UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE COMUNICACIÓN

TEMA:

La comunicación interpersonal médico-paciente en el sistema hospitalario público.

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Licenciada en Comunicación.

AUTOR:

Evelyn Monserrath Regalado Vimos

TUTOR:

Dr. Byron Orlando Naranjo Gamboa

Ambato – Ecuador

2026

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del trabajo de investigación del tema: "LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL MÉDICO – PACIENTE EN EL SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO" de la estudiante EVELYN MONSERRATH REGALADO VIMOS, egresada de la Carrera de Comunicación, de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, considero que dicho trabajo de graduación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a Evaluación del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Directivo de la Facultad designe, para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato, 9 de diciembre de 2025

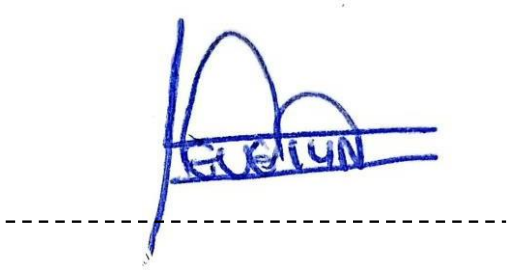
Dr. Byron Orlando Naranjo Gamboa

C.I. 1802284800

AUTORÍA

La información emitida en el trabajo de investigación: "LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL MÉDICO-PACIENTE EN EL SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO", como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones, son de responsabilidad de la autora.

Ambato, 9 de diciembre de 2025



Evelyn Monserrath Regalado Vimos

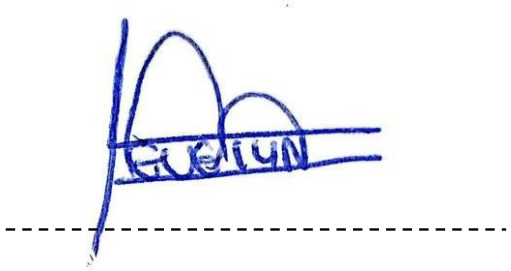
C.I. 0503481863

AUTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además también apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga fines lucrativos, y además se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, 9 de diciembre de 2025



Evelyn Monserrath Regalado Vimos

C.I. 0503481863

AUTORA

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los miembros del Tribunal de Grado APRUEBAN el trabajo de investigación sobre el tema: "LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL MÉDICO-PACIENTE EN EL SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO", presentado por la señorita Evelyn Monserrath Regalado Vimos, de conformidad con el reglamento de Graduación para obtener Título de Tercer Nivel de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, _____de 2026

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

MEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORÍA

Mi tesis va dedicada principalmente a Dios, a él por darme toda la fortaleza necesaria para seguir adelante, a él quien escuchó mis súplicas cuando ya no podía más, a él que nunca se separó de mí y siempre estuvo presente en mis alegrías y tristezas, toda la gloria es para él, ya que sin su sabiduría entrega por el Espíritu Santo no sería posible este escalón más en mi camino. No debo tener miedo, ni desanimarme porque Dios estará conmigo en todo momento, no me desamparará.

También quiero dedicar mi tesis a mi abuelita Mercedes Gallardo, que hace seis años ya no está conmigo, a esa mujer valiente que me enseñó a perdonar y amar con sinceridad, gracias por todas las enseñanzas, gracias por haberme querido como lo hizo, me llevo cada consejo y abrazo compartido en el tiempo que estuvo conmigo. Cada esfuerzo valió la pena y sé que desde el cielo sus bendiciones siempre estuvieron presentes, la llevaré para siempre en mi corazón a pesar de que ya no puedo recordar su voz, ahora solo me quedan las fotos que hablan de los hermosos momentos que pasé con mi querida abuelita Miche.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente el esfuerzo que ha hecho mi madre Rosa Vimos y mi padre Jorge Regalado durante estos 4 años de estudio, gracias por apoyarme, gracias por estar presentes, gracias por nunca soltarme la mano cuando más lo necesitaba. Gracias a ustedes, que se quitaban el pan de la boca para dárselo a sus hijas y que, tantas veces, se olvidaron de sí mismos por darnos a nosotras. Por todo ello, los honraré con mi trabajo y mi dedicación. A mi hermana Domenica Regalado, aquella pequeña de la casa que con sus alegrías y ocurrencias me solucionaba mis problemas, a ella que siempre confió en mí y la que me impulsaba a seguir adelante. A toda mi familia, a mi tío Luis y primos Dayana, Kristina y Luis, que han estado presentes en este proceso con sus palabras de apoyo, especialmente a mi tío Cristóbal, mi tía Marianita y mi tía Irma, gracias por estar al pendiente de mí y tratarme como si fuera una hija más. A toda la congregación que conforma la Iglesia de Fe Cristo Salvador Misión 1, especialmente al padre Iván por su guía espiritual por alentarme a no decaer y por ayudarme acerca más a la palabra de Dios y a doña Carmelita que se ha portado como una segunda abuelita para mí. A mis tres gatitos que, aunque no saben hablar, sus actos de amor y su compañía han sido importantes. Y a todas mis amigas que son sus locuras han estado acompañándome en este trayecto lleno de aventuras.

Mil gracias a todos porque nunca estuve sola en este caminar, siempre los tuve a cada uno de ustedes, las palabras sobran y las hojas faltaría para mencionar y agradecer a cada una de las personas que Dios ha puesto en mi camino. Solo me queda decirles que Dios le pague.

Con mucho amor y cariño

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR ii
AUTORÍA iii
DERECHOS DE AUTOR iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO v
DEDICATORÍA vi
AGRADECIMIENTO vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS viii
ÍNDICE DE TABLAS x
ÍNDICE DE FIGURAS xi
ÍNDICE DE ANEXOS xii
RESUMEN EJECUTIVO xiii
ABSTRACT xiv
CAPITULO I 1
MARCO TEÓRICO 1
1.1. Antecedentes investigativos 1
1.2. Fundamentación teórica 5
1.2.1. Definición de la comunicación 5
1.2.2. Niveles de la comunicación 6
1.2.2.1. Comunicación intrapersonal 6
1.2.2.2. Comunicación interpersonal 7
1.2.2.3. Comunicación grupal 9
1.2.2.4. Comunicación organizacional 10
1.2.3. Clasificación de la comunicación interpersonal 12
1.2.3.1. Comunicación verbal 12
1.2.3.2. Comunicación no verbal 14
1.2.3.3. Comunicación paralingüística 15
1.2.4. Comunicación interpersonal y atención humanizada 16
1.2.5. Teoría del interaccionismo simbólico 17
1.2.6. Obstáculo epistemológico 19
1.2.7. La entropía comunicacional 21
1.3. Objetivos 22
1.3.1. Objetivo General 22

1.3.2. Objetivos específicos 23
CAPÍTULO II 24
METODOLOGÍA 24
2.1. Materiales 24
2.2. Métodos 25
2.2.1. Enfoque de la investigación 25
2.2.2. Modalidad de la investigación 25
2.2.3. Nivel y tipo de investigación 26
2.2.3.1. Nivel de la investigación 26
2.2.3.2. Tipo de investigación 26
2.2.4. Métodos de la investigación 26
2.2.4.1. Método Inductivo – Deductivo 26
2.2.5. Población y muestra 27
2.2.6. Unidad de análisis 28
2.2.7. Técnicas e instrumentos 28
2.2.8. Recolección de datos 29
2.2.9. Procesamiento de datos 30
CAPÍTULO III 31
RESULTADOS Y DISCUSIONES 31
3.1. Análisis 31
3.1.1. Análisis de las encuestas 31
3.1.2. Análisis de las entrevistas 47
3.2. Discusión de los resultados 56
CAPÍTULO IV 58
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 58
4.1. Conclusiones 58
4.2. Recomendaciones 58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60
ANEXOS 64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Recursos que se utilizarán durante la investigación....24
Tabla 2 Claridad en el diagnóstico....32
Tabla 3 Escucha activa....33
Tabla 4 Indicaciones claras del tratamiento....34
Tabla 5 Tono de voz....35
Tabla 6 El ritmo durante la comunicación con el paciente....36
Tabla 7 El volumen del médico durante la consulta....37
Tabla 8 Palabras técnicas por parte del médico....38
Tabla 9 Verificación de la información (retroalimentación)....39
Tabla 10 Visualización médico - paciente....40
Tabla 11 Pausas en la comunicación verbal....41
Tabla 12 La empatía refleja en los gestos....42
Tabla 13 Confianza y tranquilidad en la comunicación....43
Tabla 14 Lenguaje claro durante la consulta....44
Tabla 15 Preocupación del médico por la salud del paciente....45
Tabla 16 Satisfacción de la comunicación....46
Tabla 17 Matriz la interacción médico – paciente....48
Tabla 18 Matriz expresión no verbal y paraverbal....52
Tabla 19 Gestión y mejora continua....54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Captura de pantalla de la fórmula estadística 28
Figura 2 Edad 31
Figura 3 Sexo 32
Figura 4 Claridad del diagnóstico 33
Figura 5 Escucha activa del diagnóstico 34
Figura 6 Indicaciones claras del tratamiento 35
Figura 7 Tono de voz 36
Figura 8 El ritmo durante la comunicación con el paciente 37
Figura 9 Volumen del médico durante la consulta 38
Figura 10 Palabras técnicas por parte del médico 39
Figura 11 Verificación de la información (Retroalimentación) 40
Figura 12 Visualización médico - paciente 41
Figura 13 Pausas en la comunicación verbal 42
Figura 14 La empatía reflejada en los gestos 43
Figura 15 Confianza y tranquilidad en la comunicación 44
Figura 16 Lenguaje claro durante la consulta 45
Figura 17 Preocupación del médico por la salud del paciente 46
Figura 18 Satisfacción de la comunicación 47

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Guia de encuestas 64
Anexo 2 Guia de entrevista 67
Anexo 3 Atención médica en el Centro de Salud Tipo A Anchilivi – Salcedo 69
Anexo 4 Relación médico - paciente 70
Anexo 5 Realización de la encuestas a los moradores del barrio Anchilivi – Salcedo 71
Anexo 6 Carta favorable de la institución 72
Anexo 7 Autorización para la investigación 72
Anexo 8 Carta de solicitud de revisión de protocolo 72
Anexo 9 Solictud para la revisión de correciones 72
Anexo 10 Autorización para la aplicación del instrumento 72
Anexo 11 Carta compromiso 72

RESUMEN EJECUTIVO

La comunicación interpersonal médico-paciente se constituye como elemento primordial para garantizar una atención humanizada mediante el lenguaje verbal, no verbal y paralingüístico centrada en la persona. La importancia del estudio es comprender el impacto social y ético al promover relaciones más efectivas y respetuosas para optimizar la formación comunicativa de los profesionales de la salud. El objetivo general de la investigación es estudiar las fortalezas, debilidades y estrategias comunicativas en el sistema de salud pública, para posteriormente como objetivos específicos analizar, identificar y proponer herramientas adecuadas que fortalezcan esta área; se utiliza la metodología con el enfoque cualitativo y cuantitativo y en una investigación descriptiva y de campo, las técnicas aplicadas son las encuestas en escala de Likert dirigidas a 123 moradores del barrio Anchilivi – Salcedo para conocer la perspectiva externa de los usuarios y entrevistas de 14 preguntas a los médicos del Centro de Salud Pública Tipo A para identificar las técnicas utilizadas en las intervenciones médicas acorde al tema estudiado.

Los principales resultados señalan que existen dificultades en el lenguaje verbal y no verbal al no tener claridad en el mensaje, así como la falta de contacto visual del médico al paciente, a pesar de que los profesionales de la salud sí utilizan herramientas para mitigar estas barreras comunicacionales, esta negatividad puede ser debido a la cantidad de pacientes que se atiende al día. Sin embargo, se perciben aspectos positivos en el lenguaje paralingüístico, como el volumen, ritmo y tono de voz, elementos que los usuarios consideran adecuados durante las consultas médicas, las mismas que los médicos toman en cuenta dependiendo la edad del paciente, por ello es necesario realizar capacitaciones y formaciones tanto académicas como dentro del Ministerio de Salud Pública que ayuden a generar un ambiente de empatía, confianza, seguridad y escucha activa con el paciente en el sistema hospitalario público.

Palabras clave: Comunicación interpersonal, relación médico-paciente, verbal, no verbal, paralingüístico.

ABSTRACT

Interpersonal communication between doctors and patients is a fundamental element in ensuring humanised care through verbal, non-verbal and paralinguistic language centred on the individual. The importance of the study lies in understanding the social and ethical impact of promoting more effective and respectful relationships in order to optimise the communication training of healthcare professionals. The overall objective of the research is to study the strengths, weaknesses and communication strategies in the public health system, and then to analyse, identify and propose appropriate tools to strengthen this area. The methodology used is qualitative and quantitative, and the research is descriptive and field-based. The techniques applied are Likert scale surveys of 123 residents of the Anchilivi neighbourhood – Salcedo neighbourhood to ascertain the external perspective of users, and 14-question interviews with doctors at the Type A Public Health Centre to identify the techniques used in medical interventions in accordance with the subject under study.

The main findings indicate that there are difficulties in verbal and non-verbal language due to a lack of clarity in the message, as well as a lack of eye contact between the doctor and the patient. Although healthcare professionals do use tools to mitigate these communication barriers, this negativity may be due to the number of patients seen each day. However, there are positive aspects in paralinguistic language, such as volume, rhythm, and tone of voice, which users consider appropriate during medical consultations. Doctors take these into account depending on the patient's age. Therefore, it is necessary to provide training and education, both academically and within the Ministry of Public Health, to help create an environment of empathy, trust, security, and active listening with patients in the public hospital system.

Keywords: Interpersonal communication, doctor-patient relationship, verbal, non-verbal, paralinguistic.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes investigativos

La presente investigación se fundamenta en el análisis y revisión previa de antecedentes investigativos relacionados con el tema propuesto, ya que enriquecen el marco conceptual, permitiendo establecer conexiones relevantes con el objeto de estudio.

En el trabajo de Magnolia Dusek (2005), sobre la "Determinación de las percepciones de la usuaria sobre los elementos que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud", el objetivo fue establecer y conocer la percepción de los usuarios durante la consulta médica y valorar la empatía y atención hospitalaria. Para ello, se implementó una metodología cuantitativa, ya que se presentó en números y porcentajes a través de una matriz de datos y encuestas a 384 pacientes como muestra de la investigación. Además, se incorporó un estudio de tipo experimental para analizar las variables del problema, siendo así un estudio descriptivo para analizar las respuestas del público objetivo.

Los resultados arrojaron que, los médicos se mantienen dentro de la acción profesional porovocando un alejamiento entre médico – paciente, cabe mencionar que las expresiones verbales y no verbales por parte del médico tratante carece de empatía y amabilidad, causando bajos niveles comunicativos, por ello se recomendó implementar estrategias que ayuden al fortaleciendo dentro de estas áreas y tener un mejor manejo en cuanto al trato con los pacientes.

Ana María Coronado (2018), con el tema "La calidez y el intercambio de información en la relación médico-paciente", tiene como objetivo examinar y evaluar la secuela de la calidad y empatía del médico en la intención del paciente de adherir al procedimiento. Con una metodología cuantitativa de nivel explicativo experimental y un diseño transaccional, se puede entender el fenómeno a partir de las causas y efectos de las variables. La muestra fue de 805 personas, de las cuales 80 fueron encaminadas a las variables independientes, 305 a pruebas piloto y 420 al contexto experimental, mediante la recolección de datos dentro del encuentro de dos personas en relación médico-paciente. Dando como efecto que la relación resulta buena en ambas partes, sin embargo, se cree necesario ejecutar charlas de socialización y capacitación sobre la empatía y calidez a los alumnos de ciencias de la salud, para fortalecer la comunicación verbal y no verbal y mejorar la satisfacción del paciente y resultados en salud.

Mariela Lara (2024), con el tema “Diseño de un plan de comunicación eficaz para el personal de enfermería en el servicio de hospitalización quirúrgica del Hospital del IESS Quito Sur”, con el objetivo de diseñar un plan que ayude a la comunicación del personal médico en el hospital del IESS Quito Sur. Mediante una metodología cuantitativa y cualitativa, a través de encuestas estructuradas para enfermeras y pacientes para recopilar información sobre la satisfacción, la percepción y el liderazgo de la comunicación, además, se realizaron entrevistas al personal para indagar sus experiencias y opiniones.

Por ello, el Plan de Comunicación en Habilidades Blandas resulta tener un impacto en la aptitud de atención que el personal de enfermería ofrece a los pacientes, con métodos de comunicaciones claras, empáticas y constituidas que han proporcionado una interacción comprensiva, sujetando de forma significativa la ansiedad y el estrés, el mismo ha conseguido crear mayor confianza en el ambiente hospitalario, permitiendo que los pacientes se sientan escuchados y apoyados.

Clara Chamaidán (2019), sobre “La comunicación interpersonal del equipo hospitalario y la satisfacción del paciente en el área de hospitalización de cardiología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo”, su objetivo es analizar las técnicas de comunicación interpersonal para optimizar la satisfacción del paciente y obtener un plan que mejore la comunicación. Con una metodología cuantitativa para responder a la variable dependiente e independiente, por un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional a través de un cuestionario de preguntas y entrevistas semiestructuradas a médicos, enfermeras, auxiliares y familiares de los pacientes para la detección de necesidades y debilidades desde el mes de noviembre y diciembre a 386 personas entre ellas 24 médicos, 280 pacientes y 42 enfermeras por muestra probabilística y al azar.

Por lo tanto, los resultados proyectaron que existe una baja comunicación interpersonal entre médicos, enfermeras y pacientes. Además, cabe recalcar que los pacientes mencionaron a través de las encuestas que el problema dentro del hospital no era la falta de medicamento al contrario, es la escasez de la comunicación, es decir no se sienten cómodos con el trato y por las inquietudes que no fueron contestadas con claridad, por ello se recomendó trabajar más en está área para crear vínculos fortalecidos en la escucha activa y la empatía.

En el estudio de Fanny Jaramillo (2018), con el tema “La comunicación interpersonal hospitalaria como herramienta para la satisfacción del usuario”, para establecer el rol de la comunicación interpersonal en la satisfacción del paciente y ejecutar estrategias que ayuden

dentro de esta área. Tiene una metodología cuantitativa con un alcance descriptivo para diferenciar el fenómeno que participa en el problema con la descripción de las características y aspectos, y un estudio correlacional para analizar los resultados, evaluar y visualizar la relación de variables. Por medio de encuestas de opinión y una muestra aleatoria simple que permitió conocer las actitudes de los estudiados.

Los resultados indican que se debe evitar las barreras de comunicación y desarrollar una correcta personalidad y adquirir una buena capacidad de respuestas por parte de los médicos, también se comprobró que existen falencias en esta área, sin embargo, se lo puede evitar a través de tácticas de forma semestral para examinar la perspectiva del vínculo emocional y empático entre médico – paciente.

El estudio de Ángel Rosillo (2019), sobre " La Comunicación Interpersonal Hospitalaria y su resultado en la relación entre médico y paciente, en el Hospital de la Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) de la Ciudad de Loja" su objetivo es identificar los elementos que afectan a la comunicación interpersonal y las necesidades que facilitan la participación directa del paciente en la personalización de su patología. La metodología es cualitativa y cuantitativa, ya que es un estudio documental, analítico y descriptivo con registro del historial clínico perteneciente a los pacientes en el área de cirugía y oncología para analizar mediante tablas y gráficos. La población estudiada fue de 119 personas, 91 pacientes y 20 médicos, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, a través de una encuesta relacionada directamente con la comunicación interpersonal mediante una escala de Likert.

Por ende, se arrojo los siguientes datos: en relación con los pacientes se evidenció una alta satisfacción en cuanto a la programación de turnos y uso de términos no médicos para lograr una mejor comprensión de las prescripciones, sin embargo, se asignó una baja calificación a la disposición de escuchar las interrogantes de los pacientes e informales acerca de la situación de su salud, tratamientos y procedimientos. Estos factores afectan a la comunicación interpersonal y provocan el alejamiento de los pacientes y el posible rechazo al tratamiento, por ello es necesario evaluar periódicamente para conocer el nivel de satisfacción y la calidad del servicio hospitalario.

Ronald Solórzano (2022), con su investigación "Evaluación de la comunicación interpersonal médico-paciente y su relación con la satisfacción usuaria de la clínica San Francisco de Portoviejo", su objetivo es evaluar los conceptos teóricos y el marco referencial en temas de comunicación interpersonal y satisfacción usuaria por medio de la literatura científica. El

enfoque es cuantitativo, ya que se analizó las variables con datos medibles, un diseño no experimental donde se investigó individualmente al fenómeno a través de un alcance descriptivo detallando los objetos y sujetos, permitiendo una recopilación de datos analizados, y como complemento un alcance correlacional para buscar determinar la relación que existe entre médico – paciente en la comunicación interpersonal.

La población fue de 3.300 usuarios entre pacientes que reciben atención privada y convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), mediante un muestro aleatorio simple, es decir que cada miembro tiene la misma posibilidad de ser seleccionado por una encuesta para la recopilación de información por medio de la escala de Likert en constancia de 18 preguntas acerca de la satisfacción de los usuarios. Por ello, los resultados arrojaron la carencia de comunicación interpersonal por la falta de atención en el lenguaje utilizado para resolver las inquietudes de los pacientes, la forma en la que se transmiten los mensajes y el tiempo de consulta médica. Por eso, se recomendó que los médicos deban utilizar un vocabulario no técnico para mejorar la confianza, la comodidad y la calidad de la atención hospitalaria.

La investigación de Luis Chupillon (2017), acerca de "La comunicación interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes oncológicos del Hospital "Hipólito Unanue" del Distrito del Agustino", tiene como objetivo describir la comunicación verbal, no verbal y paraverbal percibida por los pacientes oncológicos. Con un enfoque cuantitativo en nivel descriptivo basado en la clasificación, identificación y análisis científico desde las Ciencias de la Comunicación, además se utilizó el método inductivo para el estudio de cada categoría e indicadores de la comunicación interpersonal con una población de 300 pacientes de los cuales 100 fueron los objetos de estudios a través de una muestra al azar o aleatoria y una encuesta para la recopilación de datos.

Los resultados arrojaron que la mayor parte de los médicos no saben la forma de controlar sus expresiones e interactuar con claridad la información hacia el paciente, por otro lado la comunicación no verbal también presenta un nivel bajo así como la comunicación paraverbal, es decir que sus expresiones corporales y ritmo al hablar no son los adecuados, provocando el descontento, alejamiento y falta de confianza por parte de los pacientes.

Por ello, se concluyó que son necesarias prácticas de lectura tonal y la retroalimentación verbal, ya que los médicos deben tener la capacidad de saber controlarlas en diferentes situaciones, además, se debe mostrar mayor empatía y escucha activa para que el paciente se encuentre en un ambiente de confianza y con buenas estrategias comunicativas.

1.2. Fundamentación teórica

1.2.1. Definición de la comunicación

La comunicación es un proceso que solamente los seres humanos tienen la capacidad de realizar, ya que es necesario elaborar mensajes para transmitirlos a los individuos con un lenguaje claro y preciso. Cabe recalcar que "La comunicación es una condición *sine qua non* (condición indispensable) de la vida humana y el orden social" (Watzlawick et al., 1985, p. 17).

Esta es una de las técnicas más complejas que se pueden encontrar durante las rutinas diarias y tiene gran importancia en diferentes áreas, como la educación, la salud y lo social, ya que se busca responder a planteamientos transmitidos en el diálogo, mediante criterios y sentimientos expresados por cada individuo. Esto puede ser de manera directa, es decir, cara a cara, o indirecta a través de un medio digital, correos electrónicos o mensajes de voz.

> Conviene destacar que durante este proceso se presentan tres problemas principales, el primero es un conjunto finito de símbolos que se transmiten, el cual no permite la comprensión de la información, en el segundo se implementa la función del tiempo y duración de los mensajes y el tercero es una mezcla entre el tiempo y coordenadas espaciales que se utilizan para decodificar la información. El inconveniente semántico que se puede presenciar en el proceso de comunicación es la interpretación del mensaje, que tan fácil ha sido para el receptor entenderlo, y la efectividad del canal por el cual se envió (Shannon y Weaver, 1964, p. 4).

Esto se complementa con una pregunta clave para este proceso, ¿Quién dice qué, en qué canal y con qué efecto? Es decir, nos da a conocer al emisor o comunicador de la información, el contenido del mensaje, por medio de qué canal es transmitido el mensaje, cómo el receptor o la audiencia lo recibe y el efecto e impacto que tiene el mensaje en la sociedad (Lasswell, 1948). Por eso es necesario tener en cuenta que la comunicación cumple diversas funciones dentro de la sociedad, es decir, este proceso se centra en la transmisión de mensajes verbales y no verbales que pueden ser interpretados de diferentes maneras y enviados por distintos canales.

Por ello es necesario conocer cuáles son estas funciones que menciona Gerhard Maletzke (1992) en su obra "Psicología de la comunicación social". La primera se refiere a la función de información, donde el individuo conoce lo que sucede dentro y fuera de su entorno, desarrollando la orientación social que ayuda a la toma de decisiones en situaciones complicadas y la adaptación a cambios culturales, sociales y tecnológicos dentro de la sociedad (p. 185).

La segunda hace referencia a la función de integridad social, es decir, se fomenta la cohesión social en la cual el individuo realiza la interacción comunicativa facilitando el intercambio de información mediante conversaciones, la identificación con otras personas y el sentido de pertenencia con la colectividad. La tercera se describe como una función de orientación y opinión pública, aquí los mensajes llegan a influir en los comportamientos y actitudes del receptor, y por última la función emocional la misma que se complementa con la anterior, ya que los mensajes movilizan sentimientos, emociones y generan empatía, es decir permite crear lazos efectivos con los miembros por experiencias compartidas (Maletzke, 1992, pp. 191- 290).

En conclusión, la comunicación es una herramienta primordial, ya que este proceso no es estático, al contrario, se encuentra en constante movimiento. Desde que aprenden a decir sus primeras palabras hasta resolver discusiones a través del conocimiento, el diálogo y el intercambio de diferentes opiniones que cada individuo tiene acerca de un tema en específico.

1.2.2. Niveles de la comunicación

Se pueden encontrar niveles importantes dentro de la comunicación, los cuales permiten un diálogo efectivo y sin incoherencias, porque llegan a conocer el contexto de cada persona, la audiencia a la que va dirigido y qué tan adaptable es el mensaje en el entorno (Berlo, 1984).

1.2.2.1. Comunicación intrapersonal

La comunicación intrapersonal se refiere a la auto comunicación, es decir, que el emisor y receptor resultan ser la misma persona que entabla una misma conversación. Esto va relacionado con los pensamientos, ideas personales, sueños y reflexiones que produce la mente de manera voluntaria o involuntaria.

Dentro de este nivel de comunicación no existe la retroalimentación ni los modelos sociales que comúnmente solemos observar y escuchar, debido a que la persona decide sobre su propio discurso, que en la mayoría de los casos es utilizado para el desahogo o motivación personal.

> En el campo científico este nivel de interacción lo encuentran escaso al concepto de comunicación, ya que, para que este proceso se lleve a cabo se debe contar con dos o más personas, por esta razón el procesamiento y almacenamiento de recuerdos se lo concibe específicamente al individuo, aquí la persona puede utilizar sus propios gestos, símbolos y orden de comprensión semántica. Por otro lado, la información se codifica a partir de la propia experiencia reservada en la memoria de estos que pueden contener una base imaginaria o real (Santoro, 1986, pp. 232 – 235).

Dentro de la comunicación intrapersonal puede existir el *feedback,* ya que es un término relacionado con la interdependencia de acción-reacción, es decir, es una fuente de verificación

de la propia efectividad del mensaje del emisor; aquí el individuo evalúa y regula sus propios pensamientos y emociones (Berlo, 1984). Sin embargo, puede enfrentar varios problemas debido a la falta de interlocutores que logren contrastar las ideas o generar nueva información; además, al no tener un *feedback*, podrán incidir en el error del sobrepensamiento, provocando efectos negativos en la vida psíquica, emocional y la ausencia de autoestima.

Por otro lado, existen varias formas en las cuales los individuos ponen en práctica la comunicación intrapersonal, por ejemplo, mirarse al espejo, ya sea para aumentar la autoestima o aprender a controlar los gestos en diferentes situaciones, los sueños se vuelven parte del imaginario a pesar de que para la ciencia es un misterio, pero aun asi se genera la relación intrapersonal y por último los pensamientos que son los más recurrentes en la vida cotidiana, estos se pueden controlar en ocasiones formando parte de un monólogo.

Por ello, la retroalimentación fortalece la construcción de significados y la conducta ante objetivos concretos donde la persona desarrolla su propio control interno, ayudando a que los mensajes internos evolucionen por medio de la experiencia y autorreflexión, y los mensajes externos que están relacionados con los sentidos y abarcan diversas impresiones desde las emociones hasta las sensaciones (Barker y Wiseman, 1966).

Finalmente, aunque existan contradicciones acerca de la comunicación intrapersonal por la forma en la que se lleva a cabo, es indispensable mencionar que todo comunica, a pesar de que no exista un receptor que pueda procesar los mensajes. Pero esto no significa que este nivel resulte funcional para el entorno, ya que carece de partes fundamentales que complementan la comunicación.

Es algo que no se puede evitar simultáneamente, ya que está englobado en las rutinas; sin embargo, es necesario mencionar que debe existir un límite y entender que en la comunicación lo verdaderamente enriquecedor es el compartir criterios y opiniones para entender las perspectivas que tiene cada uno.

1.2.2.2. Comunicación interpersonal

La comunicación interpersonal es una construcción de mensajes verbales y no verbales que se comparte en un grupo reducido de personas, en la cual se produce un intercambio de información y este a su vez puede incluir emociones y sentimientos que se transmiten a través del tono de voz, lenguaje corporal y expresiones faciales. “La comunicación interpersonal es

el intercambio de información entre dos o más personas, y es la clave para generar confianza" (Larrea, 2020).

Cabe resaltar que, la ambigüedad es uno de los elementos de la comunicación interpersonal, ya que un solo mensaje puede entenderse de diferentes maneras según la interpretación de cada persona, ciertamente "cuando enuncias una idea, nunca comunicas tu significado de forma puntual y completa, al contrario, utilizas herramientas para que la otra persona tenga una idea moderada de lo que se quiere comunicar" (De Vito, 2021, p. 20).

Este tipo de comunicación se da en temas sociales, profesionales y personales con el objetivo de compartir opiniones, resolver posibles conflictos e intercambiar conocimientos entre los individuos. Sin embargo, existen confusiones que presentan a la comunicación como un fenómeno unidireccional, es decir, del que habla al que escucha, sin tomar en cuenta que es un proceso donde actúa la interacción como un mecanismo de comprensión y claridad en el mensaje (Watzlawick, 1985).

En efecto, la trasparencia es el pilar principal en el proceso del comportamiento comunicacional, donde se presenta información negativa y positiva de manera sencilla con la finalidad de lograr un mensaje, lejos de engaños y permitiendo tener una conexión entre el pensar, sentir y actuar de las personas, no es lo que se debe hacer, es lo que se debe conocer y entender para luego hacerlo, en cambio, la coherencia es un mecanismo de relación lógica con el sistema linguístico (Pedro Agüero, 2011).

Mientras que la congruencia debe tener una alineación con el pensamiento, el discurso y la acción para tener relaciones significativas basadas en la percepción que los individuos tengan de los demás, a través de la aceptación que involucra la tolerancia y el respeto frente a diferentes puntos de vista presentados por los participantes durante el diálogo (Agüero, 2011).

Por otra parte, la consonancia se divide en dos, la comunicación resonante, es decir aquella que genera un ambiente real, mediante la motivación y la estimulación de las emociones de los miembros, mientras que, la comunicación disonante es la respuesta al estimulo planteado, ya que se libera la carga emocional dentro del entonor, en el mismo se puede obtener efectos nocivos y positivos de los cuales se debe tomar el control y arreglarlos por medio del *feedback* (Agüero, 2011).

Para concluir, la interacción en los procesos comunicativos se transforma en experiencias significativas, ya que permite conectar con las personas y entender la postura en los diferentes

temas que se hayan tratado. En este punto, es necesaria la retroalimentación, entre el emisor y el receptor, y del receptor al emisor, ya que facilita el entendimiento y evita errores que afecten a las relaciones personales y profesionales, además de fortalecer el vínculo emocional con el individuo (Barbero 1991). Es decir, la comunicación interpersonal ayuda a generar un ambiente de reciprocidad con la confianza de tener la apertura para solventar inquietudes y realizar preguntas e involucrarlas en la búsqueda de soluciones, mediante la colaboración y el trabajo en equipo.

1.2.2.3. Comunicación grupal

La comunicación grupal conlleva un grupo extenso que interactúan unas con otras para llegar no siempre al mismo consenso, pero si a una conclusión que resulta fundamental para el desarrollo de relaciones personales, familiares, grupales, sociales y organizacionales (Laura Mitjana, 2020), por ejemplo, si un grupo de profesionales de la salud que se reúnen para intercambiar y compartir ideas daría como consecuencia la favorable recuperación médica de los pacientes por la reciprocidad de la información.

Al estar en un grupo, donde cada persona tiene diferentes perspectivas, es necesario tener una preparación del tema, estudiar las partes importantes que prevalecen durante la exposición y el tipo de diálogo que se emplea en el discurso. Para ello, es necesario conocer el contexto y el tipo de lenguaje que cada individuo maneja.

El grupo es un fenómeno complejo en el cual estamos inmersos desde el nacimiento, ya que aprendemos a compartir nuestras experiencias de manera colectiva, basadas en una dialéctica discursiva con parámetros de entendimiento mutuo. En consecuencia, la comunicación es un hecho interdinámico, mediante estímulos físicos y canales de afectación recíproca entre los individuos presentes. Los mismos deben estar entrelazados con la situación planteada para que los argumentos emitidos vayan de forma paralela a los resultados que se requieren en el discurso (Peñuela y Álvarez, 2005).

Sumando a lo anterior, los objetivos son parte esencial para dar a conocer la finalidad del discurso y captar la atención de la audiencia, ya que es necesario tener en cuenta las características del grupo, es decir el sexo, la edad, las experiencias, el interés entre otros, y de esa manera implementar dinámicas que se adapten al grupo e incluso utilizar un lenguaje que pueda ser comprendido por el público (Mitjana, 2020).

No obstante, la comunicacion grupal en la mayoría de las ocasiones se forma por un tamaño considerable de personas, por ende se debe implementar distintas técnicas que fortalezcan el mensaje, como realizar investigaciones previas que complementen al discurso, para posteriormente fomentar el sentimiento de pertenencia, es decir al público a quienes se están dirigiendo, volverlos parte del diálogo, mediante la estimulación a las personas de pensar, razonar y escuchar activamente (Jorge Warley, 2010).

Es decir, al trabajar con un grupo numeroso de personas, en las cuales cada una tiene diferentes pensamientos acerca de un argumento, ya sea este específico o general, se puede volver un reto para quien esté a cargo, sin embargo, no es imposible hacerlo si se implementan técnicas adecuadas en la comunicación y saber llegar con el mensaje de forma clara, fortaleciendo el respeto ante las opiniones contrarias e incluso ante individuos que quieran persuadir de forma negativa.

La comunicación consiente en que se sientan escuchados todas las personas, lo que permite la colaboración en equipo. Además, cuando se instituye una base de cordialidad se evita asignar ideas, además, se crea un espacio donde los individuos pueden participar sin temor, lo que enriquece los métodos y ayuda a la toma de decisiones.

En síntesis, cuando cada individuo aporta con una actitud efectiva y situada en el diálogo, las desigualdades se convierten en oportunidades para constituir y progresar. Admitir que no todos piensan igualmente es parte de la responsabilidad en equipo, y alcanzar las razones de cada persona ayuda a localizar puntos en común. De esta manera, se edifican relaciones más consistentes, se promueve la empatía y se obtienen mejores efectos, no solo en lo profesional, sino también en la humanidad.

1.2.2.4. Comunicación organizacional

La comunicación organizacional es aquella donde los individuos comparten un diálogo mutuo dentro de una institución, como una empresa, un ente gubernamental o una organización sin fines de lucro, donde se manejan dos formas de comunicación interna (dirigida a los miembros de las diferentes áreas) y la comunicación externa (dirigida a personas ajenas a la institución).

> En otras palabras, la comunicación organizacional es concebida como un proceso dinámico y esencial en el funcionamiento interno de las organizaciones. Esta se manifiesta a través del flujo de mensajes que circulan dentro de una red de relaciones humanas interdependientes, en la cual los individuos ocupan otras posiciones y roles dentro de un sistema abierto. Las organizaciones se destacan por no ser entes aislados; al contrario, son estructuras en interacción constante con su entorno. La

> interdependencia entre los subsistemas y las personas que los integran evidencia que cualquier cambio comunicacional puede tener efectos en toda la estructura organizacional (Garrido et al., 2022, p. 27).

Un mecanismo clave dentro de este proceso comunicativo son los mensajes, los cuales pueden catalogarse por su colocación interna o externa, por el medio de la intención práctica. En el contexto organizacional, los mensajes no solo informan, sino que también regulan, convencen y complementan a los miembros de la institución (Goldhaber, 1998). Así, el contenido y la representación de los mensajes efectuan funciones activas de sostenimiento, siendo esenciales para coordinar acciones, motivar a los trabajadores y conservar la alianza con el grupo grupo.

La comunicación organizacional también se ve afectada por el grado de dependencia que existe entre los segmentos. En un sistema altamente interdependiente, las decisiones de un mecanismo afectan claramente al resto, por lo que una comunicación eficaz y clara se vuelve necesaria. En este sentido, los dirigentes deben comprender que su papel no se limita a expresar órdenes, sino a proporcionar un entorno comunicativo que permita la circulación de información relevante, evitar el exceso informativo e incitar a la participación de los actores involucrados (Garrido et al., 2020, p. 34).

> Asimismo, las relaciones interpersonales dentro de las organizaciones componen los mensajes. Estas relaciones pueden clasificarse en diferentes niveles: individual, grupal y organizacional, cada uno con dinámicas comunicativas particulares. Desde la interacción cara a cara hasta las comunicaciones en masa, todas las formas de relación impactan llanamente en la motivación y la producción de los participantes. El estudio de estas relaciones desde la perspectiva comunicacional reconoce comprender mejor los desafíos del trabajo en equipo y el liderazgo (Garrido et al., 2020, pp. 35-36).

Cabe mencionar que existen diferentes flujos en las organizaciones, los cuales son: la comunicación descendente que va desde los directivos hasta los colaboradores, la ascendente, que permite el *feedback* de los trabajadores hacia los líderes, y, por último, la comunicación horizontal que engloba el trabajo en equipo y la coordinación entre áreas. Así mismo, se pueden encontrar flujos informales como los rumores y conversaciones espontáneas que juegan un papel importante en la dinámica organizacional (Horacio Andrade, 2005). Por ello es necesario mencionar que la comunicación organizacional es mucho más que un simple intercambio de mensajes es un proceso dinámico que articula el funcionamiento, la identidad y la estrategia de toda la organización. A través de ella se construyen relaciones, se transmiten valores, se toman decisiones y se coordina el trabajo colectivo.

Comprender su dimensión general permite examinar que cada mensaje o canal influye directamente en la relación interna, el clima profesional y la capacidad de adaptación frente a

los cambios. En este sentido, potencializar la comunicación demanda ir más allá de los discursos experimentados; es competir por destrezas que integren la escucha activa, el diálogo y la transparencia (Solano et al., 2023). Las organizaciones que obtienen extender una cultura comunicacional compacta no solo mejoran su eficacia operativa, sino que también robustecen la confianza, el compromiso y el sentido de pertenencia de sus miembros. En un contexto donde el cambio es firme, la comunicación organizacional se refuerza como un instrumento estratégico para el progreso colectivo.

1.2.3. Clasificación de la comunicación interpersonal

Para entender de mejor manera la intervención de la comunicación interpersonal en el diario vivir de las personas, es necesario conocer su funcionamiento e importancia en este proceso.

1.2.3.1. Comunicación verbal

La comunicación verbal es un proceso de intercambio de información de forma oral y escrita, en el cual se debe compartir un código en común entre el emisor y el receptor para que el mensaje llegue con éxito al destinatario, es decir, hablar en el mismo idioma y conocer el contexto donde se encuentre el tema a dialogar.

> Además, el modelo teológico sobre el lenguaje como un medio de influencia sobre los otros tiene como objetivo movilizar a los hablantes a transmitir las opiniones para conseguir su propio éxito, ádemas el modelo normativo de acción del lenguaje se centra en los valores culturales transmitidos de generación a generación, con un eje horizontal entre el mundo objetivo, social y subjetivo para negociar estas acciones y ser compartidas en el entorno (Habermas, 1999, pp. 137 – 138).

Cabe mencionar que “la comunicación verbal se encuentra arraigada en un término llamado ‘declaración’, es decir, que las palabras tienen el poder de transformar la realidad y generar un mundo diferente en la persona. Una declaración implica el compromiso de aceptar esa realidad y cumplirla” (Echeverría, 2003, p. 45). Por ejemplo, el médico, durante un chequeo clínico, proporciona el tratamiento correcto al paciente, el cual se compromete a cumplir según las instrucciones dadas, y esto conlleva una alteración dentro del contexto en el que la persona vive, ya sea por el cambio de rutina o por los medicamentos que debe consumir de acuerdo con el diagnóstico.

Por otro lado, se pueden encontrar diferentes significados; el primero está dentro de las personas, es decir, se crea el significado a través de las experiencias sociales y culturales percibidas en el entorno. Segundo, los significados pueden ser connotativos y denotativos,

dentro de la atención médica cuando se da la noticia sobre la muerte de algún familiar, las palabras empleadas pueden ser “el paciente acaba de fallecer” o “hicimos todo lo que pudimos, pero falleció”, para el medico esta acción significa que el corazón de la persona dejo de latir, esto es denotativo porque su concepto es objetivo, pero para los familiares que sufren esta pérdida se produce la nostalgia y tristeza, a lo que se llama connotativo, es decir que contiene un significado subjetivo o emocional (Joseph De Vito, 2021). Por ejemplo, si se desea conocer el concepto de alguna palabra, se acude a un diccionario o a la búsqueda en un sitio web, y si el caso fuera de un médico a un paciente, se recurre directamente al profesional de la salud para solventar las inquietudes generadas.

Tercero, los mensajes varían en abstracción, ya que durante el proceso del lenguaje se forman significados según niveles, ya que existen personas que expresan sus ideas u opiniones de forma general abarcando más casos y menos detalles, mientras que los mensajes específicos se centran en hechos concretos, particulares y precisos permitiendo una visión concreta de la situación, por ello es recomendable utilizar esta opción para atraer la atención del oyente (De Vito, 2021).

Cuarto, los mensajes varían en la cortesía por medio del respeto que el individuo tiene al acatar órdenes y la forma en la que reacciona; quinto, los mensajes varían en asertividad; aquí se trata de la manera en que las personas asumen la nueva realidad. (De Vito 2021). Tal es el caso de la pandemia de la COVID- 19, ya que durante la emergencia sanitaria se emitió una orden del uso obligatorio de mascarilla en lugares públicos, esto generó la reacción positiva y negativa de las personas, aquellos que procuran su salud integral, por otros que deciden omitir este reglamento, porque era un cuestionamiento a su libertad de elegir.

Las personas asertivas conocen sus propios derechos, respetando a los demás, es decir, no van a “ganar”, sino a “llegar a un acuerdo” (Castanyer, 2010, p. 36). Para ejemplificar, cuando se imparte un diagnóstico no favorable al paciente lo que se espera son dos tipos de reacciones, aquellos que se estresan y otros que lo toman con tranquilidad, este tipo de personas resultan ser asertivas, porque saben que existe un tratamiento que ayudará a resolver ese problema de salud y a menudo logran tener mejores resultados, ya que día con día luchan por combatir la enfermedad.

En definitiva, la comunicación verbal es un elemento que nos aprueba ampliar los conocimientos, ya que este proceso se halla en constante cambio, ya sea por el argumento cultural o social. La clave primordial es el uso de frases adecuadas según el ambiente que se

está afrontando, evitando falacias en la técnica gramatical. Esto permite que el mensaje sea más claro y coherente, sin rodeos innecesarios.

1.2.3.2. Comunicación no verbal

La comunicación no verbal se encuentra presente en gran parte del entorno social, siendo el medio principal por el cual las personas se comunican y expresan sus emociones y sentimientos, desde conversaciones familiares hasta encuentros con profesionales de la salud (Navarro, 2011). En distinta forma, la comunicación verbal requiere un orden estructurado basado en la síntesis para crear criterios u opiniones, mientras que, la comunicación no verbal surge de forma espontánea sin la necesidad de seguir reglas específicas.

Cabe destacar que la comunicación no verbal se caracteriza por expresiones gestuales, donde se interviene en las manifestaciones asertivas y no asertivas de los individuos en diferentes situaciones. Este apartado puede llegar a ser el más influyente dentro de las relaciones interpersonales (Santibánez-Velilla, 2015).

En concordancia, dentro de la comunicación no verbal se alinea con la comunicación extraverbal, es decir, aquella que se manifiesta mediante los gestos y la postura del individuo, que se produce durante el diálogo y para expresar emociones y sentimientos. También se puede conocer como la comunicación de pensamiento y de sentido, ya que exteriorizamos las ideas y estados anímicos, ya sea ira, alegría, enojo o preocupación (Agüero, 2011).

> Por ello, es necesario identificar la clasificación de los mensajes corporales, los cuales son: los emblemas, los ilustradores, las exhibiciones de efecto y los reguladores. El primero se da a través de movimientos de los brazos y manos para expresar signos no verbales. Esto no siempre va a ser lo mismo para todas las culturales, va a depender del contexto en el que se encuentren. Posteriormente, los ilustradores son aquellos que, mediante gestos de cabeza, manos o dedos, dan a conocer el objeto o la acción que se pretende realizar, siendo así, los más universales porque pueden ser comprendidos por miembros de otras culturas. Por otra parte, se encuentran las exhibiciones o manifestaciones de efecto, las cuales se tratan de la demostración de expresiones faciales que delatan las emociones del individuo. Por último, los reguladores son aquellos que comunican lo que se espera entender de la conversación o hasta qué punto se desea emitir el contenido. Durante la acción, se reciben señales no verbales que, dependiendo de la sensibilidad del individuo, pueden modificar el comportamiento del hablante (De Vito, 2021, pp. 124-125).

Cabe mencionar que la comunicación visual es una de las principales formas de interacción, a través de la duración, la intensidad de la mirada y la dirección. El significado de esta acción puede variar según la cultura a la que se pertenece. (De Vito, 2021). Es necesario mencionar que no a todas las personas les llega a parecer bien esta ejecución, ya sea porque no están

acostumbradas a tener este tipo de interacción con los individuos, provocando disgusto o desagrado.

En conclusión, la comunicación no verbal resulta ser una de las más utilizadas en el campo de la interacción con los individuos, ya que permite tener el control de las emociones y sentimientos. Además, el contacto físico entre individuos, especialmente con desconocidos, puede generar distintas percepciones; por ello, en el área de la salud los médicos tienen un código de ética que les permite conocer el límite de su contacto físico, asegurando un trato respetuoso y apropiado.

1.2.3.3. Comunicación paralingüística

La comunicación paralingüística es un complemento de la comunicación verbal y no verbal, ya que añade información adicional como el tono de voz, volumen, velocidad y ritmo, los mismos que permiten enfatizar el mensaje (Domínguez-Lázaro, 2009). Estos elementos no hablados desempeñan una función importante para la interpretación y la edificación de relaciones de confianza mediante la comunicación interpersonal.

> Por ejemplo, las primeras impresiones están orientadas a la personalidad del individuo por las cualidades vocales, en donde se puede sobreentender que la persona es tímida, alegre, con carácter fuerte, suena buena persona, suenan malvados o amenazantes, dando impresiones físicas y evaluativas, e incluso se ha descubierto que los hombres cambian el tono de voz al momento de conquistar a una chica (De Vito, 2021, p. 136).

Cabe mencionar que los mensajes extraverbales cumplen diferentes funciones, como ayudar a reforzar y complementar el diálogo, acentuar una parte de la conversación, regular el flujo de la información e interacción social y reemplazar las palabras (Agüero, 2019). Esto influye directamente en el receptor por las distintas variables que existen dentro de lo paraverbal, ya que se debe comprender el mensaje más allá del cómo se dice en palabras.

> Además, los silencios son parte de la comunicación paralingüística, a pesar de que este elemento podría reemplazar a lo verbal por la posibilidad de sustituir las palabras, es decir, un silencio previo puede reforzar la información o rechazar los discursos. Estos pueden ser confirmadores de enunciados o ser parte de un fallo comunicativo como el caso de los titubeos, dudas o reflexiones que se presenten dentro de la interacción (Padilla – García, 2007, p. 19).

Para ejemplificar la comunicación paralingüística en el contexto hospitalario, se mide a través de la claridad del mensaje que el profesional de la salud realiza hacia el paciente. “No son palabras, pero pueden tener un significado en un contexto determinado, se puede decir que la voz añade al mensaje verbal emociones, actitudes y otro tipo de información, como la educación, la personalidad o el origen geográfico” (Baró, 2018, pp. 36 – 37).

Los componentes mencionados son inseparables en la comunicación verbal, ya que son un puente emocional entre el emisor y el receptor, el mismo que garantiza la eficacia del mensaje, aún más en el sistema de salud pública. En síntesis, la comunicación paralingüística no es solamente un refuerzo al discurso hablado, al contrario, se centra como factor clave para la transmisión de emociones, la construcción de relaciones interpersonales y la capacidad de interpretar los mensajes. Por lo tanto, refuerza la teoría de la comunicación por las implicaciones prácticas en diferentes ámbitos como la educación, la atención al cliente, los medios de comunicación y la vida cotidiana; en estos espacios, las modulaciones vocales son herramientas para fortalecer los procesos y obtener resultados más efectivos, humanizados y empáticos.

1.2.4. Comunicación interpersonal y atención humanizada

La atención humanizada en la salud es aquella que coloca al paciente en el centro del cuidado, es decir, desde el momento en que el médico tiene contacto con el usuario existe una relación de respeto, empatía y portadora de derechos válidos para una buena atención sanitaria forjada en eficacia y calidad.

Cabe mencionar que tiene un enfoque integral donde prioriza la dignidad, el contexto sociocultural y las necesidades emocionales que el paciente adquiere durante la consulta. No se trata de procedimientos técnicos; al contrario, mantiene la escucha activa, la empatía, la comunicación interpersonal y los valores éticos como pilares para fortalecer la relación médico-paciente (Henao-Castaño et al., 2021). Por ello, se obtienen beneficios en la atención como mejor adherencia al tratamiento, fortalecimiento de la confianza, reducción de la ansiedad y el miedo, e incremento de la satisfacción del usuario.

> Por esta razón, existen cuatro componentes del modelo CNV (observación, comportamiento, necesidades y petición). Estos componentes ayudan al individuo a expresar sus emociones con claridad y tener presentes las afectaciones de las mismas, ya que las reproducimos dentro de relaciones íntimas, familiares, profesionales, organizacionales e incluso en negociaciones. Al usar la CNV, nos permite escuchar las necesidades e inquietudes de las personas de manera coherente, sin utilizar las estimulaciones automáticas y reacciones habituales que en ciertos casos podrían afectar a las relaciones interpersonales, llevando a errores y dificultades en la resolución de problemas, sin el hábito de escuchar no podemos comunicarnos (Rosenberg, 2013, pp. 21 – 23).

Dentro del texto sobre la comunicación no violenta, se indica la práctica de un médico al poner en destreza la herramienta de CNV, la cual ha sido de gran ayuda para estar al tanto de las

necesidades de los pacientes y mejorar la comunicación interpersonal y la relación médico-paciente, prevaleciendo sus emociones.

Por otro lado, la empatía es un elemento para contener posibles disputas y tener el control del ambiente. La empatía es un sinónimo de educarse a escuchar los sentimientos ocultos de los sujetos, sin optar por una actitud defensiva, promoviendo el respeto, el altruismo y la humanidad. La capacidad de alcanzar y compartir los sentimientos ajenos como propios es una práctica principal tanto en la vida personal como en el ámbito competitivo. (Goleman, 1998). En el campo de la medicina, por ejemplo, la empatía y la escucha activa son notables para ofrecer un cuidado de calidad. Un buen experto en la salud no solo debe saber diagnosticar y tratar enfermedades, sino también percibir las preocupaciones de sus pacientes e informar noticias difíciles con sensibilidad y respeto.

Cada individuo reacciona de manera desigual ante circunstancias desfavorables, por lo que la humanización de la atención hospitalaria es clave para forjar confianza y bienestar en quienes la recogen. En el ámbito profesional de la terapia, tanto la escucha activa como la empatía son experiencias básicas. El terapeuta debe ser capaz de colocarse en el lugar del paciente y entender sus emociones como el enojo, la ira o la confusión, sin confundirlas con las suyas. Esto le permite ofrecer un espacio seguro y tolerante que favorezca el proceso terapéutico (Rogers, 1992).

De esta manera, la escucha activa y la empatía ayudan a facilitar más atención a lo que dice la otra persona y lo que involucra percibir sus sentimientos. Mediante el conocimiento y la mezcla de estas dos cualidades, se permite construir relaciones asentadas en el respeto y la confianza, donde cada persona se sienta estimada y comprendida.

En conclusión, la atención humanizada se lleva a cabo a través de buenas habilidades de comunicación interpersonal, incorporando un cambio en el sistema hospitalario. Este enfoque no solo ayuda a la imagen institucional, sino que también ayuda a la gestión de relaciones de confianza y conducta dentro del sistema hospitalario.

1.2.5. Teoría del interaccionismo simbólico

El interaccionismo simbólico surge a partir de la teoría sociológica, en la cual se estudia la interacción y los símbolos como elementos clave para comprender a los individuos de forma individual y colectiva, es decir, sus comportamientos y actitudes dentro del entorno.

> Por ende, Herbert Blumer, 1982 en su obra sobre el "Interaccionismo simbólico" menciona tres premisas básicas, la primera los seres humanos orienta sus actos hacia los significados que más se acerquen a él, segundo el significado que se genera a través del tiempo es producto de la interacción social y tercero los significados se pueden manipular mediante el proceso interactivo desarrollado por el individuo al enfrentarse a las experiencias vividas (p. 15).

Una de las principales funciones es dar a conocer que la identidad se construye a partir de la individualidad, es decir, que todo tiene un significado en el entorno social dependiendo de la situación y el lugar que ocupa el individuo dentro del grupo. La persona no solamente es una expresión de lenguaje y símbolos, al contrario, es una representación social que manifiesta actitudes, intenciones y posiciones, las mismas que ayudan a construir la realidad.

> Es necesario señalar que el símbolo significativo es aquel gesto que evoca en el individuo la misma respuesta que produce en los demás y esto es lo que constituye el pensamiento. Esta afirmación muestra que la capacidad de pensar está íntimamente arraigada en la comunicación simbólica, que se da dentro del ambiente general. El yo no es una entidad aislada, sino una construcción social que surge a partir de las experiencias con las personas. Desde su perspectiva, el yo, como aquello que puede convertirse en objeto de sí mismo, es esencialmente una estructura social, y surge en la experiencia social (Mead, 1972, p. 140).

Uno de los conceptos más relevantes de Mead en esta teoría es el del "otro generalizado" *(generalized other),* el cual representa el reglamento de normas, valores y expectativas de la sociedad. Para Mead, es solo en función de esta figura abstracta que el individuo puede considerarse a sí mismo como objeto social: solo en términos del otro puede que el individuo piense en sí mismo como un yo, y por lo tanto como un objeto social (Mead, 1972, p. 154).

De esta manera, el sujeto puede comprenderse a sí mismo mediante la perspectiva del grupo, lo cual endurece la idea central del interaccionismo simbólico: que el individuo y la sociedad se constituyen mutuamente a través de la interacción simbólica.

En conjunto, estas ideas permiten afirmar que *Mind, Self and Society* (mente, yo y sociedad) constituye una de las obras fundacionales del interaccionismo simbólico, al ofrecer una explicación detallada sobre cómo los procesos comunicativos y simbólicos dan forma tanto a la conciencia individual como a la estructura social.

Blumer, uno de los discípulos de Mead, alude que los seres humanos operan a través de los significados que las objetos tienen para cada uno de ellos (Blumer, 1982). Esto quiere decir que las operaciones humanas no son réplicas inmediatas a incitaciones externas, sino que están mediadas por la definición y la construcción de sentido que se ejecutan a nivel individual y grupal.

Uno de los principios esenciales del interaccionismo simbólico es que los significados no son particulares ni propios; al contrario, surgen por el proceso de interacción social. Así, los significados son los que guían la conducta, donde se construyen en el intercambio constante con otras personas, a través de la palabra, los gestos, las reglas culturales y los emblemas compartidos (Blumer, 1982).

Además, enfatiza que el uso de los significados involucra un proceso dinámico de interpretación. Las personas no simplemente protegen estáticamente los significados que reciben del ambiente, sino que los descifran, los reformulan y los aplican en función del contexto. Estos significados se manipulan y se cambian mediante un proceso interpretativo manejado por la persona. Esto refuerza la idea de que la conducta humana es moldeable y cambiante al contexto.

Por ello, el interaccionismo simbólico enseña que la identidad de cada persona se forja a través de símbolos participados, como las expresiones y los gestos. No actúa de manera automática, sino que damos significados a todo lo que nos rodea según las experiencias y relaciones con los demás (Martínez, 2018). Así, la forma de pensar, sentir y comportarse surge mediante el diálogo constante con el entorno social, y no como algo consolidado o dado desde el nacimiento.

Finalmente, este enfoque sobresale que los significados que se urbanizan son flexibles y versátiles según el argumento y las situaciones. No solo se reciben significados pasivamente, sino que se interpretan y acomodan continuamente. De esta manera, el entorno y la conducta se forman a través de un proceso dinámico de comunicación y trato con quienes les rodean, exponiendo que el individuo y la sociedad están siempre acoplados unos a otros.

1.2.6. Obstáculo epistemológico

El obstáculo epistemológico es una barrera que impide el conocimiento de aprender y construir nuevos conceptos, intercambiar ideas e incluso interfiere en la comprensión del mensaje, por la escasez de información que imposibilita ver la realidad de forma relevante (Pérez et al., 2021). Es decir, esta dificultad no proviene de la parte externa del sujeto; al contrario, es un límite interno propio del individuo por ideas poco fundamentadas, creencias, costumbres o actos culturales y sociales que no presentan una base científica que pueda comprobarse.

> Lo cual implica que es un acto mismo de conocer donde aparecen las cosas por una acción de necesidad funcional, los entorpecimientos y las confusiones; es ahí donde los retrocesos y discernimientos provocan inercias que se denominan obstáculos

> epistemológicos. El pensamiento empírico es claro y conciso, cuando ha sido bien planteado a la par con las razones, en efecto, se conoce en contra de un conocimiento anterior, destruyendo conocimientos mal adquiridos o superando aquello que el espíritu mismo obstaculiza a la espiritualización (Bachelard, 2000, p. 15).

Entre las dificultades más frecuentes se localizan las barreras semánticas y suceden cuando las palabras o mensajes que un individuo usa no son entendidos adecuadamente. Esto puede pasar ya que los párrafos varían su significado o porque cada individuo interpreta lo que se dice de manera dispareja. Por ejemplo, cuando alguien usa una expresión que para la otra persona es ignorado o confuso, la comunicación se entorpece y el mensaje no llega con claridad. Conjuntamente, la comunicación interpersonal no es solo un proceso natural de transmisión de información, sino que también es un intercambio de signos que requiere interpretación activa por parte del receptor. Dentro de este proceso, las barreras semánticas forman un desafío primordial, ya que afectan directamente la razón y la efectividad del mensaje (Eco, 2000).

Por otro lado, las barreras culturales pueden afectar la comprensión, la confianza y la manera en que se interpretan los mensajes, debido a las discrepancias en valores, creencias, costumbres o formas de expresión (Kojic, 2025). Además, no solo influyen en la comunicación verbal, sino también en la interpretación de gestos, actitudes y comportamientos.

La diversidad cultural se ha intensificado en la era de la globalización, creando espacios donde conviven múltiples identidades culturales mezcladas o "híbridas". Sin embargo, esta convivencia no siempre es sencilla, ya que los códigos culturales que cada persona puede tener pueden ser incompatibles o generar malentendidos durante la comunicación (Canclini, 1990). La solución a estas barreras en la comunicación interpersonal no es de excluir, sino de reconocer y valorar como parte de un proceso dinámico de intercambio cultural. Esto implica desarrollar una sensibilidad que permita identificar las diferencias en códigos y estilos comunicativos.

Por último, las barreras idiomáticas ocurren cuando las personas no hablan el mismo idioma o no lo entienden bien. Esto puede causar que el mensaje no sea comprensible, lo que lleva a confusiones o respuestas equivocadas (Figueroa-Saavedra, 2009). Lo que hace que la conversación no sea clara y que las personas se sientan incómodas o malinterpretadas.

Además, el lenguaje no es una simple herramienta de transmisión de información, sino una destreza social y cultural que manifiesta el enfoque del mundo y de quien lo utiliza. En este sentido, se crea una barrera idiomática cuando el emisor y el receptor no comunican los mismos referentes culturales o cuando uno de ellos atribuye su lenguaje como único (Freire, 2005). Las

barreras idiomáticas no solo se dan por no conversar el mismo dialecto, sino también por usar formas de comunicación que descartan la realidad del otro. Cuando no se comparten palabras claras o términos perceptibles para todos, la comunicación se fragmenta y se pierde el sentido del mensaje.

En síntesis, los obstáculos epistemológicos en conjunto con las barreras comunicacionales demuestran la edificación de la comprensión como un modelo dinámico, donde influyen las restricciones cognitivas y los diversos componentes que afectan la comprensión y transmisión del mensaje. Por ello, es elemental identificar estas falencias para constituir tácticas que animen a la reflexión crítica y la claridad del mensaje en otros receptores y contextos sociales. Además, superar estas barreras permite fortalecer la comunicación interpersonal en relación médico-paciente, ya que fomenta la inclusión de otras perspectivas y reduce los prejuicios; de esta manera se logra una información más clara y accesible.

1.2.7. La entropía comunicacional

La entropía comunicacional es un concepto esencial para entender y percibir la transmisión de los mensajes y el impacto social. Es así como esta teoría se puede medir a través del grado de incertidumbre o por el orden de un mensaje, es decir, entre más ampuloso o asombroso es el mensaje, la entropía es más alta; en cambio, entre más repetitivo y predecible es el mensaje, menos es la entropía (Shannon y Weaver, 1964).

Por ejemplo, al recibir una noticia sobre el diagnóstico de una enfermedad terminal aumenta la incertidumbre en el individuo, ya que fue de manera inesperada, provocando un impacto emocional. Por otro lado, un saludo rutinario entre personas es un mensaje repetitivo y claro que está impregnado en la cultura de los individuos, disminuyendo la entropía.

Por lo tanto, no solo permite medir la cantidad de información, sino también la eficiencia y la eficacia que tiene el mensaje en la comunicación, además se busca reducir la incertidumbre durante la interacción social, es decir no se debe solamente considerar los ruidos y las señales, además de eso se debe considerar la capacidad del receptor al interpretar la información. (Shannon y Weaver, 1964, pp. 31 – 32). Para ejemplificar, si el médico utiliza un lenguaje claro y preciso, podría reducir la entropía evitando redundar y utilizando estrategias para la transmisión del mensaje.

Como aporte a esta teoría, es necesario mencionar que los medios de masas no solo reflejan la realidad, sino también la construyen para tener conocimiento de qué se va a comunicar y qué

no. Además, el exceso de información y la repetición constante del mensaje producen la sobrecarga y pérdida de novedad en la noticia, lo cual se transforma en redundancia (Luhmann, 2000).

Esto quiere decir que es indispensable que la información que se vaya a emitir sea de forma clara, para evitar la fragmentación al generar múltiples criterios u opiniones de una misma noticia, ya que se pierde la coherencia cuando los individuos no logran relacionar los significados de forma ordenada y precisa.

Para concretar de forma relevante este tema, "se necesita tener en claro que la comunicación tiene seis componentes: emisor, receptor, contexto, canal, código y mensaje" (Rojas, 2011, p. 4). Los mismos se encuentran conectados con una función del lenguaje, como lo es la emotiva, conativa, referencial, poética, entre otros. Para esto, la función poética se complementa con la entropía en la forma interna del mensaje, ya que se centra en la estructura, los efectos y la recurrencia de la información (Jakobson, 1985).

Por ello es indispensable proponer tácticas que ayuden a combatir la entropía comunicacional a través del diseño de canales estratégicos para que las interferencias que pueda tener el mensaje no lleguen a alterar la información, y así anticipar las posibles interrupciones fomentando los procesos comunicativos.

En definitiva, la entropía comunicacional se logra entender por la pérdida de relevancia de la información, el desorden y la incertidumbre que contiene el mensaje, lo que dificulta la comprensión. Esta teoría se fundamenta dentro de la comunicación interpersonal donde el ruido, la ambigüedad del mensaje y la interpretación subjetiva son factores que llegan a alterar la información. Por ello se necesita comprender la entropía, ya que permite identificar las barreras comunicacionales que están afectando a la transmisión, y de esa manera aplicar diferentes estrategias que minimicen este fenómeno y aumenten la claridad, la efectividad y la coherencia dentro del proceso comunicativo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Estudiar las fortalezas, debilidades y estrategias de la comunicación interpersonal médico-paciente en el sistema hospitalario público.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar cómo se desarrolla la comunicación interpersonal médico-paciente en el sistema hospitalario público.
- Analizar la comunicación verbal, no verbal y paralingüística en la relación médico-paciente.
- Proponer herramientas que ayuden a fortalecer la comunicación interpersonal médico-paciente que contribuyan a una atención humanizada en los hospitales públicos.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Materiales

Tabla 1

Recursos que se utilizarán durante la investigación

Tipo de recursos	Recurso específico
Recursos físicos	Espacios de observación
	Computadora portátil
	Grabadora de audio
	Cámara fotográfica
	Filmador
	Impresora
Recursos de oficina	Esferos
	Cuadernos
	Resaltadores
	Hojas de papel bond
Recursos web	Bibliotecas virtuales
	Navegadores y herramientas web
	Software de análisis de datos
	Artículos y tesis
	Libros digitales
Recursos económicos	Transporte
	Costos de las hojas de papel bond
	Internet (conectividad)
	Compra de materiales menores
	Alimentación durante el trabajo de campo

Nota: Elaboración propia de Regalado Evelyn, 2025.

2.2. Métodos

2.2.1. Enfoque de la investigación

La presente investigación se desenvuelve a partir de un enfoque cualitativo y cuantitativo, con el objetivo de obtener una comprensión particular y general de la forma en la que los profesionales de la salud manejan la comunicación dentro del Centro de Salud Pública Tipo A en el barrio Anchilivi-Salcedo. Por ello, se aplica "el paradigma interpretativo para investigar la interpretación social y profundizar el conocimiento y la comprensión de la vida en la manera en la que se percibe y experimenta" (Bautista, 2011, p. 14).

Mientras que en el enfoque cuantitativo se mide la satisfacción de los pacientes mediante la recolección de datos no probabilísticos aplicados a los moradores del barrio Anchilivi-Salcedo, los mismos que reciben atención médica en el lugar, para detectar las fortalezas y debilidades que afronta el sistema hospitalario en el tema propuesto. Empleando el paradigma positivista o empírico-analítico, ya que se busca explicar y comprender los fenómenos sociales (Bautista, 2011).

> Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos, los cuales implican la recolección y el análisis de datos tanto cualitativos como cuantitativos a través de información recogida para lograr un mayor entendimiento del fenómeno que se está estudiando; además, estos dos enfoques producen conocimiento por su flexibilidad e interpretación (Hernández - Sampieri et al., 2018, p. 10).

2.2.2. Modalidad de la investigación

La investigación se desarrolla mediante la modalidad de campo, para conocer las falencias comunicativas que enfrentan dentro del contexto escogido, por lo cual se implementan entrevistas y encuestas con indicadores específicos que faciliten la recolección. "Los datos que se recolectan son llanamente de la realidad, es decir, en el lugar donde ocurre el fenómeno con base en los comportamientos, situaciones y experiencias de los individuos" (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 21).

Como base complementaria se emplea la modalidad bibliográfica para recopilar información a través de datos secundarios como, revistas, libros, sitios web, repositorios digitales y bibliotecas virtuales, los mismos que se verifican antes de su aplicación en el estudio (Tamayo, 2003). Esto nos ayuda a definir los conceptos clave, como la comunicación interpersonal, comunicación verbal, no verbal y paralingüística, mediante autores con la finalidad de crear un marco teórico sostenible.

2.2.3. Nivel y tipo de investigación

2.2.3.1. Nivel de la investigación

La investigación es de nivel descriptivo, ya que es ideal para examinar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, mientras que el exploratorio tiene como objetivo esencial la familiarización con el objeto desconocido y desarrollar métodos adecuados para posteriores estudios (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 99). De esta manera se analiza la relación médico-paciente y la representación de manera sistemática de las características de una población, situación o fenómeno. Además de explorar temas poco abordados como el lenguaje no verbal y paralingüístico, es necesario para comprender el problema, identificar patrones y buscar nuevas ideas y perspectivas sobre un tema específico.

2.2.3.2. Tipo de investigación

El tema propuesto se desarrolla a partir de una investigación básica, ya que el "propósito primordial es producir mayores conocimientos relacionados con el fenómeno de estudio" (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 14). En el caso de la comunicación interpersonal y su relación médico-paciente, se espera entender la forma en la que se produce la interacción entre el emisor y el receptor y la comprensión del mensaje al llegar al destinatario a través del análisis y la explicación teórica.

Sin embargo, este estudio puede evolucionar en una investigación aplicada a largo plazo, ya que mediante la base teórica sirve para concretar estrategias comunicativas específicas que ayuden a contrarrestar el objeto de estudio. Es decir, "este tipo de investigación ayuda a resolver problemas" (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 14). Por ello, las herramientas están orientadas a mejorar la atención médico-paciente en el sistema de salud pública.

2.2.4. Métodos de la investigación

2.2.4.1. Método Inductivo – Deductivo

El enfoque de la investigación cualitativa se complementa con el método inductivo, es decir, "es el razonamiento que se orienta a partir de la investigación de casos particulares a conclusiones generales" (Cabezas et al., 2018, p. 16). Por ello, dentro del estudio se realizan las entrevistas para identificar las categorías, significados y las diferentes regularidades que explican el fenómeno y, a partir de ello, efectuar conclusiones y recomendaciones que ayuden a obtener una mejor atención humanizada en los hospitales públicos.

Durante este proceso, la investigadora no se rige por hipótesis, al contrario, se construye el conocimiento por medio de los datos empíricos obtenidos de la investigación de campo, ya que se tiene contacto directo con los médicos y pacientes, proporcionando información relevante de la forma en la que se manejan y controlan los mensajes durante las consultas médicas.

Al ser una investigación con dos enfoques cualitativo-cuantitativo, es necesario mencionar el método deductivo, ya que "este método es el proceso inverso, es decir, parte de lo general a lo particular y es válido cuando las premisas permiten apoyarnos en fundamentos seguros para llegar a una conclusión" (Muñoz, 2016, p. 56). De esta manera, se analiza la relación paciente-médico por medio de encuestas que están orientadas a conocer la satisfacción de la comunicación durante las consultas médicas.

Dentro de la investigación sobre la comunicación interpersonal médico-paciente, este método permite conocer y ampliar los conocimientos a través de teorías que son el soporte del estudio, como lo es la comunicación verbal, no verbal y paralingüística. De esta manera, al complementar los dos métodos de investigación, se proporciona una base sólida que enriquece el estudio mediante el análisis y la aplicación de teorías en el fenómeno ya observado.

2.2.5. Población y muestra

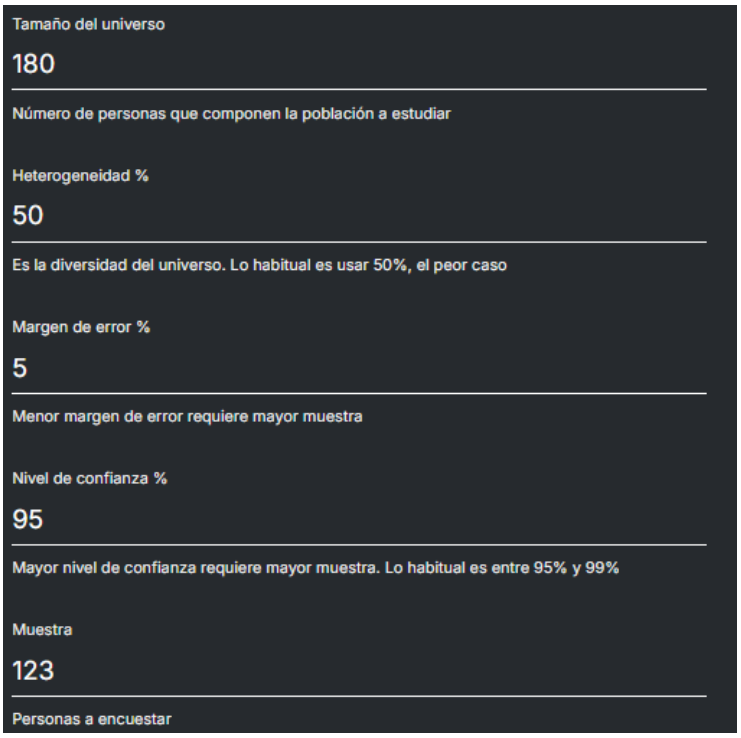
La población para este estudio está conformada por 180 moradores del barrio Anchilivi – Salcedo que recibieron atención médica en el periodo de una semana en el Centro de Salud Pública Tipo A, para conocer la perspectiva del receptor (paciente) hacia el emisor (médico), es decir si el lenguaje que se emplea es claro o confuso, si hubo retroalimentación durante la consulta o si supo responder con palabras concretas a sus inquietudes e identificar las posibles herramientas comunicativas que se utilizan durante el chequeo médico, para tener un conocimiento de los espacios en que requieran posibles ajustes para un mejor manejo de la comunicación interpersonal.

Para esto, la muestra aplicada es no probabilística, es decir, que no todos los elementos de la población estarán incluidos en la encuesta, además, se aplicará "el muestreo intencional donde los elementos son escogidos por criterio del investigador" (Arias, 2012, p. 85). Ya que se toma en cuenta solamente a los moradores que sean mayores de edad, excluyendo a niños, adolescentes y personas con discapacidad.

Por ello, es necesario determinar el tamaño de la muestra a través de la fórmula estadística.

Figura 1

Captura de pantalla de la fórmula estadística



Nota: Elaborado a través de la página web Netquest (2025).

De esta manera, el tamaño de la muestra queda conformado por 123 moradores del barrio Anchilivi-Salcedo seleccionados para la aplicación de las encuestas para el estudio.

2.2.6. Unidad de análisis

El cuerpo de la unidad de análisis está constituido por los médicos y su interacción social con los pacientes, para conocer la implementación de la comunicación verbal, no verbal y paralingüística, lo cual permite analizar la efectividad y calidad de la comunicación interpersonal en el sistema de salud pública.

> Es decir, la unidad de análisis es la práctica conductual de una actividad continua por los miembros del sistema social, donde se comparten emociones, experiencias y conceptos para generar significados en el entorno. Además de ser un contexto textual, auditivo o visual que se analiza para generar categorías y extraer el significado dependiendo del estudio del investigador. (Hernández – Sampieri et al., 2014, pp. 397 – 461).

2.2.7. Técnicas e instrumentos

Para obtener resultados concretos acerca del fenómeno estudiado, se aplican dos técnicas e instrumentos que se adhieren a la investigación.

El primero, son encuestas dirigidas a los moradores del barrio Anchilivi – Salcedo que son atendidos en el Centro de Salud Pública para conocer las percepciones externas en aspectos como claridad en el lenguaje, contacto visual, volumen, tono de voz, empatía y la escucha activa por parte del médico durante la consulta a través de la escala de Likert, el cual expone que esta técnica facilita la cuantificación e interpretación de los datos, desde la escala del 1 al 5 (Likert, 1932).

Y por último, se aplican entrevistas semiestructuradas dirigidas a los médicos, lo cual ayuda a conocer las estrategias comunicativas que ellos utilizan durante sus intervenciones, las posibles falencias y opiniones acerca de la atención humanizada en el sistema hospitalario público. Es decir, la entrevista es un análisis de información no matemática, ya que se intenta captar la perspectiva del sujeto o grupo estudiado (Gialdino, 2006).

2.2.8. Recolección de datos

Para la investigación con respecto a la comunicación médico-paciente en el sistema hospitalario público en el Centro de Salud Pública Tipo A, la recolección de datos se realiza a través de encuestas de quince preguntas con respuestas según la escala de Likert y de forma cualitativa, entrevistas semiestructuradas de catorce preguntas para complementar el estudio. Por ello, se manejaron registros fotográficos con carácter confidencial respetando los espacios proporcionados por los profesionales de la salud.

Cabe destacar que la investigación se proyectó para desarrollarse en el Hospital General de Latacunga, en el área de Neurocirugía, teniendo la carta favorable de la institución (Anexo 6). Sin embargo, para trabajar llanamente con los pacientes, el hospital requiere la presentación del certificado emitido por la CEISH-UTA (Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos), requisito indispensable para la aplicación de los instrumentos de investigación (Anexo 7).

Por lo cual, se realizan todos los trámites correspondientes, presentando los documentos solicitados por el comité, entre los que se incluye la carta de solicitud para la revisión del protocolo (Anexo 8). Después de tres semanas, se recibe la respuesta del comité solicitando correcciones. En consecuencia, se realizan las correcciones oportunas y se remite una carta de solicitud de evaluación para la aprobación de dichas correcciones (Anexo 9).

Ante la demora en la obtención de la aprobación final y considerando los tiempos establecidos para la finalización del proyecto, se decide cambiar la institución para la ejecución de la

investigación. Al trasladarse al Centro de Salud Pública Tipo A Anchilivi-Salcedo, se mantiene la limitación de trabajar directamente con pacientes, ya que esta institución también requiere el certificado del comité para autorizar la aplicación de instrumentos en población hospitalaria. Por esta razón, el diseño metodológico se realiza únicamente a través de entrevistas a los médicos, mientras que las encuestas se designan a los moradores del área, dado que no es posible ejecutarlas dentro del centro de salud.

Para defender la ejecución de la exploración en esta institución, se añaden en los anexos la autorización para la aplicación del instrumento (Anexo 10) y la carta compromiso que avala el desarrollo del proyecto conforme a lo planeado (Anexo 11). De este modo, la investigación se acomoda a las condiciones administrativas, garantizando la validez de los datos obtenidos sin comprometer la integridad de los participantes.

2.2.9. Procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos recolectados se utilizó el programa SPSS y Excel como herramientas para organizar, codificar y tabular la información obtenida en tablas de frecuencias y gráficos de barras, el mismo que permitió una mejor comprensión y visualización de los datos. En el caso de las entrevistas se maneja mediante una matriz de análisis, en la cual se organiza por categorías, dimensional, comunicacional, cita textual del entrevistado, autor que aporta con fundamento teórico e interpretación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIONES

3.1. Análisis

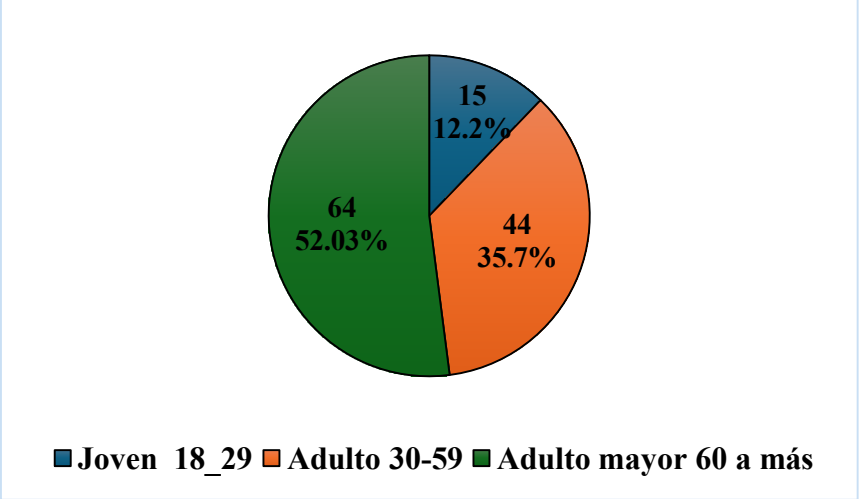
3.1.1. Análisis de las encuestas

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a 123 moradores del barrio Anchilivi-Salcedo atendidos en el Centro de Salud Pública Tipo A, además de la interpretación de las entrevistas realizadas a dos profesionales de la salud.

- **Indique su edad**

Para la recolección de datos de las encuestas, se consideró únicamente a personas mayores de edad. De ellas, el 52.03% corresponde a adultos mayores, el 35.7% a adultos y el 12.2% a jóvenes que reciben atención en el Centro de Salud Pública Tipo A. Estos resultados evidencian que la población que acude con mayor frecuencia a este establecimiento son los adultos mayores.

Figura 2
Edad

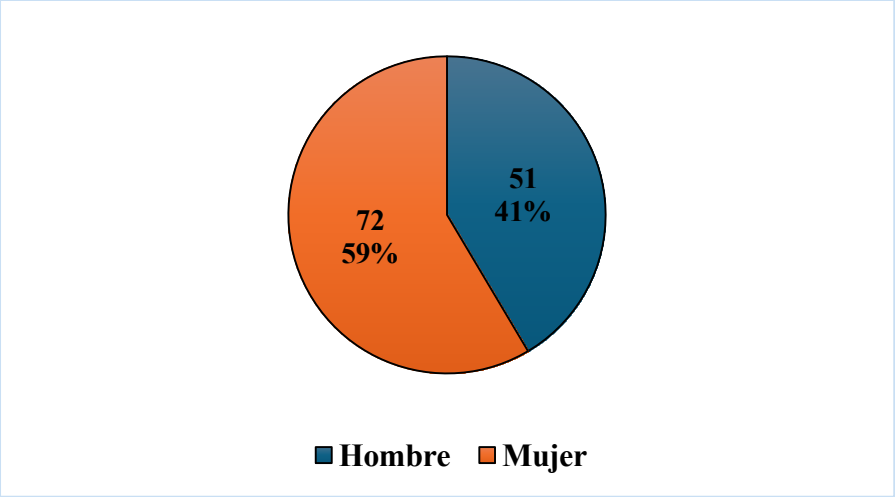


Nota: Elaboración propia generada a partir del programa Excel (2025).

- **Indique su sexo**

La población con mayor frecuencia que acude a recibir atención médica son las mujeres con un 59% seguidas por los hombres con un 41% de la muestra establecida.

Figura 3
Sexo



Nota: Elaboración propia generada a partir del programa Excel (2025).

- **¿El médico explicó de forma clara el diagnóstico?**

A la afirmación sobre si el médico explicó de forma clara el diagnóstico se puede evidenciar un 35.8 % estar en desacuerdo, el 28.5% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 18.7% expresó estar de acuerdo, el 10.6% totalmente en desacuerdo, mientras que un 6.5% mencionó estar totalmente de acuerdo con la atención recibida.

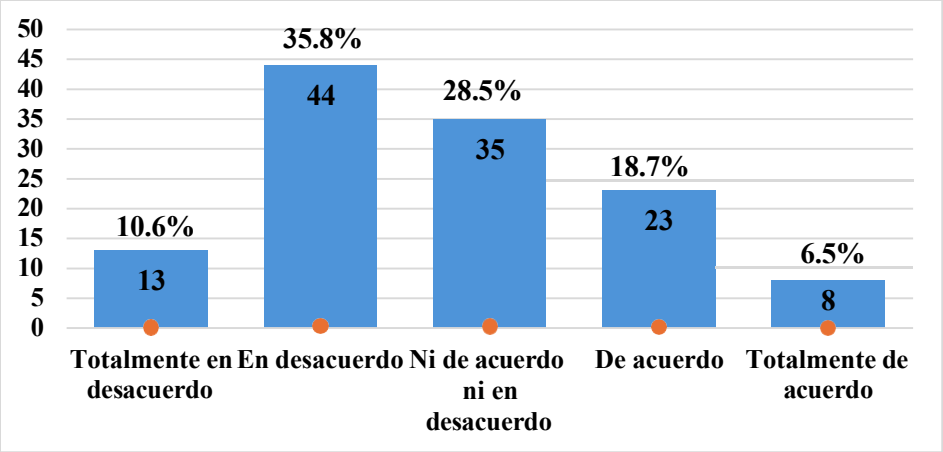
Tabla 2
Claridad en el diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	13	10.6	10.6	10.6
	En desacuerdo	44	35.8	35.8	46.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	35	28.5	28.5	74.8
	De acuerdo	23	18.7	18.7	93.5
	Totalmente de acuerdo	8	6.5	6.5	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia generado a partir del programa SPSS, 2025

Análisis: Los resultados reflejan una tendencia negativa al estar en desacuerdo con la manera en la que el médico explica los diagnósticos, es decir, que puede existir una debilidad dentro de esta área al no tener un mensaje comprensible y claro con los pacientes, generando la mala interpretación y la falta de adherencia al tratamiento. Además de verse reflejado en aquellos usuarios que están indecisos con respecto a la explicación transmitida por el médico.

Figura 4
Claridad del diagnóstico



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿El médico escuchó con atención sus inquietudes acerca del diagnóstico?**

Se evidencia en estos resultados sobre si el médico escuchó con atención las inquietudes acerca del diagnóstico: un 37.4% de los pacientes mencionan estar en desacuerdo, el 26.8% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 23.6% menciona estar de acuerdo, el 7.3% totalmente en desacuerdo y el 4.9% totalmente de acuerdo.

Tabla 3
Escucha activa

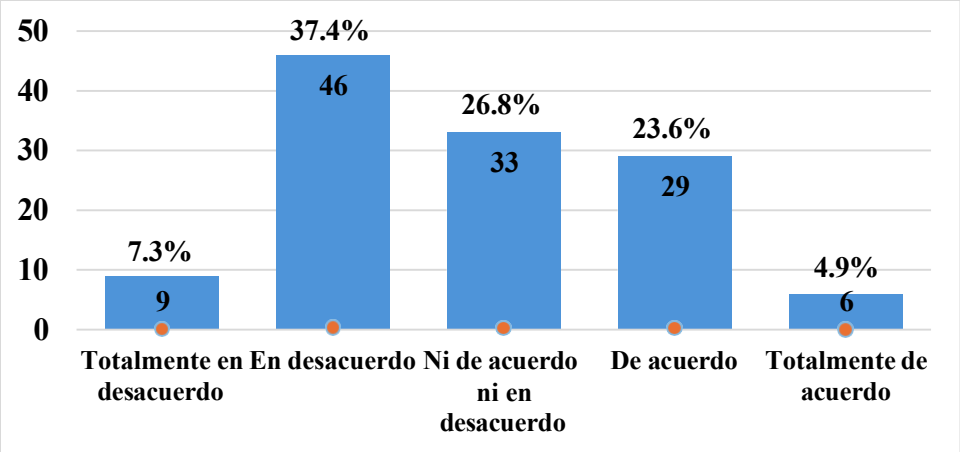
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	9	7.3	7.3	7.3
	En desacuerdo	46	37.4	37.4	44.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	33	26.8	26.8	71.5
	De acuerdo	29	23.6	23.6	95.1
	Totalmente de acuerdo	6	4.9	4.9	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Con los resultados obtenidos se evidenció una debilidad en la escucha activa por parte del profesional de la salud, lo cual puede disminuir la comunicación interpersonal; además, la falta de atención durante la consulta médica puede afectar a la confianza y a la satisfacción del paciente, ya que son factores esenciales para tener un cuidado más humanizado presto a brindar un servicio de calidad.

Figura 5

Escucha activa del diagnóstico



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Recibió instrucciones claras por parte del médico para seguir el tratamiento?**

En la pregunta acerca de que si recibió instrucciones claras del médico para seguir el tratamiento se expresó que el 39% está en desacuerdo, el 26% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 25.2% está de acuerdo, el 7.3% totalmente en desacuerdo y con una minoría el 2.4% está totalmente de acuerdo con las instrucciones dadas por el profesional de la salud.

Tabla 4

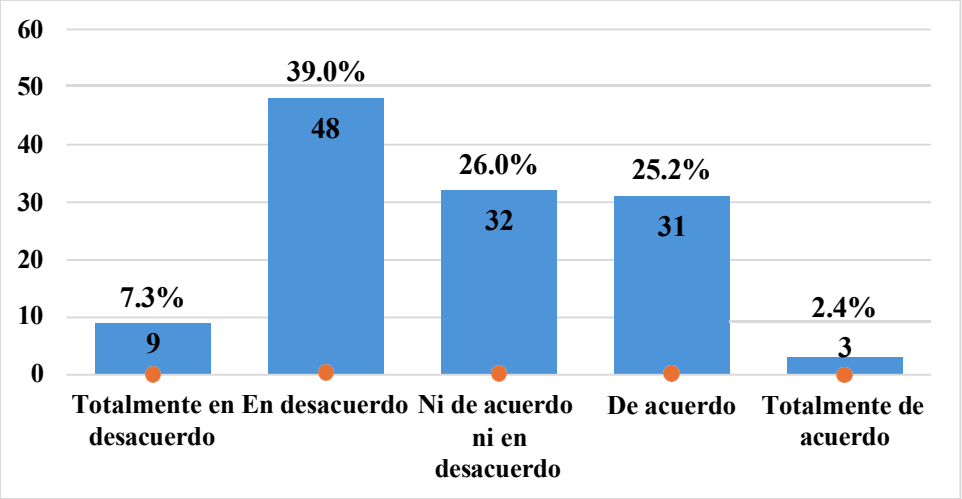
Indicaciones claras del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	9	7.3	7.3	7.3
	En desacuerdo	48	39.0	39.0	46.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	32	26.0	26.0	72.4
	De acuerdo	31	25.2	25.2	97.6
	Totalmente de acuerdo	3	2.4	2.4	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Se puede percibir una falta de claridad en las indicaciones médicas, la misma que puede llegar a ser perjudicial para la conexión entre médico y paciente por la falta de transmisión de información sobre los tratamientos o diagnósticos a seguir, afectando de manera directa a la comprensión de la comunicación verbal y provocando distanciamiento con el paciente.

Figura 6
Indicaciones claras del tratamiento



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿El tono de voz utilizado por el médico le generó confianza?**

En la afirmación sobre si el tono de voz del médico le generó confianza, arrojó que el 36.6% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 30.1% en desacuerdo, el 15.4% totalmente en desacuerdo, el 13.8% está de acuerdo y el 4.1% totalmente de acuerdo.

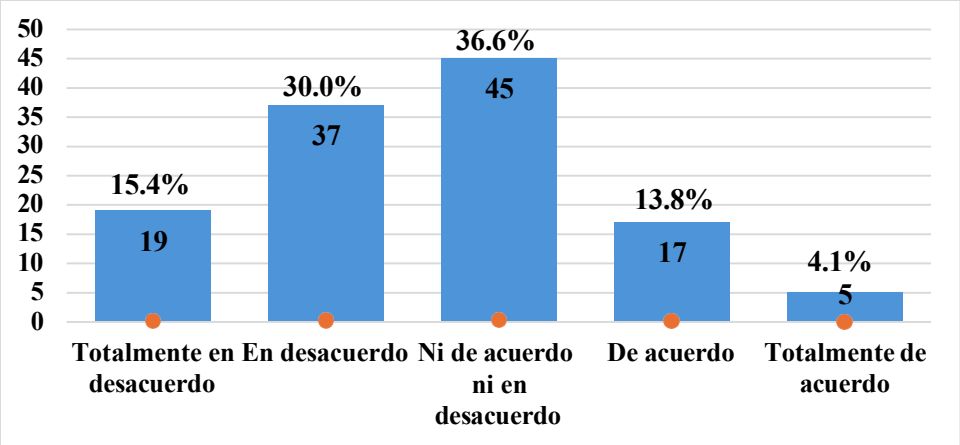
Tabla 5
Tono de voz

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	19	15.4	15.4	15.4
	En desacuerdo	37	30.1	30.1	45.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	45	36.6	36.6	82.1
	De acuerdo	17	13.8	13.8	95.9
	Totalmente de acuerdo	5	4.1	4.1	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: A pesar de que existe un gran porcentaje de pacientes que se encuentran neutrales acerca del tono de voz utilizado por el médico, también se expresó que la mitad no percibieron la confianza y tranquilidad por medio del tono, ya que si el profesional de salud utiliza un tono cálido y pausado, transmite calma y empatía, lo que ayuda a reducir la ansiedad o el miedo por parte del paciente. En cambio, una voz fría puede ser interpretada como indiferencia, afectando a la relación interpersonal.

Figura 7
Tono de voz



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿El médico habló a un ritmo que pudo entenderlo con claridad?**

En el enunciado acerca de si el médico habló a un ritmo que se logró entender con claridad, el 35.8% expresó estar de acuerdo, el 29.3% en desacuerdo, el 20.3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 8.1% totalmente en desacuerdo y el 6.5% totalmente de acuerdo con la claridad de la explicación.

Tabla 6
El ritmo durante la comunicación con el paciente

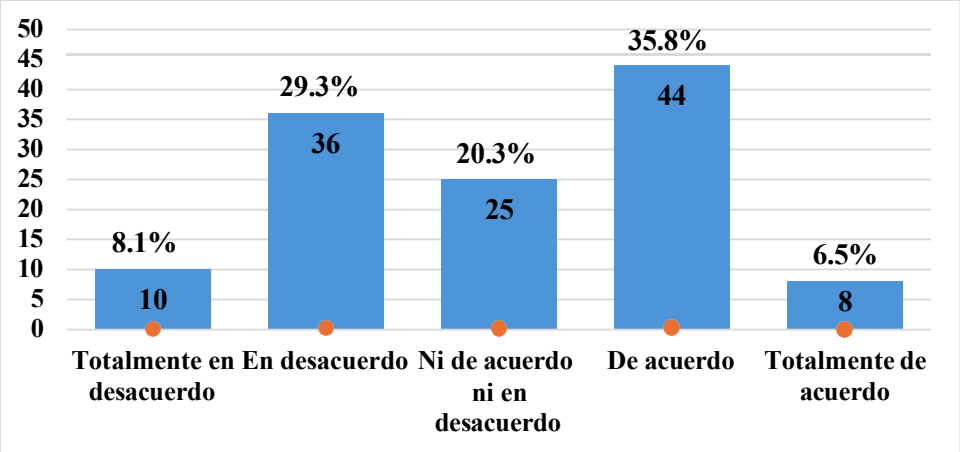
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	10	8.1	8.1	8.1
	En desacuerdo	36	29.3	29.3	37.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	25	20.3	20.3	57.7
	De acuerdo	44	35.8	35.8	93.5
	Totalmente de acuerdo	8	6.5	6.5	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Los resultados presentados permiten identificar que existe una percepción favorable con respecto al ritmo que el médico utilizó para comunicarse con los pacientes, lo que incide en la claridad y coherencia de la información, sin embargo la presencia de respuestas negativas y neutrales indican que no todos los médicos logran ajustar su ritmo comunicativo con las necesidades de los paciente, por ende se deberá reforzar la modulación de la voz para llegar al nivel de comprensión del usuario.

Figura 8

El ritmo durante la comunicación con el paciente



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿El volumen del médico fue el adecuado? (ni muy bajo ni muy alto)**

Los datos arrojaron que el 32.5% está de acuerdo con el volumen utilizado por el médico en el transcurso de la consulta, el 22.8% está en desacuerdo, el 18.7% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 13.8% totalmente de acuerdo y el 12.2% se encuentra totalmente en desacuerdo.

Tabla 7

El volumen del médico durante la consulta

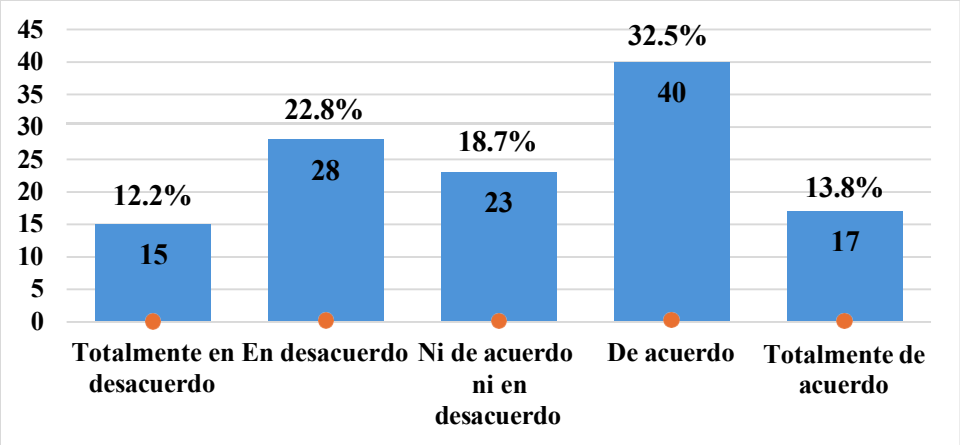
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	15	12.2	12.2	12.2
	En desacuerdo	28	22.8	22.8	35.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	18.7	18.7	53.7
	De acuerdo	40	32.5	32.5	86.2
	Totalmente de acuerdo	17	13.8	13.8	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: En la recolección de datos se evidenció que existe una valoración positiva con respecto al volumen de voz del médico, reflejando la disminución de malas interpretaciones, asegurando que la información médica sea recibida correctamente. Pero la presencia de respuestas negativas señala que en ciertos casos el volumen no es el adecuado, lo cual puede llegar a hacer una distracción para el paciente y afectar a la coherencia del mensaje.

Figura 9

Volumen del médico durante la consulta



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Con qué frecuencia el médico utilizó palabras técnicas durante la consulta?**

Los resultados arrojaron que el 39% de los pacientes encuestados indicaron que el médico utilizó frecuentemente palabras técnicas, el 24.4% señaló que a veces, el 17.9% mencionó que siempre, mientras que el 13.8% indicó que rara vez y el 4.9% dijo que nunca.

Tabla 8

Palabras técnicas por parte del médico

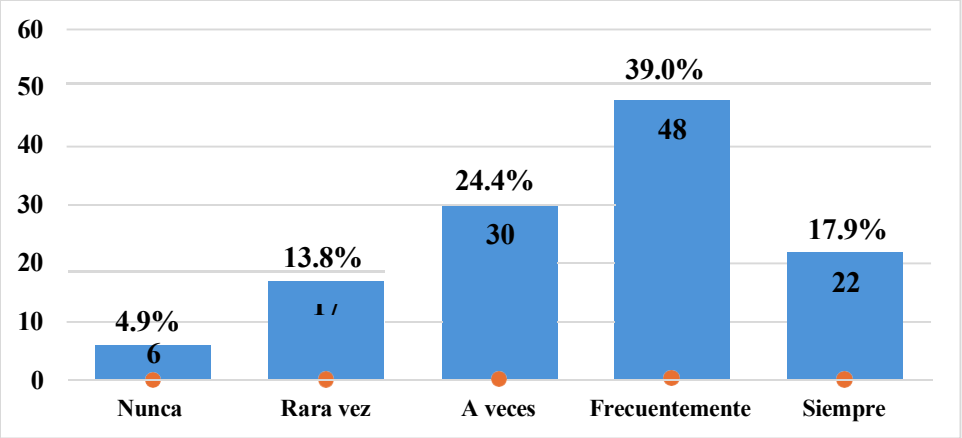
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	6	4.9	4.9	4.9
	Rara vez	17	13.8	13.8	18.7
	Aveces	30	24.4	24.4	43.1
	Frecuentemente	48	39.0	39.0	82.1
	Siempre	22	17.9	17.9	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Los resultados obtenidos arrojaron que el uso de palabras técnicas se da de forma habitual en la interacción médico-paciente indicando que los profesionales de la salud emplean tecnicismos en su práctica comunicativa, generando la falta de comprensión del mensaje, barreras comunicacionales y la limitación de participación por parte de los pacientes, sin embargo, existieron datos que marcaron una tendencia baja donde los médicos si logran controlar las terminologías para complementarlo con un lenguaje accesible al usuario.

Figura 10

Palabras técnicas por parte del médico



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Con qué frecuencia el médico verificó que sus inquietudes fueran solventadas?**

A la afirmación sobre la frecuencia en la que el médico verificó que las inquietudes fueran solventadas, los resultados arrojaron el 40.7% mencionó que a veces, siguiendo con un 24.4% rara vez, el 17.9% indicaron que frecuentemente, mientras que el 12.2% mencionaron que nunca y por último el 4.9% reveló que siempre existió la verificación de la información.

Tabla 9

Verificación de la información (retroalimentación)

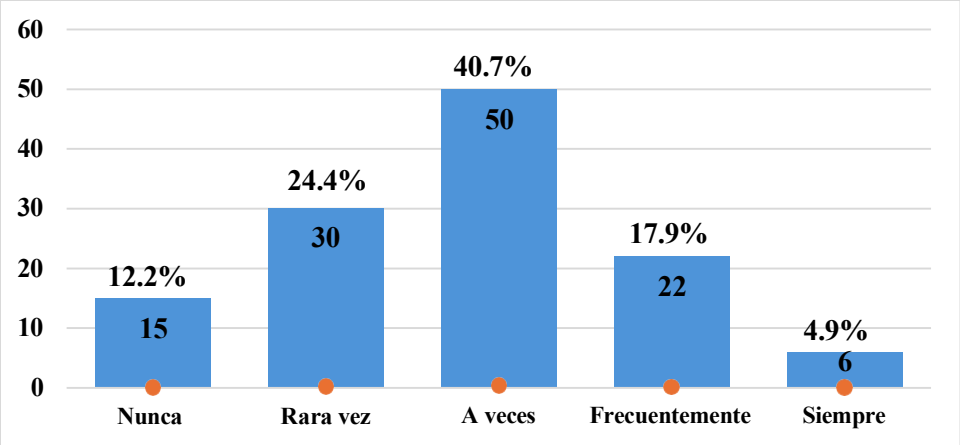
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	15	12.2	12.2	12.2
	Rara vez	30	24.4	24.4	36.6
	Aveces	50	40.7	40.7	77.2
	Frecuentemente	22	17.9	17.9	95.1
	Siempre	6	4.9	4.9	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: En esta pregunta se arroja como resultado que la verificación de inquietudes por parte del médico hacía el paciente no está funcionando de manera sistemática al predominar respuestas intermedias y bajas afectando a la calidad de atención médica y generando inseguridad e incertidumbre en el paciente, por ello hay que reforzar este aspecto para promover un ambiente de confianza y abierto a resolver preguntas que se generen durante la consulta.

Figura 11

Verificación de la información (Retroalimentación)



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Con qué frecuencia el médico le miró a los ojos mientras conversaban?**

Según los resultados el 39.8% mencionaron que rara vez el médico mantuvo contacto visual con el paciente, por otro lado, el 23.6% dijeron que a veces, el 20.3% nunca, el 9.8% señalaron que frecuentemente y el 6.5% aludieron que siempre.

Tabla 10

Visualización médico - paciente

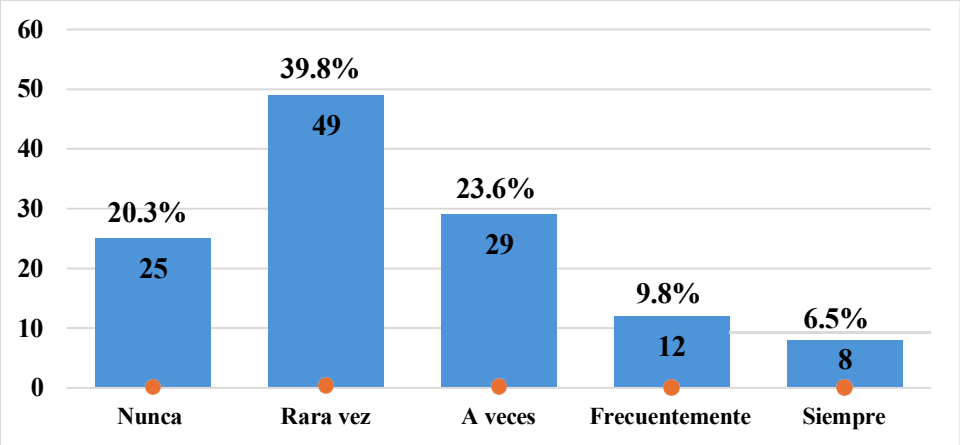
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	25	20.3	20.3	20.3
	Rara vez	49	39.8	39.8	60.2
	Aveces	29	23.6	23.6	83.7
	Frecuentemente	12	9.8	9.8	93.5
	Siempre	8	6.5	6.5	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Los médicos en ciertas ocasiones no pueden controlar sus expresiones faciales o muestran poca expresividad, a lo que el paciente o los familiares lo pueden interpretar de forma negativa. Esto con frecuencia podría significar que la noticia es de muerte o enfermedad terminal, la misma que produce desesperación en situaciones no afirmadas, es decir, la mirada fija de un doctor hacia su paciente se considera un símbolo de confianza que fortalece al vínculo interpersonal.

Figura 12

Visualización médico - paciente



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Con qué frecuencia el médico hizo pausas para procesar mejor la información?**

De acuerdo con los valores obtenidos, el 44.7% mencionaron que rara vez el médico realizó pausas durante la consulta para procesar mejor la información, por otro lado, el 26% dijeron que a veces, el 13% frecuentemente, el 12.2% nunca y el 4.1% aludieron que siempre.

Tabla 11

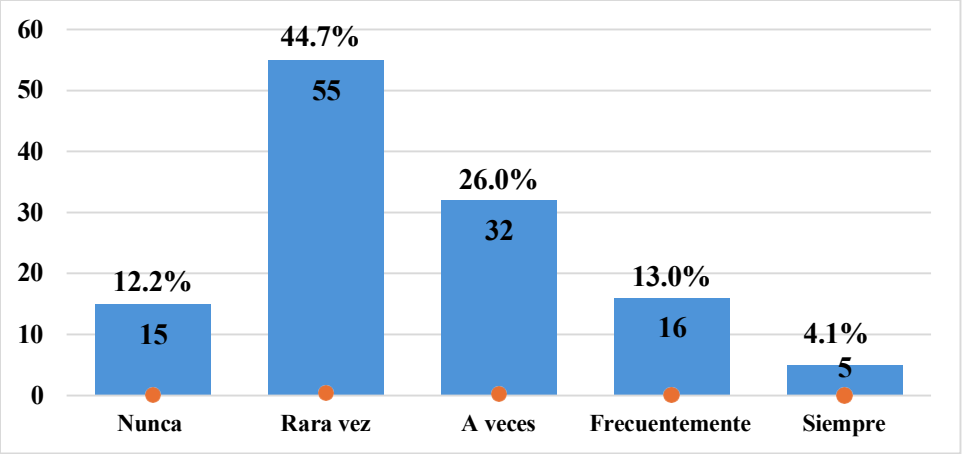
Pausas en la comunicación verbal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	15	12.2	12.2	12.2
	Rara vez	55	44.7	44.7	56.9
	Aveces	32	26.0	26.0	82.9
	Frecuentemente	16	13.0	13.0	95.9
	Siempre	5	4.1	4.1	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Con base en las cifras registradas existe una baja frecuencia en el uso de pausas durante las intervenciones médicas, lo cual indica que los profesionales de la salud no emplean este recurso de forma sistemática, provocando una comunicación impersonal y sin oportunidad de que el paciente pueda intervenir. Sin embargo, se puede observar una cifra media alta en la cual se debe trabajar, ya que ayuda a mejorar la lectura emocional, es decir, al realizar las pausas adecuadas se puede evidenciar si el usuario presenta expresiones de confusión, duda o de claridad del mensaje.

Figura 13
Pausas en la comunicación verbal



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Los gestos del médico presentaron empatía e interés?**

Con respecto a la empatía e interés que el médico exteriorizó mediante los gestos, un 31.7% mencionaron que a veces, el 28.5% rara vez, el 19.5% nunca, mientras que el 15.4% frecuentemente y el 4.9% siempre.

Tabla 12
La empatía refleja en los gestos

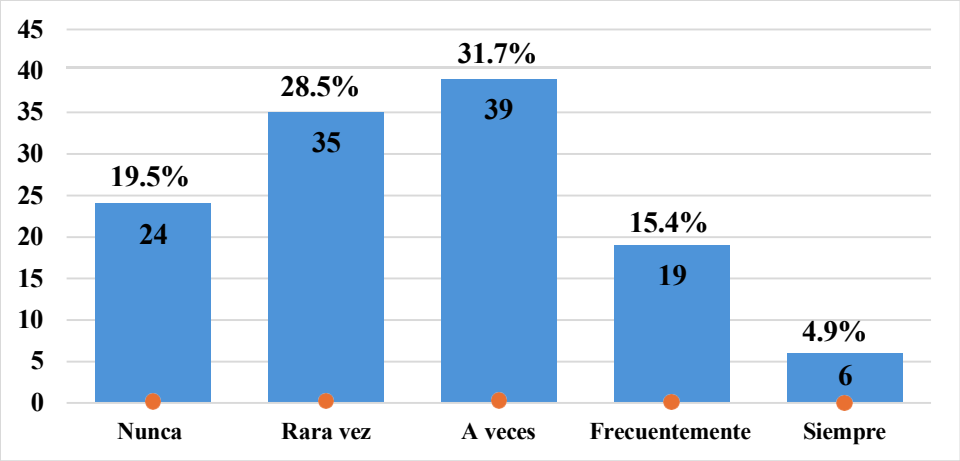
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	24	19.5	19.5	19.5
	Rara vez	35	28.5	28.5	48.0
	Aveces	39	31.7	31.7	79.7
	Frecuentemente	19	15.4	15.4	95.1
	Siempre	6	4.9	4.9	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Los resultados arrojados mencionan que los gestos no verbales enlazados con la empatía y el interés hacia los pacientes se encuentran intermedios y no contribuyen a una práctica comunicacional estable afectando a la satisfacción de la atención. Es importante recalcar que el lenguaje corporal dentro de la comunicación paralingüística es necesario para generar apoyo emocional y una mejor adherencia al tratamiento por la confianza transmitida por el médico tratante.

Figura 14

La empatía reflejada en los gestos



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Con qué frecuencia sintió confianza y tranquilidad la forma con la que el médico se comunicó con usted?**

Las cifras revelan que el 41.5% de los pacientes perciben a veces la confianza y tranquilidad con la que el médico se comunicó con ellos, seguido por un 30.9% que mencionaron que rara vez, el 14.6% frecuentemente, el 8.9% nunca y el 4.1% siempre.

Tabla 13

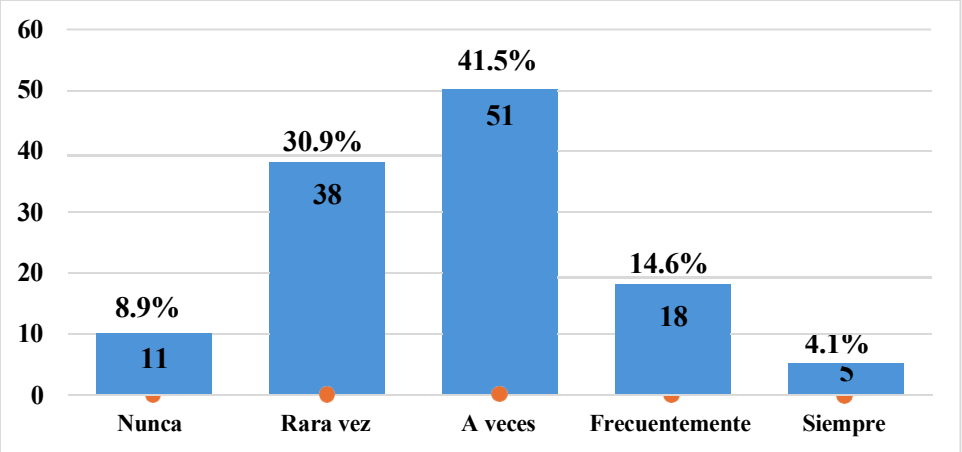
Confianza y tranquilidad en la comunicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	11	8.9	8.9	8.9
	Rara vez	38	30.9	30.9	39.8
	Aveces	51	41.5	41.5	81.3
	Frecuentemente	18	14.6	14.6	95.9
	Siempre	5	4.1	4.1	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Los datos recolectados indicaron que la confianza y tranquilidad transmitidas por el médico durante el diálogo se encuentran irregularmente dentro de la comunicación interpersonal, generando la falta de soltura del paciente al sentir inseguridad para compartir información relevante que contribuya a solventar inquietudes del paciente. Por ende, se debe tomar en consideración este aspecto para aumentar la calidad de la atención y generar un vínculo emocional fortalecido donde el paciente perciba al médico como un profesional competente e interesado por su salud.

Figura 15
Confianza y tranquilidad en la comunicación



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿El médico utilizó un lenguaje claro y sencillo durante la consulta?**

En relación con el lenguaje empleado por el médico, el 43.9% aludieron que rara vez fue claro y sencillo, por otro lado, el 29.3% a veces, el 13% frecuentemente, mientras que el 8.1% dijeron que siempre y el 5.7% mencionaron que nunca.

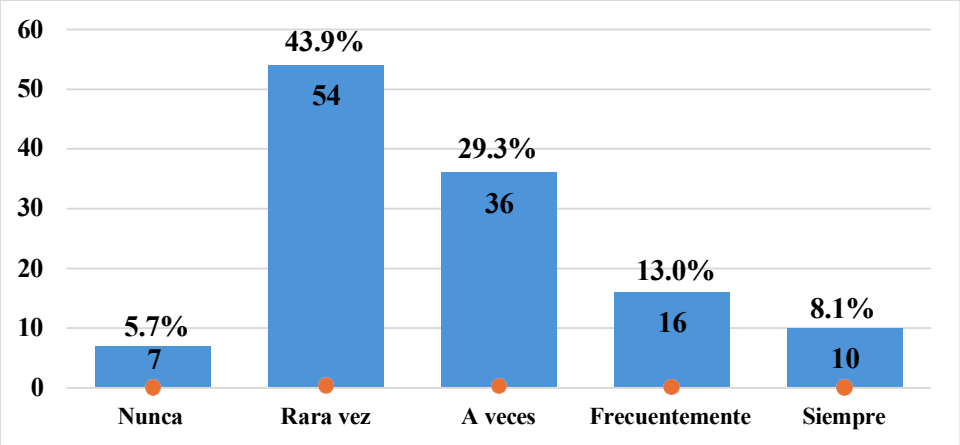
Tabla 14
Lenguaje claro durante la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	5.7	5.7	5.7
	Rara vez	54	43.9	43.9	49.6
	Aveces	36	29.3	29.3	78.9
	Frecuentemente	16	13.0	13.0	91.9
	Siempre	10	8.1	8.1	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Con base en las cifras registradas sobre la claridad del lenguaje existe cierta disconformidad por parte de los pacientes por las barreras comunicacionales que persisten durante las consultas por la carencia de adaptabilidad de la comunicación que el médico transmite durante la interacción con los usuarios, pero a pesar de que la frecuencia es alta se puede trabajar en mejorar este aspecto por medio de explicaciones más simples y sencillas.

Figura 16
Lenguaje claro durante la consulta



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **¿Se sintió comprendido por el médico al expresarle sus preocupaciones por su salud?**

Según los resultados, el 36.6% de los pacientes indicaron que se aprecian poco comprendidos por los médicos al expresarles sus inquietudes acerca de su salud, mientras que el 29.3% se mantuvieron imparciales, el 16.3% se sintieron comprendidos, el 13% muy comprendidos y el 4.9% nada comprendidos por la atención brindada.

Tabla 15
Preocupación del médico por la salud del paciente

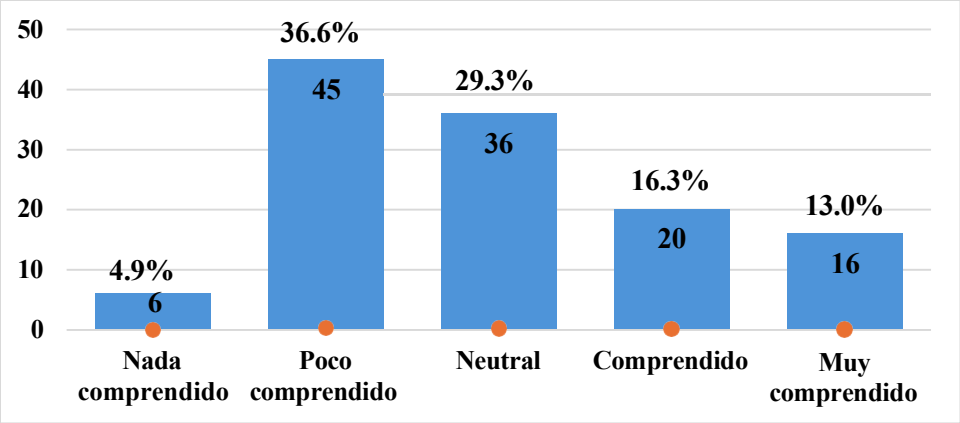
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada comprendido	6	4.9	4.9	4.9
	Poco comprendido	45	36.6	36.6	41.5
	Neutral	36	29.3	29.3	70.7
	Comprendido	20	16.3	16.3	87.0
	Muy comprendido	16	13.0	13.0	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: En los datos arrojados se percibe un descontento por parte de los pacientes al no sentirse comprendidos completamente por los médicos, dificultando la comunicación efectiva y la falta de retención de información del paciente, ya que no puede expresar libremente sus preocupaciones. Sin embargo, si existe una cifra considerable en la cual se puede reforzar para darle validez y bienestar emocional fortaleciendo la confianza directa al experimentar sensaciones de preocupación e interés por la salud del usuario.

Figura 17

Preocupación del médico por la salud del paciente



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

- **En general. ¿Está satisfecho con la comunicación que el médico utilizó con usted?**

En términos numéricos el 35% se mantuvieron neutrales sobre la satisfacción de la comunicación que el médico utilizó durante las intervenciones clínicas, el 29.3% expresaron estar poco satisfechos, el 17.9% satisfechos, por otro lado, de forma homogénea con el 8.9% mencionaron que nada satisfechos y muy satisfechos con la comunicación transmitida.

Tabla 16

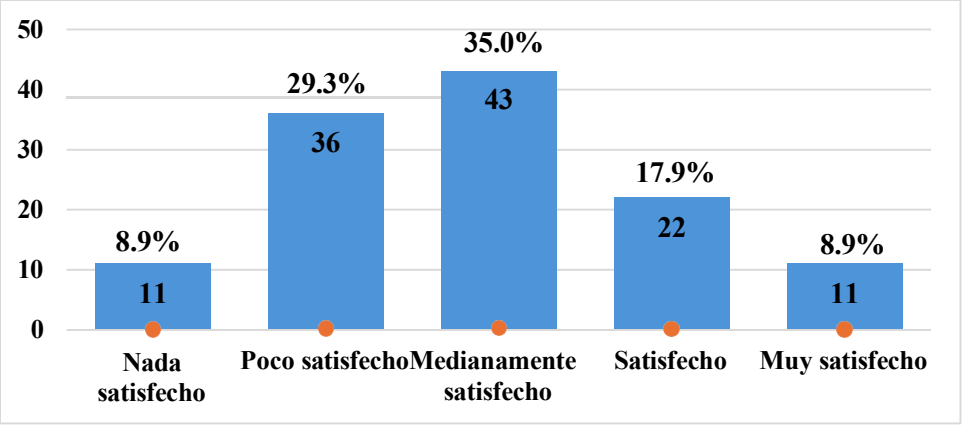
Satisfacción de la comunicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada satisfecho	11	8.9	8.9	8.9
	Poco satisfecho	36	29.3	29.3	38.2
	Neutral	43	35.0	35.0	73.2
	Satisfecho	22	17.9	17.9	91.1
	Muy satisfecho	11	8.9	8.9	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

Nota: Elaboración propia a partir del programa SPSS, 2025.

Análisis: Los datos expresan que la mayoría de los pacientes se encuentran en una posición neutral acerca de la comunicación recibida por el médico lo que indica que tal vez existió la falta de interacción o claridad durante las consultas afectando a la transmisión de información y a la atención a las preguntas generadas por el usuario, por otro lado a pesar de que la cifra sobre la satisfacción es baja es primordial tomar en cuenta estos aspectos que son fundamentales para fomentar tanto la comunicacion verbal, no verbal y paralingüística como bases necesarias para la claridad, la retroalimentación, el contacto visual, gestos y comprensión del mensaje.

Figura 18
Satisfacción de la comunicación



Nota: Elaboración propia a partir del programa Excel, 2025.

Los resultados conseguidos permiten comprender de forma general cómo se está desplegando la comunicación verbal, no verbal y paralingüística desde la representación del paciente hacia el médico. A través del enfoque cuantitativo, fue posible examinar modelos que reflejan la práctica real de los beneficiarios durante la atención médica. Es decir, los descubrimientos muestran que una comunicación interpersonal adecuada no solo mejora la comprensión, sino que influye directamente en cómo el paciente observa la calidad del trato recibido.

La información recopilada también manifiesta que es necesario fortalecer el uso del lenguaje verbal, sobre todo en contextos clave de la consulta, como por ejemplo para dar un informe acerca de su salud, sea este positivo o negativo, es preciso usar formas para que la información llegue de manera aplacada. Esto es importante con los adultos mayores, quienes suelen solicitar definiciones más claras, un tono de voz conforme que les permita resolver mejor la información. Por ello, la postura y la forma en que el médico modula la voz siguen siendo elementos principales para transmitir cercanía, confianza y tranquilidad.

En general, los resultados de las encuestas aplicadas a los moradores subrayan aspectos que pueden desplegarse para ofrecer una atención más humana, empática y respetuosa. Optimizar la manera en que se comunica el personal de salud no solo fortifica la relación médico–paciente, sino que apoya al progreso de un sistema de salud pública más eficiente y orientado al bienestar de quienes lo utilizan.

3.1.2. Análisis de las entrevistas

Entrevistados	Área	Código
Médico 1	Medicina General	D1

Médico 2	Medicina General	H2

El lenguaje verbal es el conjunto de signos, palabras y estructuras lingüísticas que las personas utilizan para transmitir ideas, emociones y conocimientos de manera articulada y consciente. Es el principal instrumento de comunicación humana que accede a expresar pensamientos de forma clara, crear relaciones interpersonales significativas y proporcionar la comprensión mutua.

Tabla 17

Matriz la interacción médico – paciente

Categoría	Dimensión comunicacional	Respuesta de los entrevistado	Fundamentación teórica	Interpretación
Lenguaje verbal	Interacción médico – paciente	"La relación del médico hacia el paciente se basa en una relación cordial, respetuosa basándome siempre en el motivo de la consulta" D1 "No he tenido problemas hasta el momento, les he indicado e incluso escrito las indicaciones para que deben realizar con mayor claridad y no haya confusiones" H2	La relación interpersonal es importante para el buen manejo de la comunicación y la satisfacción del receptor del mensaje, ya que proporciona herramientas claves para un impacto comunicacional positivo (De Vito, 2021).	Acorde a lo citado, ambos médicos coinciden en que la orientación principal para una buena relación médico-paciente es el respeto y la cordialidad, creando confianza y apertura durante la consulta.
	Analogías para la comprensión del mensaje	"Siempre trato de tener un lenguaje claro para el	El uso de metáforas o analogías resulta	Los médicos facilitan el mensaje, pero

	diagnóstico sustituyendo palabras para que sea más comprensible o también cambiar las palabras técnicas para que entiendan mejor", D1. "Para el tratamiento si se le ponen ejemplos, como que debe comer antes de consumir tal fármaco, para que se confundan con las indicaciones" H2.	ser parte primordial para la interacción y comprensión del mensaje según el nivel cognitivo del receptor (Berlo, 1984).	requieren brindar ejemplos más claros y precisos, ya que el uso de tecnicismos demanda explicaciones adicionales para afirmar que el paciente alcance la información.
Retroalimentación del paciente	"Sí, damos la apertura para que los pacientes solventes sus dudas acerca del tratamiento o de la receta prescrita, aunque a veces por el tiempo se dificulta abrir este tipo de espacios", D1.	La retroalimentación es una parte fundamental para asegurar que la información del mensaje se dé de forma correcta (De Vito, 2021).	Los médicos sí fomentan un diálogo bidireccional entre las dos partes ayudando a una mejor adherencia al tratamiento, ya que se brinda el espacio necesario para

	“Sí, ha habido retroalimentación en algunos pacientes, más que todo en los adultos mayores”, H2.		aclarar dudas; sin embargo, por el factor tiempo este recurso se puede ver limitado en la información.
Barreras comunicacionales	“Hay ocasiones donde se dificulta dar el diagnóstico, porque hay palabras que son médicas y no tienen otro significado del que ya está escrito, en jóvenes entienden un poco más, pero en cuestión de los adultos mayores es más complicado, al estar en un barrio pues el nivel educativo es bajo al contrario de los jóvenes”, D1. “A veces por no saber utilizar las palabras adecuadas para el tratamiento, hay pacientes que se portan necios y	Los obstáculos que se presentan durante la interacción social llegan a dificultar la comprensión del mensaje, ya que no existe homogeneidad en el discurso, impidiendo que la formación del conocimiento sea sincrónica (Bachelard, 2000).	El análisis muestra que la relación médico-paciente enfrenta obstáculos cuando no se emplea un lenguaje claro, lo que dificulta la transmisión del mensaje, especialmente cuando existe una diferencia de conocimientos entre ambas partes, puede ser por la edad o el nivel educativo de los pacientes.

	no quieren hacer caso, por eso se recurre a que repitan las mismas palabras que yo digo varias veces para que logren comprender lo que deben hacer", H2.		
Estrategias de relación médico – paciente	"La técnica que más he optado ha sido utilizar anécdotas para que los pacientes entiendan que sí hay tratamiento cuando se les informa de su condición de salud", D1. "Ser empático con el paciente, preguntando siempre si entendió o no y poniéndome en los zapatos del paciente", H2.	El relato de experiencias que han pasado otras personas ayuda a generar empatía y escucha activa, además de disminuir la ansiedad (Rogers, 1992).	El uso de estas habilidades durante la consulta médica ayuda a conservar una unión adecuada fundada en la confianza, lo que refuerza a reducir el estrés y la ansiedad asociados a las intervenciones médicas.

Nota: Elaboración propia de Regalado Evelyn (2025).

En esta matriz se adjunta aspectos importantes que ayudan a tener un conocimiento particular según el tema del lenguaje verbal médico – paciente, aquí se evidencia que los profesionales de la salud emplean técnicas como usar ejemplos en vez de tecnicismos, dar espacio para

solventar las dudas y tener una relación respetuosa y cerca con el usuario, además de contar con estrategias que fortalecen la conexión, para generar un ambiente más recíproco. Sin embargo, existen barreras comunicacionales como el uso de palabras técnicas difíciles de reemplazar por otras más sencillas, lo cual dificulta la comprensión del mensaje mayoritariamente en los adultos mayores.

Por otro lado, el lenguaje no verbal y paralingüístico alcanza todos aquellos elementos de la comunicación que no se comunican mediante frases, pero que perfeccionan y fortifican el mensaje verbal. Incluye gestos, expresiones faciales, postura corporal, contacto visual, ritmo y volumen de la voz, entre otros aspectos. Estos elementos son primordiales para descifrar emociones, intenciones y niveles de comprensión en la interacción humana.

Tabla 18
Matriz expresión no verbal y paraverbal

Categoría	Dimensión comunicacional	Respuesta de los entrevistados	Fundamentación teórica	Interpretación
Lenguaje no verbal y paralingüística	Contacto visual	"Lo más importante durante la interacción con el paciente es poder mirarlo a los ojos mientras dicto el diagnóstico, ya que trasmito seguridad y que no estoy mintiendo y así ellos pueden confiar más en mí e incluso llegan a soltarse más cuando se les mira a los ojos", D1. "Hablándoles a los ojos es como entienden mejor los pacientes, a pesar de que a veces la computadora es un factor	El contacto visual como expresión no verbal interviene de forma asertiva para generar un ambiente de confianza y empatía. (Santibánez-Velilla, 2015).	La interpretación de este análisis manifiesta la importancia del contacto visual como instrumento comunicativo para formar una buena atención humanizada con los pacientes. Donde ambos médicos coinciden en que los usuarios se sienten con mayor confianza, pero al tener aparatos tecnológicos dentro del despacho

	distractor, ya que ahí se registra todo el diagnóstico", H2.		puede restringir esta interacción.
Percepción de emociones a través del lenguaje corporal	"Nuestras expresiones con los pacientes son importantes porque con eso demostramos si estamos nerviosos, preocupados o concentrados", D1. "Usualmente tratamos de tener expresiones animosas, que sean en confianza con el paciente", H2.	La manera en que se manifiestan las conmociones se examina como comunicación de pensamiento y de sentido, ya que los sentimientos se enuncian a través del lenguaje corporal. (Agüero, 2011).	El conocimiento de ambos médicos se centra en mantener un lenguaje corporal amable con el paciente, pues registran que sus expresiones pueden transmitir tanto calma como inseguridad.
Tono, ritmo y volumen de la voz	"Generalmente mi tono de voz es bajo, pero trato de regularlo dependiendo del paciente, pero ahí voy viendo para aplicar de igual manera el volumen y ritmo porque hay pacientes con dificultad auditiva que necesitan que les alce la voz", D1. "Siempre va a depender del paciente, cuando son mayores, si se les alza un poco la voz y se les habla más lento	La incorporación de elementos como el tono, el volumen y el ritmo de la voz otorga mayor énfasis a la información que se desea transmitir, lo cual puede generar efectos positivos o negativos en la audiencia a la que se dirige el mensaje. (Domínguez Lázaro, 2009).	Al modular el volumen, ritmo y tono de voz, ayuda a acomodarse al nivel de comprensión y estado del paciente, creando la inclusión durante la comunicación y afirmando que el mensaje sea entendible esencialmente por los adultos mayores.

		para que entiendan", H2.

Nota: Elaboración propia de Regalado Evelyn (2025).

Esta ficha evidencia que las expresiones no verbales y paralingüísticas como el contacto visual, el tono, el ritmo y el volumen de la voz establecen elementos básicos en la interacción médica. Estos recursos forjan empatía e interés hacia los pacientes y ayudan a mejorar una comunicación efectiva e inclusiva, especialmente con aquellos usuarios que presentan problemas de comprensión y que suelen ser más propensos a las señales no verbales. Asimismo, se reconoce la importancia de considerar el segmento de la localidad al que se dirige el mensaje, ya que el tono y el ritmo de la voz no pueden ser iguales para un joven que para un adulto mayor. Por ello, es primordial acomodar estos elementos según el momento y el escenario específico de cada consulta.

La gestión y mejora continua en los sistemas hospitalarios públicos reside en planear, controlar y mejorar los procesos, recursos y servicios de salud para garantizar atención eficiente, segura y ajustada en el paciente. Además, involucra identificar oportunidades de mejora, realizar acciones correctivas y ajustarse a las necesidades de la población. Este enfoque busca fortalecer la experiencia del paciente, iniciando con una atención humanizada y fundada en la confianza entre profesionales de la salud y la comunidad.

Tabla 19
Gestión y mejora continua

Categoría	Dimensión comunicacional	Respuesta de los entrevistados	Fundamentación teórica	Interpretación
Recursos para mejorar la comunicación en el sistema de salud	Formación y capacitación comunicacional	"Sería importante que los estudiantes que están por convertirse en médicos se formen en el área de comunicación para brindar una mejor atención. En mi formación profesional, sí recibí esta capacitación sobre cómo dar	El tener una formación previa ayuda a generar una comunicación interpersonal más humanizada y fortalece la práctica de la interacción social (Rogers, 1992).	La formación en el área de comunicación resulta fundamental para ambos médicos; sin embargo, no debe limitarse únicamente al ámbito académico, sino también incorporarse en la práctica clínica. Es en este espacio

	un buen trato al paciente y si sería bueno impartir más capacitaciones porque los estudiantes no están solo para hacer papeleos", D1. "En mi universidad sí he recibido esa formación, pero en el MSP, pero con el paso del tiempo se va tomando experiencia del buen trato al paciente", H2.	donde las habilidades y estrategias comunicativas se ponen en acción y se evidencian en la interacción directa con los pacientes.

Nota: Elaboración propia de Regalado Evelyn (2025).

Aquí se plantean soluciones para fortalecer la relación médico-paciente mediante formaciones dirigidas a los estudiantes de la carrera de medicina en el área de comunicación, así como también a los profesionales de la salud. La intención es sembrar un trato humanizado y empático durante la atención, respondiendo así a un servicio de calidad centrado en el paciente. Para ello, es esencial que los futuros profesionales desenvuelvan habilidades en comunicación verbal, no verbal y paralingüística, adaptándolas a las distintas edades y necesidades de los usuarios.

En síntesis, en los dos instrumentos de investigación, con enfoques cualitativos y cuantitativos, se evidencian diferencias en la percepción que tienen los pacientes sobre los médicos y la que los médicos tienen sobre sus pacientes. Esto se relaciona con la alta demanda de atención diaria, que aumenta aún más en contextos rurales. Esta situación provoca que, por la presión del tiempo y la cantidad de usuarios, los médicos prioricen la entrega del diagnóstico y, en algunos casos, sustituyan la comunicación interpersonal. Como consecuencia, los pacientes perciben deficiencias en el lenguaje verbal y un nivel intermedio de atención en el lenguaje no verbal durante las consultas, por ello se debe tener presente estos aspectos para potencializarlos en una atención de calidad.

3.2. Discusión de los resultados

Los resultados reflejan una baja tendencia en la comprensión del lenguaje verbal, ya que los médicos utilizan frecuentemente palabras técnicas que dificultan la comprensión y claridad del mensaje. Al contrario de la investigación de Rosillo Ángel (2019), donde este aspecto resultó tener una aceptación favorable de los usuarios por el tipo de diálogo sin tecnicismos manejados por los profesionales de la salud, adquiriendo mayor credibilidad para el diagnóstico. Sin embargo, para el proyecto de investigación de Solórzano Ronald (2022), se presentó cierta carencia en el vocabulario impartido por los profesionales, al no recibir indicaciones claras acerca del tratamiento, impidiendo la decodificación del mensaje. Desde la Teoría Matemática de la Comunicación de Shannon y Weaver (1964), esta falencia ocurre con la presencia de la actuación del ruido semántico sobre el contenido por palabras poco entendibles, lo cual distorsiona el mensaje, ya que el emisor y el receptor no comparten la misma información.

En la relación médico-paciente, el tiempo de espera para recibir información sobre el diagnóstico o el tratamiento puede generar un alto nivel de incertidumbre. Como lo señalan Shannon y Weaver (1964) a través de la Teoría de la Entropía Comunicacional, donde este proceso depende de cómo se estructura el mensaje y del grado de claridad con el que se comunica. Por ello, la incertidumbre varía según la forma en que el paciente interpreta la información. Asimismo, este factor puede influir en la calidad de la interacción durante la consulta, como indica Jaramillo Fanny (2018), es fundamental que el profesional de la salud brinde respuestas oportunas y comprensibles, a fin de disminuir el estrés y la preocupación del paciente respecto al tratamiento que debe seguir.

Y por ello, se alude a la Teoría del Obstáculo Epistemológico de Gastón Bachelard (2000), el cual impide la apertura de nuevos conocimientos por el estancamiento de información, al no estar en sintonía con la persona que transmite y codifica el mensaje, generando confusiones en el tratamiento a seguir.

Como referencia, dentro del lenguaje no verbal los datos arrojaron que se percibe problemas en cuanto al contacto visual y en un nivel intermedio los gestos presentados por el médico tratante, lo cual afecta a la construcción de la confianza y la interacción humanizada, en concordancia a la investigación de Dusek Magnolia (2005), ya que se menciona que las expresiones no verbales dentro de esta área carecen de empatía hacía el paciente, provocando el distanciamiento y la contrariedad, por ello para De Vito (2021), estas formas de comunicación no verbales son importantes como indicadores directos de interés y cercanía con

el usuario, y al no encontrar un equilibrio entre el lenguaje verbal (explicación del médico) y el lenguje no verbal (contacto visual y gestos) se debilita la confianza y efectividad del dialogo.

A diferencia del lenguaje paralingüístico, se mostró el buen manejo del volumen, ritmo y tono de voz impartidos por los médicos, generando tranquilidad, control de la situación y profesionalismo, tratando de compensar la falta de claridad en el lenguaje. Al contrario, con la investigación de Chupillon Luis (2017), ya que se da a conocer la presencia de la insatisfacción de los pacientes al no saber controlar el ritmo al hablar durante las consultas, induciendo al alejamiento del usuario, el cual se puede interpretar según Teresa Baró (2018), desde la Inteligencia Emocional como una manera de comunicar sentimientos sin expresar palabras, las cuales deben manifestarse a la audiencia que se quiere llegar a través de estrategias comunicativas eficaces.

No obstante, en este tipo de comunicación se identificó que el uso de pausas por parte del médico no es frecuente, lo que limita el adecuado procesamiento de la información y reduce la disposición para atender las inquietudes del paciente, debido al tiempo limitado destinado a la consulta. Este indicador coincide con lo mencionado por Solórzano Ronald (2022), quien mantiene que la ausencia de momentos para la retroalimentación dificulta la comprensión del mensaje. Como lo destaca DeVito (2021), las pausas dentro del intercambio comunicativo permiten organizar el diálogo y ofrecer el tiempo necesario para asimilar la información, disminuyendo posibles confusiones durante la interacción.

Desde la Teoría del Interaccionismo Simbólico de Blumer (1982), las relaciones sociales consienten en comunicar significados que proporcionan la comprensión entre las personas. Esto también se muestra en la relación médico-paciente: cuando ambos manipulan significados equivalentes, el mensaje se interpreta con mayor claridad. Para conseguirlo, es necesario fortalecer la interacción durante la atención. En este sentido, el estudio de Coronado Ana María (2018) subraya la importancia de iniciar espacios de socialización que fortifiquen la calidez, la empatía y el uso adeacuado del lenguaje verbal, no verbal y paralingüístico dentro del sistema de salud pública.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

El análisis de la comunicación verbal, no verbal y paralingüística desde la perspectiva del paciente hacia el médico presenta carencias que afectan a la comprensión del mensaje, debido a la utilización de palabras técnicas y el bajo contacto visual por parte del profesional de la salud. No obstante, se identifican aspectos positivos, como el adecuado manejo del volumen y del ritmo durante la interacción. Sin embargo, el tono de voz y el uso de pausas generan insatisfacción en los pacientes, lo que evidencia áreas de oportunidad para fortalecer la comunicación interpersonal y, con ello, mejorar la calidad de la atención médica.

Se identifica que la comunicación interpersonal médico – paciente se construye a través de la comprensión del mensaje y la percepción de la calidad médica, en ese caso existen herramientas de los profesionales de salud que utilizan durante sus intervenciones, como el tono de voz acorde a la edad del paciente y experiencias compartidas como una manera de mitigar el estrés y la preocupación de los usuarios.

La identificación de fortalezas y debilidades en la comunicación interpersonal admite comprender cómo estos elementos intervienen en el conocimiento de una atención humanizada dentro del sistema hospitalario. Esta afirmación demuestra la necesidad de mejorar las competencias comunicativas del personal de salud mediante técnicas de capacitación y formación continua, con la intención de abrir relaciones basadas en la confianza, el respeto y la empatía, que favorezcan a mejorar la experiencia del paciente y la calidad del servicio brindado.

Al estudiar la comunicación interpersonal en el sistema hospitalario público, se revela que las prácticas de pacientes y médicos no siempre concuerdan, probando brechas en la comprensión del mensaje. Estas discrepancias, causadas por elementos negativos, muestran que los materiales disponibles no siempre se emplean de manera segura, lo que recalca la necesidad de enfoques innovadores que robustezcan la interacción médico-paciente.

4.2. Recomendaciones

Realizar capacitaciones en los sistemas de salud pública dirigidas tanto a los profesionales de la salud como a los estudiantes de carreras médicas enfocados en la comunicación verbal, no verbal y paralingüística.

Implementar guías de comunicación que incluyan herramientas y estrategias pedagógicas para explicar los diagnósticos de manera clara, sencilla y comprensible. Estas guías deben orientar a los profesionales de la salud en el uso de un lenguaje accesible, ejemplos prácticos y recursos visuales, con el fin de garantizar que los pacientes comprendan adecuadamente su condición, el tratamiento indicado y los cuidados necesarios.

Realizar evaluaciones mensuales o anuales para conocer la satisfacción del paciente en cuanto a la comunicación impartida por los profesionales de la salud, para tener un panorama de los aspectos que se deben considerar para mejorar.

Se recomienda aplicar productos audiovisuales educativos como videos informativos y cápsulas aclaratorias que muestren de manera clara, breve y visual las instrucciones médicas, cuidados externos, derechos del paciente y protocolos del servicio. Estos recursos deben diseñarse a través de un lenguaje accesible y enfoque humanizado, de modo que proporcionen la comprensión, disminuyan la ansiedad y mejoren la comunicación interpersonal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agüero, P. M. (2011). *La comunicación interpersonal: un proceso sociopsicológico en el trabajo y en la vida diaria*. Académica Española.

Andrade, H. (2005). *Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica.* Gesbiblo.

Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en Investigación Cualitativa.* Morata.

Arias, F. (2012). *El proyecto de la investigación. Introducción a la metodología científica.* (6.ª ed.). Episteme.

Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones.* Colombia. El Manual Moderno.

Bachelard, G. (2000). *La formación del Espíritu Científico*. (23.ª ed.). Siglo XXI.

Barker, L., &Wiseman, G. (1996). "Un modelo de la comunicación intrapersonal". *Journal of Communication.* 16(3), 172 – 179. doi: https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1966.tb00031.x

Barbero, J. M. (1991). *De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía* (2.ª ed.). Gustavo Gili, S.A.

Baró, T. Inteligencia no verbal. Descubre tu potencial de comunicación más allá de la palabra. (2018). Paidós.

Berlo, D. K. (1984). *El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica* (14.ª ed.). El Ateneo.

Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método.* Hora, S.A.

Cabezas, E., Andrade, D., & Torres, J. (2018). *Introducción a la metodología de la investigación científica.* Quito: ESPE.

Canclini, N. G. (1990). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad.* Grijalbo.

Castanyer, O. (2010). *La asertividad: Expresión de una sana autoestima* (32.ª ed.). Desclée de Brouwer.

Contreras, L. G. (2017). *La comunicación interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes oncológicos del Hospital "Hipólito Unanue" del Distrito del Agustino.* [Tesis de grado, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio institucional de la Universidad Alas Peruanas. https://hdl.handle.net/20.500.12990/1081

Coronado, A. M. (2018). *La calidez y el intercambio de información en la relación médico-paciente: Un análisis narrativo desde el efecto de la empatía y la comunicación verbal y no verbal como variables mediadoras y moderadoras en la intención de adherencia al tratamiento del paciente.* [Tesis de grado, Universidad del Norte]. Repositorio institucional de la Universidad del Norte. http://hdl.handle.net/10584/12035

Chamaidán, C. P. (2019). *La Comunicación Interpersonal del equipo Hospitalario y la satisfacción del paciente en el área de Hospitalización de Cardiología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Santiago de

Guayaquil]. Repositorio institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/13187

De Vito, J. A. (2021). *The interpersonal communication book* (16 ª ed.). Pearson Education.

Domínguez Lázaro, M. D. (2009). "La importancia de la comunicación no verbal en el desarrollo cultural de las sociedades". *Razón y Palabra.* 14(70). Link: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520478047

Dusek, M. J. (2005). *Determinación de las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú. http://hdl.handle.net/20.500.12404/69

Eco, H. (2000). Tratado de semiótica general. (5. ª ed.). Lumen.

Echeverría, R. (2003). *Ontología del Lenguaje* (6.ª ed.). Granica.

Freire, P. (2005). *Pedagogía del Oprimido*. (2. ª ed.). Siglo XXI.

Figueroa – Saavedra, M. (2009). "Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud – usuario de servicio de salud pública en España, Estados Unidos y México". *Comunicación y sociedad.* (12). 149 – 174. Link:

https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34612026007

Garrido, F. J., Goldhaber, G. M., & Putnam, L. L. (2020). *Fundamentos de la Comunicación Organizacional. De la organización a la estrategia en el siglo XXI* (2.ª ed.). Organizational Communication Global Network.

Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa.* Barcelona. Gedisa.

Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional.* Kairós.

Goldhaber, G. M. (1998). *Comunicación organizacional.* Universidad de Bajio. Trillas.

Habermas, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social.* Madrid. Taurus Humanidades.

Henao – Castaño, A. 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), 84 – 95.doi: https://doi.org/10.22463/17949831.2791

Hernández-Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación.* (6.ª ed.). México. McGraw–Hill Education.

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas.* México. McGraw-Hill Education.

Jakobson, R. (1985). *Lingüística y Poética.* (3.ª ed.). Cátedra.

Jaramillo, F. L. (2018). *La comunicación interpersonal hospitalaria como herramienta para la satisfacción del usuario.* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/11766

Kojic, M. (28 de Mayo de 2025). Las barreras para una comunicación eficaz. Obtenido de: https://pumble.com/learn/es/communication/communication-barriers/

Lara, M. P. (2024). *Diseño de un plan de comunicación eficaz para el personal de enfermería en el servicio de Hospitalización Quirúrgica del Hospital del IESS Quito Sur.* [Tesis de maestría, Universidad de las Américas]. Repositorio institucional de la Universidad de las Américas. http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17052

Lasswell, H. D. (1948). *The structure and function of communication in society*. In L. Bryson (Ed.), The communication of ideas. New York: The Institute for Religious and Social Studies.

Larrera, J. J. (22 de Junio de 2020). *¿Qué es la comunicación interpersonal?* Obtenido de: https://juanjoselarrea.com/comunicacion-interpersonal/

Luhmann, N. (2000). *La realidad de los medios de masas.* Anthropos.

Likert, R. (1932). *Una técnica para la medición de actitudes.* New York: Archives of Psychology.

Maletzke, G. (1992). *Psicología de la comunicación social.* (5.ª ed.). Quito. Quipus.

Martínez, G. (2 de Mayo de 2018). Interaccionismo Simbólico: qué es, desarrollo histórico y autores. Obtenido de: https://psicologiaymente.com/social/interaccionismo-simbolico

Mead, G. H. (1972). *Mind, Self, and Society.* The University of Chicago Press.

Mitjana, L. R. (13 de Marzo de 2020). *Comunicación grupal: tipos, objetivos y características.* Obtenido de: https://psicologiaymente.com/social/comunicacion-grupal

Muñoz, C. (2016). *Metodología de la investigación.* México: OXFORD.

Navarro, E. (2011). "El lenguaje no verbal: un proceso cognitivo superior indispensable para el ser humano". *Revista Comunicación.* 20(1). 46 – 51. Obtenido de: https://www.redalyc.org/pdf/166/16620943007.pdf

Padilla-García, X. A. (2007). *La comunicación no verbal*. Liceus.

Peñuela, A., & Álvarez, L. (2005). "Complejidad: Grupos y Procesos de la Comunicación". *Razón y Palabra*, 46. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520647019

Pérez, G., Galindo, A., & Gonzáles, L. (2021). "La regulación de los obstáculos epistemológicos en el aprendizaje de la evolución. *Enseñanza De Las Ciencias. Revista de Investigación y Experiencias didácticas.* 39(1). 27 – 44. Doi: https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.2968

Rogers, C. R. (1992). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica.* Paidós.

Rojas, V. (2011). *Competencias de la comunicación: hacia las prácticas del discurso.* (3.ª ed.). Bogotá. Ecoe Ediciones.

Rosenberg, M. B. (2013). *Comunicación no violenta. Un lenguaje de la vida.* Gran Aldea Editores.

Rosillo, A. F. (2019). *La Comunicación Interpersonal Hospitalaria y su Efecto en la Relación entre Médico y Paciente, en el Hospital de la Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) de la Ciudad de Loja.* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Santiago

de Guayaquil]. Repositorio institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/13226

Santoro, E. (1986). *Efectos de la comunicación.* CIESPAL.

Santibáñez – Velilla, J. (2015). "Aprender juntos la escucha activa del otro: comunicación verbal y comunicación no verbal entre un tutor y un alumno". *REIRE: Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 8. 171 – 195. https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2015.8.28213/17293

Shannon, C. E., & Weaver, W. (1964). La Teoría Matemática de la Comunicación. The University of Illinois Press.

Solano, S., Chuncho, S., Mejía, C., & Bermeo, A. (2023). "Escucha Activa como Estrategia Didáctica para el Desarrollo de Habilidades Sociales en Estudiantes del Bachillerato". Ciencia Latina Internacional. 7(6). Doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9178

Solórzano, R. A. (2022). *Evaluación de la comunicación interpersonal médico-paciente y su relación con la satisfacción usuaria de la clínica San Francisco de Portoviejo.* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/19491

Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica incluye evaluación y administración de proyectos de investigación.* (4.ª ed.). Limusa.

Warley, J. (2010). *¿Qué es la comunicación? ¿Qué son los medios de comunicación?* Biblos.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas* (4.ª ed.). Herder.

ANEXOS

Anexo 1
Guia de encuestas

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE COMUNICACIÓN

Objetivo: Identificar cómo se desarrolla la comunicación interpersonal médico-paciente.

Edad: _____

M: mujer **H:** hombre **Sexo:** _____

Responda con una X las siguientes preguntas

1. **¿El médico le explicó de forma clara el diagnóstico?**

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

2. **¿El médico escuchó con atención sus inquietudes acerca del diagnóstico?**

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

3. **¿Recibió instrucciones claras por parte del médico para seguir el tratamiento?**

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

4. **¿El tono de voz utilizado por el médico le generó confianza?**

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

5. **¿El médico habló a un ritmo que pudo entender con claridad?**

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

6. **¿El volumen del médico fue el adecuado? (ni muy bajo ni muy alto)**

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

7. **¿Con qué frecuencia el médico utilizó palabras técnicas durante la consulta?**

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre

8. **¿Con qué frecuencia el médico verificó que sus inquietudes fueran solventadas?**

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre

9. **¿Con qué frecuencia el médico le miró a los ojos mientras conversaban?**

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre

10. **¿Con qué frecuencia el médico hizo pausas durante la consulta para procesar mejor la información?**

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre

11. **¿Los gestos del médico presentaron empatía e interés?**

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre

12. ¿Con qué frecuencia sintió confianza y tranquilidad la forma en la que el médico se comunicó con usted?

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre

13. ¿El médico utilizó un lenguaje claro y sencillo durante la consulta?

1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre

14. ¿Se sintió comprendido por el médico al expresarle sus preocupaciones por su salud?

1 Nada comprendido	2 Poco comprendido	3 Neutral	4 Comprendido	5 Muy comprendido

15. En general, ¿Está satisfecho con la comunicación que el médico utilizó?

1 Nada satisfecho	2 Poco satisfecho	3 Medianamente satisfecho	4 Satisfecho	5 Muy satisfecho

Anexo 2
Guia de entrevista

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE COMUNICACIÓN

Guía de entrevista

Objetivo: Identificar cómo se desarrolla la comunicación interpersonal médico-paciente en el sistema hospitalario público.

1. **¿Cómo se relaciona con el paciente durante la consulta?**

---

2. **¿Qué reacciones tienen los pacientes cuando le informa la situación de su salud?**

---

3. **¿Suele usar analogías para explicar el diagnóstico?**

---

4. **¿Permite que haya retroalimentación por parte del paciente?**

---

5. **¿Qué estrategias utiliza para explicar los diagnósticos o procedimientos médicos de manera que los pacientes comprendan claramente?**

---

6. **¿Ha encontrado dificultades para comunicarse con los pacientes de bajo nivel educativo?**

7. **¿Qué elementos de la comunicación no verbal (gestos, postura, contacto visual) considera más importantes al interactuar con los pacientes?**

8. **¿Cree que los pacientes perciben sus emociones a través del lenguaje corporal?**

9. **¿Cómo regula su tono de voz, volumen y ritmo según el tipo de paciente o situación?**

10. **Según la edad de los pacientes, ¿con qué grupo etario ha resultado más difícil interactuar durante el intercambio de información?**

11. **¿Qué técnicas utiliza para generar confianza y tranquilidad mediante su manera de hablar?**

12. **Durante su formación profesional, ¿ha recibido capacitaciones sobre cómo mantener una comunicación clara con los pacientes?**

13. **¿Cree que es necesario recibir capacitaciones para el buen manejo de la comunicación interpersonal?**

14. **¿Qué cambios o recursos cree necesario para mejorar y generar una comunicación más efectiva y humanizada?**

Anexo 3

Atención médica en el Centro de Salud Tipo A Anchilivi – Salcedo





Anexo 4

Relación médico - paciente



Anexo 5

Realización de la encuestas a los moradores del barrio Anchilivi – Salcedo







FORMATO DE RESPUESTA INSTITUCIONAL FAVORABLE (CARTA DE INTERÉS).

Asunto: En referencia a la solicitud de carta de interés institucional en el marco del estudio titulado "La comunicación interpersonal médico – paciente en el sistema hospitalario público"

Srta.
Evelyn Monserrath Regalado Vimos
Investigador principal

De mi consideración:

ANTECEDENTE

En referencia al oficio de 02 de octubre de 2025, ingresado al Sistema de Gestión Documental Quipux Nro. MSP-CZ3-HGL-GAU-2025-1640-E la Srta. Evelyn Monserrath Regalado Vimos en calidad de investigador principal Universidad Central de Ecuador, **solicitó** la carta de interés institucional.

Como resultado del análisis técnico realizado por las instancias del Ministerio de Salud Pública, se emite:

CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: "La comunicación interpersonal médico – paciente en el sistema hospitalario público", es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el Hospital General Latacunga, tomando en cuenta que los individuos hagan uso de los servicios de salud, estos tienen que ser eficaces, seguros y dignos de confianza. La comunicación interpersonal entre pacientes y profesionales de la salud debe ser la base de la atención, siendo uno de los dos elementos esenciales para una atención de calidad al igual que el servicio científico – técnico.

Este proceso complicado de la comunicación interpersonal incluye el estudio de las interacciones y las conversaciones, los mensajes verbales y no verbales, el análisis del intercambio de mensajes, las señales proxémicas y paralingüísticas, la congruencia del mensaje, la relación de poder, la comunicación entre profesionales y la empatía, varios estudios han evidenciado que manifestar empatía es esencial para generar confianza, simpatía y colaboración en las citas entre el médico y el paciente. Cada vez está más claro que se necesitan también capacidades de comunicación que deben ser utilizadas en la relación entre el

médico y paciente

Informo a Ud., que la participación del Hospital General Latacunga del Ministerio de Salud Pública del Ecuador es libre y voluntaria.

Además, los investigadores han manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, el Hospital General Latacunga no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Se aclara que este documento no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto, o del uso de insumos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos autorizado por el Ministerio de Salud Pública, el Investigador principal podrá solicitar los datos de los sujetos de estudio o datos de salud anonimizados o seudonimizado, debiendo adjuntar el protocolo de investigación aprobado y la carta de aprobación emitida por el CEISH.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial – Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020. Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscrición del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por MSP.

Firmado electrónicamente por:
JIMMY DANILO TOCTO BAUTISTA
Validar únicamente con FirmaEC

Firma
Dr. Jimmy Danilo Tocto Bautista
Director Asistencial

REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 3 - Salud
Hospital General Latacunga
Gestión Asistencial Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ3-HGL-GAH-2025-0640-O

Latacunga, 14 de octubre de 2025

Asunto: Carta de Interés institucional.

Evelyn Monserrath Regalado Vimos
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento Nro. MSP-CZ3-HGL-GAH-TI-2025-1640-M, en el cual se solicita una carta de interés para la investigación titulada *"La comunicación interpersonal médico - paciente en el sistema hospitalario público"* por parte de la Srta. Evelyn Monserrath Regalado Vimos, estudiante de la carrera de Comunicación de la institución, en el cual adjunta el protocolo de investigación y consentimiento informado del paciente.

Por lo antes mencionado, se considera procedente la realización del estudio acompañado de la respectiva **autorización de un CEISH** aprobado por el Ministerio de Salud Pública, por lo cual se remite la carta de interés institucional.

Cabe mencionar que dicho documento **NO representa la autorización de la investigación** de acuerdo a la Norma Legal Vigente.

Sin otro particular, me suscribo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA
DIRECCIÓN ASISTENCIAL

Documento firmado electrónicamente

Espc. Jimmy Danilo Tocto Bautista
DIRECTOR ASISTENCIAL HGL

Anexos:
- srta_evelyn_regalado_respuesta_favorable-signed.pdf

Copia:
Señor Médico
Jean Carlo Bonilla Espinel
Coordinador de la Gestión de Docencia e Investigación

vh/jb

Firmado electrónicamente por:
JIMMY DANILO TOCTO BAUTISTA
Validar únicamente con FirmaEC

Dirección: He...
Código postal: 050102 / Latacunga - Ecuador.
Teléfono: +593-3-2994-420
hgl.mspz3.gob.ec

EL NUEVO ECUADOR

* Documento firma

ANEXO 1.- Carta de solicitud de revisión del protocolo suscrita por el/la investigador/a principal

Ambato, 17 de octubre de 2025

Dra. Aída Aguilar

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Presente.

Asunto: Solicitud de evaluación de protocolo de investigación

De mi consideración: Evelyn Monserrath Regalado Vimos con Cédula de Ciudadanía, 0503481863 investigadora principal y el Dr. Byron Orlando Naranjo Gamboa con Cédula de Ciudadanía 180228480 tutor del proyecto de investigación por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la revisión, trámite y aprobación del protocolo de investigación con el tema: La comunicación interpersonal médico – paciente en el sistema hospitalario público. Aprobado con Resolución No. 1388-2025 y de la información anexa, a fin de autorizar el protocolo de esta investigación, misma que se llevará a cabo en el Hospital General de Latacunga en el área de Neurocirugía de la provincia de Cotopaxi, ciudad de Latacunga - Ecuador.

Por la atención que preste a la presente, anticipo mis agradecimientos

Atentamente:

firma_____
Evelyn Monserrath Regalado Vimos

firma_____
Byron Orlando Naranjo Gamboa

Anexo 6. Formato de carta de solicitud de evaluación de CORRECCIONES a protocolo de investigación.

Carta de solicitud de evaluación de correcciones a protocolo previamente evaluado por el CEISH-UTA

Ambato, 12 de noviembre de 2025

Señor/a
Aida Aguilar Salazar
Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Ambato (CEISH-UTA).

Asunto: evaluación de correcciones presentadas por investigador/a

De mi consideración:

Por medio del presente, Evelyn Monserrath Regalado Vimos en calidad de investigadora principal, solicito la evaluación de las correcciones solicitadas mediante el informe de evaluación de la investigación LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL MÉDICO – PACIENTE EN EL SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO, previamente revisada por el CEISH-UTA con código 211-CEISH-UTA-2025. Para el efecto se adjunta la siguiente documentación:

Documentos adjuntos	Idioma de la versión	Fecha Documento	Nro. páginas
Justificación de la(s) corrección(es) o modificación(es) realizadas (Redactar un documento específico)	Español	12 de noviembre de 2025	1
Documentos de las correcciones: Protocolo Versión 2 en la que se resalten las modificaciones realizadas (con control de cambios)	Español	12 de noviembre de 2025	18
Nueva versión del protocolo sin control de cambios	Español	12 de noviembre de 2025	17

Atentamente:

Evelyn Monserrath Regalado Vimos
Universidad Técnica de Ambato
Correo electrónico: eregalado1863@uta.edu.ec
Telf.: 0987986572

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 3 - Salud
Dirección Distrital 05D06 Salcedo - Salud

Autorizado
171-811203

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS05D06-2025-0343-O

Salcedo, 28 de noviembre de 2025

Asunto: SEÑORITA EVELYN REGALADO VIMOS ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE SALUD TIPO A ANCHILIVÍ COMO PARTE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.- SEGÚN OF SN DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 2025

Evelyn Monserrath Regalado Vimos
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ3-DDS05D06-GDVUAU-2025-0616-E

SEÑORITA EVELYN REGALADO VIMOS ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE SALUD TIPO A ANCHILIVÍ COMO PARTE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.- SEGÚN OF SN DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 2025

Saludos cordiales, por medio del presente, solicito de la manera más comedida se realice el oficio directamente a Coordinación Zonal 3, siendo la instancia que aprueba este tipo de actividades tanto para unidades educativas como para universidades.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Gabriela Estefania Pozo Vaca
DIRECTORA DISTRITAL DE SALUD 05D06

Referencias:
- MSP-CZ3-DDS05D06-GDVUAU-2025-0616-E

Telf 0987986572.

CARTA DE COMPROMISO

Salcedo, 28 de noviembre de 2025

Abg. Mg. María Espín Meléndez

Presidente de la Unidad de Titulación

Carrera de Comunicación Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales

Dr. Diana Cumba en mi calidad de Directora del Centro de Salud Pública Tipo A del barrio Anchilivi cantón Salcedo, me permito poner en su conocimiento la aceptación y respaldo para el desarrollo del trabajo de titulación: "La comunicación interpersonal médico – paciente en el sistema hospitalario público" propuesto por la estudiante Evelyn Monserrath Regalado Vimos, portadora de la Cédula de Ciudadanía, 0503481863 estudiante de la carrera de Comunicación Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato.

A nombre de la Institución a la cual represento, me comprometo a apoyar en el desarrollo del proyecto.

Particular que comunico a usted para los fines pertinentes.

Atentamente.

Dra. Diana L. Cumba Yalama
MEDICO FAMILIAR
C.I.: 1716457849

.....

Dr. Diana Cumba

Directora del Centro de Salud Pública Tipo A del barrio Anchilivi

0958835427

1716457849

liz.cumba87@gmail.com