

IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA BIDIRECCIONAL ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS PACIENTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

IMPACT OF EFFECTIVE TWO-WAY COMMUNICATION BETWEEN HEALTHCARE STAFF AND PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Recibido: 16/ 10/ 2025 - **Aceptado:** 18/12/2025

Blanca Nelly Gordón Díaz

Docente titular, Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcan, Ecuador

Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local
Universidad Técnica Particular de Loja

blanca.gordon@upec.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-8044-2332>

Bricelda Aracelly Cuasapaz Arévalo

Interna Rotativa de la carrera de Enfermería de la Universidad Politécnica
Estatal del Carchi
Tulcan, Ecuador

bricelda.cuasapaz@upec.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-0834-7578>



Melissa Antonella Cuásquer Pérez

Interna Rotativa de la carrera de Enfermería
Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcan, Ecuador

melissa.cuasquer@upec.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-9742-633X>

Maryuri Alejandra Eraso Delgado

Interna Rotativa de la carrera de Enfermería de la Universidad Politécnica
Estatal del Carchi.
Tulcan, Ecuador

maryuri.eraso@upec.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-7368-2827>

Como citar este artículo:

Gordòn Díaz, B. N., Cuasapaz Arévalo, B. A., & Eraso Delgado, M. A. (Julio-Diciembre). Influencia de los tipos de personalidad en el uso de herramientas digitales en el entorno educativo. Horizontes de enfermería, Vol. 16 Núm. 147 - 165. <https://doi.org/10.32645/13906984.1440>



Resumen

La comunicación efectiva bidireccional en salud se reconoce como un determinante fundamental de los resultados clínicos, aunque persisten brechas entre el conocimiento teórico y la práctica profesional, lo que contribuye a la ocurrencia de eventos adversos y representa un desafío relevante para la salud pública. El objetivo de esta revisión fue analizar el impacto de la comunicación bidireccional entre personal sanitario y pacientes, identificando sus componentes esenciales, barreras estructurales y estrategias de fortalecimiento. Se efectuó una revisión sistemática conforme a PRISMA 2020, con búsqueda en PubMed, SciELO, Scopus, Dialnet, Google Académico y revistas especializadas (2020-2025). De cuarenta referencias iniciales, se incluyeron veintiséis artículos mediante criterios rigurosos de selección. Los hallazgos indican que una comunicación efectiva se asocia con mayor adherencia terapéutica, reducción de errores clínicos, mejor satisfacción del paciente y procesos de recuperación más favorables. Entre los componentes esenciales encontrados, se destacan la empatía y adecuación a la alfabetización en salud. Las principales barreras identificadas incluyen sobrecarga laboral, limitación del tiempo de consulta, insuficiente formación en competencias comunicacionales y diferencias culturales y lingüísticas. Asimismo, se observó que el uso de tecnologías digitales, incluidas las redes sociales, contribuye a mejorar la interacción y el acceso a la información en salud, aunque aún requiere mayor participación profesional. En conclusión, la comunicación bidireccional constituye un pilar ético y clínico de la calidad asistencial; fortalecerla demanda intervenciones multinivel que integren capacidades individuales, políticas institucionales y estrategias tecnológicas que optimicen la seguridad y los resultados en salud.

Palabras clave: Comunicación bidireccional, empatía clínica, seguridad del paciente, adherencia terapéutica.

Abstract

Two-way effective communication in healthcare is recognized as a fundamental determinant of clinical outcomes, yet gaps persist between theoretical knowledge and professional practice, contributing to adverse events and raising concerns about public health. The objective of this review was to analyze the impact of two-way communication between healthcare personnel and patients, identifying its essential components, structural barriers, and strategies for strengthening it. A systematic review was conducted in accordance with PRISMA 2020, with searches in PubMed, SciELO, Scopus, Dialnet, Google Scholar, and specialized journals (2020–2025). Of the initial 40 references, 26 articles were included based on rigorous selection criteria. The findings indicate that effective communication is associated with greater therapeutic adherence, reduced clinical errors, improved patient satisfaction, and more favorable recovery processes. Among the essential components identified, empathy and health literacy appropriateness stand out. The main barriers identified include excessive workload, limited consultation time, insufficient training in communication skills, and cultural and linguistic differences. Likewise, it was observed that the use of digital technologies, including social media, contributes to improving interaction and access to health information, although it still requires greater professional involvement. In conclusion, two-way communication constitutes an ethical and clinical pillar of healthcare quality; strengthening it requires multilevel interventions that integrate individual capabilities, institutional policies, and technological strategies to optimize safety and health outcomes.

Keywords: Two-way communication, clinical empathy, patient safety, therapeutic adherence.

Introducción

La comunicación en salud se ha consolidado como un componente fundamental del proceso asistencial y un factor determinante de la calidad de atención, la seguridad del paciente y los resultados clínicos que se obtienen. La evidencia científica ha demostrado, de manera contundente, que las deficiencias en la comunicación pueden estar directa o indirectamente vinculadas a una tasa de entre el 60 % y el 80 % de los eventos adversos que ocurren en los servicios sanitarios. Estas fallas generan impactos considerables en la continuidad del cuidado, afectan la adherencia de los pacientes a sus tratamientos y erosionan la confianza que debe existir en la relación entre profesionales y pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2023; The Joint Commission, 2021). En este contexto, fortalecer la comunicación efectiva se ha convertido en una prioridad ineludible para los sistemas de salud contemporáneos.

A pesar de la creciente conciencia sobre la importancia de la comunicación en salud, aún persisten brechas significativas en el conocimiento sistemático sobre sus impactos reales, los componentes que la hacen efectiva, las barreras que la obstaculizan y las estrategias más apropiadas para mejorarla. La mayoría de los estudios disponibles son dispersos, están circunscritos a contextos específicos y presentan una notable heterogeneidad metodológica. Esta situación dificulta la tarea de sintetizar evidencia que sea realmente accionable para informar políticas públicas, reformas curriculares e intervenciones institucionales.

En este contexto, el presente estudio se plantea como objetivo general sintetizar y analizar la evidencia científica reciente (publicada entre 2020 y 2025) sobre el impacto de la comunicación efectiva bidireccional entre el personal de salud y los pacientes. De este objetivo general, se desprenden cuatro propósitos específicos:

- Identificar los componentes esenciales descritos en la literatura especializada;
- Sintetizar la evidencia disponible sobre sus efectos en resultados clínicos y experienciales;
- Examinar las barreras individuales, institucionales y sistémicas que limitan la comunicación efectiva; y
- Comparar el papel que desempeñan las tecnologías digitales y las redes sociales en la comunicación en salud.

En los contextos clínicos donde la comprensión mutua resulta crucial para el éxito del tratamiento, la comunicación trasciende el simple intercambio de información para convertirse en un verdadero proceso terapéutico. Este proceso implica el desarrollo de un vínculo sustentado en la confianza, la empatía y el respeto mutuo. Sin embargo, la realidad cotidiana de los servicios de salud nacionales evidencia que, en numerosas situaciones, el diálogo entre el personal médico y los pacientes resulta limitado, unidireccional o francamente ineficaz. Las consecuencias de esta situación son graves y prevenibles: errores diagnósticos, escasa adherencia a las indicaciones médicas, insatisfacción con la atención recibida y elevados niveles de estrés tanto para los pacientes como para los profesionales que les atienden (Rodríguez, 2024).

Dimensiones del problema comunicativo

Perspectiva del paciente: confusión, ansiedad y desempoderamiento. En la experiencia cotidiana de los pacientes, las deficiencias comunicativas se manifiestan de múltiples formas que resultan profundamente inquietantes. Los pacientes, frecuentemente, reportan confusión sobre sus diagnósticos, incertidumbre acerca de los tratamientos que les han prescrito, ansiedad derivada de explicaciones que consideran insuficientes, y una frustración persistente por la percepción de no ser escuchados ni comprendidos en sus preocupaciones y experiencias de enfermedad (Mendoza, 2024).

Este fenómeno se agrava por varios factores que convergen de manera preocupante. En primer lugar, existe una escasa formación comunicativa en los profesionales sanitarios, cuyo entrenamiento ha privilegiado históricamente las competencias biomédicas y técnicas sobre las habilidades relacionales y comunicativas. En segundo lugar, la sobrecarga asistencial caracteriza a muchos de nuestros sistemas de salud, donde los profesionales deben atender volúmenes de pacientes que resultan claramente incompatibles con interacciones de calidad, lo que, a su vez, se traduce en consultas excesivamente breves, a menudo de menos de diez minutos, tiempo insuficiente para establecer un diálogo genuino (Santacruz et al., 2025). En tercer lugar, están las barreras lingüísticas y de alfabetización en salud, particularmente relevantes en sociedades multiculturales y con desigualdades educativas significativas. Los pacientes con limitada alfabetización en salud, es decir, aquellos con menor capacidad para obtener, procesar y comprender información básica de salud para tomar decisiones apropiadas, enfrentan riesgos desproporcionados de mala comprensión, errores en medicación y resultados adversos (Méndez et al., 2023).

Según Rodríguez (2024), cuando la comunicación falla en el entorno clínico, se genera inevitablemente un ambiente poco colaborativo, donde los pacientes sienten que sus voces no son escuchadas ni sus experiencias comprendidas. Esto afecta su proceso de recuperación de forma negativa y deteriora progresivamente su relación con el sistema de salud en su conjunto. Este daño relacional tiene consecuencias que trascienden el encuentro clínico individual, erosionando de manera gradual pero persistente la confianza pública en las instituciones sanitarias y en los profesionales de la salud.

Perspectiva del profesional: desgaste, frustración y riesgo de *burnout*. Las deficiencias comunicativas no afectan únicamente a los pacientes; también impactan profundamente en el bienestar y la satisfacción profesional del personal sanitario. Se ha identificado claramente que una comunicación deficiente puede generar efectos similares al síndrome de *burnout* en los profesionales de la salud, debido al constante estrés que implica atender a pacientes que no comprenden plenamente sus indicaciones o que no se sienten satisfechos con la atención recibida (Navarro y López, 2020).

Este agotamiento emocional puede manifestarse de múltiples formas preocupantes: respuestas mecánicas y desprovistas de empatía, disminución progresiva de la capacidad de escucha activa, irritabilidad ante demandas que se perciben como excesivas, y errores clínicos derivados de la fatiga cognitiva y emocional acumulada. Estos fenómenos afectan negativamente la calidad del servicio que se presta, creando un ciclo vicioso donde la comunicación deficiente genera insatisfacción del paciente, lo que, a su vez, aumenta el estrés del profesional, deteriorando aún más la calidad de la comunicación establecida (Rodríguez, 2024).

Perspectiva sistémica: costos ocultos e inequidades. Desde una perspectiva más amplia de los sistemas de salud, las deficiencias comunicativas representan costos que, aunque ocultos en muchos análisis, son sustanciales y de gran impacto. La falta de adherencia terapéutica que puede atribuirse a una mala comprensión de las indicaciones médicas se traduce directamente en tratamientos fallidos,

complicaciones que podrían haberse prevenido y hospitalizaciones que podrían haberse evitado. Los errores diagnósticos vinculados a historias clínicas incompletas por una comunicación inadecuada resultan en tratamientos inapropiados con sus consecuentes riesgos y costos para el sistema.

Además, las deficiencias comunicativas perpetúan y amplifican las inequidades ya existentes en salud. Las poblaciones vulnerables, las personas con bajo nivel educativo, los migrantes que enfrentan barreras lingüísticas, las comunidades indígenas y las personas con discapacidades sensoriales o cognitivas enfrentan obstáculos desproporcionados para lograr una comunicación efectiva con los servicios de salud, resultando en peores resultados de salud y acceso inequitativo a una atención de calidad (Ferrárez et al., 2022).

De la comunicación unidireccional a la bidireccional: cambio de paradigma

Históricamente, la comunicación en salud se caracterizó por un modelo marcadamente paternalista y unidireccional, donde el profesional, en su calidad de poseedor del conocimiento experto, transmitía información y directrices al paciente, quien actuaba como un receptor, fundamentalmente pasivo, que debía acatar las indicaciones recibidas. Este modelo, aunque todavía presente en muchos contextos de atención, resulta cada vez más inadecuado en las sociedades contemporáneas, caracterizadas por un mayor nivel educativo de los pacientes, acceso sin precedentes a información (y, desafortunadamente, también desinformación) en internet, y expectativas crecientes de autonomía y participación en las decisiones sobre la propia salud.

El paradigma emergente de comunicación bidireccional reconoce al paciente como un agente activo que posee conocimiento experiencial valioso sobre su propio cuerpo, su contexto vital y sus preferencias personales. En este modelo transformador, la comunicación deja de ser una transmisión unidireccional de información para convertirse en un diálogo verdaderamente colaborativo donde ambas partes aportan perspectivas complementarias y necesarias: el profesional contribuye con su conocimiento biomédico sólido y su experiencia clínica acumulada; el paciente aporta su conocimiento íntimo sobre su experiencia vivida, sus valores profundos, sus circunstancias particulares y sus preferencias personales (Calderón et al., 2025).

Este modelo bidireccional facilita lo que se conoce como toma de decisiones compartidas (*shared decision-making*), un proceso en el cual, paciente y profesional colaboran activamente para identificar las opciones terapéuticas disponibles, evaluar cuidadosamente los beneficios y riesgos de cada opción en función de los valores y preferencias específicos del paciente, y alcanzar decisiones que sean mutuamente informadas y consensuadas. La evidencia disponible sugiere de manera consistente que este enfoque no sólo respeta plenamente la autonomía del paciente sino que también mejora significativamente la adherencia terapéutica, la satisfacción con la atención recibida y los resultados clínicos obtenidos (Maza et al., 2023).

Competencias esenciales para la comunicación efectiva en salud

La comunicación efectiva en salud no es un talento innato con el que se nace, sino un conjunto de competencias específicas y bien definidas que pueden y deben ser enseñadas de manera sistemática, practicadas consistentemente y perfeccionadas continuamente, a lo largo de la carrera profesional. Las investigaciones han logrado identificar competencias nucleares que caracterizan lo que se entiende como comunicación de calidad en el ámbito sanitario y que se enumeran a continuación.

- **Empatía:** esta representa la capacidad de comprender genuinamente y conectar de manera auténtica con la experiencia emocional del paciente, validando sus

sentimientos y preocupaciones de forma significativa. Es importante entender que la empatía no implica necesariamente un acuerdo con todo lo que el paciente expresa, sino más bien un reconocimiento genuino y respetuoso de la perspectiva del otro, de su realidad vivida (Oliveira et al., 2020).

- **Escucha activa:** más allá del simple acto de oír pasivamente lo que el paciente dice, la escucha activa implica una atención plena y consciente, el uso de señales verbales y no verbales que comunican comprensión, la práctica de paráfrasis reflexiva para verificar que el entendimiento es correcto, y la creación deliberada de un espacio seguro para que el paciente pueda expresar plenamente sus preocupaciones sin experimentar interrupciones prematuras o juicios apresurados (Ramírez et al., 2021).
- **Claridad y simplificación:** esta competencia abarca la capacidad de traducir efectivamente la terminología médica compleja a un lenguaje verdaderamente accesible para el paciente, adaptando cuidadosamente las explicaciones al nivel de alfabetización en salud específico de cada persona, utilizando analogías y ejemplos concretos que resuenen con su experiencia, y verificando sistemáticamente la comprensión mediante técnicas como el *teach-back*, en el que se pide al paciente que explique con sus propias palabras lo que ha entendido (Santacruz et al., 2025).
- **Comunicación no verbal:** esto implica el reconocimiento profundo de que la comunicación trasciende ampliamente las palabras habladas para incluir elementos como el contacto visual, las expresiones faciales, el tono de voz utilizado, la postura corporal adoptada y la proximidad física mantenida, que, en conjunto, transmiten mensajes extremadamente poderosos sobre atención, respeto e interés genuino hacia el paciente y su situación (Lorente y García, 2024).
- **Sensibilidad cultural:** se refiere a la competencia para reconocer y adaptarse conscientemente a las diferencias culturales en las concepciones de salud y enfermedad, los roles que la familia desempeña en las decisiones médicas, las actitudes particulares hacia la autoridad médica, y los significados específicos que diferentes culturas asignan a diversos aspectos de la comunicación no verbal (Ferrández et al., 2022).

Adicionalmente, se debe reconocer que la transformación digital en salud ha introducido nuevos desafíos y oportunidades comunicativas que, hace una década, no existían. La incorporación cada vez más amplia de la telemedicina, las redes sociales y las plataformas educativas digitales amplía significativamente el alcance potencial del mensaje sanitario, pero también genera tensiones importantes relacionadas con la equidad en el acceso digital, la privacidad y protección de datos sensibles y la calidad variable de la información disponible en línea (Sánchez et al., 2023; Herrera, 2021). Estos contextos digitales emergentes demandan el desarrollo de modelos comunicativos integrales que integren efectivamente las competencias tecnológicas con la sensibilidad cultural tradicional, preservando siempre los principios bioéticos esenciales que deben guiar la práctica profesional.

En consecuencia, la presente revisión sistemática se propone analizar de manera exhaustiva el impacto de la comunicación bidireccional en los resultados clínicos y experienciales de los pacientes, así como en el bienestar de los profesionales que brindan la atención. Se identificaron y

analizaron sus componentes esenciales, las principales barreras que la limitan en la práctica cotidiana y las implicaciones concretas para la práctica clínica y la gestión en salud. Partimos de la hipótesis fundamentada de que una comunicación efectiva bidireccional mejora sustancialmente la seguridad del paciente, la adherencia a los tratamientos, la satisfacción con la atención y la calidad global del cuidado, constituyendo, por tanto, un imperativo tanto ético como clínico, para la atención médica moderna.

Materiales y métodos

Este estudio se desarrolló mediante una revisión sistemática de la literatura científica disponible, siguiendo rigurosamente las directrices establecidas en PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Nuestro propósito fue sintetizar la mejor evidencia actual disponible sobre el impacto de la comunicación efectiva bidireccional entre profesionales de salud y pacientes en múltiples dimensiones relevantes de la atención sanitaria.

Para lograr la mayor claridad analítica posible en este estudio, se establecieron cuidadosamente las siguientes definiciones operativas de términos clave, que se utilizarán a lo largo del trabajo:

- **Comunicación bidireccional:** se entiende como un proceso genuinamente interactivo de intercambio de información en doble vía, donde tanto el profesional como el paciente participan de manera activa y significativa a fin de compartir información relevante, hacer preguntas pertinentes, expresar preocupaciones legítimas y colaborar efectivamente en la toma de decisiones sobre el cuidado. Se distingue claramente de la comunicación unidireccional tradicional, donde el flujo informativo es predominantemente del profesional hacia el paciente, con poca o ninguna retroalimentación efectiva.
- **Comunicación efectiva:** se define como aquella comunicación que logra exitosamente sus objetivos funcionales (transmisión precisa y completa de información), relacionales (construcción sólida de confianza y *rapport* terapéutico genuino) y transformadores (modificación efectiva de comportamientos hacia una mayor adherencia terapéutica y mejor autocuidado), adaptándose conscientemente al contexto particular, las necesidades específicas y las capacidades reales de cada paciente.
- **Alfabetización en salud:** este concepto se refiere a la capacidad que tiene el paciente para obtener, procesar adecuadamente, comprender correctamente y utilizar de manera apropiada la información básica de salud que necesita para tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado. Esta capacidad incluye varios niveles: alfabetización funcional (habilidad para leer y comprender materiales escritos sobre salud), alfabetización interactiva (capacidad real de participar activamente en diálogos significativos sobre salud) y alfabetización crítica (habilidad para realizar una evaluación crítica de la información de salud que se recibe de diversas fuentes).
- **Relación terapéutica:** se trata de un vínculo de colaboración efectiva entre el profesional y el paciente, caracterizado fundamentalmente por confianza mutua, respeto recíproco, empatía genuina y compromiso compartido con los objetivos de salud y bienestar del paciente. La comunicación efectiva constituye el medio

principal y más importante para construir y mantener esta relación a lo largo del tiempo.

- **Empatía clínica:** se la define como la capacidad del profesional de comprender profundamente la perspectiva única, las experiencias vitales y las emociones del paciente, comunicar efectivamente este entendimiento al paciente de manera que se sienta verdaderamente comprendido, y actuar terapéuticamente basándose en esta comprensión profunda. Es importante distinguir la empatía de la simpatía (que implica compartir emocionalmente el sufrimiento del paciente) y de la compasión (que representa el deseo activo de aliviar el sufrimiento).
- **Escucha activa:** este es un proceso intencional y consciente de atender plenamente al mensaje del paciente, tanto en su contenido verbal como en sus aspectos no verbales, mediante una concentración sostenida y genuina, el uso de señales apropiadas de comprensión, la verificación del entendimiento mediante paráfrasis cuidadosas y la evitación deliberada de interrupciones innecesarias, juicios prematuros o distracciones de cualquier tipo.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas exhaustivas y sistemáticas en las siguientes bases de datos reconocidas internacionalmente: PubMed/MEDLINE, SciELO (Scientific Electronic Library Online), Scopus, Dialnet y Google Académico. Adicionalmente, se consultó, de manera específica, revistas especializadas en comunicación en salud y enfermería para identificar publicaciones relevantes que pudieran no estar indexadas en las bases principales mencionadas. El período de búsqueda comprendió desde enero de 2020 hasta marzo de 2025, con una concentración deliberada en la producción científica más reciente sobre el tema. Se utilizaron diversas combinaciones estratégicas de los siguientes términos de búsqueda, tanto en español como en inglés: comunicación bidireccional, comunicación efectiva, comunicación terapéutica, relación profesional-paciente, comunicación enfermera-paciente, adherencia terapéutica, seguridad del paciente, satisfacción del paciente, empatía clínica, humanización del cuidado, y comunicación digital en salud. Estos términos fueron combinados cuidadosamente mediante operadores booleanos apropiados (AND, OR) para optimizar tanto la sensibilidad como la especificidad de la búsqueda bibliográfica.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión que se aplicaron de manera rigurosa fueron los siguientes: artículos científicos publicados en español o inglés entre los años 2020 y 2025; estudios que abordaran de manera explícita la comunicación bidireccional entre profesionales de salud y pacientes; investigaciones con diseños metodológicos cuantitativos, cualitativos o mixtos debidamente fundamentados; y estudios con una metodología claramente descrita que permitiera su replicación. Por otro lado, se decidió excluir las revisiones narrativas que no siguieran una metodología sistemática rigurosa; los estudios publicados únicamente como resúmenes de congresos sin que el texto completo estuviera disponible para revisión; las investigaciones centradas exclusivamente en la comunicación interna entre profesionales, sin abordar la comunicación con pacientes; y los artículos cuya calidad metodológica resultara insuficiente según los criterios de evaluación que se habían establecido previamente.

Proceso de selección y extracción de datos

El proceso de selección se realizó cuidadosamente en tres fases sucesivas por dos revisores independientes, contando con un tercero que resolvía cualquier discrepancia que surgiera. En la fase 1, se realizó un tamizado inicial mediante la revisión de títulos y resúmenes (n=40). En la fase 2, se procedió a una revisión exhaustiva del texto completo de los artículos que se consideraron potencialmente elegibles (n=32). Finalmente, en la fase 3, se efectuó la selección definitiva, incluyendo únicamente aquellos estudios que cumplieron todos los criterios establecidos (n=26).

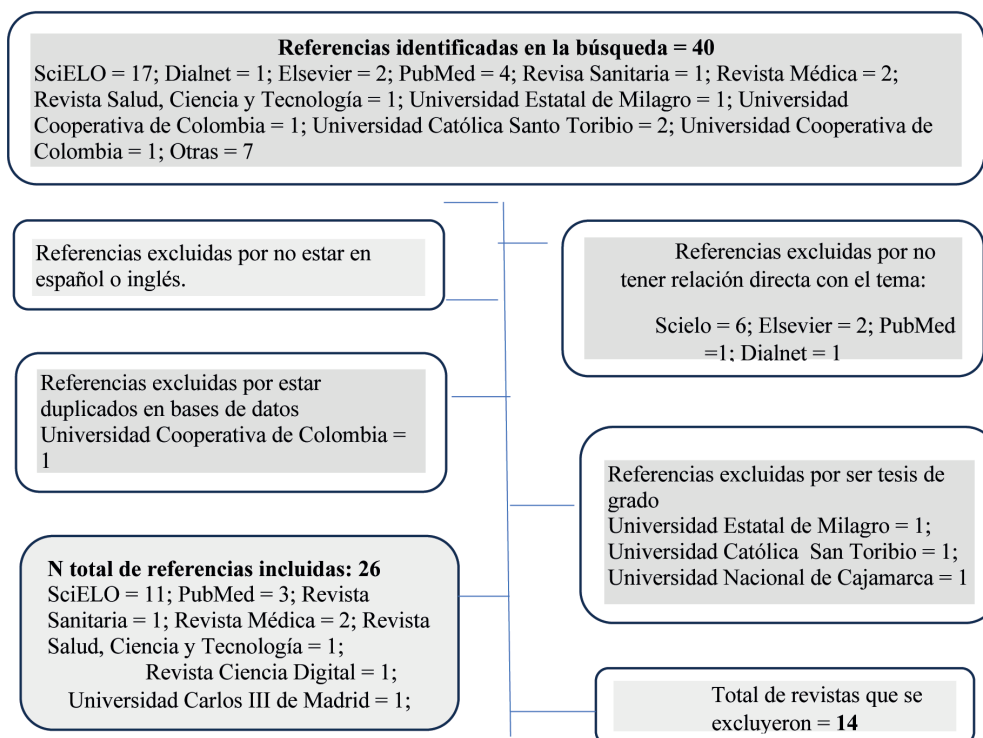
Se empleó una ficha de extracción de datos cuidadosamente estandarizada que permitió recopilar, de manera sistemática, datos bibliográficos completos (autores, año de publicación, país de origen, revista de publicación); características metodológicas del estudio (diseño utilizado, tamaño y características de la muestra, contexto específico del estudio); intervenciones o exposiciones que fueron evaluadas; instrumentos de medición que se utilizaron y su nivel de validación; resultados principales obtenidos; limitaciones que los propios autores reportaron; y el nivel de evidencia científica que el estudio aportaba.

Resultados

La búsqueda inicial que se realizó identificó un total de cuarenta referencias potencialmente relevantes para el estudio. Tras aplicar de manera sistemática los criterios de exclusión que se habían definido, se procedió a eliminar catorce investigaciones por las siguientes razones específicas: ausencia de relación directa con el tema central del presente análisis (n=10), duplicación en diferentes bases de datos (n=1) y tesis de grado que no habían sido publicadas en revistas indexadas (n=3). Finalmente, se pudo incluir un total de veintiséis artículos científicos de calidad en la síntesis cualitativa

Figura 1

Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de artículos



Características de los estudios incluidos

La distribución geográfica de los estudios que se incluyeron mostró un claro predominio de investigaciones realizadas en España (n=9, representando el 34,6 % del total), seguido de México (n=4; 15,4 %), Ecuador (n=4; 15,4 %), Chile (n=2; 7,7 %), Brasil (n=1; 3,8 %), Cuba (n=1; 3,8 %), Colombia (n=1; 3,8 %), Argentina (n=1; 3,8 %), Estados Unidos (n=1; 3,8 %) y estudios multicéntricos realizados en varios países europeos (n=2; 7,7 %). Esta distribución refleja tanto la producción científica regional como las posibilidades de acceso a las publicaciones.

En cuanto al diseño metodológico empleado en los estudios, se identificó una distribución variada: revisiones bibliográficas (n=13; 50 %), estudios observacionales de diferentes tipos (n=9; 34,6 %), revisiones sistemáticas formales (n=2; 7,7 %) y estudios de intervención experimental o cuasiexperimental (n=2; 7,7 %). Los contextos clínicos más frecuentemente estudiados en la literatura revisada fueron: enfermería en servicios de hospitalización (n=8), atención primaria de salud (n=6), medicina general (n=5), cuidados intensivos (n=3), salud mental (n=2) y atención en contextos específicos de la emergencia sanitaria por COVID-19 (n=4).

Análisis por categorías temáticas

Fundamentos conceptuales de la comunicación en salud. La comunicación, en el ámbito de la salud, se define como el proceso mediante el cual las personas intercambian datos relevantes, ideas significativas, opiniones fundamentadas y actitudes hacia la salud, con el fin último de alcanzar un entendimiento mutuo y generar acciones concretas que promuevan la salud (Petrone, 2021). Este proceso va mucho más allá de la simple transferencia mecánica de información, constituyendo en realidad un elemento verdaderamente determinante del proceso salud-enfermedad, lo que evidencia claramente su dimensión terapéutica intrínseca y su impacto clínico directo y medible (Mendoza y Barría, 2021). El modelo de comunicación bidireccional propuesto aquí se caracteriza fundamentalmente por permitir y facilitar el flujo de información en ambas direcciones, promoviendo que tanto el profesional como el paciente participen de manera activa y significativa en el intercambio, logrando así una toma de decisiones verdaderamente compartida y genuinamente centrada en la persona (Calderón et al., 2025).

Impacto en resultados clínicos y satisfacción del paciente. Los estudios revisados demuestran, de manera consistente y convincente, que la comunicación efectiva genera múltiples beneficios tangibles y medibles. En términos de adherencia terapéutica, se encontró que la comunicación clara y genuinamente empática entre el profesional de enfermería y el paciente mejora significativamente la seguridad percibida, la autonomía experimentada y la satisfacción global del paciente, impactando directamente y de manera positiva en la adherencia a los tratamientos prescritos (Calderón et al., 2025). Respecto a la reducción de errores clínicos, la evidencia muestra que la comunicación efectiva en enfermería no sólo mejora los resultados clínicos objetivos y la experiencia subjetiva del paciente, sino que también disminuye de manera notable los errores de medicación que pueden tener consecuencias graves (Santacruz et al., 2025). En cuanto a la satisfacción del usuario, se halló una correlación fuerte y consistente entre la calidad de la comunicación establecida, las expectativas previas del usuario y la satisfacción general con los servicios de salud recibidos (Carrión, 2022). Finalmente, en relación con la recuperación, los estudios documentan que una comunicación clara

y empática mejora sustancialmente la confianza del paciente en el proceso de atención y acelera los procesos de recuperación física y emocional (Santacruz et al., 2025).

Componentes esenciales de la comunicación efectiva. Los estudios examinados lograron identificar varios elementos clave que caracterizan consistentemente una comunicación de calidad en el ámbito sanitario. La empatía, expresada de manera genuina mediante la práctica de la escucha activa, constituye un factor absolutamente determinante para poder brindar una atención más efectiva y verdaderamente humanizada (Oliveira et al., 2020). La empatía, conjuntamente con una comunicación efectiva y una asertividad apropiada, son elementos esenciales para fortalecer de manera duradera la relación médico-paciente, incluso en entornos cada vez más dominados por la tecnología avanzada (Maza et al., 2023). La escucha activa, cuando se acompaña de empatía genuina, resulta esencial para poder proporcionar un cuidado que sea simultáneamente humanizado y de alta calidad técnica (Ramírez et al., 2021). La comunicación no verbal, a través de gestos, posturas corporales y expresiones faciales, influye de manera significativa en la empatía que se establece, la comprensión mutua que se logra y la efectividad clínica que se alcanza, siendo necesario considerar siempre los contextos culturales específicos al interpretar correctamente estos signos no verbales (Lorente y García, 2024). La claridad en la comunicación verbal se confirma como clave para lograr una interacción verdaderamente eficaz, junto con la empatía, la escucha activa y la comunicación no verbal apropiada (Santacruz et al., 2025).

Herramientas de evaluación de la comunicación. El *Communication Quality Analysis* (CQA) se presenta en la literatura como una herramienta verdaderamente viable y confiable para medir con precisión la calidad de las interacciones que se establecen entre pacientes y profesionales de la salud, siendo especialmente útil en su modalidad de evaluación en tiempo real para la formación efectiva y la evaluación objetiva de habilidades comunicativas en diversos contextos clínicos (Van et al., 2022). Aunque existen diversos instrumentos validados específicamente para evaluar la comunicación entre enfermeras y pacientes, persisten importantes desafíos para desarrollar e implementar estrategias prácticas que realmente mejoren la comunicación en la práctica clínica diaria (Gijón y Muggenburg, 2020).

Comunicación digital y redes sociales en salud. El uso estratégico de tecnologías digitales emergió claramente como una tendencia importante en los estudios más recientes. Las redes sociales para educación en salud muestran que plataformas como X (antes denominada Twitter) pueden ser un recurso complementario sumamente valioso para la concienciación pública y la prevención de enfermedades, aunque curiosamente el 58,3 % de los estudios revisados destaca la necesidad urgente de una mayor implicación activa por parte de los profesionales de la salud en estas plataformas digitales (Cambronero y Gómez, 2021). Las organizaciones de salud en España utilizan eficazmente la red social Facebook para educar al público sobre temas importantes como la fotoprotección y la prevención del cáncer de piel, con un 34,4 % del contenido publicado, centrado específicamente en ese tema (Sánchez et al., 2023). Sin embargo, persiste una preocupante brecha digital profesional: la presencia activa de enfermeras en redes sociales es notablemente limitada, lo que representa una oportunidad perdida significativa, por lo que es necesario fomentar urgentemente su participación para mejorar la comunicación en salud y satisfacer, de forma adecuada, las demandas informativas de la sociedad actual (Herrera, 2021).

Barreras identificadas. Los estudios documentaron de manera consistente varios obstáculos recurrentes que dificultan la comunicación efectiva. Entre las barreras institucionales, la falta

crónica de tiempo, la carga emocional acumulada y las diferencias culturales y lingüísticas afectan negativamente tanto la calidad de la comunicación como la calidad global de la atención prestada (Santacruz et al., 2025). Las deficiencias formativas constituyen otro problema grave: existe una necesidad evidente de fortalecer significativamente la capacitación en habilidades comunicacionales para mejorar la calidad de atención, especialmente en el personal de enfermería (Mendoza, 2024). La sobrecarga laboral representa una barrera particularmente seria: la presión asistencial constante, los tiempos reducidos de consulta y el agotamiento profesional creciente limitan severamente la capacidad de los profesionales de establecer interacciones comunicativas profundas y verdaderamente significativas con sus pacientes. Las diferencias culturales también emergieron como un factor importante: se identificaron diferencias significativas en la percepción sobre el uso apropiado de terminología médica y la cobertura de necesidades comunicativas entre profesionales y pacientes, aunque afortunadamente ambos grupos valoraron positivamente la calidad de la comunicación cuando esta se establecía adecuadamente (Kancheff, 2022).

Comunicación en contextos específicos. La pandemia por COVID-19 proporcionó lecciones valiosas en el ámbito aquí abordado: mejorar deliberadamente la comunicación entre pacientes hospitalizados en aislamiento y sus familias contribuyó significativamente a mejorar la calidad de atención percibida y a promover una atención más humanizada en circunstancias extraordinariamente difíciles (Martínez et al., 2021). La alfabetización en salud pública resultó absolutamente crucial para interpretar correctamente la información sanitaria durante la pandemia, por lo que resulta necesaria una colaboración estrecha entre gobiernos, instituciones sanitarias y medios de comunicación para asegurar una comunicación efectiva durante las emergencias sanitarias (Méndez et al., 2023). En poblaciones vulnerables, la adaptación cuidadosa de las comunicaciones de salud dirigidas al pueblo maya durante la pandemia por COVID-19, utilizando respetuosamente su lengua materna, mejoró notablemente la equidad en el acceso a la información y resaltó la importancia fundamental de la pertinencia cultural en salud (Ferrández et al., 2022). En cuidados intensivos, se encontró que la atención de enfermería en unidades de cuidados críticos está mayormente centrada en aspectos biomédicos y técnicos, dejando lamentablemente de lado, los aspectos emocionales; por ello, es urgente desarrollar habilidades comunicativas que permitan una atención simultáneamente más efectiva, más humana y holística (Espinoza et al., 2021). En contextos rurales, se destacó, generalmente, la alta eficacia de la comunicación durante la atención, aunque con diferencias interesantes en percepciones específicas entre enfermeros y pacientes que merecen mayor investigación (Kancheff, 2022).

Discusión

La presente revisión sistemática logró sintetizar un cuerpo sustancial de evidencia sobre el impacto multidimensional que tiene la comunicación efectiva bidireccional en el ámbito sanitario. Los hallazgos recopilados convergen, de manera notable, en establecer que la comunicación trasciende ampliamente el simple intercambio informativo para convertirse en un verdadero determinante terapéutico con repercusiones claras y medibles en los resultados clínicos objetivos, la experiencia subjetiva del paciente y el bienestar profesional de quienes brindan la atención.

La conceptualización de la comunicación en salud, presentada por Petrone (2021) como un proceso de compartir información con el propósito último de generar acción concreta, se complementa de manera significativa con la perspectiva de Mendoza y Barría (2021), quienes enfatizan su rol fundamental como elemento determinante del proceso salud-enfermedad. Esta convergencia teórica que se observa sugiere la necesidad de un modelo donde la comunicación opera

simultáneamente en tres dimensiones interconectadas: la dimensión instrumental (que implica la transferencia efectiva de información), la dimensión relacional (que conlleva la construcción de un vínculo terapéutico sólido) y la dimensión transformadora (que busca la modificación positiva de comportamientos y resultados en salud).

Sin embargo, se debe reconocer que persiste una tensión conceptual interesante entre entender la comunicación como una habilidad técnica que puede enseñarse versus concebirla como una práctica esencialmente humanista que requiere cualidades personales más profundas. Los estudios que se revisaron tienden a oscilar entre estos dos enfoques sin lograr integrarlos plenamente, lo que representa una brecha conceptual que requiere atención cuidadosa en futuras investigaciones sobre el tema.

Evidencia del impacto en resultados clínicos. Los estudios analizados documentan de manera consistente mejoras significativas en adherencia terapéutica, reducción notable de errores clínicos y mayor satisfacción del paciente, todas ellas asociadas con la presencia de una comunicación efectiva (Calderón et al., 2025; Santacruz et al., 2025; Carrión, 2022). No obstante, resulta crucial señalar algunas limitaciones metodológicas importantes que deben moderar las conclusiones. Existe una heterogeneidad considerable en las mediciones: los estudios utilizan instrumentos diversos y variados para evaluar lo que constituye comunicación efectiva, dificultando las comparaciones directas entre estudios. Mientras Van et al. (2022) presentan el CQA como una herramienta estandarizada y confiable, la mayoría de los estudios revisados emplean cuestionarios desarrollados *ad hoc* o escalas que no han sido validadas transculturalmente. También hay que considerar la distinción entre causalidad y correlación: la mayoría de los estudios disponibles son observacionales o descriptivos, limitando severamente las inferencias causales que podemos hacer. Por ejemplo, aunque Carrión (2022) reporta una correlación positiva entre comunicación y satisfacción, no es posible descartar completamente variables complementarias como la calidad técnica del servicio, los tiempos de espera o los recursos institucionales disponibles.

Componentes de la comunicación efectiva. Existe un consenso robusto y bien fundamentado sobre la centralidad absoluta de la empatía y la escucha activa como componentes esenciales (Oliveira et al., 2020; Ramírez et al., 2021; Maza et al., 2023). Sin embargo, emergen diferencias importantes que merecen atención. La contextualización cultural adquiere especial relevancia: Lorente y García (2024) subrayan con énfasis la importancia de considerar los contextos culturales específicos en la comunicación no verbal, aspecto confirmado de manera empírica por Ferráez et al. (2022) en su trabajo con población maya. Esta sensibilidad cultural necesaria contrasta notablemente con estudios realizados en contextos más culturalmente homogéneos que tienden a omitir estas consideraciones importantes, sugiriendo que los modelos de comunicación efectiva no son universalmente aplicables sin una adaptación cultural cuidadosa. También se observa un equilibrio necesario entre lo biomédico y lo humanista: Espinoza et al. (2021) critican apropiadamente el predominio del enfoque biomédico en cuidados intensivos, mientras que Melita et al. (2021) identifican la comunicación como la dimensión más débil, incluso cuando el cuidado técnico es adecuado. Esto evidencia una disociación problemática entre la competencia técnica y la competencia comunicativa en la formación actual de profesionales sanitarios.

Barreras sistémicas. Un hallazgo crítico de esta revisión es que las barreras comunicativas trascienden ampliamente las competencias individuales para enraizarse profundamente en factores institucionales y sistémicos más amplios. La sobrecarga laboral y las restricciones de tiempo identificadas por

Santacruz et al. (2025) y Mendoza (2024) como determinantes fundamentales plantean un dilema ético-práctico importante: ¿es razonable exigir comunicación efectiva a profesionales que están sometidos a presiones asistenciales claramente incompatibles con interacciones de calidad? La evidencia disponible sugiere fuertemente que las intervenciones centradas exclusivamente en la capacitación individual, sin abordar simultáneamente los factores sistémicos subyacentes, tienen una efectividad bastante limitada y difícilmente sostenible en el tiempo. El hallazgo de Díaz et al. (2020) referente a que el 67 % del personal de enfermería tiene un conocimiento limitado sobre cuidado humanizado resulta alarmante y revela fallas curriculares profundas que requieren reformas estructurales urgentes en la educación de los profesionales. Sin embargo, es absolutamente necesario distinguir entre el conocimiento teórico y la práctica real: la capacitación formal, de hecho, puede aumentar los conocimientos sin traducirse necesariamente en cambios conductuales sostenidos en la práctica clínica, en especial, en ausencia de entornos institucionales que favorezcan y recompensen activamente estas prácticas humanizadas.

Comunicación digital. El análisis de la comunicación digital revela una paradoja interesante y preocupante. Mientras las redes sociales claramente encierran un potencial educativo demostrado y considerable (Cambronero y Gómez, 2021; Sánchez et al., 2023), la participación de los profesionales en ellas es notablemente limitada (Herrera, 2021). Esta brecha puede explicarse por múltiples factores convergentes: la ausencia de incentivos institucionales claros para la actividad en redes sociales, preocupaciones éticas y legales legítimas sobre la comunicación pública en salud, y brechas generacionales significativas en las competencias digitales de los profesionales, especialmente los de mayor trayectoria. La experiencia exitosa de Ferráez et al. (2022), basada en la adaptación lingüístico-cultural en población maya, demuestra, de manera convincente, que la comunicación digital, cuando se diseña intencionalmente con pertinencia cultural apropiada, puede reducir inequidades en el acceso a información vital con efectividad. Esto contrasta marcadamente con usos menos reflexivos de redes sociales que podrían perpetuar o incluso amplificar las desigualdades ya existentes.

Conclusiones

Esta revisión sistemática proporciona evidencia sólida y convincente de que la comunicación efectiva bidireccional entre el personal sanitario y los pacientes constituye un determinante absolutamente crítico de los resultados en salud, la satisfacción del usuario y la calidad asistencial global. Más allá de simplemente confirmar su importancia, esta síntesis identifica brechas sustanciales y preocupantes entre el conocimiento teórico que poseen los profesionales y la práctica institucional que realmente se desarrolla, brechas que requieren atención urgente y acción decidida.

Los estudios examinados documentan, con claridad, el impacto multidimensional de la comunicación bidireccional. La comunicación efectiva se asocia de manera consistente con mejoras significativas en la adherencia terapéutica, reducción notable de errores clínicos, aceleración de los procesos de recuperación, mayor satisfacción del paciente y mejor bienestar profesional. Estos beneficios múltiples trascienden claramente los diversos contextos clínicos y geográficos estudiados, sugiriendo su universalidad.

Dentro de este proceso de interacción, hay una serie de componentes esenciales que repercuten positivamente en la atención sanitaria. La empatía genuina, la escucha activa consciente, la claridad del mensaje y la sensibilidad cultural emergen como elementos absolutamente no negociables

de una comunicación de calidad en salud. La comunicación no verbal, aunque frecuentemente subestimada en la práctica, juega un papel igualmente determinante que merece mayor atención en la formación profesional.

Por otra parte, la sobrecarga laboral persistente, las restricciones de tiempo institucionales, las deficiencias formativas en habilidades comunicacionales y las diferencias culturales-lingüísticas representan obstáculos mucho más importantes que las simples carencias individuales de habilidades, evidenciando, con claridad, que el problema es fundamentalmente estructural y sistémico antes que meramente individual.

Asimismo, mientras las tecnologías digitales ofrecen oportunidades sin precedentes para amplificar y mejorar la comunicación en salud, la participación de los profesionales aún es limitada, lo que representa, a su vez, una oportunidad valiosa por aprovechar, con miras a promover la equidad en el acceso a información sanitaria de calidad.

Finalmente, el hallazgo de que el 67 % del personal de enfermería presenta conocimiento limitado sobre cuidado humanizado revela fallas curriculares profundas y sistemáticas que requieren reformas estructurales urgentes en la educación de los profesionales de la salud.

Referencias

- Abuín, J., y Abuín, R. (2022). Redes sociales y el interés por la información oficial en tiempos de pandemia: análisis de la comunicación de los ministerios de salud europeos en Facebook durante la COVID-19. *Revista de Comunicación y Salud*, 12, 59-76. <https://doi.org/10.35669/rcys.2022.12.e303>
- Calderón, N., Zambrano, J., Vines, R., y Zambrano, M. (2025). La comunicación enfermero-paciente y su impacto en la calidad del cuidado. *RECIMUNDO*, 9(1), 824-832. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(1\).enero.2025.824-832](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.824-832)
- Cambronero, B., y Gómez, B. (2021). El uso de redes sociales y su implicación para la comunicación en salud: revisión bibliográfica sobre el uso de Twitter y la enfermedad del cáncer. *Doxa Comunicación*, 33, 377-392. <https://doi.org/10.31921/doxacom.n33a868>
- Carrión, E. (2022). Calidad del servicio, expectativas del usuario y comunicación efectiva: fuentes de satisfacción del usuario. *Ciencia Digital*, 6(3), 84-109. <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v6i4.2289>
- Díaz, A., Villanueva, I., y Martínez, J. (2020). Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 24(2), e20190238. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>
- Espinoza, M., Baeza, P., Rivera, F., y Ceballos, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Revista Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 30-34. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>
- Ferrández, L., Andueza, M., Gómez, J., Moreno, N., y González, M. (2022). Comunicaciones de salud dirigidas a los mayas de la península de Yucatán (México) en el marco de la pandemia COVID-19. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 13(1), 69-77. <https://doi.org/10.20318/recs.2022.6099>
- Gijón, M., y Muggenburg, C. (2020). Instrumentos que miden la comunicación enfermera-paciente. *Enfermería Universitaria*, 16(3), 303-312. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.687>
- Herrera, I. (2021). Comunicación en salud y redes sociales: necesitamos más enfermeras. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 53, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2021.03.001>
- Kancheff, I. (2022). La calidad de la comunicación enfermera-paciente: experiencias en el contexto de la ruralidad en la provincia de Chaco. *Revista Salud, Ciencia y Tecnología*, 2(46), 1-12. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202246>

- López, A., Lorente, C., y Pérez, J. (2022). La comunicación como elemento clave en el personal de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(9), e2660. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-comunicacion-como-elemento-clave-en-el-personal-de-enfermeria/>
- Lorente, D., y García, G. (2024). Comunicación no verbal en el ámbito sanitario. *Revista Ocronos*, 7(1), 1-7. <https://revistamedica.com/elementos-comunicacion-no-verbal-ambito-sanitario/>
- Martínez, S., Jiménez, A., Humada, P., Redondo, N., Río, I., Santos, M., Díez, E., Gómez, B., González, J., Sánchez, E., y Castro, M. (2021). Management of communication between inpatients isolated due to COVID-19 and their families. *Revista de Calidad Asistencial*, 36(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.006>
- Maza, G., Motta, G., Motta, G., y Jarquin, P. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Revista de Sanidad Militar*, 77(1), 1-13. <https://doi.org/10.35366/109766>
- Melita, A., Jara, P., y Moreno, M. (2021). Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico-quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Revista Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 89-105. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2344>
- Méndiz, A., Wennberg, L., Regadera, E., y Goni, B. (2023). Comunicación de salud pública y COVID-19: una revisión de la bibliografía durante la primera ola. *Profesional de la Información*, 32(3), e320313. <https://doi.org/10.3145/epi.2023.may.13>
- Mendoza, J. (2024). Barreras de comunicación percibidas por enfermeras y pacientes hospitalizados en un entorno clínico hospitalario. *MULTIVERSO*, 4(7), 47-55. <https://doi.org/10.46502/issn.2792-3681/2024.7.5>
- Mendoza, Y., y Barría, M. (2021). La comunicación en salud y la necesidad de integración interdisciplinaria. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 32(3), e1692. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132021000300016
- Navarro, M., y López, V. (2020). Medicina intensiva: aspectos bioéticos, información y comunicación. *Revista de Bioética y Derecho*, 48, 23-39. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.0.28912>
- Oliveira, J., Luchini, D., Lange, L., Mrcon, G., y Soares, G. (2020). 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. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3034>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Patient safety* [Hoja informativa]. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Page, M. J., et al. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

- Paguay, W., Morocho, G., Pereira, J., Rodríguez, N., Game, K., y Consuelo, G. (2024). Perspectivas de la comunicación en salud (información, instrucción e integración): criterios en el entorno guayaquileño. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 43, e3208. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002024000100016
- Petrone, P. (2021). Principios de la comunicación efectiva en una organización de salud. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(2), 188-192. <https://doi.org/10.30944/20117582.878>
- Ramírez, J., López, V., Ramírez, A., y Morejón, M. (2021). Tecnologías de la información y la comunicación en salud: análisis de componentes principales en la evaluación del desempeño competitivo. *Revista de la Universidad Católica de Pereira*, 15(30), 22-29. <https://doi.org/10.31908/19098367.2618>
- Rodríguez, L. (2024). La salud mental de los profesionales de la salud: problema olvidado y poco visible. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 6(1), 45-46. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2024.6.1.44>
- Sánchez, L., Moreno, Á., y Zeler, I. (2023). Comunicación para la prevención de cáncer de piel: un análisis del uso de Facebook para la comunicación de salud en España. *Revista de Marketing Aplicado*, 27(1), 78-94. <https://doi.org/10.17979/redma.2023.27.1.9650>
- Santacruz, F., Arroyo, M., y Pascual, D. (2025). El impacto de la comunicación efectiva enfermera en la calidad de la atención al paciente. *Revista Ocronos*, 8(1), 1-412. <https://revistamedica.com/impacto-comunicacion-enfermera-calidad-atencion/>
- The Joint Commission. (2021). *Sentinel event data: Root causes by event type 2012-2021*. The Joint Commission. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-data-summary/>
- Van, L., Scott, A., Green, M., Witt, P., Wasserman, E., Chinchilli, V., y Levi, B. (2022). Communication quality analysis: A user-friendly observational measure of patient-clinician interaction. *Patient Education and Counseling*, 105(6), 1463-1471. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.005>