplazar la importancia de las relaciones interpersonales efectivas (Estévez & Estévez, 2021; Heredia & Pinzón, 2021; Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Legón et al., 2010; Levinson et al., 2010; Norouzinia et al., 2016; Padilla et al., 2014; Ramírez & Müggenburg, 2015; Reyes et al., 2023; Ruiz Casado, 2015; Sosa Trotti & Abreo, 2017).

De otro lado, Lorente & Jiménez (2009), indican los elementos que más afectan la comunicación profesional de la salud, paciente y familiares, entre ellos, se encuentra (De Dios Lorente & Jiménez Arias, 2009; Toledo Fernández & Torres Pérez, 2013):

1. No dedicar el tiempo necesario a la comunicación con el paciente.
2. No fomentar el respeto y la confianza mutuos.
3. No escuchar.
4. No reconocer al paciente y sus familiares como la fuente más importante de información.
5. No diseñar adecuadamente el mensaje y propiciar su mala transmisión.
6. No utilizar signos que se refieren a la experiencia común de la fuente (trabajador de la salud) y el destinatario (paciente – familia), sino términos incomprensibles.
7. No identificar las necesidades de pacientes – familiares ni proporcionarles vías para resolver sus problemas o exigencias mediatas o inmediatas; deficiencias lingüísticas y culturales que llevan al paciente a no exponer sus dudas.

8. No comprensión y respeto de valores de pacientes – familiares por los trabajadores de salud y viceversa. Falta de empatía, olvido y temor.

9. No búsqueda de mecanismos o alternativas de solución o corrección de problemas importantes para pacientes – familiares.

10. No humanidad. /burocratización en el ejercicio profesional.

11. Iatrogenia. No informar adecuadamente.

12. No contemplar el momento psicológico.

13. No emitir mensajes asequibles y ajustados a la personalidad del destinatario.

14. Emplear términos incomprensibles para el paciente.

15. Caracterizarse por la falta de gestión y utilización de mecanismos o alternativas existentes para solucionar las necesidades de los consumidores.

16. Favorecer la burocratización del ejercicio profesional.

17. Carecer de humanidad.

18. No contemplar el momento psicológico.

19. Mantener una relación jerárquica o posición de superioridad

20. Mantener el silencio

21. No manejar un adecuado lenguaje no verbal

22. Analfabetización en salud por parte del paciente

Así mismo, factores adicionales que afectan la comunicación profesional – paciente son (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Levinson et al., 2010; Norouzinia et al., 2016; Ortega & Prada, 2020):

- Diferencias lingüísticas y culturales entre el médico y el paciente.

- Barreras de idioma que pueden dificultar la comprensión mutua.
- Falta de conocimiento o comprensión de las prácticas culturales del paciente.
- Falta de habilidades de comunicación efectiva por parte del médico o el paciente.
- Diferencias en la percepción o interpretación de los síntomas o información médica.
- Falta de escucha activa, influenciada por factores subjetivos y percepciones personales
- Las diferencias en los valores y expectativas del paciente y el médico,
- El estrés emocional
- El estrés laboral

3.3 Estrategias, Técnicas Y Protocolos De Comunicación Recomendados Para Una Buena Comunicación Entre El Personal De Salud Y Los Pacientes

3.3.1 Estrategias de comunicación

El personal de salud requiere de conocimiento, actitudes, aptitudes y habilidades que le permitan comunicarse asertivamente con los pacientes, en este sentido, y con el fin de facilitar el proceso de comunicación se han establecido estrategias, técnicas y protocolos que sirven como guía sobre la forma adecuada de hacerlo.

Algunas de las principales estrategias mencionadas por diversos autores son:

El sanitario se tiene que fijar, tanto en las palabras que utiliza, como los gestos que le acompañan, ya que todo lo que hace y no hace es comunicación (Watzlawick, 1967 como se citó en Quevedo y Benavente, 2019). Entre los elementos centrales en la comunicación humana, nos vamos a centrar principalmente en la escucha activa y la empatía.

- **Escucha Activa**

¿Cómo se consigue escuchar con atención y de forma activa, y que el paciente se dé cuenta de que el sanitario así lo está haciendo? Como se citó en Quevedo y Benavente (2019) Costa Cabanillas, López Méndez (2008) proponen nueve reglas imprescindibles para lograr poner en marcha la escucha activa (Figura 4).

Figura 6. Nueve reglas que ayudan a la escucha activa

1. Mentalizarse y tener presentes las ventajas de escuchar: para conseguir, no sólo mejor predisposición a escuchar, sino que también obtienen beneficios para que el consejo psicológico sea óptimo.
2. Expresar su disposición a escuchar y preparar las condiciones para hacerlo: Es imprescindible que los pacientes perciban que los sanitarios están dispuestos a escucharlos, y tienen que hacerlo sin interrupciones y sin prisa, por eso tienen que habilitar el lugar donde van a hablar y realizarlo en un momento donde el sanitario disponga de tiempo para hablar.
3. Observar al paciente mientras habla para identificar lo que está contando y, sobre todo, fijarse en lo que comunica desde los elementos no verbales.
4. Sincronizar el comportamiento verbal y no verbal mientras escuchan: Es imprescindible que los gestos estén en sintonía con las palabras que escuchamos.
5. No incurrir en obstáculos. Hay que tener cuidado con interrumpir al paciente o incluso mostrarse en desacuerdo con la decisión tomada por el paciente.
6. Comprobar que el paciente ha finalizado con su discurso. Para ello, el sanitario tiene que cerciorarse de esto, realizando preguntas como <i>¿Desea contarme alguna cosa más?</i>
7. Tener un guion del discurso o de los temas de los que se desea indagar información. (sirven las propuestas de los protocolos que se proponen en el apartado 4)
8. No apelar al tiempo cuando no se tiene tiempo para escuchar. Es imprescindible que el profesional no esté tan atento al tiempo que tiene, sino qué es lo que va a hacer con el tiempo que se tiene. También es muy importante cómo se trasmite que no se tiene tiempo para escuchar a un paciente.
9. Permitir que afloren las emociones. Respetar el modo en que los pacientes transmiten sus emociones (con voces, ironías, quejas, llantos...) tras conocer la noticia de su estado de salud, pero poniendo límites para apaciguar algunas de las expresiones que pueden interferir con el proceso del consejo.

Nota. Tomado de Costa y López, 2003 como se citó en Quevedo y Benavente, 2018)

- ***Empatía***

La empatía afectiva (emocional) explica cómo las personas se tornan conscientes de los estados mentales de otras personas, un estado en el cual el observador toma para sí la emoción del otro, experimentando subjetivamente y compartiendo el estado emocional o los sentimientos de la otra persona, generando una preocupación que precede y contribuye al comportamiento de amparo.

La empatía cognitiva es la habilidad de identificar y comprender, en términos objetivos, los sentimientos y las perspectivas de otras personas; es la capacidad de comprender las experiencias de otros sin evocar una respuesta emocional de la persona, por lo que es una competencia que es adquirida y pasible de ser perfeccionada.

La empatía comportamental se refiere a la habilidad de transmitirle al paciente que su perspectiva fue comprendida, junto a la habilidad de actuar a partir de ese entendimiento de forma productiva y sin perder la frontera entre el receptor y el emisor, o sea, sin perder la consciencia de la diferencia entre sí y el otro. La empatía moral es una motivación interna de preocupación por el otro y un deseo de actuar para aliviar su sufrimiento a través de cuidados y actitudes altruistas (Jeffrey, 2016 como se citó en Oliveira et al., 2021).

Así mismo, es necesario tener en cuenta que para que se de una buena comunicación el personal sanitario debe:

- Dirigirse con cordialidad.
- Utilizar diferentes tonos de voz, ejemplos cotidianos y divertidos para involucrar al paciente.
 - Usar tácticas que permitan que el mensaje quede claro.
 - Emplear el tiempo suficiente para realizar, comentar y asegurarse de que el mensaje sea claro (Ramírez y García, 2020)
 - Promover el vínculo y la relación entre médico y paciente.
 - Aumentar en un tiempo adecuado:
 - La precisión en la definición de los problemas del paciente y en sus diagnósticos.
 - La eficiencia de la entrevista: diagnóstico y un plan de terapéutico aceptado por el paciente.
 - El apoyo al paciente.
 - El compromiso del paciente: el socio terapéutico (Sosa Trotti y Abreo, 2017).
 - Es fundamental apoyar la autonomía del paciente y tener presente las habilidades de autogestión en consultas médicas. La toma de decisiones ha de ser compartida entre médico-paciente, mediante un diálogo comprensible.
 - Es imprescindible interpretar el lenguaje corporal del paciente y trabajar los sentimientos del paciente, ya que pueden usarse con fines de diagnóstico. La comunicación debe estar fundada en la comprensión y consultas motivacionales, aclarando y confrontando cualquier duda.
 - La entrevista centrada en el paciente, así como la actitud y conocimiento de habilidades de comunicación por parte del médico favorecen la comunicación entre ambos. Igualmente, saber responder a las emociones de los pacientes mejora la relación con los mismos.
 - Es necesaria una comunicación efectiva para desarrollar una buena interacción entre el médico y paciente. Cuando el profesional

médico muestra un comportamiento positivo con su paciente hace que éste presente un mayor grado de confianza con él. Para esto, es necesario mantener el contacto visual, tocarse las manos, sonreír y expresar un silencio empático.

- Es necesaria una comunicación efectiva para desarrollar una buena interacción entre el médico y paciente (Drdla y Löffler-Stastka, 2016; Ferreira et al. 2017; Kaper et al. 2019; Koponen et al., 2014; Nestel, 2001 como se citó en Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022).

- La comunicación centrada en el paciente: Conocer factores personales y socioculturales como la edad, el nivel de educación, estado civil, situación laboral y conocimientos tecnológicos permite mejorar el aprendizaje del paciente, al ser este enfocado en sus características particulares (Garfinkel, 2011 como se citó en Forguione-Pérez (2015).

- Se debe comunicar de forma activa para lograr que el paciente se involucre con su enfermedad, pues en un rol pasivo el paciente no tomará control de la misma (Anderson, 2010 como se citó en Forguione-Pérez (2015).

- Las preguntas hacia los pacientes deben ser abiertas para que puedan exponer sus inquietudes y opiniones, mejorando su percepción hacia el médico. Estas preguntas no sólo deben ser sobre el área médica sino también sobre las áreas emocional, comportamental y social. El lenguaje no verbal demuestra interés hacia el paciente y lo satisface. Así mismo, se debe verificar si la información dada a los pacientes ha sido asimilada de la manera correcta. Algunas de las actitudes que deben ser promovidas se describen en la figura 7 (Forguione-Pérez, 2015).

Figura 7. Actitudes en pro de la relación médico-paciente

-Vestimenta adecuada	-Disponibilidad de escucha
-Buena higiene	-Dejar que el paciente exponga sus molestias sin interrupciones
-Consultorio pulcro y privado	-Intercambiar puntos de vista con el paciente
-Saludar al paciente por su nombre	-Resolver dudas
-Extender la mano al paciente	-Hacer al paciente participe de las decisiones terapéuticas
-Presentarse y dar a conocer su cargo	-Ser veraz, educador y alentador
-Sentarse frente al paciente, mirarle a los ojos	-Respeto
-Vocabulario sencillo y respetuoso	-Vocación de servicio
-Ser empático	-Tener conocimientos y estar actualizado
-Expresar humanidad	-Individualizar la atención médica
-Dar sensación de seguridad	
-Brindar confianza como persona y profesional	
-Calmar la ansiedad del paciente	

Nota. Tomado de Ramos (2008) como se citó en Forguione-Pérez (2015)

Como se citó en Quevedo y Benavente (2019) Cibanal, Arce y Carballal (2003) nos presentan algunas de las actitudes adecuadas, desde la perspectiva humanista, que deben de llevar a cabo nuestros profesionales sanitarios. (Ver figura 8).

Figura 8. Actitudes del profesional durante el proceso de comunicación con el paciente

<i>ACOGER AL OTRO SIN PRISA</i>	Conceder el tiempo necesario para la mutua aclimatación; el profesional tiene que concentrarse en el paciente, y mostrar su disponibilidad sin interrupciones.
<i>ACEPTAR LAS DIFERENCIAS DEL CLIENTE</i>	Aunque un obstáculo que puede tener el profesional es el cansancio inapelable por a la cantidad, calidad y variedad de clientes, debe anular la generalización de sus pacientes, respetar la individualidad de cada paciente.
<i>APERTURA DE ESPÍRITU</i>	El profesional debe ajustarse al paciente, a fin de que éste se sienta libre para expresarse abiertamente como individuo. Tiene que mostrar un estilo comunicativo de honestidad y abierto en la relación.
<i>APTITUD NEGOCIADORA</i>	El paciente es libre de tomar las decisiones que deseé. La relación paciente-sanitario debe vivirse como un intercambio recíproco y de colaboración.
<i>COMPROMISO</i>	El profesional compromete parte de su tiempo con sus pacientes "escuchando" sus sentimientos e implicándose, porque una buena comunicación tiene en cuenta tanto el contenido como el sentimiento que le sigue.
<i>RESPONSABILIDAD</i>	Especialmente los sanitarios principiantes, se sienten confrontados al descubrir que sus pacientes tienen hábitos y comportamientos iatrogénicos para su salud. El problema de la responsabilidad, debe ser afrontado por el profesional para saber discernir entre que está en sus manos y qué está en las del paciente.
<i>AUTENTICIDAD</i>	El profesional debe crear una atmósfera que facilite y permita al sujeto la expresión de emociones y sentimientos; es indispensable que el sanitario sienta realmente lo que manifiesta (Kinget, 1976; Cibanal, Arce, Carballal, 2003)
<i>CALIDEZ HUMANA</i>	El sanitario debe ver al cliente como una persona, indistintamente de sus comportamientos o de sus pensamientos; permitirle vivir experiencias y emociones personales, sin intentar dominarlo; ser cálido y cordial.
<i>ACTITUD EMPÁTICA</i>	Los profesionales sanitarios han de ser capaces de ponerse en el lugar del paciente: desarrollar una aceptación incondicional y una muestra de actitud comprensiva y cercana.
<i>ACTITUD DE CONCRECIÓN</i>	Esta actitud incluye diferentes habilidades: registrar las descripciones del paciente, los contenidos de estas explicaciones, y los estados emocionales que reflejan. La concreción, también implica que el profesional emplee términos sencillos, y es recomendable que realicen una buena escucha activa, con lo que implica de feedback y de resumen que fomenta la concreción.
<i>ESCUCHA ACTIVA</i>	Mostrar una habilidad para escucharle sin interpretar desde sus propias experiencias con actitud de sorpresa.
<i>SABER OBSERVAR</i>	El profesional debe saber observar, tanto a él mismo, como a las reacciones del cliente, con el propósito de entender lo que ocurre en la relación y en la situación "aquí y ahora".
<i>PACIENCIA Y COMPETENCIA</i>	En ocasiones no apreciamos los problemas de los otros, salvo que los revelen en la confianza hospitalaria. Las dificultades personales de los pacientes son frecuentes, y no siempre encuentran alguien que los escuche.

Nota. Tomado de Sánchez et al., 2003 cómo se citó en Quevedo y Benavente (2019)

Toledo Fernández & Torres Pérez (2013) ofrecen algunas recomendaciones y técnicas adicionales de comunicación efectiva:

- Utilizar un lenguaje sencillo y adecuado al nivel sociocultural del interlocutor.
- Ser directo y evitar rodeos innecesarios.

- Ser sensible al mundo del receptor y estar atento a explicar o repetir de forma diferente en caso de no ser entendido.
- Mantener el contacto visual con los interlocutores.
- Ser positivo, reconocer los aciertos de las personas que lo rodean y llegar a elaborar acuerdos con el interlocutor.
- Practicar la escucha activa, prestando atención a lo que el otro dice sin interrumpirlo ni juzgarlo.
- Utilizar preguntas abiertas para fomentar la participación del receptor en la conversación.
- Evitar las exposiciones emotivas agresivas y mantener un tono de voz adecuado al contexto.

3.3.2 Técnicas Y Protocolos De Comunicación En Salud

Teach-back. En esta técnica se verifica si la información dada a los pacientes ha sido asimilada de la manera correcta. Es una buena técnica basada en la evidencia para la instrucción del paciente (Caeiro, 2021, como se citó en Díaz et al., 2022). Consiste en que el paciente repita con sus propias palabras lo que ha entendido de las indicaciones médicas, lo cual permite corregir errores o resolver dudas de los pacientes. Con este método el paciente debe poder definir su enfermedad, el tratamiento, los posibles problemas y las formas de solucionarlos (Tamura, 2013 como se citó en Forguione-Pérez, 2015). Este ir hacia atrás y volver (retroacción) sobre una información refuerza el entendimiento dando la oportunidad de verbalizar lo comprendido. (Cairo, 2021 como se citó en Díaz et al., 2022)

Entrevista médica – Guía de Calgary. La entrevista debe ser dividida en dos partes fundamentales, la exploratoria y la resolutoria. En la parte exploratoria se pretende fundamentalmente delimitar la demanda, obtener

los datos necesarios para establecer la naturaleza del problema, las creencias y las expectativas del paciente. En la parte resolutiva se procederá a transmitir la información obtenida, compartir con el paciente un plan de actuación, lograr el cumplimiento de las medidas propuestas, persuadir y negociar, verificar la comprensión de las instrucciones proporcionadas y toma de precauciones (Catalán et al., 2010).

La guía Calgary Cambridge propone un modelo enfocado en construir una comunicación paciente-médico efectiva, fomentando una entrevista bien estructurada. En ella se han definido habilidades cruciales de la entrevista y que actualmente se utiliza en la enseñanza de comunicación (Kurtz et al., 2003 como se citó en Estévez & Estévez, 2021).

Iniciando la sesión Preparación: Establece contacto inicial Saluda al paciente y pregunta su nombre Se presenta, aclara su rol. Identifica motivo(s) de consulta. Identifica los problemas con preguntas abiertas. Escucha atentamente el planteamiento del paciente sin interrumpirlo ni guiar su respuesta.

Construyendo la relación: Demuestra Conducta No verbal apropiada: contacto visual, gestos, postura corporal, si lee o toma nota, lo hace de modo que no interfiera en el diálogo o en la relación a la que se aspira, acepta la legitimidad del punto de vista y sentimientos del paciente, no juzga, reconoce y visualiza las emociones evidentes en el paciente, brinda apoyo, expresa interés, comprensión y predisposición para ayudar, hace participar al paciente, comparte su pensamiento.

Recogiendo información: Utiliza preguntas abiertas y cerradas en forma adecuada y equilibrada. Facilita en forma verbal o No verbal las respuestas

del paciente. Clarifica los enunciados del paciente poco claros o que necesitan ampliación. Resume periódicamente para verificar su propia comprensión: Perspectiva Biomédica.

Pregunta la perspectiva del paciente: expectativas, miedos, etc. Identifica el contexto del paciente Explicación y Planificación Proporciona cantidad y tipo de información correcta Contribuye a que el paciente recuerde y comprenda de modo preciso. Estimula al paciente a formular preguntas. Propicia un entendimiento y planificación en común incorporando la perspectiva del paciente. Si fuera necesario, obtiene consentimiento.

Cerrando la sesión: Establece junto al paciente los pasos a seguir, tanto por el paciente como por el médico. Resume la sesión y clarifica el plan de cuidados. Verificación final: chequea que el paciente esté de acuerdo y conforme con el plan (Sosa Trotti y Abreo, 2017).

Protocolos de Comunicación de malas noticias. Ante la comunicación de malas noticias el profesional debe aliviar la angustia del paciente. Para esto, es importante el cuidado de gestos negativos. Asimismo, debe saber usar un correcto lenguaje, mostrando una actitud positiva. Para ello, deberá tener en cuenta: 1. El espacio donde se comunicar la mala noticia (preferiblemente en un lugar privado); 2. Preguntar al enfermo si quiere ser acompañado o no por algún familiar o amigo durante la conversación; 3. En el diálogo el médico debe mostrar una actitud tranquila, serena, dándole al paciente un momento de silencio para escuchar; 4. Observar qué sabe el paciente sobre su enfermedad; 5. Dejar tiempo al paciente y/o familia para hacer preguntas; 6. Es el momento de comunicar la mala noticia. Así, se debe utilizar un lenguaje claro, dándose la información de manera gradual; 7. Mostrar empatía y apoyo

emocional; y, 8. Determinar si el paciente ha entendido toda la información haciendo un breve análisis retrospectivo, destacando el pronóstico de la enfermedad y el plan terapéutico a seguir (Ferreira et al., 2017 como se citó en Soriano y Jiménez, 2022)

Según Bascuñán (2013) como se citó en Quevedo y Benavente (2019) se debe: a. Inspeccionar qué es lo que sabe el paciente, y cuáles son las expectativas que tiene acerca de su estado de salud. b. Saber cuán preparado está el enfermo para escuchar la comunicación, ofrecer en cantidad proporcionada lo que este requiere, dependiendo de su estado. c. Proporcionar apoyo emocional disminuyendo el impacto de la comunicación y la sensación de desamparo. d. Facilitar la cooperación del paciente en un plan de trabajo conjunto.

El protocolo denominado SPIKES (EPICEE es la traducción al castellano) (Buckman, 2005; Mirón González, 2010 como se citó en Quevedo y Benavente, 2019), uno de los más empleados y conocidos por el personal sanitario El nombre lo componen las iniciales que forman parte de cada una de las fases ejecutadas por orden a la hora de comunicar la mala noticia; analicemos con más detalle cada una de las fases:

- Entorno (Setting): Las malas noticias han de darse en un espacio
- Percepción del paciente (Perception): Es necesario que el sanitario conozca qué es lo que sabe el paciente sobre su estado de salud antes de comunicar las malas noticias
 - Invitación (Invitation): Como dice Rodríguez Salvador (2010), los profesionales sanitarios tienen que invitar al paciente a que les pregunte sobre lo que necesita
 - Conocimiento o “Comunicación de la noticia” (Knowledge): Cuando estamos ante un paciente que ha deseado recibir la

información, es el momento de hacerle comprender que se le va a comunicar una mala

- Empatía (Empathy): El primer paso para ayudar al paciente es validar, aceptar y entender sus emociones; el paciente necesita básicamente sentirse escuchado y comprendido.
- Estrategia (Strategy and summary): Resumir lo que se ha hablado, comprobar qué es lo que ha comprendido, y formular un plan de trabajo y de seguimiento (Rodríguez Salvador, 2010 como se citó en Quevedo y Benavente, 2019)

Del mismo modo, se cuenta con el protocolo “ABCDE” está basado en cinco fases muy parecidas a las de los protocolos “SPIKES” o “EPICEE” (Rabow y McPhec, 1999 y Rivera Rey et al, 2016):

- La “A”: “Preparación del ambiente”
- la “B”: “Conocer cuánto sabe y que quiere saber”
- La “C”: “Comunicarse correctamente” (Communicate well): Lo que se recomienda en esta etapa es que se “llamen a las cosas por su nombre”
- La “D”: “Comprender la reacción del paciente”
- La etapa “E” centrada en “Estimular y valorar las emociones” (Encourage and validate emotions): La función principal que tiene el profesional es la de dar esperanzas realistas y hablar del futuro (Quevedo y Benavente, 2019).

Por otro lado, muy referenciado y utilizado a día de hoy, Mirón González (2010) como se citó en Quevedo y Benavente (2019) presenta a otro protocolo formado por 10 puntos orientativos propuestos por Almanza Muñoz en 1998 y 1999 que sirven de orientación a los profesionales sanitarios para comunicar malas noticias y son los siguientes (Figura 9).

Figura 9. Protocolo “10 puntos a modo de orientación para la comunicación de malas noticias”

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente.
2. Conocer cuidadosamente la historia médica.
3. Conocer al paciente como persona.
4. Preparación del sitio de la entrevista
5. Organización del tiempo
6. Aspectos específicos de comunicación
7. Atención y cuidado de la familia
8. Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas.
9. Abordar la dimensión humanística del paciente.
10. Trabajar en los propios sentimientos.

Nota. Almanza y Holland, 1998, como se citó en Quevedo y Benavente (2019)

3.4 Técnicas De Enseñanza Comunicación Personal De Salud - Paciente

La enseñanza de las habilidades de comunicación al personal de salud cada vez cobra más importancia en la educación para profesionales del área, en algunos de los planes de estudio de las instituciones educativas se contempla como parte de los cursos a ofertar, no obstante, en la mayoría de casos son materias optativas, en este sentido, quienes ya están ejerciendo en centros de salud se encuentran constantemente con obstáculos debido a que no recibieron la formación necesaria en este aspecto, por lo cual, se han ido creando y generando espacios para la enseñanza de la comunicación personal de salud – pacientes, entre las técnicas más utilizadas se encuentran: Talleres, debates grupales, diálogos, simulación, juego de roles, entre otros.

El principal objetivo para capacitar en técnicas y habilidades de comunicación consiste en aprender a integrar el conocimiento teórico para gestionar adecuadamente el entorno, la capacitación en habilidades de comunicación es necesaria para la mejora de la relación entre profesional de salud y el paciente (Drdla y Löffler-Stastka, 2016; Al-Kindi, 2019, como se citó en Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022).

En cuanto a estrategias de enseñanza hay métodos de aprendizaje activo donde se desarrollan técnicas donde los estudiantes construyen conocimientos a través de ejercicios más prácticos, algunas muy novedosas como la simulación con pacientes virtuales donde se han demostrado mejoras en la autoconfianza de los estudiantes en el contexto de formación en comunicación (Bioética, et al., 2019; Carrard, et al., 2020 como se citó en Torres, 2022).

Se cuenta con modelos de enseñanza como la guía CICAA (acrónimo de las tareas: conectar, identificar y comprender, acordar y ayudar), es un modelo utilizado para entrenar y evaluar la comunicación clínica, se fundamenta en el modelo de atención centrado en el paciente. Esta guía cumple con los criterios para desarrollar una medición adecuada, fundamentada en un modelo bien definido, con categorías observables de las habilidades de relación clínica, con unas validez y fiabilidad documentadas, es fácilmente aplicable, y disponible como instrumento de feedback tanto para la formación como para la evaluación (Ruíz, 2004; Ruíz, 2006; Ruíz et al., 2019 como se citó en Ticse Aguirre et al., 2019).

Otras formas de enseñanza son los enfoques mixtos que combinan teoría con práctica como los programas que incluyen las sesiones teóricas a lo largo de los años de formación con juegos de rol (Bioética, et al., 2019 como se citó en Torres, 2022) Por último, se encuentran los métodos de

aprendizaje pasivo donde predominan las charlas y conferencias. No hay actividades prácticas donde el alumno participe activamente.

El aprendizaje activo es aquel en que el alumno adquiere conocimientos y habilidades mediante poca teoría y muchos ejercicios prácticos. Ejemplos de este sistema que más adelante serán explicados son las discusiones grupales, simulaciones o juegos de roles. En el aprendizaje pasivo ocurre lo contrario, se centra la atención educativa en la teoría. Conferencias, charlas y contenidos visuales como videos son estrategias utilizadas aquí. Por último, el enfoque mixto es el que mezcla los dos tipos de aprendizaje y combina teoría con práctica. Es uno de los más utilizados y beneficiosos ya que la complementariedad refuerza los conocimientos y habilidades (Torres, 2022).

Otro método comentado y muy utilizado, es la simulación con pacientes virtuales o con personas reales (actores). En Suiza realizaron un estudio donde estudiantes de medicina debían probar un encuentro con un paciente virtual en 2D a través de una pantalla al que debían notificar una mala noticia. Los estudiantes fueron grabados todo el tiempo de la intervención. De esta manera se cumplían tres objetivos: el entrenamiento de los estudiantes a la hora de dar malas noticias, la autoobservación a través del video y un espacio para la reflexión. Hubo limitaciones generadas por la propia tecnología como la calidad de los propios avatares y la poca diversidad de opciones a preguntar a los pacientes virtuales (Carrard, et al., 2020 como se citó en Torres, 2022)

Del mismo modo, se presentan recomendaciones dadas en cuanto a la docencia en comunicación en salud (Ruiz-Moral, 2003; Makoul, 2001 como se citó en Utor-Fernández, 2019):

- Enseñanza formal, bien estructurada, con objetivos explícitos y con un desarrollo a lo largo del currículum comenzando desde lo más «sencillo» a lo más complejo
- Docencia en grupos pequeños en un clima de confianza que permita la reflexión y crecimiento personal, basado en los principios de aprendizaje de adultos y centrado en el alumnado lo que conlleva a una auto-evaluación y, basado en problemas significativos para los estudiantes
- Metodologías experienciales e interactivas.
- Observación directa o indirecta usando pacientes simulados y reales con filmación
- Observación estructurada usando guías que permita mediciones de las habilidades demostradas.
- Feedback sobre las habilidades observadas.
- Adaptación del contenido a las circunstancias locales.
- Evaluación sumativa que debe incluir observación de entrevistas estudiante-paciente.
- Docentes con experiencia en facilitar/guiar grupos pequeños.
- Debe haber correspondencia entre lo que se enseña en comunicación y en lo que se enseñan en la clínica.

En cuanto a la evaluación de la efectividad al aplicar cualquier de las técnicas antes mencionada, se encuentra que el mecanismo utilizado es la realización de un pre-test y un post-test utilizando instrumentos tales como:

- La Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS.
- Lista de verificación sustentada en la Guía Calgary–Cambridge.

- Encuesta basada en el Modelo Sistémico de la comunicación Humana Interpersonal.
- Lista de verificación adaptada de los elementos esenciales de comunicación de Kalamazoo.
- Cuestionario EHC: Está compuesto por 18 ítems de escala tipo Likert de seis alternativas con categorización cualitativa, siendo 1 el menos frecuente y 6 el más frecuente. Esta evalúa cuatro dimensiones: la comunicación informativa, la empatía, el respeto y la habilidad social (Leal-Costa et al., 2019).

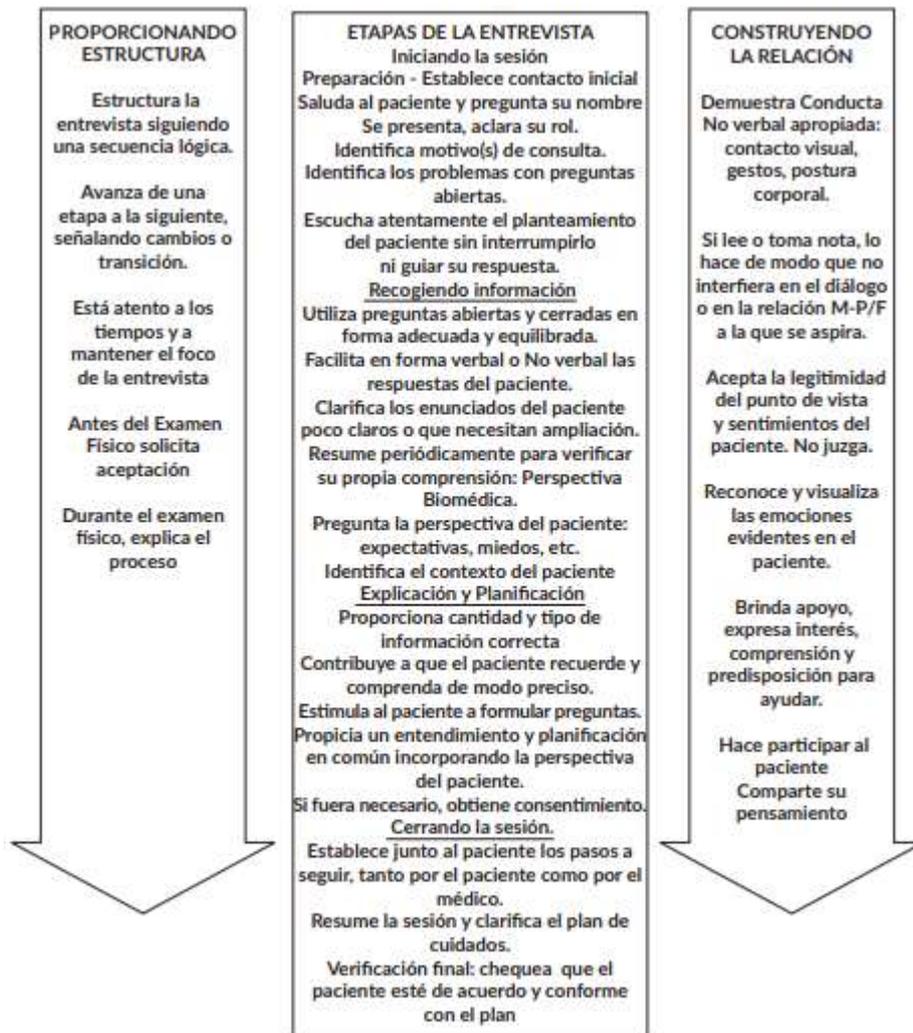
3.4 Estructura y desarrollo de la estrategia de gamificación

Teniendo en cuenta la revisión documental realizada se determinó que la estrategia se enfocará en desarrollar las habilidades de comunicación del personal médico y de enfermería del primer nivel de atención.

Así mismo, se identificó la entrevista médica – Guía de Calgary como el mejor modelo para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de comunicación encaminadas hacia la atención humanizada.

A continuación, se presenta un esquema de la aplicación general de la entrevista médica:

Figura 10. Algunas actividades específicas para cada tarea en la entrevista (adap. de Guías Calgary Cambridge)



Nota. Trotti y Abreo, 2017

Partiendo de lo descrito anteriormente y tomando como referencia el manual de estrategias prácticas (Borrel, 2004) y el manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de medicina del segundo trienio (Galain et al., 2018) se establecieron 16 casos prácticos como parte de la estructura de la estrategia de gamificación.

Tabla 9. Caso 1 – Diagnóstico de enfermedad autoinmune

ID del Caso	1			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	El médico se prepara para dar el diagnóstico a un paciente que hace largo tiempo espera por los resultados; está preocupado por lo que tiene que decir y entiende que va a generar tristeza en su paciente, quien mantenía una esperanza de que fuese una enfermedad reversible. Lo conoce hace ya más de un año y sabe las implicancias que tiene para su vida y sus proyectos. El médico sabe que debe mantener una distancia con su paciente para poder contenerlo mejor en su reacción emocional.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Muy buenos días, Carlos/Carla.	F. Id.	Muy buenos días, señor Martín, pase al consultorio por favor y tome asiento, recuerde que mi nombre es Carlos/Carla y soy su médico/a.
	A. N.	No saluda.	F. A.	Muy buenos días, pase por favor. Mi nombre es Carlos/Carla.
	A. N.	No saluda.	M. A.	Muy buenos días, tome asiento.
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Estuve esperando con ansias estos resultados y finalmente llegó el día. Tengo confianza en que todo saldrá bien, ¡me siento	F. Id.	Entiendo que ha estado esperando mucho tiempo por este diagnóstico y manejamos muchas posibilidades. Recuerde que una de las posibilidades de las que hablamos era que se tratase de una enfermedad

		bastante positivo al respecto!		autoinmune. ¿Prefiere que lo lea o que pase a explicarlo?
			F. A.	Entiendo que ha estado esperando por este diagnóstico, se lo leeré y posteriormente explicaré.
	A. N.	¿Sabe cuánto tiempo he tenido que esperar para estos resultados? Me dijeron que sería rápido, y aquí estoy, semanas después, todavía sin respuestas claras.	M. A.	A continuación, leeré su diagnóstico, tiene una enfermedad autoinmune.
			F. In.	Lo remitiré con otro profesional de la salud que le dé el diagnóstico y le explique.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	¿Es eso, entonces?	F. Id.	Sí. Fue un largo recorrido que hicimos para llegar a este diagnóstico. ¿Cómo se siente ahora?
			F. A.	Así es ¿le gustaría que le explicara ahora?
	A. N.	¿Por qué tardaron tanto en darme el diagnóstico? la atención acá siempre es pésima, nadie hace bien su trabajo.	M. A.	Sí, revisaremos el tratamiento a utilizar.
			F. In.	Si...
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Estoy como en shock. Quiero saber todo, pero me siento muy confundido y no sé si me voy a	F. Id.	Sí, esto es mucha información. Entiendo lo que está sintiendo y lo que significa para usted; podemos conversar de eso ahora y en sucesivas consultas hablar de

		poder acordar de todo esto.		los tratamientos. Es mejor que primero nos ocupemos de cómo se va sintiendo y seguimos hablando de los tratamientos en la siguiente consulta. ¿Está de acuerdo con esto?
			F. A.	Es mucha información, seguiremos hablando en las siguientes consultas.
	A. N.	No quiero saber más al respecto, creo que me voy a ir.	M. A.	Es mucha información, debería tomarse un tiempo para asimilarlo.
			F. In.	Le diré cuál es el tratamiento para que pueda irse.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	De acuerdo doctor, muchas gracias. Hasta luego.		
	A. N.	No dice nada y se va.		

Nota. Adaptado de Galain et al. (2018)

Tabla 10. Caso 2 – Diabetes tipo I en menor de edad

ID del Caso	2			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	El médico se enfrenta a un caso de diabetes tipo I en un menor de edad (6 años) y debe relacionarse con el paciente y sus padres.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Buenos días Dra.	F. Id.	Buenos días a todos ¿Como han estado? ¿cuánto fue el último valor de la medición de la glucosa y el promedio de los

				últimos 15 días? Hola pequeña ¿cómo estás? ¿cómo te has sentido?
			F. A.	Buenos días ¿cómo han visto al niño en los últimos días? ¿Cuál es el promedio de la glucosa de los últimos 15 días?
			M. A.	Buenos días, ¿cómo se ha sentido el niño en los últimos días? ¿qué episodios ha presentado últimamente?
			F. In.	¿Qué ha pasado con el pequeña? ¿cuál es el manejo familiar de la enfermedad?
Recopilación de la Información	A. N.	Se sientan y no saludan.	Paciente	Médico
	A. P.	El padre y la madre informan al médico sobre el histórico de la medición de la glucosa y su percepción sobre el estado de la salud de la niña (respuesta de la mamá).		F. Id.
				F. A.
	A. N.	La madre se toma la palabra, comenta	M. A.	¿Qué valores de glucosa ha tenido en la última semana?

		sobre la medición de la glucosa, las acciones que realiza en el hogar y en el jardín del niño, no deja intervenir al padre, y remite directamente sobre que puede hacer para mejorar el estado de salud del niño.		F. In. ¿Cómo se ha sentido el niño en el último mes?
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Dan indicaciones preciosas de la medición de la glucosa histórico, la relación con los cuidados en casa y el jardín. Permite la participación del otro padre de familia y comentan como se siente el niño y ellos con el proceso y lo que les preocupa, indican claramente en que necesitan ayuda y precisan sobre qué es lo que más les cansa del proceso	F. Id.	Una vez recopilada la información se establece un plan para mejorar el proceso de control, propone mejoras de situaciones familiares y ofrece opciones para trabajar la parte psicosocial del niño, ya que no puede permanecer aislado de la sociedad por su condición, por lo tanto, propone estrategias para mejorar la realidad que viven. Además, explica al niño sobre su enfermedad con material didáctico, para que el niño no solamente entienda lo que tiene sino que comience a tener una mayor autonomía en sus cuidados incentivándolo a la autoconfianza
			F. A.	Propone continuar con el seguimiento de la glucosa, establece que deben mejorar el procedimiento y la calidad de vida del niño, propone que mejoren en el aspecto

				psicosocial del niño. Le explica al niño de su enfermedad con un lenguaje medianamente inapropiado
	A. N.	Dan indicaciones sobre la medición de la glucosa, comenta algunos problemas procedimentales y de convivencia familiar, no permite la participación del otro padre y cierra la conversación	M. A.	Solicita a los padres continuar con la medición de la glucosa, mejorar los cuidados y establecer fronteras de autocuidado, Le explica al niño su enfermedad de manera técnica
			F. In.	Indica que deben continuar con la medición de la glucosa, no establece estrategias para mejorar el aspecto psicosocial del niño ni de los padres y no le explica al niño sobre su enfermedad, los espera en el próximo control
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Recibe la retroalimentación del doctor con agrado, refleja un lenguaje no verbal adecuado y asertivo, asisten sobre las indicaciones del médico y realizan preguntas finales para lograr un mayor entendimiento	F. Id.	Realiza un resumen de lo tratado en la sesión, solicita confirmación de lo entendido, pide que expliquen sus sentimientos frente a lo planeado, pregunta sobre su percepción de lograr acatar las indicaciones dadas
	A. N.	No reciben las indicaciones del médico, infieren que	M. A.	Realiza un resumen de lo tratado en la sesión y se despide

		están cansados del proceso, preguntan que si no existen otras opciones, otros tratamientos más eficientes, y aluden que deben apartar al niño de la sociedad porque esta no le ayuda ni le facilita el proceso	F. In.	Cierra la sesión sin preguntar lo entendido y asegurarse que se comprometen con lo planeado
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Escuchan atentamente el resumen del médico, asientes sobre el entendimiento del plan, preguntan sobre dudas que puedan surgir en la ejecución del nuevo plan y agradecen la atención.		
	A. N.	No escuchan al médico, refutan el plan, indican que no entienden, vuelven a preguntar, concluyen que no estan de acuerdo con el nuevo plan ya que desean un mejor método o tratamiento, exigen una mejor atención del sistema de salud		

Nota. Adaptado de Galain et al. (2018)

Tabla 11. Caso 3 – Adolescente acude a la consulta de control diabetes tipo

ID del Caso	3			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	El médico se enfrenta a un caso de diabetes tipo I en adolescente, no ingresa a consulta con su madre, prefiere ingresar solo.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Buenas tardes Dr.	F. Id.	El médico saluda cordialmente, pregunta ¿cómo ha estado? ¿cómo se ha sentido? pregunta por la madre, porque no lo

				acompaña a la cita y la hace ingresar.
				F. Saluda cordialmente, pregunta A. ¿cómo se ha sentido? ¿cómo la ha pasado? ¿cómo han estado sus niveles de glucosa?
	A. N.	Toma asiento.	M. A.	Saluda cordialmente, pregunta ¿cómo han estado sus niveles de glucosa?
			F. In.	
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Da detalle de cómo se siente, el histórico de su glucosa, su percepción del tratamiento, indica sus sentimientos y como se siente con su familia y su círculo social, incluyendo su colegio	F. Id.	Pregunta si asiste al colegio, como se ha sentido, si se hace control de la glucosa, cual es el histórico, como maneja el proceso de control frente a sus amigos, como es su relación social y familiar. Pregunta como realiza el ajuste de la insulina cuando está en el colegio y si ha sucedido algún evento extraordinario en el colegio; Además, pregunta ¿cuándo sales con tus amigos controlas lo que comes?
			F. A.	Pregunta ¿cómo se ha sentido y cómo es su relacionamiento social? ¿Qué control hace a su glucosa? si ha presentado alguna dificultad para controlar su glucosa en el colegio o cuando sale con sus amigos, pregunta a la madre del seguimiento que ella hace en casa

	A. N.	Responde con sí o no a las preguntas	M. A.	Pregunta cómo se ha sentido y si existe alguna novedad, si ha podido darle manejo fuera de casa.
			F. In.	Pregunta el motivo de su consulta.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Da respuestas precisas y detalladas sobre como ha venido pasando los últimos meses, el control que realiza, el apoyo familiar, como se siente en su círculo social, dificultades entre otros. Es preciso en indicar que posee autonomía y responsabilidad y que sus familiares le apoyan y están pendientes de su salud.	F. Id.	Ahonda en la respuesta del paciente y pregunta la percepción de la madre, pregunta al paciente ¿cómo puede mejorar el tratamiento cuando asiste al colegio y para que se siente bien? Establece estrategias de afrontamiento adecuados y accesibles para la edad del paciente y la etapa, teniendo en cuenta los aspectos psicosociales
			F. A.	Ahonda en las respuestas, se queda con la percepción de cómo se siente y establece el plan de manejo para mejorar los aspectos psicosociales
	A. N.	Indica que todo está bien	M. A.	No ahonda en las respuestas, se queda con la percepción de como se siente y establece el plan de manejo como viene dandos
			F. In.	Establece continuar con el mismo tratamiento y propone nuevo control en 6 meses.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Responde las preguntas del	F. Id.	Le indica que continuaran con el mismo manejo y pregunta si

		médico, asiste con lenguaje corporal		le parece bien y se ven en 6 meses
			F. A.	Le indica que continuaran con el mismo manejo y pregunta si le parece bien
	A. N.	Da respuestas muy cortas y básicas	M. A.	Le indica que continuaran con el mismo manejo
			F. In.	Le indica que debe responder las preguntas para poder darle tratamiento.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Le indica que está de acuerdo, pero realiza preguntas sobre algunos casos especiales en que se siente mal, infiere que aveces siente que el tratamiento no le resulta efectivo.		
	A. N.	Indica que está de acuerdo y se despide		

Nota. Adaptado de Galain et al. (2018)

Tabla 12. Caso 4 – Imagen corporal de mujer en estado de embarazo

ID del Caso	4			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Atención a mujer en estado de embarazo donde se desea conocer aspectos psicológicos, alimenticios y excesos de ejercicio para mantener el aspecto estético			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Buenos días Dra.	F. Id.	Saluda cordialmente, pregunta ¿Cómo ha sentido y viviendo los cambios en su cuerpo?, ¿Cómo se está cuidando? .
			F. A.	Saluda cordialmente, pregunta ¿cómo se ha sentido?

	A. N.	Toma asiento y no saluda.	M. A.	No saluda y pregunta a la paciente ¿cómo se siente?
			F. In.	No saluda y señala el asiento
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Da detalles de cómo se ha sentido, expresa los sentimientos frente a los cambios físicos y psicológicos, transformación en sus hábitos alimenticios, entre otros.	F. Id.	Indaga sobre: ¿Que alimentación está sosteniendo en este periodo? ¿Realiza alguna actividad física?, ¿Con que frecuencia?, ¿Quién le sugirió la dieta?
			F. A.	Pregunta: ¿Que le preocupa del embarazo?, ¿Qué apoyo tiene de su familia? ¿qué piensa de los cambios de su cuerpo, le preocupan?
	A. N.	Responde que se ha sentido bien y no da detalles.	M. A.	Pregunta: ¿Cómo se ha sentido con los cambios en su cuerpo?
			F. In.	Menciona que le preocupa del cambio en su cuerpo.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Ofrece un dialogo sobre la alimentación, los cambios en los hábitos alimenticios, la ejecución de actividad física comenta sobre la intensidad pues no desea engordar "una amiga incrementó 15 kg en embarazo y no quiero engordar y	F. Id.	Pregunta ¿Sabe que él bebe necesita crecer y requiere de una buena alimentación y una actividad física adecuada? El médico explica el proceso metabólico y hormonal y explica las consecuencias de ir a los extremos. Explica el plan de alimentación y de ejercicios que debe ejecutar en cada etapa.
			F. A.	Recomienda: ¿Debes controlar la angustia de engordar? concientiza de la importancia

		además sigo una dieta estricta"		de una alimentación equilibrada y ejercicio moderado.
	A. N.	He cambiado al extremo la actividad física y la alimentación para no engordar	M. A.	Sugiere encontrar un equilibrio entre la alimentación y el ejercicio.
			F. In.	Afirma: Debes controlar tu alimentación él bebe lo necesita, no realices ejercicio extenso
	A.	Paciente	R.	Médico
Cierre de la Sesión	A. P.	Responde que revisará la dieta y realizará ejercicio moderado.	F. Id.	Menciona que no todos los embarazos son iguales y con los cuidados que tenga una vez tenga él bebe podrá recuperar su peso normal y que realizará una transferencia a nutricionista para que pueda ser asesorarla.
			F. A.	Menciona que se verán en el siguiente control.
	A. N.	Responde que no hará dieta y considera que, así como está se encuentra bien ella y él bebé.	M. A.	Responde que se hará lo que ella considere pertinente.
			F. In.	Responde que la verá luego.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Responde: Muchas gracias doctor, usted ha sido muy amable al explicarme el proceso y remitirme al nutricionista para obtener un plan de nutrición.		
	A. N.	Responde: No creo necesitar una nutricionistas, yo tengo bajo control mi alimentación, sale y se va sin despedirse.		

Nota. Adaptado de Galain et al. (2018)

Tabla 13. Caso 5 – Paciente mayor con problemas cardíacos

ID del Caso	5			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Hombre mayor con problemas cardíacos, cirugía hace 6 meses y aún no ha podido estabilizar su presión arterial y paciente diagnosticado con depresión.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Buenos días Dra.	F. Id.	Buen día, ¿cómo estás? ¿cuénteme cómo anda todo? y ¿la presión se ha estabilizado?
			F. A.	¿Cómo se ha sentido? ¿Cuál es su motivo de consulta?
	A. N.	Toma asiento.	M. A.	¿qué ha sucedido, porque viene a consulta nuevamente?
			F. In.	Señala el asiento.
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Bien doctora gracias. La presión va más o menos.	F. Id.	Hace poco nos vimos, Muéstrame los registros de la toma de la presión.
			F. A.	Se ha tomado la presión, dígame el promedio.
	A. N.	Ahí vamos, estoy muy mal y no sé qué hacer, tengo mucho estrés.	M. A.	¿Se tomó la presión antes de venir?
			F. In.	(Observa los registros de presión) ¿si tiene la presión bien, porque ha venido? (pone cara de enojo).
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Presenta los registros de la toma	F. Id.	Determina que, al no tener una convivencia tranquila en su

		de presión en el último mes y comenta el problema que tiene en su casa, sobre unos vecinos que no respetan y molestan con alto volumen a altas horas de la noche y no atienden los llamados de los vecinos, lo cual lo irrita y desea venganza, lo cual no le permite tranquilizarse y altera su presión.		vecindario unido a una actitud poco tolerante, promueve la inestabilidad de la presión arterial, por lo tanto, es imperativo que se tranquilice, busque un lugar más pacífico y trabaje en sus actitudes de tolerancia, debe remitirse a psicología
			F. A.	Debe controlar las emociones, lo remite a psicología para tratar el tema y pide que debe esforzarse por obtener más paz en su hogar.
	A. N.	No ha tomado los registros de presión, tiene solamente los de los últimos dos días, se siente mal y comenta la situación estresante que está viviendo en casa.	M. A.	Le aconseja que debe calmarse, controlar las emociones y pide que venga con un familiar para tratar el tema
			F. In.	Le sugiere que cambie de vecindario y lo cita el próximo mes para un control.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Muchas gracias doctor por sus consejos, si necesito la atención psicológica para mejorar mi calidad de vida y la salud.	F. Id.	Realiza un resumen de la sesión, indica remisión a psicología, indica que debe continuar tomando la presión, tomarse los medicamentos y sugiere un ambiente más pacífico y no involucrarse en problemas que lo puedan alterar.

			F. A.	Realiza un resumen y da indicaciones de atención psicológica.
	A. N.	Yo no tengo problemas psicológicos, yo puedo manejar la situación, el problema es la demás gente que son irrespetuosos y no son considerados	M. A.	Debe pedir la cita con psicología urgente y mejorar sus actitudes.
			F. In.	Continúe tomándose la presión, nos vemos en un mes
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P.	Muchas gracias doctor por las consideraciones, asistiré a la cita psicológica y hablaré con mi familia para que me ayuden a controlar la situación.		
	A. N.	Gracias doctor, nos vemos en un mes, pero no iré a psicología ese problema en el vecindario lo solucionó este mes.		

Nota. Adaptado de Galain et al. (2018)

Tabla 14. Caso 6 – Paciente de 62 años con malos hábitos de salud

ID del Caso	6			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Paciente de 62 años, masculino, con complicaciones cardíacas, con dos estents, con diabetes y con descontrol en la alimentación, picotear dulces varias veces al día			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Buenos días Dr.	F. Id.	Buen día, ¿cómo está?, ¿Cómo se ha sentido? ¿Cuál es el motivo de consulta?
			F. A.	¿Buenos días, ¿Cómo se ha sentido?

	A. N.	No dice nada y se sienta.	M. A.	¿Qué lo trae por aquí?
			F. In.	¿Ya ha podido controlar los antojos?
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Bien doctor, aunque aún no he podido controlar mi pensamiento y continúo comiendo dulces en cualquier momento	F. Id.	¿Se ha medido la presión y la glucosa? ¿qué siente?, ¿porque es incontrolable la ingesta de dulces? cuénteme que hace cuál es su rutina.
			F. A.	Cuénteme ¿cuál es su rutina diaria?
	A. N.	Bien doctor, aunque aún no he podido controlar mis pensamientos y continúo comiendo dulces en cualquier momento	M. A.	¿Por qué cree que no puede controlar sus impulsos?
			F. In.	¿Se ha hecho el control de glucosa y presión cardiaca?, debe hacer un esfuerzo para controlar los impulsos de comida dulce, piense en su salud o lo remito a psicología
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Presenta los registros de la toma de presión y glucosa y comenta el detalle de su rutina, donde indica que siempre ve TV y cada vez que se mueve siente el deseo de comer algo dulce, camina a la cocina y come una galletita o cualquier dulce que posea y esto lo repite varias veces al	F. Id.	Te voy a enseñar una técnica de meditación y respiración para mejorar la ansiedad, debes controlar el asocio que tienes con el movimiento y la comida, puedes moverte. Y cuando sientas ganas de comer respira y medita por unos minutos, piensa en otras cosas y cambias la rutina. Debes continuar con el registro de presión y glucosa, le explica el tema de la alimentación y lo espera en el siguiente mes para un control, pide que asista con un familiar

		día. en su casa nadie se da cuenta de sus movimientos.		para explicar los controles siguientes las mejoras.
			F. A.	Debes continuar con el registro de presión y glucosa, le explica el tema de la alimentación y lo espera en el siguiente mes para un control, pide que asista con un familiar para explicar los controles siguientes las mejoras.
	A. N.	No he tomado los registros de presión y glucosa, sin embargo, me he sentido mareado y se me adormecen las extremidades, indica que solo se le pasa el malestar al comer un dulce o galletita (asocia la solución a comer)	M. A.	Es necesario que evalúe su comportamiento y cuanto daño puede hacerle para que tome cartas en el asunto.
			F. In.	Lo remito a psicología para que te ayuden a controlar la ansiedad. Tome la orden.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Lo intenta en ese momento de la sesión para aprender la técnica y se compromete con el tratamiento y concientizarme del problema.	F. Id.	Realiza un resumen de la sesión, indica, repasa la técnica de respiración y meditación. indica que debe continuar tomando la presión y glucosa, tomarse los medicamentos
			F. A.	Repase la técnica de respiración y meditación. indica que debe continuar tomando la presión y glucosa, tomarse los medicamentos
	A. N.		M. A.	Realiza un resumen y da indicaciones de atención psicológica. Forma

		No tengo problemas con la ansiedad, la comida me mejora		medianamente aceptable. Debe pedir la cita con psicología urgente y mejorar sus actitudes.
			F. In.	Continúe tomándose la presión y glucosa, controla la ansiedad que esto es mental, nos vemos en un mes. No olvide pedir la autorización para la cita de psicología.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P.	Muchas gracias doctor por las consideraciones, realizaré las técnicas y espero traerle nuevos resultados y mejoras en mi condición.		
	A. N.	Gracias doctor, nos vemos en un mes, trataré de seguir sus indicaciones		

Nota. Adaptado de Galain et al. (2018)

Tabla 15. Caso 7 – Atención a cuidador de paciente terminal

ID del Caso	7			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	El profesional en salud atiende a un cuidador de un paciente terminal. El proceso se alarga y aparecen emociones ambivalentes, el cuidador quiere rendirse.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Enfermera
	A. P.	Muy buenos días.	F. Id.	Buenas tardes, Jorge. Siga tome asiento, por favor. Como ya lo sabe soy la enfermera Camila.
	A. N.		F. A.	Muy buenas tardes, pase por favor. Mi nombre es Camilo.
	A. N.		M. A.	Buenas tardes, tome asiento.

		El familiar del paciente asiente con la cabeza.	F. In.	Señala los asientos.
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Enfermera
	A. P.	Saber que mi familiar está en fase terminal es una situación muy difícil.	F. Id.	(Empatiza dejando un poco de silencio para dar un ritmo lento a la entrevista) Llevas ya bastante tiempo aguantando en casa mucha responsabilidad y mucho trabajo.
			F. A.	Entiendo lo que te sucede, llevas bastante tiempo aguantando.
	A. N.	Es una situación insoportable. Estoy a punto de estallar.	M. A.	Entiendo lo que está pasando, ahora tienes que aguantar un poco más.
			F. In.	Tienes que aguantar. Ya tendrás tiempo para quejarte y lamentarte.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Enfermera
	A. P.	Me pondría a llorar, a chillar, siento que no podré sobrellevar más esto... A veces pienso que soy mala persona porque desearía que se acabara todo, que dejara de sufrir.	F. Id.	(Permite y apoya las emociones) Aunque sólo sea decir lo que ahora dices ya es bueno para ti, ya supone desahogarte un poco... Cuando quieres a una persona y le ves sufrir, tienes todo el derecho a decir que tus fuerzas están al límite. Además, tienes pensamientos normales que se presentan ante estas situaciones.
			F. A.	Son pensamientos muy normales, sobre todo cuando el

				peso de toda la situación recae sobre ti.
	A. N.	No tengo que aguantar nada. Me noto fatal porque no puedo hacer nada, ni para que se ponga bien, ni para que al menos acabe con tanto dolor. Lo único en lo que puedo pensar, es en la muerte y que todo termine ya.	M. A.	Son pensamientos muy normales en este tipo de situaciones.
			F. In.	No tienes motivos para pensar en la muerte. Tú madre aún puede vivir. Mientras hay vida hay esperanza.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Enfermera
	A. P.	Ella siempre ha sido muy buena conmigo, y yo ahora pienso que sería mejor que se muriera. No son pensamientos normales, ni buenos, soy una mala persona (familiar del paciente sollozando).	F. Id.	(ofreciendo un pañuelo, saca importancia a la ambivalencia afectiva): Lo que cuenta no es lo que pienses, sino lo que estés haciendo. Tu papel, además, ha sido fundamental. Si no hubiera sido por ti le habiéramos tenido que ingresar, y en un hospital no estaría tan bien atendido como en casa. De eso no te quepa la menor duda. Descansa un poco (la enfermera lo toma de la mano y se despide).
			F. A.	Lo que cuenta es que has sido incondicional con ella y les has dado todos los cuidados requeridos. Te sugiero descansar.
	A. N.	¿Cuál vida? ¿Cuál esperanza? No	M. A.	Te recomiendo tomar un descanso.

		recuerda que ella morirá pronto.	F. In.	Deja de hacer tantas preguntas y vete a descansar.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P.	Muchas gracias por su apoyo, tendré en cuenta su recomendación e iré a descansar un poco. Hasta pronto.		
	A. N.	No quiero descansar ¿no entiende que me siento fatal? (Se va enojado).		

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 16. Caso 8 – Paciente con múltiples dolencias

ID del Caso	8			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Los pacientes suelen acudir una media de seis veces al año a los servicios de salud. Sin embargo, un 20 % de ellos consumen el 60 % de nuestros recursos materiales (tiempo, medicamentos y exploraciones complementarias). La tendencia actual es a considerar que todos ellos tienen buenos motivos para hacerlo, y que, en todo caso, el reto para bajar su hiperfrecuentación y el estilo de polidemandas, recae sobre el equipo de salud.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Muy buenos días doctor (sacando una lista). Doctor, hoy le traigo todo bien apuntado, porque siempre me dejo cosas.	F. Id.	Muy buenos días, señora Daniela, pase al consultorio por favor, tome asiento, me presento soy el doctor Carlos.
			F. A.	Muy buenos días, pase por favor y tome asiento.
	A. N.	No saluda y saca una lista.	M. A.	Buenos días, siga.
			F. In.	No realiza ningún tipo de saludo o gesto.
	A.	Paciente	R.	Médico

Recopilación de la Información	A. P.	Doctor quiero leer cada punto ¡todos son importantes!	F. Id.	Si me lo permite lo leemos juntos. Me trae 10 puntos, pero hoy, con suerte, podemos ver en el tiempo de que disponemos un par o tres... ¿cuáles le parecen más importantes?
			F. A.	Lo celebro, nos va muy bien que lo traiga ordenado. Revisaremos juntos.
	A. N.	Pues yo estoy muy mal, ya lo verá, doctor, yo así no puedo continuar, todo lo que traigo en la lista me está enfermando... Primero tengo el tema de las piedras de los mareos. Estoy tomando las vitaminas y supongo que no me están haciendo bien ¿no?	M. A.	No sé si vamos a tener tiempo para tantas cosas, señora, intentaremos terminar la lista (hace un gesto de desagrado).
			F. In.	Solo hay tiempo para una cosa señora, decida cuál es la más importante (hace un gesto de desagrado).
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Bueno doctor entonces estas son las tres molestias que más me aquejan, tos, mareos y dolor de cabeza. Aunque también requiero revisión de mis almorranas, pero supongo que será en otra ocasión.	F. Id.	Y por esto mismo le daré visita la próxima semana, para ver el resto. Por lo pronto, estas son las medicinas que tomará para el dolor de cabeza, tos y mareos.
			F. A.	Por lo pronto, estas son las medicinas que tomará para el dolor de cabeza, tos y mareos. Espero verlo en una próxima consulta.

	A. N.	Pero he oído decir que... ¡Ah!, por cierto, doctor, lo siento mucho, pero hoy tendrá que mirarme el culote porque tengo las dichas almorranas como nunca. Revise todo, no puedo elegir una sola cosa.	M. A.	(El médico procede a examinar al paciente con dos o tres aspectos que él mismo ha priorizado). Debe tomar los siguientes medicamentos, revisaremos lo demás en una próxima oportunidad.
			F. In.	En general observo que va bien, no hay ningún problema, no hay de que quejarse y exagerar las molestias (Hace un gesto de enfado).
	A.	Paciente	R.	Médico
Cierre de la Sesión	A. P.	Bueno doctor entonces como le comenté esas son las tres molestias que más me aquejan.	F. Id.	Bueno. Esto merece una buena visita. Quiero verla en unos 10 días, mire, le hago un hueco en mi agenda, aunque la tengo muy llena, ...Veremos ese punto y otros dos problemas de la lista. ¿Le va bien este día?... De acuerdo, la veo en la próxima consulta, buen día.
			F. A.	Esto merece una buena visita. Quiero verla en unos 10 días. Que tenga un buen día.
	A. N.	Doctor, pero he oído decir que este conjunto de síntomas es muy grave. Exijo que revise cada punto de la lista.	M. A.	Aclaremos después las dudas sobre lo que ha oído. Dejaremos hasta aquí, lo veo en la siguiente consulta. Buen día.
			F. In.	No importa lo que haya oído decir, ya le digo que está bien. Hasta luego.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Muchas gracias Dr., seguiré el tratamiento indicado y volveré en 10 días, hasta luego.		

	A. N.	Nunca atienden todas mis molestas (hace un gesto de enojo y se sale del consultorio sin despedirse).
--	----------	--

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 17. Caso 9 – Paciente que no sabe describir sus síntomas

ID del Caso	9			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	El paciente ingresa al consultorio y al realizarle la entrevista no sabe con exactitud cómo describir sus síntomas.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Gracias doctor, buenas tardes.	F. Id.	Muy buenos tardes señor Pablo, pase al consultorio por favor y tome asiento, recuerde que mi nombre es Andrés y soy la persona que lo acompañará en la cita el día de hoy
			F. A.	Muy buenos días, pase por favor y tome asiento
	A. N.	No saluda.	M. A.	Muy buenos días, tome asiento
			F. In.	No se realiza saludo inicial
	Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.
A. P.		Doctor me gustaría contarle qué sucede.	F. Id.	Claro que sí, cuénteme ¿por qué motivo ha venido el día de hoy?
			F. A.	¿Qué la trae el día de hoy por aquí?
A. N.		Mira al doctor	M. A.	Entonces ¿Cuál es el motivo de consulta?
			F. In.	¿Cuál es el motivo de consulta? Sea breve

	A.	Paciente	R.	Médico
	Explicación y Planificación	A. P.	Doctor, por la noche orino mucho. Lo que ocurre es que me pongo nerviosa y me tengo que levantar.	F. Id.
			F. A.	¿Hay algún motivo por el cual se ponga nerviosa?
A.		Doctor, por la noche orino mucho, pero no entiendo qué me sucede.	M. A.	¿Por qué se pone nerviosa?
N.			F. In.	Debería tener claro qué le sucede a su cuerpo, así es imposible seguir con la consulta.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	En realidad, me cogen unos nervios en las piernas que si no me levanto... exploto.	F. Id.	Entiendo... si no se levanta explotaría. Probablemente tenga síndrome de las piernas inquietas y esto deriva en las ganas constantes de orinar. Para verificar qué sucede le mandaré unos exámenes médicos, los resultados los trae en la próxima cita y de acuerdo con esto estableceremos el paso a seguir ¿de acuerdo?
			F. A.	Entiendo, si no se levanta explotaría, probablemente tenga síndrome de piernas inquietas, le mandaré exámenes médicos.
	A.	No, no tengo ningún motivo y tampoco he identificado algún síntoma en particular.	M. A.	Probablemente tenga síndrome de piernas inquietas, le mandaré exámenes médicos.
	N.		F. In.	Pues vaya lío, así no hay quien se aclare.

Salida del Paciente	A.	Paciente
	A. P	De acuerdo doctor, me tomaré lo antes posible los exámenes, gracias. Adiós.
	A. N.	Volveré otro día, no estoy de acuerdo con esperar hasta sacar los exámenes para definir un tratamiento.

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 18. Caso 10 – Paciente con resistencia a entrar en el ámbito mental

ID del Caso	10			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Paciente con resistencia a entrar en el ámbito mental no equivale a una prohibición. En realidad, los pacientes que más resistencias muestran suelen ser los que más necesitan este tipo de abordaje. Es un paso doloroso que debe transitarse con tacto y una técnica apropiada.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Buenas tardes Dra. ¿Cómo le va?	F. Id.	Buenas tardes (le da la mano al paciente) ¿Qué le trae por aquí?
			F. A.	Muy buenos días, pase por favor y tome asiento.
	A. N.	Se sienta (su cara está triste).	M. A. F. In.	Muy buenos días, tome asiento. No realiza el saludo.
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Últimamente tengo unos mareos muy fuertes que me dan de vez en cuando.	F. Id.	Si lo he entendido bien, tiene una sensación de mareo repentina, de apenas unos segundos, como si fuera a perder el equilibrio, que le

		Para mí que tengo algo en los oídos.		ocurre en cualquier sitio ¿es así?
			F. A.	Entonces presenta mareos constantes con dolor de oídos y desequilibrio ¿verdad?
	A. N.	Tengo unos mareos muy fuertes a diario, ya no los soporto	M. A.	Aparte de esto, ¿alguna cosa más? ¿Ha notado pérdida de audición?
			F. In.	La revisaré, debe ser un simple dolor de oído.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	En efecto, eso es lo que sucede.	F. Id.	¿Diría usted que descansa peor? ¿De estado de ánimo cómo se ha sentido?
			F. A.	¿Cómo se ha sentido de estado de ánimo? ¿Tiene algún problema personal?
	A. N.	No, no es solo un dolor de oído esporádico ¿no entiende que llevo meses así?	M. A.	¿Cómo se ha sentido últimamente? ¿Está de bien o mal ánimo?
			F. In.	Si, obviamente entiendo y por eso lo revisaré para poder recetar medicamentos para el mareo y dolor de oídos.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	En el presente, ilusiones lo que se dice ilusiones, bien pocas. ¡Mi esposa me ha dejado después de 15 años de matrimonio! Pero no creo que esto tenga que ver	F. Id.	Nadie dice que sean nervios, pero en todo caso es un aspecto más del ser humano, su estado de ánimo, las ganas de hacer cosas, las ilusiones que ahora mismo pueda usted tener...Todo eso también me interesa. Si usted está de acuerdo, tendremos más consultas y lo remitiré con un

		con mi estado de ánimo o nervios.		profesional en psicología que nos apoye con el diagnóstico. Quedo atento a cualquier duda (le da la mano y se despide).
			F. A.	Nadie dice que sean nervios, en todo caso nuestro cuerpo físico también se ve afectado por nuestra estabilidad mental, si está de acuerdo lo remitiré al área de psicología (le da la mano y se despide).
	A. N.	Nada de lo que usted menciona tiene sentido (cara de enojo).	M. A.	Nadie dice que sean nervios, en todo caso nuestro cuerpo físico también se ve afectado por nuestra estabilidad mental, lo remitiré al área de psicología para que asista cuanto antes (le da la mano y se despide).
			F. In.	De acuerdo, pasemos a la camilla, deseo explorarle para verificar cómo se encuentran sus oídos y recetarle algún medicamento.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Listo doctora, sacaré las citas con usted y el profesional en psicología, hasta luego, lo veo después.		
	A. N.	No quiero asistir con ningún psicólogo, no estoy loco (Se levanta del asiento y se va)		

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 19. Caso 11 – Petición de baja de un paciente

ID del Caso	11
Descripción del Caso	

Fase del Caso	Petición de baja de un paciente en un contexto de no abuso (es decir, no ha pedido antes que no se le dé de baja).			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Doctor, todo esto está muy bien, pero yo necesito la baja.	F. Id.	Tiene un resfriado por fortuna no muy fuerte, que podemos tratar con las siguientes medidas...
			F. A.	Tiene un resfriado no muy fuerte, seguiremos este tratamiento y ya podrá hacer su vida normal...
	A. N.	Me siento fatal, necesito la baja o sino solicito otro médico que si la apruebe.	M. A. F. In.	Tiene un resfriado leve, tome las siguientes medidas... Tiene un resfriado no muy fuerte, puede trabajar de inmediato sin problema, no es necesario ningún tratamiento, ni traer a ningún otro médico.
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Pero y ¿si podré realizar mi trabajo?	F. Id.	¿Cuál es su trabajo? Cuénteme a detalle sobre sus actividades.
			F. A.	¿Cuál es su trabajo? Podría decirme brevemente ¿en qué consiste?
	A. N.	Exijo que me dé la baja ya mismo.	M. A. F. In.	¿Cuál es su trabajo? No le daré la baja y no insista, usted se encuentra bien ¿en qué trabaja?
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Trabajo en una carnicería. Tengo	F. Id.	Bien, puede que tenga razón...Analizaremos la

		que entrar en la cámara frigorífica... usted me dirá.		situación y le daremos algunos días de reposo.
			F. A.	De acuerdo, revisaré el caso y le daré el dictamen en unos minutos.
	A. N.	Eso a usted no le importa, yo solo necesito que me dé la baja.	M. A.	Revisaré el caso y le daré el dictamen en unas horas.
			F. In.	Normalmente un resfriado de este tipo suele pasarse haciendo vida normal...No le daré la baja, no insista.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Gracias doctor, me conozco y sé que si retomo labores en un par de días voy a estar fatal	F. Id.	Voy a dejar firmada su alta con fecha del próximo 5 de noviembre. Eso quiere decir que el día 6 tiene que estar trabajando, porque el alta ya estará firmada y no se podrá tocar ¿lo entiende? ¿Es usted persona que le guste cumplir con los tratos?
			F. A.	Voy a dejar firmada su alta con fecha del próximo 5 de noviembre. Eso quiere decir que el día 6 tiene que estar trabajando, porque el alta ya estará firmada y no se podrá tocar ¿lo entiende?
	A. N.	Entienda que necesito la baja, llame ya a otro doctor (grita y pone cara de enojo).	M. A.	Voy a dejar firmada su alta con fecha del próximo 5 de noviembre. Eso quiere decir que el día 6 tiene que estar trabajando.

		F. In.	No firmaré la baja, no me interesa lo que usted piense y si quiere llame a otro médico.
Salida del Paciente	A.	Paciente	
	A. P	Sí, doctor. Lo entiendo y por supuesto que cumpliré con el trato.	
	A. N.	Requiero más tiempo, esto no es justo (cara de enfado).	

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 20. Caso 12 – Paciente de 55 años con diagnóstico de cáncer de colon

ID del Caso	12			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Paciente de 55 años con diagnóstico de cáncer de colon, que luego de la cirugía debe realizar quimioterapia.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Muy buenas tardes, Dra. Gracias.	F. Id.	Buenas tardes (le da la mano al paciente), mi nombre es la Dra. María y lo atenderé el día de hoy.
			F. A.	Muy buenos días, pase por favor y tome asiento.
	A. N.	No saluda (hace cara de enfado).	M. A.	Muy buenos días, tome asiento.
			F. In.	No realiza el saludo.
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Dra. Me podría por favor indicar qué debo hacer ahora.	F. Id.	Según la anatomía patológica, el tratamiento que debemos realizar es una serie de quimioterapias. ¿Le gustaría

				que le explicara un poco más sobre el proceso?
			F. A.	Según la anatomía patológica, el tratamiento que debemos realizar es una serie de quimioterapia.
	A. N.	¿Para qué me agendaron esta cita?	M. A.	Después de la operación le realizaremos una serie de quimioterapias.
			F. In.	Pase a recepción y pida la autorización para empezar las quimioterapias.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Dra estoy muy cansado, no deseo volver a realizarme una quimioterapia. Pero, si explíqueme.	F. Id.	¿Por qué no quiere hacer quimioterapia? Le explicaré a detalle en qué consiste el procedimiento. La quimioterapia es...
			F. A.	Cuénteme ¿qué sucede?
	A. N.	No me haré mas quimioterapia, es una pérdida de tiempo.	M. A.	Le explicaré en qué consiste la quimioterapia en esta fase y usted decide qué es lo mejor para su salud.
		F. In.	Pero ¿cómo que no quiere? Es lo mejor para poder tratar su enfermedad; hay muchos medicamentos para aliviar los efectos adversos.	
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Es horrible. Una vecina hizo quimioterapia y pasó muy mal, adelgazó, se le cayó	F. Id.	No puedo comparar su caso con el de su vecina porque desconozco qué tipo de enfermedad tenía, pero recuerde que ya estuvimos

		el pelo y, al final, se murió.		hablando de las razones de por qué hacer la quimioterapia en su caso y lo que esto le puede ayudar para mejorar su pronóstico. Lo que podemos hacer es que comience con una serie de quimioterapia y vea cómo la tolera. Podemos ir probando y usted ahí decide si quiere continuar con el tratamiento, ¿le parece?
			F. A.	Lo que podemos hacer es que comience con una serie de quimioterapia y vea cómo la tolera. Podemos ir probando y usted ahí decide si quiere continuar con el tratamiento, ¿le parece?
	A. Simplemente no N. quiero y no volveré.	M. A.	¿Le parece si probamos con una serie de quimioterapias?	
		F. In.	Vuelva el martes a la consulta y le indicamos fechas de las quimioterapias y qué medicamentos debe tomar para seguir con el tratamiento.	
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Bueno, eso puede ser, entonces pruebo con una y vemos cómo me va. Hasta luego Dra. Gracias.		
	A. N.	No estoy de acuerdo y no diré más al respecto (se sale del consultorio)		

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 21. Caso 13 – Paciente con problemas psicosomáticos

ID del Caso	13			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Sería el caso de una mujer de 48 años, que perdió a su hija de 19 años en un accidente de circulación. Desde entonces ha realizado múltiples consultas a diferentes profesionales por dolores etiquetados como funcionales o psicosomáticos. Hoy le atiende por primera vez un enfermero que sabe sortear algunas resistencias.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Enfermero
	A. Muy buenas tardes P. enfermera.		F. Id.	Muy buenas tardes, señora Luz, un gusto conocerla, soy el enfermero Diego y hoy la acompañaré en la consulta.
			F. A.	Muy buenas tardes, señora, un gusto conocerla, tome asiento
	A. Toma asiento en N. silencio.		M. A.	Muy buenas tardes, señora, tome asiento
		F. In.	Le señala que tome asiento	
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Enfermero
	A. P. Últimamente me he sentido con muchos dolores en el cuerpo. ¿Podría hacer algo por mí?		F. Id.	Veó en su historial le hicieron una resonancia magnética de la espalda ¿cómo se siente? Parece que está usted sufriendo mucho. Algo hay ¿verdad?
			F. A.	Veó en su historial le hicieron una resonancia magnética de la espalda ¿cómo se siente el día de hoy?
A. N.	No soporto el cuerpo, ningún	M. A.	Veó en su historial le hicieron una resonancia magnética de	

		médico me ha ayudado.		la espalda ¿cuénteme qué la trae por aquí?
			F. In.	Revisaré su espalda y le diré los ejercicios a realizar.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Enfermero
		No sé por qué me he acordado de mi hija. Murió hace cuatro años de un accidente. Estoy fatal de la espalda. A. Me dijeron que P. usted me enseñaría unos ejercicios, pero no sé qué tengo peor, si la espalda o el sistema digestivo (La paciente se pone a llorar).		(La enfermera le ofrece un pañuelo a la paciente). Si usted quiere no lo volveremos a hablar, pero tenga en cuenta que todos los síntomas digestivos y artrósicos arrancan justamente de hace cuatro años. En otras palabras, su vida parece que dio un giro hace cuatro años. A veces un dolor tan importante como el que me cuenta se expresa a través del cuerpo, y debidamente tratado por un especialista en salud mental podría mejorar mucho. ¿Ha considerado alguna vez esta posibilidad? Por supuesto, sólo hablaremos de lo que usted guste, pero ha sido muy positivo que usted me comentara este suceso para comprenderla un poco más. A veces, no sólo nos duele la artrosis, también un dolor moral muy profundo puede afectarnos el sueño, la musculatura, el sistema digestivo, en fin, todo el cuerpo. Ha sido muy positivo que se atreviera a decirme esto, pienso que ahora se encontrará un

				poco mejor. Y no volveremos a hablar de ello hasta que usted lo estime oportuno.
	A. N.	Ya le dije que no soporte ninguna parte de mi cuerpo, revíselo todo.	M. A.	Me pregunto si este dolor le está diciendo a usted alguna cosa... No es necesario que me lo responda ahora, sencillamente quisiera que reflexionara sobre ello y me lo comenta en una próxima visita. Es decir, ¿qué significado tiene para mí este dolor, que me hace pensar o me impide pensar, ¿qué me hace sentir o me impide sentir?
			F. In.	Entonces le mandaré terapias para esos dolores y ya con eso será suficiente.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Enfermero
	A. P.	Tal vez tenga razón enfermero, atenderé sus recomendaciones y empezaré a tratarme con un especialista en salud mental.	F. Id.	Señora Luz le daré la autorización para que se remita al especialista, espero verte pronto también en consulta conmigo, trabajaremos de la mano con el profesional de salud mental. Que tenga un buen día.
			F. A.	Señora Luz le daré la autorización para que se remita al especialista, espero verte pronto también en consulta conmigo, trabajemos los tres de la mano para mejorar.
	A. N.	Usted no sabe de lo que habla, solo dígame qué	M. A.	Señora Luz le daré la autorización para que se remita al especialista, espero verte

		ejercicios debo realizar.		pronto también en consulta conmigo Forma Inaceptable: Le da solo tratamiento para los dolores físicos.
			F. In.	Además de la terapia, le recetaré los siguientes medicamentos que debe tomarse cada 12 horas, hasta luego.
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Atenderé sus recomendaciones para mejorar y volveré pronto, gracias por todo enfermero, buen día.		
	A. N.	Lo mismo de siempre, medicamentos y terapias, no saben hacer más (sale con cara de enojo y sollozando).		

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 22. Caso 14 – Paciente enojado

ID del Caso	14			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	Un paciente se encuentra enfadado durante la consulta			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Buenos días (tiene cara de enojo)	F. Id.	Muy buenos días, señor Camilo, tome asiento
			F. A.	Muy buenos días, señor Camilo
	A. N.	Cierra la puerta fuerte y se sienta.	M. A.	Buenos días, señor
			F. In.	No saluda

Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Tengo un dolor de espalda que me está matando doctor.	F. Id.	¡Vaya!, lo lamento... (Clarificar el motivo de consulta) ¿Era éste el motivo de la consulta de hoy?
			F. A.	¡Lo siento! ¿Cuál sería entonces el motivo de su consulta?
	A. N.	Estoy enfadado con usted. Haga algo, siempre me dan los mismos medicamentos para la espalda y eso no sirve.	M. A.	¿Era éste el motivo de la consulta de hoy?
			F. In.	Yo también estoy enfadado con usted. Tengo aquí apuntado que no ha tomado las pastillas de la presión, ni las del azúcar.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	No, además vengo porque estoy muy nervioso y no duermo por la noche, estoy hartó.	F. Id.	Si lo entiendo bien viene por el dolor de espalda, los nervios y porque no puede dormir...
			F. A.	Comprendo, viene por el dolor de espalda y los nervios.
	A. N.	Pues a ver qué hacemos, estoy fatal, oiga usted. Ni con los supositorios, ni con las pastillas. A ver si con unas inyecciones, una radiografía o algo... lo que sea.	M. A.	Entiendo ¿Tiene alguna otra dolencia?
			F. In.	No me extraña como me viene. Mientras no me haga caso no iremos a ninguna parte.
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Eso es. Estoy enfadado, ¿eh?	F. Id.	Pues vamos a lo importante, que es mejorarle a usted los dolores y los nervios... Le enviaré estos medicamentos para que se alivie su dolor de espalda y por favor saque otra

			consulta para analizar más a fondo el tema de los nervios, probablemente se relacione con el problema de espalda señor ¿está usted de acuerdo?
			Trataremos los síntomas relacionados al dolor de cabeza ,le formularé estos F. medicamentos y debe sacar A. otra cita para revisar el tema de los nervios ¿está bien para usted? ¿Requiere que le explique algo?
	A. N.	Yo caso le hago todo el que sea necesario, pero al menos a ver si me saca el dolor ese que tengo aquí (señala cervicales), porque todo eso que me da no sirve para el dolor.	M. A. le formularé estos medicamentos y debe sacar otra cita para revisar el tema de los nervios ¿está bien para usted? ¿Requiere que le explique algo?
			F. In. ¿Quién le ha dicho que no sirve para el dolor? ¡Claro que sirve para el dolor! ¿Quién le ha dicho que no? Le sugiero que mejor tome una cita con otro doctor, hasta luego.
Salida del Paciente	A.	Paciente	
	A. P	Ya me siento un poco más tranquilo, estoy de acuerdo, hasta luego Dr.	
	A. N.	Sigo enfadado y no esperaré por más doctores (El paciente se va).	

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 23. Caso 15 – Paciente con pocos meses de vida

ID del Caso	15			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	El paciente con pocos meses de vida.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Llega triste y no saluda.	F. Id.	Le veo muy preocupado Señor Alejandro.
			F. A.	¿Qué le sucede señor Alejandro?
	A. N.	No saluda (toma asiento).	M. A.	¿Le gustaría contarme por qué está preocupado señor Alejandro?
		F. In.	Tome asiento y hablamos sobre su condición actual.	
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Es verdad, esto cada vez va a peor, y yo hago todo lo que ustedes me dicen. No sé aquí lo que falla, si ustedes o yo.	F. Id.	Tiene toda la razón del mundo de estar decepcionado. La verdad es que las medicinas no están haciendo todo lo que nosotros quisiéramos que hiciesen.
			F. A.	Comprendo, realmente las medicinas no están cumpliendo su trabajo.
	A. N.	Estoy realmente angustiado y desesperado. No soporto más citas médicas y hospitales, ningún medicamento funciona.	M. A.	La verdad es que las medicinas no están haciendo todo lo que nosotros quisiéramos que hiciesen.
		F. In.	Nosotros como profesionales de la salud nunca fallamos (pone cara de arrogancia).	

Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Lo que yo tengo me parece que va a acabar conmigo, a mí me parece que no me voy a curar ¿verdad?	F. Id.	Creo que por desgracia tiene usted razón.
			F. A.	Infelizmente usted tiene razón.
	A. N.	Si nunca fallan ¿entonces por qué el tratamiento no funciona? (pone cara de enojo)	M. A.	Tiene usted toda la razón (silencio incómodo, el médico agacha la cabeza)
		F. In.	Debemos esperar un poco más para saberlo señor (cara de miedo porque saber que está mintiendo y al paciente le quedan pocos meses de vida).	
Cierre de la Sesión	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Usted, doctor, sinceramente... ¿cree que tengo para mucho? pienso que debo tener al menos uno o dos años, ¿no?	F. Id.	Bien, sí, algo así. Tal vez yo estaría pensando más en meses que en años.
			F. A.	De acuerdo con los exámenes médicos, usted tiene razón, sin embargo, serían algunos meses y no años.
	A. N.	¿Esperar más? ¿Le parece poco lo que he tenido que esperar?	M. A.	Bien, sí, algo así. Tal vez yo estaría pensando más en meses (el médico pone cara de tristeza).
		F. In.	Todavía no lo sabemos con certeza (el médico levanta su voz).	
Salida del Paciente	A.	Paciente		
	A. P	Entiendo Dr. Gracias por su sinceridad, aprovecharé estos meses que me quedan (el paciente está sollozando). Lo veré luego, adiós.		

	A. N.	El paciente sale del consultorio y no escucha más al médico.
--	----------	--

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Tabla 24. Caso 16 – Paciente fibromiálgico que no comprende su enfermedad

ID del Caso	16			
Descripción del Caso				
Fase del Caso	El paciente fibromiálgico que no entiende en qué consiste su enfermedad.			
Inicio	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Muy buenas tardes Dra.	F. Id.	Muy buenas tardes, señora, mi nombre es Cecilia y soy su doctora el día de hoy.
			F. A.	Muy buenas tardes, señora, tome asiento.
	A. N.	No saluda.	M. A.	Buenas tardes, señora, siga.
			F. In.	Solo le señala la silla para que se siente
Recopilación de la Información	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	Dra ¿y cómo salieron mis exámenes?	F. Id.	Sra. Eulogia, tras examinarla con atención y con todas las pruebas que hemos realizado, he llegado a la conclusión de que usted padece fibromialgia. ¿Ha escuchado sobre esta enfermedad? ¿o prefiere que le explique?
			F. A.	Sra. Eulogia, tras examinarla con atención y con todas las pruebas que hemos realizado, he llegado a la conclusión de

				que usted padece fibromialgia. ¿Le gustaría que le explique?
	A. N.	Necesito salir rápido de esta cita ¿qué sale en los exámenes?	M. A.	Sra. Eulogia, tras examinarla con atención y con todas las pruebas que hemos realizado, he llegado a la conclusión de que usted padece fibromialgia.
			F. In.	Señora tiene fibromialgia en un momento le indico cuáles son los medicamentos que debe tomarse.
Explicación y Planificación	A.	Paciente	R.	Médico
	A. P.	(señalándose los brazos) ¡Dios mío! ¿No es esa enfermedad que tuvo una alcaldesa y la tuvieron que jubilar? Yo lo único que sé es que me duele por ahí y por ahí. No sé nada sobre la enfermedad, por favor, explíqueme.	F. Id.	Bueno, en general, la televisión exagera mucho. No, ni mucho menos es grave, aunque sí bastante molesta. Verá usted, ¿se ha dado cuenta de lo mal que descansa. Los músculos también tienen que dormir por la noche, pero los suyos no se relajan, y ello trae como resultado que duelen, duelen justamente por aquí, y por aquí (palpa puntos de fibromialgia), ¿se da cuenta?, porque son puntos en que los músculos. ¿Alguna pregunta?
			F. A.	La fibromialgia es una enfermedad que aún no se conoce muy bien, pero parece ser que es una contractura de las fibras musculares, en relación casi siempre a un descanso nocturno deficiente. También se ha visto que está con relación a depresiones. Y

				otras veces no se sabe de dónde viene, pero ahí está.
	A. N.	(señalándose los brazos) Yo lo único que sé es que me duele por ahí y por ahí. Solo quiero saber qué medicamentos debería tomar, no tengo tiempo para explicaciones.	M. A.	La fibromialgia es una enfermedad que aún no se conoce muy bien, pero parece ser que es una contractura de las fibras musculares, en relación casi siempre a un descanso nocturno deficiente.
			F. In.	Le daré este folleto en donde encontrará toda la información acerca de esta enfermedad y los medicamentos que debe tomar.
	A.	Paciente	R.	Médico
Cierre de la Sesión	A. P.	No, ninguna, todo claro hasta el momento. Ya lo decía yo, me duelen constantemente los huesos.	F. Id.	No. Justamente los huesos tienen la artrosis normal que les toca por la edad, pero no es ése el dolor que siente. El dolor que tanto la molesta es de los músculos. Para tratar esta enfermedad le tengo que dar estas pastillas que le harán dormir el músculo por la noche, y así poco a poco se irá descontracturando. ¿Me sigue? También puede beneficiarse de natación y, etc. Espero verla pronto y que siga todas las recomendaciones, buen día señora Eulogia.
			F. A.	l dolor que tanto la molesta es de los músculos. Para tratar esta enfermedad le tengo que dar estas pastillas que le harán dormir el músculo por la noche, y así poco a poco se irá descontracturando. También

			puede beneficiarse de natación y, etc. Espero verla pronto y que siga todas las recomendaciones, buen día.
	A. N.	¿Un folleto, de qué sirve? Solo recete los medicamentos.	M. A. El dolor que tanto la molesta es de los músculos. Para tratar esta enfermedad le tengo que dar estas pastillas que le harán dormir el músculo por la noche. La veré pronto, que tenga un buen día.
			F. In. Sí, en el folleto que le acabo de entregar aparecen los medicamentos que le formulé y su modo de uso, hasta luego señora.
Salida del Paciente	A.	Paciente	
	A. P	La sigo Dra., atenderé sus recomendaciones para mejorar y volveré pronto, buen día.	
	A. N.	No entiendo nada (hace un gesto de enojo) y se va.	

Nota. Adaptado de Borrel (2004)

Para todos los casos las abreviaturas hacen referencia a: A. Actitud del Paciente; R = Respuestas; A.P. = Actitud Positiva; A.N = Actitud Negativa; F. Id. = Forma Ideal; A= Forma Aceptable; M. A. = Forma Medianamente Aceptable; F. In. = Forma Inaceptable.

Con el contenido previamente organizado de los casos prácticos se diseña la primera versión de la actividad gamificada (Ver estrategia completa a través del siguiente enlace: <https://acortar.link/vE12n6>).

Figura 11. Nombre de la estrategia



Figura 12. Instrucciones de la actividad

MEDICOMUNICA

Tomarás el rol de una médica que debe atender a un conjunto de pacientes en diversas situaciones. Para atender adecuadamente cada caso, pasarás por **cuatro etapas**, cada una diseñada con un objetivo. Para resolver un caso exitosamente, hay que pasar por cada una de ellas.

INICIO **RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN** **EXPLICACIÓN Y PLANIFICACIÓN** **CIERRE**

En la etapa de Inicio, se busca establecer contacto con el paciente; en la de Recopilación de Información, como su nombre lo indica, se hacen preguntas para clarificar lo que el paciente describe; en la etapa de Explicación y Planificación, se proporcionan detalles del proceso que se realizará; por último, en la etapa de Cierre, se resume la sesión y se especifican cuestiones que se consideren necesarias.

Cada etapa conlleva un tiempo en desarrollarla, esto se registra en el tiempo de consulta. En cada etapa tendrás cuatro opciones de respuesta para resolver cada una de ellas. Cada una requerirá más o menos tiempo de consulta para ejecutarse, lo verás reflejado en el tiempo cuando selecciones una opción. ¡Pero ten cuidado! en función del nivel de paciencia que tengas, la cantidad de tiempo necesaria aumentará. El botón de relajación permitirá aumentar tu paciencia a cambio de un poco de tiempo de consulta.

Lo ideal es alcanzar un registro de tiempo de consulta de 10 minutos como máximo. Además, la satisfacción del paciente variará según se escoja una u otra opción, en conjunto con su sensación de frustración en la consulta. Tendrás que balancear entre la satisfacción del paciente, tu paciencia y el tiempo de consulta.

Tiempo de Consulta
00:00

Satisfacción Paciencia

Figura 13. Ejemplo de presentación de casos prácticos

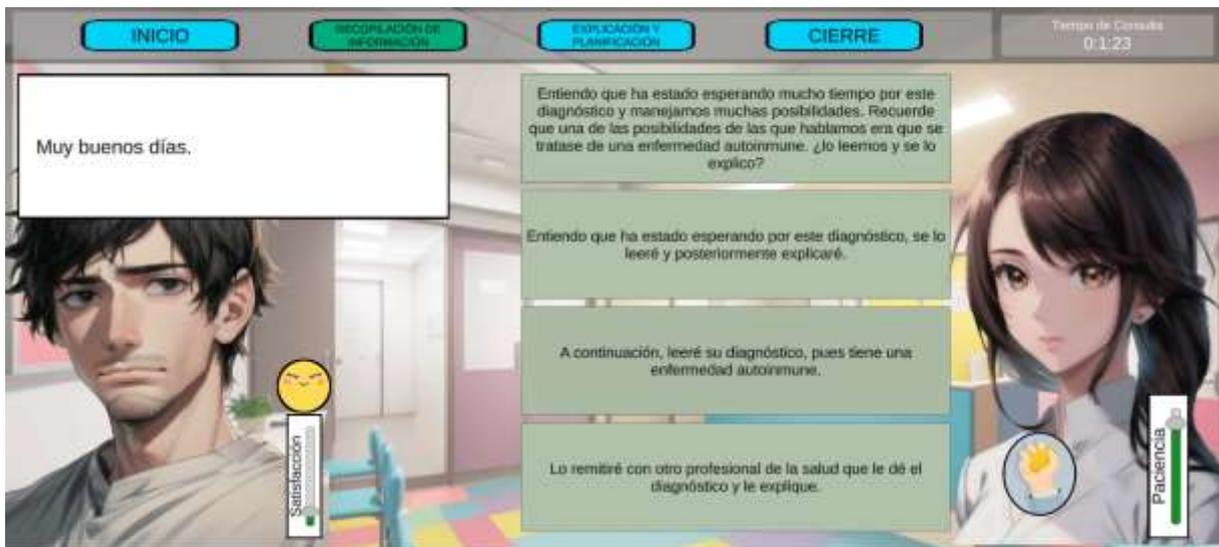
El médico se prepara para dar el diagnóstico a un paciente que hace largo tiempo espera por los resultados; está preocupado por lo que tiene que decir y entiende que va a generar tristeza en su paciente, quien mantenía una esperanza de que fuese una enfermedad reversible. Lo conoce hace ya más de un año y sabe las implicancias que tiene para su vida y sus proyectos. El médico sabe que debe mantener una distancia con su paciente para poder contenerlo mejor en su reacción emocional.

Figura 14. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos



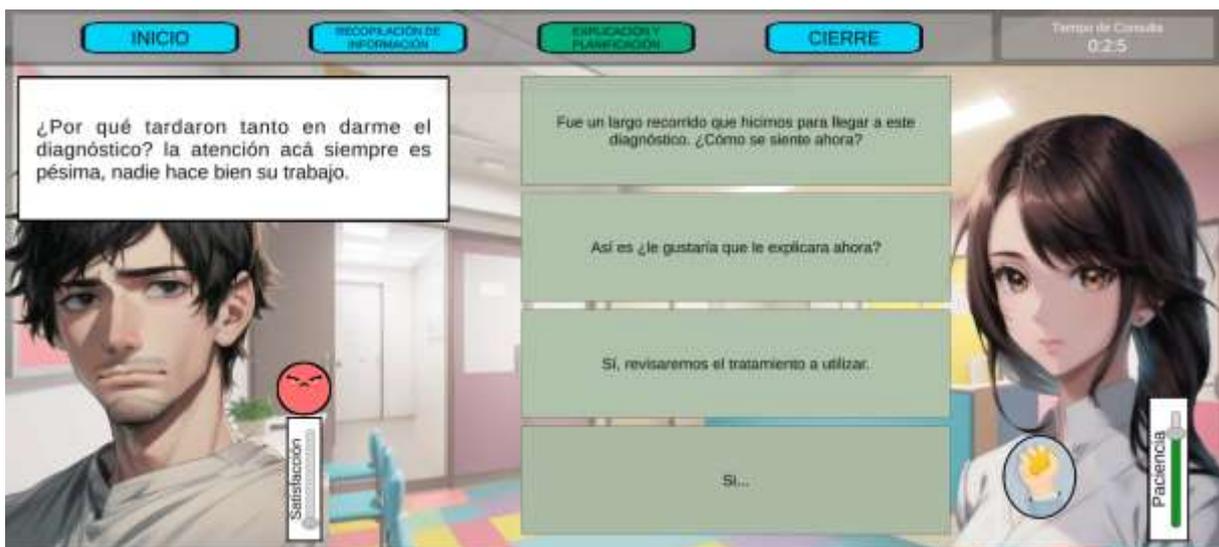
El médico se prepara para dar el diagnóstico a un paciente que hace largo tiempo espera por los resultados; está preocupado por lo que tiene que decir y entiende que va a generar tristeza en su paciente, quien mantenía una esperanza de que fuese una enfermedad reversible. Lo conoce hace ya más de un año y sabe las implicancias que tiene para su vida y sus proyectos. El médico sabe que debe mantener una distancia con su paciente para poder contenerlo mejor en su reacción emocional.

Figura 15. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos



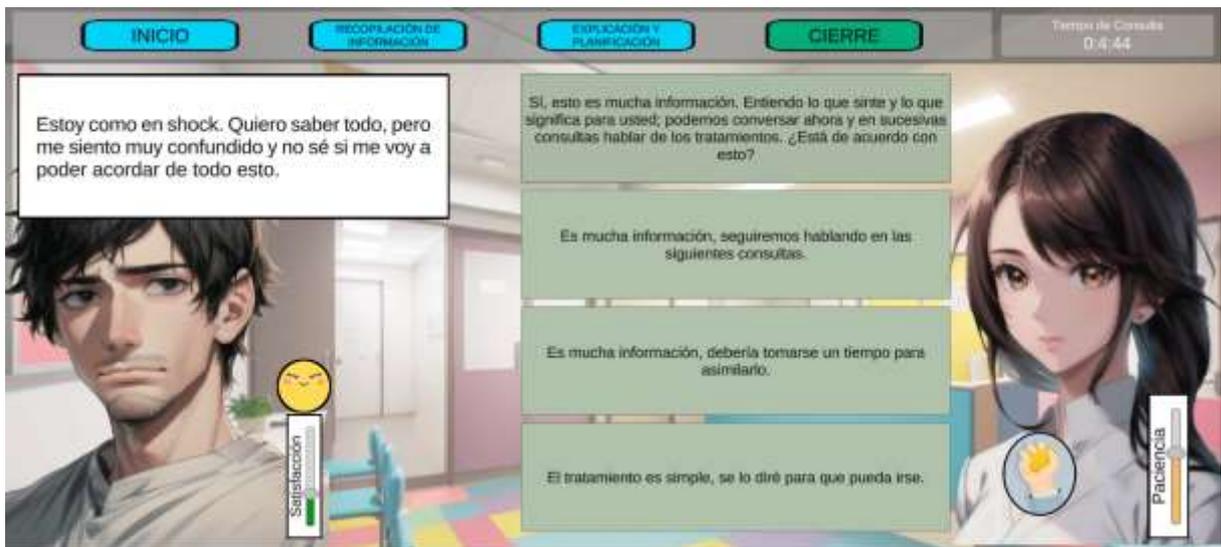
El médico se prepara para dar el diagnóstico a un paciente que hace largo tiempo espera por los resultados; está preocupado por lo que tiene que decir y entiende que va a generar tristeza en su paciente, quien mantenía una esperanza de que fuese una enfermedad reversible. Lo conoce hace ya más de un año y sabe las implicancias que tiene para su vida y sus proyectos. El médico sabe que debe mantener una distancia con su paciente para poder contenerlo mejor en su reacción emocional.

Figura 16. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos



El médico se prepara para dar el diagnóstico a un paciente que hace largo tiempo espera por los resultados; está preocupado por lo que tiene que decir y entiende que va a generar tristeza en su paciente, quien mantenía una esperanza de que fuese una enfermedad reversible. Lo conoce hace ya más de un año y sabe las implicancias que tiene para su vida y sus proyectos. El médico sabe que debe mantener una distancia con su paciente para poder contenerlo mejor en su reacción emocional.

Figura 17. Continuación del ejemplo de presentación de casos prácticos



El médico se prepara para dar el diagnóstico a un paciente que hace largo tiempo espera por los resultados; está preocupado por lo que tiene que decir y entiende que va a generar tristeza en su paciente, quien mantenía una esperanza de que fuese una enfermedad reversible. Lo conoce hace ya más de un año y sabe las implicancias que tiene para su vida y sus proyectos. El médico sabe que debe mantener una distancia con su paciente para poder contenerlo mejor en su reacción emocional.

Figura 18. Retroalimentación



La actividad consta está distribuida en 3 días, consta de 12 casos que tendrán que ser resueltos por el personal de salud que se está capacitando y al final recibirá un breve feedback en el que podrá visualizar cuales son

algunas de sus debilidades y fortalezas con relación a la felicidad, satisfacción y duración de la consulta, elementos primordiales en la atención brindada a los pacientes.

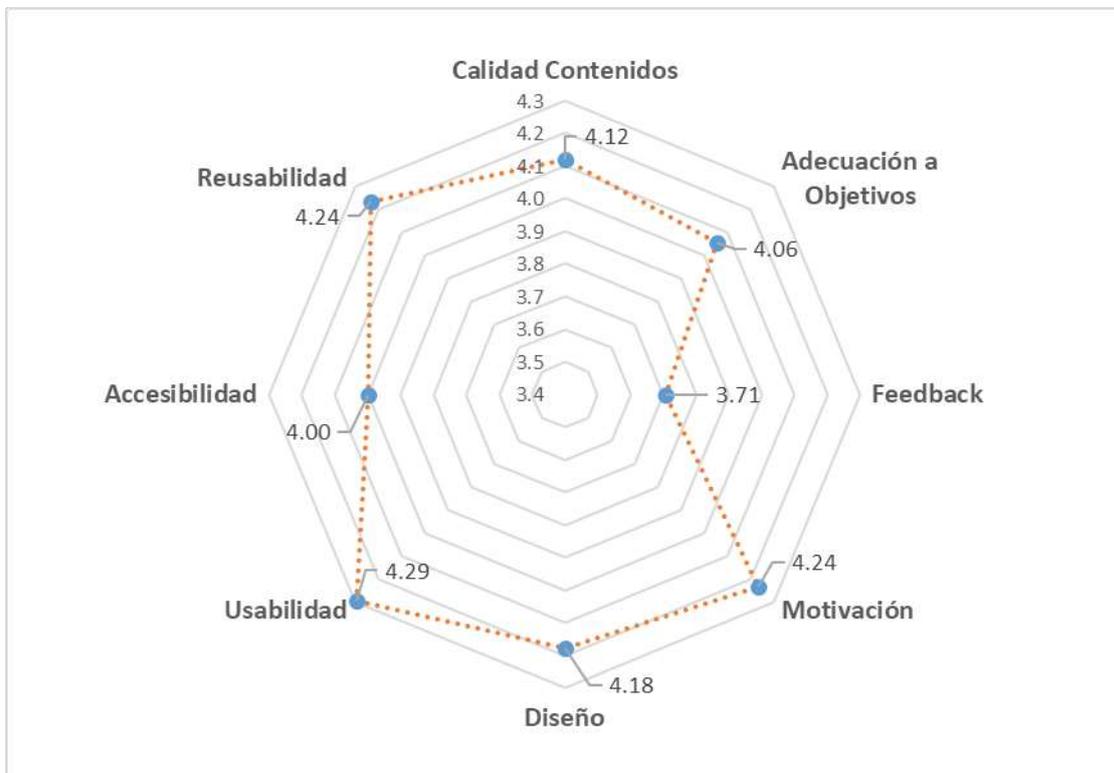
En cuanto a la implementación de la estrategia, para valorar su efectividad se aplicarán antes y después de la intervención la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS (Ver anexo 1), escala que evalúa los componentes: escucha activa, comunicación informativa, empatía, respeto, autenticidad y asertividad o habilidad social y la lista de chequeo Calgary Cambridge (Ver anexo 2) que permite a través de observación verificar el cumplimiento de los pasos adecuados para realizar una adecuada entrevista médica.

3.5 Evaluación por pares expertos y profesionales del sector salud

Se implementó el instrumento adaptado LORI a un conjunto de profesionales del sector de la salud cuyo rango de edad variaba de los 20 a los 50 años, concentrándose en un 67% en los 30 a 40 años. Activos en el campo laboral, estos profesionales nos ofrecen una mirada retrospectiva de su formación en las habilidades que se desarrollan en la herramienta gamificada; su juicio es un insumo para la mejora de la estrategia desarrollada.

Se les cuestionó al respecto de ocho categorías relacionadas con la herramienta: la calidad de los contenidos, la adecuación a los objetivos que se tenían, la reusabilidad de la herramienta en otros contextos, la accesibilidad que se dispuso en ella, los aspectos de diseño propios de la herramienta, el feedback o realimentación que ofrecía y la motivación que propiciaba. Los resultados condensados de la evaluación de los participantes se pueden observar en la Figura 19.

Figura 19. Resultados Evaluación LORI a profesionales de la salud



Es claro que existe un aspecto principal a retomar, el feedback, la realimentación. En la herramienta existen diversas formas de realimentar el proceso del jugador. Se tiene el temporizador de la consulta, el cual se aumenta en función del tipo de respuesta que el jugador seleccione; esto simula el tiempo que el médico atiende al paciente, una respuesta más compleja y adecuada, requerirá más tiempo para desarrollarse, mientras que una más simple e inadecuada, requerirá menos. El temporizador también cambia de color en función del tiempo que se lleve en la consulta.

Anexo a esto, se tiene el feedback sobre la satisfacción del paciente en la consulta, el cual se mide con un deslizador que empieza vacío en la etapa de inicio y que aumenta su nivel o se reduce, en función de las respuestas del médico. Otro elemento de feedback sobre el paciente que se incluye en la herramienta es un indicador de actitud de éste. El paciente, en función de cómo llegue a consulta, tendrá una u otra actitud, la cual variará en según las respuestas que el médico ofrezca en cada etapa de la consulta.

Luego están la sección final, la realimentación de todos los resultados de los tres días de consulta. En esta pantalla se muestra al jugador sus resultados, indicando el nivel de satisfacción que el paciente logró, el tiempo de consulta necesitado y la actitud con la que terminó la consulta. Esto se presenta para cada uno de los casos, en cada uno de los días.

Lamentablemente, quienes evaluaron la herramienta no ofrecieron ninguna sugerencia específica sobre qué problemática se tiene en el caso del feedback, con lo cual resulta difícil valorar qué aspecto se tendría que mejorar en la herramienta en este caso.

Esto no significa que no haya sugerencias específicas para las mejoras de la herramienta, en particular, uno de los profesionales describe:

“Hay textos que son largos y pueden prestarse para una interpretación errada de la idea principal, además de cansancio en el jugador. También ciertos aspectos son muy predecibles, lo que no permite que el jugador sea honesto sino que adecue su respuesta para dar el mejor puntaje, lo que no permite reflexionar adecuadamente la forma que se está comunicando con el paciente, por esa razón considero que para fortalecer las habilidades comunicativas deben ser menos evidentes las respuestas, **deben contener más pasivo-agresividad que es lo que termina pasando en el día a día del personal de salud.”**

Los dos aspectos resaltados en la sugerencia del profesional de la salud que evaluó la herramienta resultan interesantes. En primer lugar, hablar sobre la longitud de los textos y el cansancio del jugador da información relevante al respecto de las bondades de la herramienta. En definitiva, se puede considerar que la estrategia gamificada logró el carácter de juego, lo cual habla bien de su diseño; además, la longitud de los textos (la cual variaba significativamente entre caso y caso según la complejidad de los mismos) alcanzó el nivel buscado de reto, lo cual, como se tipificó en el análisis de la comunicación entre médico y paciente, simula adecuadamente lo difícil que puede convertirse esta interacción.

En un segundo momento se observa precisamente una de las cuestiones más relevantes que la herramienta buscaba, la reflexión del profesional frente al proceso de comunicación que se desarrolla usualmente. A pesar de que el mismo participante menciona que no se permite la reflexión en la herramienta derivado de la predictibilidad de las opciones de respuesta adecuadas, es precisamente lo que realiza al final cuando critica que no se apega a la realidad porque en el campo al final se trata de una mezcla entre pasividad y agresividad lo que se da en la comunicación. Que pensara en ello, y además que notara que siempre es posible ver una respuesta adecuada para el trato con los pacientes en una consulta, es precisamente el camino por el cual se pretendía llevar a los participantes. Lo que el profesional critica como una falla es, en realidad, la bondad más grande que posee la herramienta.

En cuanto a la percepción de los expertos:

Para obtener insumos relevantes en el proceso de mejora de la herramienta de gamificación para el desarrollo de las habilidades comunicativas, se consultaron tres expertos en diferentes áreas relacionadas con la temática que se maneja en la herramienta, una psicóloga, una fonoaudióloga y una enfermera. Las tres, experimentaron el juego, lo analizaron y abordaron los elementos relevantes del mismo.

Las preguntas dirigidas a estos expertos se enfocaron en discernir el impacto de la gamificación en la competencia comunicativa, identificar los incentivos motivacionales cruciales para el compromiso del personal de salud, y entender cómo la inmersión en roles dentro de un entorno lúdico puede facilitar el desarrollo de una comunicación genuinamente empática y efectiva. La síntesis de sus respuestas aporta un entendimiento profundo sobre la eficacia de la gamificación como herramienta de formación y su potencial para revolucionar el aprendizaje en el sector salud.

El análisis de las respuestas de los expertos sobre *el **impacto de la gamificación en la competencia comunicativa del personal sanitario***

revela un consenso unánime respecto a su efectividad positiva. No obstante, la profundidad y naturaleza de dicho impacto son matizadas por cada experto a través de sus respectivas lentes profesionales.

Desde la perspectiva psicológica, se asume que la gamificación es un catalizador para la mejora de la competencia comunicativa, aunque se requiere una elucidación adicional para comprender los mecanismos psicológicos a través de los cuales opera dicho impacto. La respuesta sugiere una afirmación general de efectividad, pero carece de la profundidad necesaria para una evaluación exhaustiva.

La fonoaudióloga, por otro lado, condiciona la eficacia de la gamificación a la asertividad en la comunicación. Este detalle es significativo, pues destaca la calidad de la comunicación como un factor crítico para que la gamificación sea fructífera en el desarrollo de competencias comunicativas. La asertividad, siendo un elemento cardinal de la comunicación efectiva, se entiende como una variable que podría ser mejorada o reforzada mediante estrategias lúdicas.

Por último, la perspectiva de la enfermera añade una dimensión estratégica al debate, implicando que la gamificación no solo mejora habilidades comunicativas existentes, sino que también propicia la creación de nuevas estrategias para una comunicación más eficaz. Esta visión sugiere que la gamificación puede ser un medio propicio para la innovación en prácticas comunicativas dentro del entorno sanitario.

En conjunto, las respuestas destacan la gamificación como una herramienta prometedora para el enriquecimiento de la competencia comunicativa en el contexto sanitario. No obstante, se subraya implícitamente la necesidad de un diseño cuidadoso de las intervenciones lúdicas, que debe ser asertivo y estratégicamente orientado para maximizar su efectividad. Tal diseño debería considerar las particularidades del entorno clínico y las necesidades específicas del personal sanitario para manejar conversaciones clínicas de alta complejidad.

Por otro lado, las respuestas de los expertos a la interrogante **sobre los elementos de la gamificación que actúan como incentivos motivacionales para el personal de salud**, ilustran puntos de convergencia y divergencia en la percepción de las características esenciales para fomentar la participación y el aprendizaje continuo.

La psicóloga enfatiza la importancia de los estímulos de retroalimentación como mecanismo de refuerzo. Este enfoque resalta el valor del feedback inmediato y específico en el proceso de aprendizaje, alineado con la teoría del condicionamiento operante, que podría contribuir a un ajuste conductual y cognitivo positivo. La retroalimentación, al informar al usuario sobre la efectividad de sus acciones, incentiva la reflexión y potencia la modificación del comportamiento hacia prácticas más efectivas.

Por su parte, la fonoaudióloga destaca la comunicación asertiva y empática como elementos centrales. La inclusión de estos componentes en la gamificación sugiere que la motivación se incrementa cuando el usuario siente que el aprendizaje contribuye directamente a una mejora tangible en la calidad de la interacción humana, a través del desarrollo de la capacidad de comprender y considerar las perspectivas de los demás, una habilidad clave en la atención sanitaria.

La enfermera amplía el marco de referencia al mencionar las "aplicaciones continuas y estrategias educativas de humanización en salud". Esto implica que, más allá de la gamificación misma, la motivación se sostiene y aumenta con la percepción de que las habilidades adquiridas tienen aplicaciones prácticas y consistentes en el ámbito real del cuidado de la salud, y que estas están integradas en un marco más amplio de humanización del servicio sanitario.

En conjunto, estas perspectivas señalan que la efectividad motivacional de la gamificación depende de la incorporación de retroalimentación pertinente y oportuna, el fomento de habilidades comunicativas asertivas y empáticas, y la inclusión de estrategias que refuercen la aplicabilidad y

humanización del aprendizaje. Estos elementos, al ser integrados en el diseño de herramientas gamificadas, podrían maximizar la participación activa y sostenida del personal de salud en el fortalecimiento de sus competencias comunicativas.

Continuando con las respuestas de los expertos a la tercera pregunta, que aborda **la inmersión en el rol médico dentro de un contexto gamificado**, destacan diferentes aspectos de cómo esta estrategia puede influir en la comunicación empática y efectiva.

La psicóloga reconoce que la gamificación puede orientar efectivamente hacia comportamientos deseables, tales como la empatía y la atención centrada en el paciente. Sin embargo, introduce una nota de cautela, señalando que el contexto real del ejercicio de la medicina, con sus exigencias y la diversidad de pacientes, puede desafiar la transferencia de comportamientos aprendidos en el juego a la práctica clínica. Esto implica que, aunque la gamificación es una herramienta valiosa para el aprendizaje de competencias comunicativas, su efectividad puede verse limitada por factores externos presentes en el entorno médico cotidiano.

La fonoaudióloga, por su parte, afirma que la gamificación no solo facilita, sino que también promueve una actitud de empatía y asertividad. Esto sugiere que la inmersión en el rol de un médico dentro del juego puede ser una técnica efectiva para el desarrollo de una comunicación que no solo sea informativa sino también comprensiva y respetuosa con las necesidades y perspectivas del paciente.

La enfermera introduce una perspectiva práctica y aplicada, mencionando el uso de "pausas activas y alertas en los equipos de cómputo laborales" como un método para integrar la gamificación en la rutina laboral del personal de salud. Esto podría interpretarse como una estrategia para recordar al personal sanitario la importancia de las competencias comunicativas y para proporcionar momentos de reflexión y aprendizaje continuo, incluso durante la jornada laboral.

En términos generales, es posible decir que los expertos concuerdan en que la gamificación puede ser una herramienta eficaz para el desarrollo de la comunicación empática y efectiva, aunque también señalan la importancia de considerar las complejidades del entorno médico real y la necesidad de integrar la práctica gamificada con el trabajo cotidiano. La combinación de orientación hacia comportamientos empáticos, reforzamiento de la asertividad y la incorporación de estrategias prácticas de recordatorio y reflexión podría fortalecer la capacidad del personal sanitario para gestionar las diversas variables comunicativas en la atención al paciente.

Para finalizar los resultados que se obtuvieron en la evaluación por parte de los expertos, se tienen las sugerencias específicas que hicieron al respecto de la herramienta de gamificación desarrollada. Estas sugerencias y recomendaciones de los expertos para la mejora de la estrategia de gamificación convergen en la necesidad de incrementar el compromiso y la calidad de la experiencia del usuario, aunque cada una aporta distintos enfoques para alcanzar este objetivo.

La psicóloga sugiere que, aunque el concepto subyacente es sólido, la implementación sufre de cierta monotonía, lo que podría desmotivar la participación continua. Recomienda reducir la cantidad de texto y diversificar las opciones para mantener el interés. Además, señala la falta de una retroalimentación específica que pueda guiar al usuario sobre las consecuencias de sus elecciones y propone incorporar elementos que añadan emoción al avance en el juego.

La fonoaudióloga enfatiza en la accesibilidad visual del texto, recomendando mejorar la calidad, el tamaño de la letra y sugiere concisión para evitar la fatiga del usuario. Esto sugiere que la claridad y la brevedad son esenciales para mantener la atención y el enfoque del personal de salud durante el uso de la plataforma.

Por último, la enfermera aconseja ampliar el enfoque hacia la humanización en la atención sanitaria. Esta recomendación apunta a profundizar en los aspectos emocionales y humanos de la interacción médico-paciente, lo que podría enriquecer la experiencia de gamificación y hacerla más relevante para la práctica clínica diaria.

En conjunto, las respuestas apuntan a la importancia de una presentación atractiva y accesible, la necesidad de retroalimentación significativa y específica, y la inclusión de contenidos que refuercen la empatía y la humanización del cuidado de la salud. La síntesis de estas recomendaciones podría guiar la iteración y mejora continua de la herramienta de gamificación, asegurando que sea tanto educativa como atractiva para el personal de salud.

Capítulo 4 - Conclusiones

4.1 Cumplimiento de objetivos del proyecto

En la presente sección, se procede a realizar una evaluación del grado en que se han satisfecho los objetivos específicos previamente establecidos en la fase inicial del proyecto. Este estudio tenía como finalidad primordial el diseño de una estrategia de gamificación, cuyo propósito era optimizar las habilidades de comunicación entre el personal de salud y los pacientes. Esta iniciativa buscaba contribuir significativamente a la humanización de los servicios de salud en Colombia, un aspecto de vital importancia en el contexto actual de la atención médica.

El primer objetivo específico, que se centraba en la caracterización de las habilidades comunicativas del personal de salud y en la identificación de los factores que impactan en dicha comunicación, se alcanzó de manera satisfactoria. Mediante un riguroso proceso de revisión documental y un análisis detallado de las prácticas comunicativas prevalentes en el ámbito de la salud, este proyecto logró identificar elementos clave para una comunicación efectiva. Entre estos, se destacaron la importancia de la escucha activa, la empatía y la comunicación asertiva. Asimismo, se identificaron desafíos significativos como las barreras lingüísticas y culturales, así como las diferencias en el uso del lenguaje, que pueden obstaculizar una comunicación eficiente.

Respecto al segundo objetivo, que consistía en la estructuración y desarrollo de una estrategia de gamificación mediante el uso de herramientas virtuales innovadoras, se logró diseñar e implementar una serie de casos prácticos y actividades lúdicas. Estas actividades, fundamentadas en escenarios reales del entorno médico, posibilitaron que el personal de salud mejorara sus habilidades comunicativas en un ambiente controlado y atractivo. La estrategia incorporó el modelo de la

entrevista médica – Guía de Calgary, lo cual fortaleció las competencias de comunicación necesarias para una atención humanizada y efectiva.

El tercer y último objetivo, enfocado en la evaluación de la estrategia de gamificación desarrollada, se cumplió mediante la implementación de instrumentos adaptados como el LORI y la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS). Estas herramientas fueron fundamentales para medir la eficacia de la estrategia gamificada, revelando mejoras notables en la comunicación del personal de salud. Los resultados obtenidos a través de la evaluación realizada por expertos y profesionales del sector salud resaltaron la utilidad práctica y la aplicabilidad de la estrategia en contextos reales, demostrando su potencial para enriquecer la competencia comunicativa en el sector sanitario.

El proyecto ha logrado con éxito sus objetivos propuestos, evidenciando la eficacia y viabilidad de la gamificación como herramienta para mejorar la comunicación en el sector salud. Los resultados obtenidos no solo enfatizan la importancia de una comunicación efectiva y humanizada en la atención sanitaria, sino que también establecen una base sólida para investigaciones futuras y prácticas en este ámbito esencial. Las enseñanzas extraídas y las recomendaciones formuladas por los expertos proporcionan directrices claras para la mejora continua y la adaptación de esta estrategia en distintos contextos del sector salud, ampliando así su impacto y alcance en la humanización de los servicios de salud tanto en Colombia como en otros contextos internacionales.

En conclusión, al considerar estos avances alcanzados en relación con cada uno de los objetivos específicos, se puede afirmar con certeza que el proyecto ha cumplido con su meta general de diseñar una estrategia de gamificación enfocada en el desarrollo de habilidades de comunicación entre el personal de salud y los pacientes, promoviendo de este modo la humanización de los servicios de salud en Colombia. Esta estrategia no solo ha probado ser efectiva para mejorar la comunicación y la empatía en el

contexto sanitario, sino que también ha sentado las bases para una transformación más amplia en la manera en que el personal de salud interactúa con los pacientes, abordando no solo las necesidades físicas y médicas, sino también las emocionales y sociales.

Este logro representa un cambio significativo en el enfoque hacia la atención en salud, destacando la importancia de las habilidades comunicativas como un componente esencial para una atención integral y humanizada. La implementación exitosa de esta estrategia de gamificación en el contexto colombiano sugiere su potencial aplicabilidad y adaptabilidad en otros entornos, abriendo así nuevas posibilidades para futuras investigaciones y aplicaciones en diversas áreas del sector salud.

De esta manera, el proyecto no solo ha logrado su propósito principal, sino que también ha aportado de manera significativa al campo de la salud, subrayando el valor de la innovación y la interactividad en la educación y capacitación del personal médico. Estos hallazgos fomentan la continuación de esfuerzos encaminados a mejorar la calidad de los servicios de salud, asegurando que la humanización se convierta en un componente central de la atención sanitaria en Colombia y en otros contextos a nivel mundial.

4.2 Aportes a líneas de investigación de grupo y a los Objetivos del Desarrollo Sostenible - ODS

La salud es definida por diversos autores como el estado total de bienestar de las personas, el cual contempla la dimensión social, la dimensión psicológica y la dimensión física del ser humano, en este sentido, el proyecto le apostó a favorecer cada una de estas desde el enfoque de la comunicación humanizada y el fortalecimiento de estas habilidades del personal médico del sector salud a través del uso de herramientas virtuales, aportando significativamente a la visión de la línea de investigación de salud integral y sus aplicaciones tecnológicas.

Así mismo, se logra contribuir con el cumplimiento del objetivo de desarrollo sostenible número 3, enfocado en la salud y el bienestar de los seres humanos, una de las principales metas para el cumplimiento del mismo hace referencia al acceso a servicios de salud esenciales de calidad, la calidad implica diferentes factores, entre ellos la adecuada comunicación, destreza fundamental para optimizar la prestación de los servicios, en este sentido, la estrategia propuesta contribuye directamente con el mejoramiento de la calidad, ya que se pretende que al implementar el juego se logre fortalecer las habilidades comunicativas de médicos y enfermeras que se interrelacionan a diario con los pacientes y diversos usuarios.

4.3 Producción asociada al proyecto

A través del cumplimiento de los objetivos de investigación y como parte de los resultados generados se obtuvo 2 productos asociados al proyecto:

- 1 artículo de investigación denominado “Estrategia de gamificación para fomentar la humanización de la comunicación médico y paciente” sometido en la revista española de comunicación y salud, revista que se encuentra en categoría C.
- Juego de acceso libre Medicomunica: <https://denian16.itch.io/versin-de-prueba-atencin-salud>

4.4 Líneas de trabajo futuras

La investigación ejecutada y los resultados obtenidos en este proyecto son el punto de partida para una variedad de direcciones prometedoras en investigaciones futuras. Estas perspectivas abren la puerta no solo a una mayor expansión y profundización del uso de la gamificación en el ámbito de la salud, sino también a la exploración de nuevas áreas en las que esta metodología innovadora puede ser implementada para potenciar la comunicación y humanización en la atención sanitaria.

Una de las líneas de trabajo futuro radica en la adaptación y aplicación de la estrategia de gamificación que se ha desarrollado en este proyecto a distintos contextos culturales y lingüísticos, tanto dentro de Colombia como

en otros países. Esta adaptación brindaría la oportunidad de evaluar la flexibilidad y eficacia de la estrategia en una variedad de entornos, lo que contribuiría a una ampliación significativa de su alcance e impacto a nivel global. Este proceso de adaptación implicaría un estudio detallado de las diferencias culturales y lingüísticas y su influencia en la comunicación y la atención sanitaria, lo que a su vez enriquecería el diseño y la implementación de estrategias gamificadas más inclusivas y efectivas.

Otro enfoque futuro de gran relevancia es la integración de tecnologías emergentes, como la realidad virtual y la inteligencia artificial, en las herramientas de gamificación. Esta integración promete ofrecer experiencias más inmersivas y personalizadas para el personal de salud. La aplicación de estas tecnologías avanzadas podría mejorar significativamente las habilidades comunicativas y la empatía en la práctica clínica, al mismo tiempo que abre nuevas posibilidades en términos de simulación de escenarios clínicos y formación médica.

Además, es imperativo continuar con la evaluación y el perfeccionamiento de la estrategia de gamificación actual. Esto incluye no solo la mejora de las herramientas ya existentes, sino también el desarrollo de nuevos módulos y actividades que aborden aspectos específicos de la comunicación y la atención humanizada que quizás no se hayan explorado en profundidad en este proyecto. Esta tarea implica una revisión continua y la incorporación de retroalimentación de los usuarios, así como la investigación de tendencias emergentes y mejores prácticas en el campo de la gamificación.

Finalmente, se sugiere la realización de estudios longitudinales para evaluar los efectos a largo plazo de la estrategia de gamificación sobre la práctica clínica y la relación médico-paciente. Estos estudios son fundamentales para proporcionar información valiosa sobre la sostenibilidad y el impacto duradero de las intervenciones basadas en la gamificación en la humanización de los servicios de salud. A través de estos

estudios, se podría comprender mejor cómo las intervenciones basadas en la gamificación afectan no solo las habilidades de comunicación del personal de salud, sino también la calidad del cuidado del paciente y la satisfacción tanto del paciente como del personal médico.

Las líneas de trabajo futuro propuestas aquí buscan no solo ampliar el conocimiento y la aplicación de la gamificación en el sector salud, sino también explorar nuevas fronteras en la intersección de la tecnología, la comunicación y la atención sanitaria. Estos esfuerzos están dirigidos siempre con el objetivo primordial de mejorar la calidad y la humanización de los servicios de salud, asegurando que los avances tecnológicos y metodológicos se alineen con las necesidades y expectativas de los pacientes y del personal médico en el cambiante panorama de la atención sanitaria.

Anexos

Anexo 1 - Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS

Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS

Datos sociodemográficos:

Sexo: M F

Edad:

Estado civil:

Profesión:

Años de experiencia profesional:

Por favor, responde al siguiente cuestionario sobre lo que piensas de tus habilidades de comunicación con pacientes, de acuerdo con la siguiente escala: 1=casi nunca, 2= de vez en cuando, 3=algunas veces, 4=normalmente, 5= muy a menudo, 6= muchísimas veces

Ítems	1	2	3	4	5	6
1. Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente.						
2. Exploro las emociones de mis pacientes						
3. Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.						
4. Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...)						
5. Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa.						
6. Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ...						
7. Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes						
8. Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo.						
9. Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles						
10. Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia.						
11. Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes.						
12. Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.						
13. Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme.						
14. Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.						
15. Siento que respeto las necesidades de los pacientes						
16. Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes.						
17. Me aseguro de que los pacientes han comprendido la información proporcionada.						
18. Me resulta difícil pedir información a los pacientes						

Escucha activa

Finjo escuchar a los pacientes cuando me hablan.
Me distraigo cuando escucho a los pacientes.
Cuando el paciente me está hablando lo interrumpo y no le dejo que acabe lo que me está diciendo.
Cuando hablo con los pacientes lo hago en un lugar tranquilo, para escucharles adecuadamente.
Cuando estoy cansado apenas escucho a los pacientes cuando me hablan.
Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes.
Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ...

Comunicación Informativa

Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa.
Cuando quiero obtener información sobre el paciente utilizo preguntas abiertas (aquellas que permiten una mayor extensión en las respuestas del paciente).
Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.
Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles.
Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada.
Considero que es mejor no dar información si lo que tengo que decir es malo.
Evito situaciones en las que haya que informar de malas noticias.
Si informo a los pacientes no tendré tiempo para estar con los demás, ya que éstos responderán con más preguntas.
Considero que informar a los pacientes no es mi cometido.
Me resulta difícil pedir información a los pacientes.
Me molesto si los pacientes me realizan muchas preguntas.
Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo.

Empatía (Actitud empática)

Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.
Me implicó tanto con los pacientes que al final lo acabo pasando mal.
Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...).
Evito a los pacientes que sufren.
Exploro las emociones de mis pacientes.
Realizo resúmenes de lo que me ha dicho el paciente para asegurarme que he comprendido lo que me ha dicho.
Cuando hablo con los pacientes realizo expresiones verbales de apoyo del tipo: ciertamente ..., ajá ..., claro ...

Respeto y Autenticidad

Siento que respeto las necesidades de los pacientes.
Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente.
Establezco con el paciente una relación libre de prejuicios.
Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.
Me comporto con transparencia cuando me relaciono con los pacientes, mostrándome tal y como soy.
Utilizo con los pacientes frases de apoyo - consuelo del tipo: "ya verá como todo se arregla", "Ya verá como se pone bien" ...

Conducta socialmente habilidosa o asertividad

Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes.
Soy incapaz de rechazar peticiones poco razonables de los pacientes.
Cuando estoy en desacuerdo con las opiniones de los pacientes me callo para no discutir.
Tengo conflictos con los pacientes cuando tienen una opinión diferente a la mía.
Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes.
Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia.
Me pongo nervioso cuando hablo con los pacientes.
Reacciono mal a las críticas de los pacientes.
Considero que los pacientes se aprovechan de mí.
Cuando un paciente me interrumpe en medio de una conversación, le pido que espere hasta que haya acabado.
Evito hacer preguntas a los pacientes por miedo o timidez.
Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme.
Si estoy enfadado con los pacientes se lo hago saber claramente.

Nota. Tomado de Leal-Costa et al. (2016)

Anexo 2 – Lista de chequeo Calgary Cambridge

Nombre entrevistador _____ fecha _____

comentarios	Ítem	SI	Si, PER O	NO
	INICIANDO LA SESIÓN			
	1.- Saluda al consultante y se presenta			
	2.- Exhibe respeto			
	3.- Identifica y confirma lista de problemas			
	REUNIÓN DE INFORMACIÓN			
	4.- Exploración de problemas			
	5.- Motiva al consultante a contar su historia y escucha atentamente			
	6.- Explora preocupaciones y problemas			
	7.- Se mueve apropiadamente desde preguntas abiertas a cerradas			
	8.- Chequea y conforma información			
	9.- Discute antecedentes de tratamientos			
	10.- Discute problemas de estilo de vida/ prevención. Estrategias de evitación.			
	DANDO INFORMACIÓN			
	11.- Explica fundamento para diagnóstico y tratamiento.			
	12.- Proporciona retroalimentación a partir de exámenes/ explicación diagnóstica			
	13.- Motiva al consultante a formular preguntas.			
	14.- Adapta la conversación para el nivel de comprensión del consultante			
	CONSTRUYENDO RELACIONES			
	15.- Empatiza y apoya al consultante			
	16.- Se muestra confiable			
	17.- No juzga			
	18.-Mantiene un tono respetuoso			

	CERRANDO LA SESIÓN			
	19.- Motiva al consultante a discutir puntos adicionales			
	20.-Cierra la entrevista haciendo un breve resumen			
	21revisa el próximo paso con el consultante			

Comentarios adicionales:

Nota. Tomado de Provoste (s.f.)

Referencias

- Aguado, M. P. Q., & Cuesta, M. H. B. (n.d.). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario Contributions from Psychology to communication in the health sector.
- Aranda Sánchez, C. I., Cedillo Zaragoza, R., del Campo Acosta, M. G., Ornelas Segovia, R. O., & Góngora Ortega, J. (2014). Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*, 24(5), 20–26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41632450003>
- Arias, J. L. R., Lujano, R. O., Páez, I. P., Trinidad, D. V., & Solórzano, M. E. Y. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta médica grupo Angeles*, 9(3), 167-174. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
- Baldeón, J., Rodríguez, I., Puig, A., & López-Sánchez, M. (2017). Evaluación y rediseño de una experiencia de gamificación en el aula basada en estilos de aprendizaje y tipos de jugador. R. Contreras y J. Eguia, J.(Eds.), *Experiencias de gamificación en aulas*, 95-111. <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/5932/Experiencias%20de%20gamificaci%C3%B3n%20en%20aulas.pdf>
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Becerra Almanza, S y Pulido Moreno, M. (2012). Diseño de una campaña pedagógica de humanización en salud. (Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Iberoamericana). <https://repositorio.iberu.edu.co/items/de07ce6b-ab0c-4b00-8743-84120f362f34>

- Berrio-Otxoa, K., Inza, A., Lledó, M. D. M., & TELLETXEA, A. (2016). OCW Comunicación interpersonal y habilidades sociales en las relaciones de ayuda profesional. https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/48957/mod_resource/content/2/Teor%C3%ADa-Elementos%20y%20tipos%20de%20comunicaci%C3%B3n_2.pdf
- Bernal Rodríguez, S., Pereira Alba, O., Rodríguez Jiménes, G., Fajardo Martínez, L., Rodríguez Hernández, Y., Delgado Moreno, M. & Rincón Vega, A. (2020). Perspectivas y aplicaciones del modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana, Editorial ÌberAM, 2020. <https://repositorio.ibero.edu.co/items/93ff8af6-b546-4c8f-ad0a-5c70d96342cb>
- Borrell, F. (2004). Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. <https://www.semfyc.es/biblioteca/entrevista-clinica-manual-de-estrategias-practicas/>
- Brasil de Almeida Rebouças, C., Freitag Pagliuca, L.M., Cavalcanti Rodrigues j., Jânio, Barbosa O., Giselly O.i, & Almeida, P.C. (2015). El análisis comparativo de la comunicación no verbal entre enfermero y paciente ciego. *Index de Enfermería*, 24(3), 134-138. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200004>
- Busse, P., & Godoy, S. (2016). Comunicación y salud. *Cuadernos. info*, (38), 10-13. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0719-367x2016000100001&script=sci_arttext
- Bustamante Sempertegui, C. K. (2022). Comunicación efectiva en la relación enfermera-paciente desde la perspectiva de las enfermeras docentes asistenciales. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo].

https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/4520/1/TL_BustamanteSemperteguiCinthia.pdf

- Cabrera Reyes, L., Pérez Cabrera, C., Hernández Sánchez, J., & García Martí, I. (n.d.). Resultados iniciales para un estudio sobre competencia comunicativa en el contexto de la relación personal de salud-paciente.
- Campos Palomo, Á. D., & Campos Palomo, L. D. (2012). Introducción a las técnicas de comunicación terapéutica y no terapéutica en enfermería. <http://www.aecs.es>.
- Carlosama, D., Villota, N., Benavides, V., Villalobos, F., Hernández, E. & Matabanchoy, S. M. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*, 23(2), 245-262. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
- Castillo-Mora, M. J., Escobar-Murillo, M. G., de los Ángeles Barragán-Murillo, R., & Cárdenas-Moyano, M. Y. (2022). La Gamificación como herramienta metodológica en la enseñanza. *Polo del conocimiento*, 7(1), 686-701.
- Castro, L. R., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Estupiñan, E. M. B., Dávila, L. M. L., Farías, G., Torres, F. A., Malca, E. Q., & Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal [Humanization: A Conceptual and Attitudinal Problem]. *Revista iberoamericana de bioética*, 8, 10.14422/rib.i08.y2018.002. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.002>
- Catalán, D., Muñoz-Cruzado, M., & Fuentes, M. T. (2010). Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. *Rev Esp Com Sal*, 1(1), 50-65.
- Cedeño, D. (2020). Uso de la gamificación en el contexto de la salud panameña. Universidad Tecnológica de Panamá. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/63713>

- Cepeda Díez, J.M. (2014). Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento. *Index de Enfermería*, 23(4), 197-199. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300001>
- Crespo Jara, F.I. (2018). Gamificación y el razonamiento verbal en los estudiantes de bachillerato [Tesis de maestría, Universidad Técnica de Ambato].
https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28893/1/1803619350_Franklin_Italo_Crespo_Jara.pdf
- David Lozano Díaz, & Amelia Sánchez Galindo. (2021). Herramientas de comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Protoc Diagn Ter Pediatr*.
- De Dios Lorente, J. A., & Jiménez Arias, M. E. (2009). La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*, 13(1), 0.
- De la Torre, A. (1998). Comunicación y promoción de la salud. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/12403/1/REXTN-CH63-08-Coe.pdf>
- Delgado Canaria, W y Santamaria Zambrano, J. (2020). Percepción de la humanización del cliente interno durante la emergencia sanitaria en una institución de tercer nivel de atención, la experiencia de un hospital pediátrico en la ciudad de Pasto, Colombia. (Tesis de especialización, Corporación Universitaria Iberoamericana). <https://repositorio.ibero.edu.co/items/e0b05d8c-0710-4967-bfff-23dc95acc404>
- Díaz, M., Alvizu, K., Dávila, G., Silva, S., Lessire, L., & Díaz, L. (2022). Lenguaje y comunicación del médico con el paciente: revisión sistemática. *Salus*, 26(3), 23-33.
- Díaz Heredia, L. P., & Ballesteros Pinzón, G. A. (2021). Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta,

directa y real. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cefr>

Díaz-Rodríguez, M., Alcántara Rubio, L., Aguilar García, D., Puertas Cristóbal, E., & Cano Valera, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 19(58), 640-672.

Díaz Amado, E. (Ed.). (2017). *La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/41205>

Espinales, A. M. (2018). Gamificación en el desarrollo de la competencia matemática: Plantear y Resolver Problemas. *Sinapsis: la revista científica del ITSUP*, 1(12), 7.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8280888.pdf>

Espinoza Montes, C. (2014). *Metodología de investigación tecnológica Pensando en sistemas*. (Primera Edición). Universidad Nacional del Centro del Perú.
<https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/1146/mit1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Estévez Abad, F., & Estévez Vélez, A. (2021). Comunicación efectiva en salud: evaluación de una experiencia docente en estudiantes de medicina de Cuenca, Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 85-104.

Fajardo Uribe, L. A. (2009). A propósito de la comunicación verbal. *Forma y función*, 22(2), 121-142.
<http://www.scielo.org.co/pdf/fyf/v22n2/v22n2a06.pdf>

Feo, R. (2010). Orientaciones básicas para el diseño de estrategias didácticas. <http://148.202.167.116:8080/jspui/bitstream/123456789/175/3/Orientaciones%20b%C3%A1sicas%20para%20el%20dise%C3%B1o%20de%20estrategias%20did%C3%A1cticas.pdf>

- Forero Sarmiento, V & Jiménez Rodríguez, M. (2022). Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Estudio descriptivo exploratorio en personal de unidades de cuidado intensivo de Bogotá. (Tesis de especialización, Corporación Universitaria Iberoamericana). <https://repositorio.ibero.edu.co/items/afd58def-818a-4246-bf9e-90e7cf43491e>
- Forero Urrea, A, Pardo Pardo, A & Alzate Sepulveda, M. (2019). Diseño de una herramienta de percepciones para usuarios, frente a la humanización en unidades de cuidados crítico desde un enfoque en comunicación. (Tesis de especialización, Corporación Universitaria Iberoamericana). <https://repositorio.ibero.edu.co/items/b56ac813-130a-4ccb-8612-6dcc6dac3a2f>
- Forguione-Pérez, V. P. (2015). Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Comunicación*, 28(1). <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/download/4924/5331>
- Galain, A. I., Dapuetto, J. J., & Varela, B. (2018). Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de Medicina del segundo trienio. Manuales didácticos. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21085/1/Manual-de-habilidades-avanzadas-Ana-Ine%CC%81s-Galain%281%29.pdf>
- García, J. A. S., Ruiz, J. A., Baños, A. I. C., Lázaro, J. A. M., & Ramis, B. S. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276–292.
- Gómez, F.S.J. (2016). La Comunicación. *Salus*, 20(3), 5-6. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000300002&lng=es&tlng=es.

- Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 10(1), 29-38. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005
- Grueso, M.L. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) Plan Estratégico 2016-2021. Ministerio de Salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- Henao-Castaño, Á. M., Vergara-Escobar, O. J. & Gómez-Ramírez, O. J. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 74-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8041640>
- Heredia, L. P. D., & Pinzón, G. A. B. (2021). Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*.
- Hernández Angulo, J., Garbey Savigne, E., & Enríquez O´Farrill, I. J. (2021). Importancia de la perspectiva afectiva e intercultural en la comunicación profesional en tiempos de crisis. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20.
- Hernández-Palma, H. G., Batista Zea, K. D. C., & Pitre Redondo, R. C. (2023). Comunicación y humanización para el fortalecimiento de la calidad de los proveedores de servicios de salud en Colombia. *ECONÓMICAS CUC*, 44(1), 121-136. <https://revistascientificas.cuc.edu.co/economicascuc/article/view/4079/4448>
- Hidalgo Sánchez, M. A. (2020). Protocolo de Humanización Comunicacional en Salud con integrantes de la Asociación Ecuatoriana de Ayuda a Pacientes con Enfermedades Reumáticas (APARE). [Tesis de maestría, Universidad Estatal de Milagro]. <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5289/1/TESIS%2>

O-
%20HIDALGO%20SANCHEZ%20MARIBEL%20AZUCENA%20%283%29.
pdf

Huaylla, K. (2021). "Ensayo" La comunicación efectiva.

https://www.researchgate.net/profile/Katherine-Huaylla-Gonzales/publication/356814831_LA_COMUNICACION_EFECTIVA/links/61ae5473c11c10383694545c/LA-COMUNICACION-EFECTIVA.pdf

Jiménez, L., Gamboa, R., & Márquez, M. (2019). Deshumanización en la atención de la salud ¿son las Tic´s el problema o la solución?. *Mundo Fesc*, 9(17), 76-84.

<https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/mundofesc/article/view/405/503>

Jiménez L. M. G. (2020). Sistemas y estrategias de comunicación aumentativa y alternativa en cuidados intensivos: artículo de revisión. *Areté*, 20(2), 83–96

Jiménez J. R. (2011). Elementos de la comunicación y el aprendizaje en la educación virtual. *Contactos*, 79, 23-30.

<http://www2.izt.uam.mx/newpage/contactos/anterior/n79ne/evaluacion.pdf>

King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385–393. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65.

Landman Navarro, C., Cruz Osorio, M. J., García García, E., Pérez Meza, P., Sandoval Barrera, P., Serey Burgos, K., & Valdés Medina, C. (2015). Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 91–102.

- Lasprilla Sanclemente, V & López Morales, Y. (2021). Percepción del usuario frente a la humanización en la atención que reciben en la red de salud del norte este de la ciudad de Cali antes y durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS COV-2. (Tesis de especialización, Corporación Universitaria Iberoamericana). <https://repositorio.iberu.edu.co/items/3b102d49-969a-446b-b846-88a68dd299e2>
- Leal-Costa, C., Tirado González, S., Ramos-Morcillo, A. J., Díaz Agea, J. L., Ruzafa-Martínez, M., & Hofstadt Román, C. J. van-der. (2019). Validación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de Enfermería. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 42, 291–301.
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., van-der Hofstadt Román, C. J., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32, 49–59.
- Legón, M. de la R., Vega González, N., & Brito Gómez, L. (2010). El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(3), 433–440.
- Leguizamo Galvis, R, Ballesteros Pérez, D y Grajales Rodríguez, A. (2019). Análisis del modelo sistémico de la comunicación humana interpersonal para determinar el perfil comunicativo del personal asistencial en unidades de cuidado crítico. Corporación Universitaria Iberoamericana. <https://repositorio.iberu.edu.co/items/636d22f7-fc79-4ff6-a85f-1e4f32539b4a>
- Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*, 29(7), 1310–1318.

- Lozada, J. (2014). Investigación aplicada: Definición, propiedad intelectual e industria. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 3(1), 47-50.
- Majuri, J., Koivisto, J., & Hamari, J. (2018). Gamification of education and learning: A review of empirical literature. In *Proceedings of the 2nd international GamiFIN conference, GamiFIN 2018*. CEUR-WS. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/104598/gamification_of_education_2018.pdf
- Martín Padilla, E., Sarmiento Medina, P., & Ramírez Jaramillo, A. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(3), 135–142. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.007>
- Martínez Monge, F. (2018). Proyecto de humanización de la salud. Comunicación en la salud. Plan de comunicación interna y externa aplicado a la salubridad. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3658/martinez_mf.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Martínez, C.A & Sosa, M.S. (2016). Aportaciones y diferencias entre comunicación en salud, comunicación para el desarrollo y para el cambio social. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*, 6(1), 69-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5786977>
- Moeini, B., Abasi, H., Otagara, M., & Akbarzadeh, M. (2019). Communication Skills and Its Related Factors Among Medical Staff. *Hormozgan Medical Journal*, 23(1), e86254–e86254. <https://doi.org/10.5812/hmj.86254>
- Montaner Abasolo, M. C., & Soler Company, E. (2012). LA RELACIÓN CON EL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA PERSONALISTA. SABER COMUNICAR, UN IMPERATIVO ÉTICO. *Cuadernos de Bioética*, XXIII(3), 631–639. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87525473004>

- Mosquera, M. (2003). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. *Comminit, La iniciativa de la comunicación*, 21(6), 84-107. https://www.academia.edu/download/37579436/Mosquera_2003.pdf
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65.
- Oliveria, J.K., Luchini, D., Biesek, L. L., Marcon, G., & Soares, G. (2021). Comunicación y salud mental: características relacionadas con la empatía en médicas y médicos del primer nivel de atención en Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud colectiva*, 16, e3034.
- Oliveira, W., Hamari, J., Shi, L., Toda, A. M., Rodrigues, L., Palomino, P. T., & Isotani, S. (2023). Tailored gamification in education: A literature review and future agenda. *Education and Information Technologies*, 28(1), 373-406. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10639-022-11122-4>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de agosto de 2020). Servicios sanitarios de calidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=La%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios>.
- Ortega, P., & Prada, J. (2020). Words matter: Translanguaging in medical communication skills training. *Perspectives on Medical Education*, 9, 251-255.
- Otamendi, A., Belfer, K., Nesbit, J., & Leacock, T. (2003). Instrumento para la evaluación de objetos de aprendizaje (LORL-ESP) Manual de usuario. <https://vishub.org/officedocs/4102.pdf>

- Pabón E.M., Mora-Cruz J., Castiblanco-Montañez R. & Buitrago-Buitrago C.. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Rev. cienc. cuidad.* 18(1):94-104. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2512>
- Padilla, E. M., Sarmiento-Medina, P., & Ramirez-Jaramillo, A. (2014). Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(4), 585–596.
- Parra Mulat, P. (2016). Comunicación efectiva en la relación médico/paciente. *Boetín Comed OPS* (5). http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/comunicacion_efectiva.pdf
- Paz Quevedo Aguado, M., & Benavente Cuesta, M. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 317–332. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>
- Pérez, F. L. M., & Paola, V. (2015). Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo.
- Pedraza Lara, C, Quiroga Mendoza, Y, Gámez López, J. & Giraldo Zules, L. (2021). Percepción del paciente frente a la atención recibida por el personal de enfermería, en el servicio de urgencias de la E.S.E hospital Pedro León Álvarez Díaz de la Mesa Cundinamarca. (Tesis de especialización, Corporación Universitaria Iberoamericana). <https://repositorio.iberu.edu.co/items/ff4d40db-49df-49f4-8cba-0cbae95dfd5a>
- Pimienta, S. X. (2021). Gamificación en educación médica: cómo hacerlo, para aumentar virtudes y disminuir inconvenientes (Tesis de maestría, Universidad de La Sabana). <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/50396>

- Provoste, G. (s.f.). Lista de chequeo Calgary Cambridge. <https://es.scribd.com/document/501833646/lista-chequeo-calgary-cambridge>
- Pun, J. K. H., Chan, E. A., Wang, S., & Slade, D. (2018). Health professional-patient communication practices in East Asia: An integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong, South Korea, Japan, Taiwan, and Mainland China. *Patient Education and Counseling*, 101(7), 1193–1206. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.018>
- Quevedo, M. P., & Benavente, M. H. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317-332.
- Raba, I., Hauché, R. A., & Gago Galvagno, L. G. (2021). Empatía y habilidades comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista de Investigación En Psicología*, 24(1), 55–71. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20132>
- Ramírez, M. D., & García, S. L. (2020). Competencias comunicativas para acciones de promoción y prevención en salud. Una propuesta de indicadores. *Investigación en Educación Médica*, 9(33), 43-51. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.33.18170>
- Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134–143
- Regalado, M., Medina, A., Hinojosa, M., & Rodríguez, A. (2022). La gamificación en la salud: un cambio en la formación sanitaria. *Atención Primaria Práctica*, 4(1), 100102.
- Renaud, L., & Sotelo, C. (2007). Comunicación y Salud: Paradgmas Convergentes. *Observatorio Journal*, 2, 215-226.
- Reyes, L. de la C. C., Cabrera, C. L. P., Sánchez, J. E. H., & Martí, I. O. G. (2023). Resultados iniciales para un estudio sobre competencia comunicativa

- en el contexto de la relación personal de salud-paciente. *Humanidades Médicas*, 23(1), 2452.
- Romero Bermúdez, E., & González Villareal, A. (2011). Elementos a considerar en un programa de comunicación efectiva, afectiva y asertiva: propuesta para dinamizadores del enfoque RBC. *Umbral Científico*, (18), 45-51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421523007>
- Romo, M. G. A., Montes, J. F. C., & en Procesos, E. D. L. M. (2018). Gamificar el aula como estrategia para fomentar habilidades socioemocionales. *Directorio*, 8(31), 41. <https://www.academia.edu/download/57760108/educarnos31.pdf#page=41>
- Ruíz, F. (2020). Propuesta de política nacional de humanización en salud. Ministerio de Salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- Ruiz Casado, M., & Navas Cámara, F. J. (2015). La comunicación como herramienta básica de enfermería. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/13605>
- Sánchez, C. I. A., Zaragoza, R. C., del Campo Acosta, M. G., Segovia, R. O. O., & Ortega, J. G. (2014). Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*, 24(5), 20–26.
- Sánchez, G. (2009). La comunicación no verbal. *Estudios Internacionales*. Xi'an: Universidad de Xi'an. https://www.marcoele.com/descargas/china/g.sanchez_comunicacionnoverbal.pdf
- Sánchez Naranjo, J. C. (2013). Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Revista Médica De Risaralda*, 19(2). <https://doi.org/10.22517/25395203.8417>

- Soriano-Sánchez, J.-G., & Jiménez-Vázquez, D. (2022). Una revisión sistemática sobre habilidades y técnicas para mejorar el feedback entre médico y paciente. *Revista Acciones Médicas*, 1(4), 7–21.
- Sosa Trotti, R. A., & Abreo, G. I. (2017). Guía para las habilidades de comunicación en la entrevista médica. Adecuación regional de la guía de observación Calgary Cambridge.
- Subiela García, J. A., Abellón Ruiz, J., Celdrán Baños, A. I., Manzanares Lázaro, J. Á., & Satorres Ramis, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13, 276–292.
- Swacha, J. (2021). State of research on gamification in education: A bibliometric survey. *Education Sciences*, 11(2), 69. <https://www.mdpi.com/2227-7102/11/2/69/pdf>
- Tejero Concepción, J. F., Iglesias León, M., Cortés, M., Bravo López, G., Mur Villar, N., & Palacio, J. V. L. (2017). Las habilidades comunicativas en las carreras de las Ciencias de la Salud. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(1), 72-79.
- Ticse Aguirre, R. W., Cuba Fuentes, M. S., Nestares Rojas, J. A., & Aguilera, L. (2019). Efecto de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar), en médicos residentes de una universidad peruana. *Revista Medica Herediana*, 30(3), 148-156.
- Toledo Fernández, A. M., & Torres Pérez, E. M. (2013). Comunicación social en salud. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.*
- Torres, A. (2022). ¿Cómo dar malas noticias en salud de manera eficaz? Protocolo de actuación y formas de enseñanza en Ciencias de la Salud. [Tesis de pregrado, Universidad de las Illes Balears]. <https://repositori.uib.es/xmlui/handle/11201/159227>
- Trotti, R. A., & Abreo, G. I. (2017). Guía para las habilidades de comunicación en la entrevista médica. Adecuación regional de la guía de

observación Calgary Cambridge.

https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/30355/RI_UNNE_FMED_CL_Sosa_Trotti-Abreo.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Urrego Alcaraz, I & Sánchez Salinas, L. (2019). Identificación de las estrategias comunicativas empleadas por los fonoaudiólogos en unidades de cuidado crítico. Estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín. (Tesis de especialización, Corporación Universitaria Iberoamericana). <https://repositorio.ibero.edu.co/items/55459762-551a-46ea-97ef-8e4969c18248>

Urtasun, M., Tittarelli, M. A. J., Pumará, C. D., & Davenport, M. C. (2021). Habilidades comunicacionales del médico. Experiencia en el Departamento de Medicina de un hospital pediátrico. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 78(3), 270.

Utor Fernández, D. A. (2019). EDUCAR PARA COMUNICAR EN MEDICINA. Hachetetepé. *Revista científica de educación y comunicación*, (19), 59-66.

Viera, K., Casado, J., Dani, L., Maroto, S., & Ávila, T. (2015). Gamificación: papel del juego en las aplicaciones digitales en salud. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 22(7), 369-374.