



NUEVOS ESCENARIOS Y PERSPECTIVAS EN COMUNICACIÓN Y SALUD

UBALDO CUESTA Y ALMUDENA BARRIENTOS-BÁEZ (EDS.)



Comunicación, Neurocomunicación y Salud

EDITORIAL
fragua

colección

Comunicacion, Neurocomunicacion y Salud, N°8

Ubaldo Cuesta
Almudena Barrientos-Báez
(Editores)

**Nuevos escenarios
y
perspectivas en comunicación y salud**

 EDITORIAL
Fragua
MADRID MMXXV

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos sin el permiso y por escrito del Editor y de los Autores.

Nº 8 de la Colección: Comunicación, Neurocomunicación y Salud

Director de la Colección: Ubaldo Cuesta

Editora: Almudena Barrientos-Báez

Portada: Paula Díaz Romero

Título: Nuevos escenarios y perspectivas en comunicación y salud

Primera edición 2025, Madrid

© De los textos los autores

© EDITORIAL FRAGUA

C/ Andrés Mellado, 64.

28015-MADRID

TEL. 915-491-806 / 915-442-297

E-MAIL: *editorial@fragua.es*

www.fragua.es

ISBN 979-13-990661-8-0 (papel)

ISBN 979-13-991218-1-0 (pdf)

DOI: https://doi.org/10.15178/nuevos_escenarios_comysalud_25

Comité Científico Nacional

- Aida María de Vicente Domínguez.** Universidad de Málaga
Alba-María Martínez-Sala. Universidad de Alicante
Alfredo Arceo. Universidad Complutense de Madrid
Almudena Barrientos-Báez. Universidad Complutense de Madrid
Andrea Langbecker. Universidad Carlos III de Madrid
Antonio Baraybar Fernández. Universidad Rey Juan Carlos
Carmen Dolores Álvarez Albelo. Universidad de La Laguna
Carmen Marta-Lazo. Universidad de Zaragoza
Carmen Peñafiel. Universidad del País Vasco
Carolina Bengochea-González. Universidad Complutense de Madrid
Daniel Catalán Matamoros. Universidad Carlos III
David Caldevilla-Domínguez. Universidad Complutense de Madrid
Elena del Pilar Jiménez-Pérez. Universidad de Málaga
Eloy López Meneses. Universidad Pablo de Olavide
Eva Matarín. Universidad Rey Juan Carlos
Francisco-Javier Sánchez-Verdejo Pérez. Universidad de Castilla-La Mancha
Giorgio de Marchis. Universidad Complutense de Madrid
Gloria Jiménez-Marín. Universidad de Sevilla
Guillermo Mejías-Martínez. Universidad Complutense de Madrid
Isabel Rodrigo Martín. Universidad de Valladolid
Iria Paz Gil. Universidad Rey Juan Carlos
Javier Sierra-Sánchez. Universidad Complutense de Madrid
Joan-Francesc Fondevila-Gascón. Blanquerna-Universitat Ramón Llull
José Alberto Martínez-González. Universidad de La Laguna
José Gómez Galán. Universidad de Extremadura
José Ignacio Niño. Universidad Complutense de Madrid
José Jesús Vargas-Delgado. Universidad Europea
José Luis Terrón Blanco. Universidad Autónoma de Barcelona
José Manuel Jiménez-Rodríguez. Universidad de Granada
Juan Carlos López Quintero. Universidad Complutense de Madrid
Juan Enrique González-Vallés. Universidad Complutense de Madrid
Juan Manuel Corbacho Valencia. Universidade de Vigo
Juan Pablo Mateos Abarca. Universidad Complutense de Madrid
Juana-María Anguita-Acero. Universidad de Castilla la Mancha
Koldobika Meso Ayerdi. Universidad del País Vasco
Luis Felipe Solano. Universidad Complutense de Madrid
Luis Mañas. Universidad Complutense de Madrid

Luis Rodrigo Martín. Universidad de Valladolid
Luz Martínez-Martínez. Universidad Complutense de Madrid
Lluís Codina. Universidad Pompeu Fabra
Manuel Blanco-Pérez. Universidad de Sevilla
María Ganzábal Learreta. Universidad del País Vasco
Mario Rajas. Universidad Rey Juan Carlos
Miguel Ángel Martín Cárdena. Universidad Villanueva
Miguel Túñez. Universidade de Santiago de Compostela
Nacho Sacaluga. Universidad Europea de Madrid
Paloma Piqueiras-Conlledo. Universidad Complutense de Madrid
Patricia Gascón-Vera. Universidad de Zaragoza
Patricia Núñez. Universidad Complutense de Madrid
Pedro García Guirao. Universidad de Murcia
Rafael Barberá González. ESIC University
Rainer Rubira García. Universidad Rey Juan Carlos
Raúl Terol Bolinches. Universitat Politècnica de València
Santiago Tejedor. Universidad Autónoma de Barcelona
Sergio Álvarez Sánchez. Universidad Complutense de Madrid
Simón Pablo Peña Fernández. Universidad del País Vasco
Ubaldo Cuesta. Universidad Complutense de Madrid
Vicenta Gisbert Caudeli. Universidad Autónoma de Madrid
Victoria Cuesta Díaz. Universidad Complutense de Madrid
Victoria Tur Viñes. Universidad de Alicante
Xosé Soengas. Universidade de Santiago
Yohan Michel Madrigal Segredo.
Universidad de Diseño, Innovación y Tecnología, Madrid

Comité Científico Internacional

Andrés Tirado Espín.
Universidad de Investigación de Tecnología Experimental Yachay (Ecuador)
Daniel Sánchez-Mata.
Real Colegio Complutense at Harvard University (Reino Unido)
Edilson Bustamante Ospina. Universidad de Antioquía (Colombia)
Fanny Yolanda Paladines Galarza.
Universidad Técnica Particular de Loja (Ecuador)
Felipe Chibás. Universidad de São Paulo (Brasil)
João Vidal Carvalho. Polytechnic of Porto (Portugal)
Kris Buyse. Ku Leuven (Bélgica)

Índice

Prólogo	12
Prefacio	17
Capítulo 1	
DESAFÍOS ÉTICOS Y DE GESTIÓN EDUCATIVA DEL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DEL PROFESORADO	
<i>Oscar Barrón-Ochoa, Georgette del Pilar Pavía-González y Alan Jossimar Robles-Arguelles</i>	
Instituto Politécnico Nacional. Escuela Superior de Comercio y Administración, México.	20
Capítulo 2	
ADOPCIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD DIGITAL EN ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA	
<i>Belén Rodríguez-Cánovas</i>	
Universidad Complutense de Madrid, España.	36
Capítulo 3	
OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS: EL METAVERSO COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN INTERNA EN INSTITUCIONES SANITARIAS	
<i>Daniela González-Soto</i>	
Universidad Complutense de Madrid, España.	50
Capítulo 4	
EVALUACIÓN DE <i>CHATBOTS</i> EN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CUALIFICADA: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE INSTITUCIONES SANITARIAS	
<i>Javier Sierra-Sánchez y Juan Pablo Mateos-Abarca</i>	
Universidad Complutense de Madrid, España.	62
Capítulo 5	
LINFOCITOSIS REACTIVA Y CRÓNICA COMO ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA EN EL MARCO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES	
<i>Borja Garrido-Arias</i>	
Universidad Europea de Madrid, España.	78
Capítulo 6	
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS A TRAVÉS DE UN ESTILO DE VIDA ACTIVO Y SALUDABLE	
<i>Libia Tlaxcalteca Tlahuel</i>	
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.	87
Capítulo 7	
VER, EXCLUIR Y ALIMENTAR: POBREZA INFANTIL Y ESTÉTICA DEL BIEN COMER EN EL DISCURSO OFICIAL	
<i>Genny Elizabeth Góngora-Cuevas</i>	
Universidad Anáhuac, México.	96

Capítulo 8

ANÁLISIS DE LA COBERTURA MEDIÁTICA EN LA PRENSA ESPAÑOLA SOBRE LA COMUNICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Laura Colomer-Rojo

Universitat de Barcelona, España. 112

Capítulo 9

APLICACIÓN DE LA NEUROCOMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN DE CRISIS DE SALUD

Almudena Barrientos-Báez, David Caldevilla-Domínguez

y Juan Carlos López-Quintero

Universidad Complutense de Madrid, España. 129

Capítulo 10

PROYECTO CALLES COMPARTIDAS Y SU APOORTE EN LA REDUCCIÓN DE CO₂ A ESCALA DE BARRIO. UNA EXPERIENCIA DESDE EL URBANISMO TÁCTICO EN SANTIAGO DE CHILE

Sergio Salazar-Álvarez

Universidad de Magallanes, Chile. 146

Capítulo 11

COMUNICACIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE SALUD Y ADICCIONES AL ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

Manuel León-Gayo

Universidad Villanueva, España. 161

Capítulo 12

COMMUNICATION FOR SUSTAINABILITY THROUGH INFOGRAPHICS IN HEALTHCARE COMPANIES IN LATIN AMERICA: THE EXPERTS' EXPERIENCE

Paola Eunice Rivera-Salas

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. 176

Capítulo 13

LÍDERAZGO JUVENIL Y SALUD MENTAL DESDE LAS REDES SOCIALES -ARS-

Alicia Morales

Universidad Tecnológica de Panamá, Panamá. 193

Capítulo 14

TOMA DE DECISIONES EN LA DIVERSIDAD EN PANAMÁ

Luis Ávila Batista

Universidad Tecnológica de Panamá, Panamá. 204

Capítulo 15

MARKETING SOCIAL Y SALUD: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE PREVENCIÓN, SALUD, SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

Carolina Porras-Florido e Isidro Sánchez-Crespo

Universidad Europea de Madrid, España. 211

Capítulo 16

LA COMUNICACIÓN DE LA SALUD MENTAL DESDE @RIOJASALUD

Sergio Arce-García

Universidad Internacional de la Rioja, España. **221**

Capítulo 17

NEUROCIENCIA Y MARKETING ESTRATÉGICO: CLAVES EMOCIONALES PARA AUMENTAR LA CONVERSIÓN EN ENTORNOS COMERCIALES B2B

Yolanda Villar-García

Universidad Intercontinental de la Empresa, España. **238**

Capítulo 18

SEMANTIC NETWORKS OF FAKE NEWS: GERMAN-SPEAKING, SPANISH-SPEAKING AND RUSSIAN-SPEAKING DATA

Olga Koreneva Antonova y María Pilgun

Pablo de Olavide University, España y Lomonosov Moscow State University,
Russian State Social University, Rusia. **247**

Capítulo 19

VIOLENCIA HISTÓRICA, BARRERAS LINGÜÍSTICAS Y SALUD EN CANADÁ: LA DEUDA CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Ana Lucía Rodríguez-Ríos y Ana Gregorio-Cano

Universidad de Granada, España. **265**

Capítulo 20

FIGURAS QUE HABLAN: FILOSOFÍA PNL PARA NEUROCOMUNICAR CON INNOVACIÓN

Maricarmen Coromoto Soto-Ortigoza

Universidad del Caribe, UNESCO, Panamá. **279**

Capítulo 21

MÓCHILAS COMUNICACIONALES DE HERENCIA Y APRENDIZAJE EN EL INDIVIDUO

Samuel Welsh-Moreno

Universidad del Caribe, Panamá. **289**

Capítulo 22

LA COMUNICACIÓN PARA LA SOLIDARIDAD APLICADA A LA SALUD Y AL PAPEL DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA CULTURA DEL CUIDADO: LA CUIDADANÍA INTEGRAL

Marta Isabel González-Álvarez

Universidad Complutense de Madrid, España. **296**

Capítulo 23

LA COMUNICACIÓN EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

María José de Dios-Duarte

Universidad de Valladolid, España. **312**

Capítulo 24

PALABRAS QUE CUIDAN: UNA PROPUESTA FORMATIVA EN COMUNICACIÓN COMPASIVA EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Jennifer Moreno, Mercedes Castellote-Mengod y Ángel Castro

Universidad de Zaragoza, España; Asociación Española contra el Cáncer, España 326

Capítulo 25

MEDICIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL MEDIANTE SOCIOGRAPH PARA DETERMINAR EL AJUSTE PSICOSOCIAL EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Vicente Villalba-Palacín, Elena Sorribes-Soto,

*María Palacín-Lois y Montserrat Aiger-Vallés**

Universidad de Barcelona y Universidad de Zaragoza*, España. 340

Capítulo 26

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA COMUNICACIÓN RESPONSABLE DIGITAL SOBRE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

María Lorena Ávila-Cantisani

Universidad Complutense de Madrid, España. 356

Capítulo 27

DISEÑO COMUNICATIVO EN ENTORNOS DIGITALES SOBRE EL FENÓMENO MIGRATORIO EN CENTROAMÉRICA: IMPLICACIONES PARA EL BIENESTAR DE LAS COMUNIDADES DESPLAZADAS

Alina Donaire-Sánchez y María José Arrojo

Universidade da Coruña, España. 366

Capítulo 28

SUPERVISIÓN ABUSIVA Y DESEMPEÑO ADAPTATIVO EN EL SECTOR SALUD: EL EFECTO MODERADOR DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Sergio López-Bohle y Felipe Muñoz-Medina

Universidad de Santiago de Chile, Chile. 382

Capítulo 29

MATERNIDAD ADOLESCENTE EN DOS MUNICIPIOS DE MÉXICO: ELEMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PERFIL SOCIAL

Claudia Ortega-Ponce, Andrea Teresa Rojo-Nápoles y Sandra Lorena Padilla-García

Universidad Autónoma del Estado de México, México. 397

Capítulo 30

INNOVACIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A MADRES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN MÉXICO

Luis Alfonso Guadarrama-Rico, Antonio Quintero-Zamora

Universidad Autónoma del Estado de México, México. 411

Capítulo 31

RESPUESTAS SUBCONSCIENTES SOBRE EL JUEGO: UN ESTUDIO PILOTO

Guillermo Mejías-Martínez, María Arteaga-Ros y José Ignacio Niño-González

Universidad Complutense de Madrid, España. 426

Capítulo 32 REACTANCIA PSICOLÓGICA Y EFECTO BOOMERANG EN CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL JUEGO PROBLEMÁTICO <i>Miguel Ángel Martín-Cárdaba y Ana Cancela Vallespín</i> Universidad Villanueva, España.	440
Capítulo 33 JUEGO ONLINE Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO: EL ROL DE LOS LÍDERES DE OPINIÓN DIGITALES <i>Andrea Parada de la Rosa, Carolina Bengochea-González</i> <i>y Ana Fernández-Pardo</i> Universidad Complutense de Madrid, España.	457
Capítulo 34 CUÁNDO PREVENIR PUEDE ACTIVAR: UNA APROXIMACIÓN NEUROCOMUNICATIVA AL EFECTO BOOMERANG EN CAMPAÑAS SOBRE EL JUEGO PROBLEMÁTICO CON FNIRS <i>Luz Martínez-Martínez, Marion Roberts-Martínez y Ubaldo Cuesta</i> Universidad Complutense de Madrid, España.	472
Capítulo 35 BURNOUT EN POSICIONES DE LIDERAZGO: UN ANÁLISIS DE SUS FACTORES Y CONSECUENCIAS <i>Rocío López-Muniesa y José-Luis Rodríguez-Sánchez</i> Universidad Rey Juan Carlos, España.	487
Capítulo 36 COMUNICAR LA SALUD MENTAL INFANTIL: REPRESENTACIONES INSTITUCIONALES EN MÉXICO Y CINCO COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA (2015-2023) <i>Genny Elizabeth Góngora-Cuevas</i> Universidad Anáhuac, México.	504
Capítulo 37 REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD DE ALIMENTOS DIRIGIDA A LA INFANCIA EN ESPAÑA: BALANCE TRAS 20 AÑOS DE AUTORREGULACIÓN (2005-2025) <i>Daniel Ayllón-Martínez</i> Universidad Complutense de Madrid, España.	520
Capítulo 38 REVISIÓN DE LA LITERATURA: EMPATÍA Y COMUNICACIÓN EN SALUD <i>Laura María Palomino-Gaitán, Yasmina Okan y Emma Rodero</i> Universitat Pompeu Fabra, España.	535
Capítulo 39 ATENCIÓN PLENA Y ESCUCHA CONSCIENTE: LA AUSENCIA DE JUICIOS COMO BASE PARA UNA COMUNICACIÓN AUTÉNTICA Y SALUDABLE <i>José Jesús Vargas-Delgado e Ignacio Sacaluga-Rodríguez</i> Universidad Europea, España.	552

Prólogo

LA COMUNICACIÓN EN SALUD ES HOY UNA DISCIPLINA ESTRATÉGICA

La comunicación en salud se ha consolidado como una disciplina estratégica y científicamente fundamentada, esencial para afrontar los retos contemporáneos en el ámbito sanitario. En una sociedad hipermediatizada, donde la información fluye a una velocidad sin precedentes y donde los discursos se entrecruzan, se fragmentan y se viralizan, comunicar bien se ha convertido en un elemento crítico de las políticas de salud pública. La comunicación ya no es un complemento de la acción sanitaria: es parte integrante del diagnóstico, del tratamiento y de la prevención.

1. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS E IMPACTO COMPROBADO

La evidencia empírica ha demostrado reiteradamente que una comunicación bien diseñada y ejecutada puede mejorar significativamente la adherencia terapéutica, reducir los errores clínicos, fomentar hábitos saludables y disminuir la estigmatización de enfermedades. Modelos teóricos como el Modelo de Creencias en Salud (HBM), la Teoría del Comportamiento Planificado o el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente han servido de base para intervenciones comunicativas eficaces que han logrado modificar conductas de riesgo en poblaciones diversas. A ello se suman los enfoques ecológicos y socioconstructivistas, que integran factores individuales, comunitarios, institucionales y estructurales, permitiendo un abordaje holístico de los determinantes sociales de la salud.

2. COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO SOCIAL: UN NUEVO PARADIGMA

El paradigma de la Comunicación para el Cambio Social ha supuesto una ruptura epistemológica respecto a modelos unidireccionales y centrados en la persuasión. Este enfoque promueve la participación activa de las comunidades, el diálogo intercultural, la construcción colectiva de sentido y la generación de capacidades locales. La comunicación se convierte aquí en una herramienta de empoderamiento y transformación social, con efectos más sostenibles que las estrategias convencionales. El impacto de este modelo ha sido validado por agencias internacionales como la OMS, UNICEF o UNESCO, que lo han incorporado a sus marcos de acción en programas de salud sexual y reproductiva, vacunación, nutrición y salud mental, entre otros.

3. TECNOLOGÍA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SALUD DIGITAL

La revolución digital ha alterado los modos tradicionales de comunicación sanitaria. El acceso a la información ya no depende exclusivamente de las fuentes institucionales, sino de plataformas digitales, redes sociales y aplicaciones de salud que transforman la relación entre profesionales y pacientes. La irrupción de la inteligencia artificial, los sistemas de lenguaje natural, los *chatbots* médicos y las herramientas de análisis predictivo plantea nuevos desafíos en términos de veracidad, ética, privacidad y alfabetización digital. No obstante, también abre oportunidades extraordinarias para mejorar la eficiencia del sistema sanitario, personalizar la comunicación, anticipar riesgos y facilitar el acompañamiento continuo al paciente.

4. NEUROCOMUNICACIÓN, EMOCIONES Y SALUD

Los avances en neurociencia cognitiva y afectiva han permitido profundizar en los mecanismos cerebrales implicados en la recepción, procesamiento y memorización de los mensajes de salud. La comunicación eficaz no se limita a la claridad del mensaje, sino que debe activar circuitos

neuronales relacionados con la atención, la motivación y la empatía. De ahí la relevancia creciente de la neurocomunicación y del neuromarketing aplicado a la salud, que permiten diseñar mensajes adaptados a los perfiles emocionales y cognitivos de los destinatarios, incrementando su eficacia y reduciendo reacciones defensivas o reactantes.

5. DESINFORMACIÓN, INFODEMIA Y ÉTICA COMUNICATIVA

Uno de los grandes desafíos contemporáneos es la lucha contra la desinformación sanitaria, especialmente en contextos de crisis como la pandemia de la covid-19. La llamada “infodemia” ha puesto en evidencia la vulnerabilidad informativa de las sociedades, la falta de regulación en redes sociales y la escasa alfabetización mediática de amplios sectores de la población. La ética de la comunicación en salud exige, por tanto, un compromiso firme con la verificación de datos, la transparencia, la protección de datos sensibles y la responsabilidad social del emisor, tanto institucional como profesional.

6. UNA DISCIPLINA TRANSVERSAL, MULTIDISCIPLINAR Y EN EXPANSIÓN

La comunicación en salud no pertenece en exclusiva ni a la medicina ni a la comunicación social. Es una disciplina transversal que requiere la colaboración de antropólogos, psicólogos, trabajadores sociales, periodistas, epidemiólogos, diseñadores, educadores y gestores de políticas públicas. Su expansión como campo de investigación se refleja en la proliferación de programas de formación, congresos especializados, revistas indexadas y redes de investigación internacionales. A medida que los sistemas de salud reconocen el valor estratégico de la comunicación, aumentan también las exigencias de profesionalización, evaluación de impacto y evidencia científica.

En este contexto, la Universidad Complutense de Madrid ha asumido un papel de liderazgo internacional en el desarrollo de la comunicación y salud como campo científico. Ese liderazgo ha sido posible gracias al esfuerzo conjunto de muchos investigadores, docentes y profesionales,

pero también a la creación de estructuras que han servido de impulso y de referencia: la Cátedra de Comunicación y Salud UCM–AbbVie, la Revista de Comunicación y Salud, el Máster de Comunicación y Salud UCM–Madrid Salud, y los Congresos Internacionales de Comunicación y Salud, creados con el propósito de fomentar el encuentro interdisciplinar, el intercambio de buenas prácticas y la generación de conocimiento aplicado.

Cabe destacar también la valiosa colaboración, en estos últimos años, de la profesora Almudena Barrientos-Báez, coeditora de este manual, cuya aportación ha sido especialmente significativa en la consolidación y proyección de estas iniciativas. Todas estas propuestas, junto con la fundación del Instituto Internacional de Comunicación y Salud (INICyS), han sido impulsadas por quien firma este prólogo, como catedrático de Psicología Social de la Comunicación en la Universidad Complutense de Madrid y ex vicerrector de Comunicación de esta universidad, experiencia que permitió vincular de forma directa la comunicación institucional con la promoción de la salud y la cultura del cuidado desde una perspectiva transversal, en colaboración con equipos comprometidos y con el apoyo de instituciones clave. Esta labor ha sido reconocida con distinciones internacionales, entre ellas el Premio Latinoamericano a la Innovación en Formación en Salud por el impacto del Máster de Comunicación y Salud UCM–Madrid Salud.

7. ESTA OBRA COLECTIVA: UNA APORTACIÓN RELEVANTE Y PLURAL

El libro que el lector tiene entre sus manos, *Nuevos escenarios y perspectivas en comunicación y salud*, se enmarca en esa misma visión: construir una comunidad científica sólida, rigurosa y comprometida, que aporte soluciones reales a los desafíos que enfrentamos. En sus capítulos encontramos una gran diversidad temática y metodológica, desde el análisis de la inteligencia artificial generativa en el ámbito académico, hasta el estudio del neuromarketing en contextos de salud, pasando por campañas de prevención del juego, el papel de los *influencers*, la medicina gráfica, la ética profesional o la comunicación en cuidados paliativos.

Una obra así demuestra que este campo ya no puede considerarse una especialidad periférica. La comunicación en salud es hoy una disciplina

estratégica, con efectos demostrados en la eficacia de las políticas públicas, la humanización de la atención sanitaria, la reducción de desigualdades y el empoderamiento de los pacientes. Es un terreno donde confluyen la investigación científica, la innovación tecnológica y el compromiso ético.

A quienes han contribuido con sus investigaciones a esta publicación les agradezco profundamente su labor. Y a quienes se acercan a este volumen en busca de conocimiento, inspiración o herramientas prácticas, les invito a leerlo con espíritu crítico y vocación transformadora. Porque, en definitiva, comunicar salud no es solo difundir mensajes: es una forma concreta —y urgente— de cuidar al otro.

Ubaldo Cuesta
Universidad Complutense de Madrid

Prefacio

PUENTES DE COMUNICACIÓN Y SALUD: REFLEXIONES SOBRE INNOVACIÓN, ÉTICA Y TRANSFORMACIÓN SOCIAL

En un mundo en constante transformación, donde la tecnología avanza a pasos agigantados y las formas de comunicarnos se reinventan día a día, resulta imprescindible reflexionar sobre el papel que juega la comunicación en la promoción de la salud y el bienestar social. Este libro, titulado *Nuevos escenarios y perspectivas en comunicación y salud* es una muestra de esa reflexión profunda y multidisciplinaria que busca entender cómo las innovaciones y los cambios en los procesos comunicativos impactan en la salud pública, la atención clínica, la gestión sanitaria y la participación social.

La colección, que forma parte de la serie *Comunicación, Neurocomunicación y Salud*, reúne una variedad de estudios, análisis y propuestas que abordan desde diferentes perspectivas los desafíos y oportunidades que enfrentamos en este campo. Desde la ética en el uso de la inteligencia artificial generativa en la producción científica, hasta las percepciones de salud digital en adultos mayores, pasando por el análisis del metaverso como herramienta de comunicación interna en instituciones sanitarias, este volumen refleja la riqueza y complejidad de un escenario en constante evolución.

Uno de los aspectos más destacados de esta obra es su carácter interdisciplinario e internacional. Los autores provienen de instituciones académicas y centros de investigación en España, México, Chile, Panamá, Canadá y Rusia, entre otros países, lo que enriquece el diálogo y aporta una visión global sobre los temas tratados. La diversidad de enfoques —desde la neurocomunicación, la gestión de crisis sanitarias, la comunicación en contextos de enfermedad terminal, hasta el impacto de las redes sociales en la salud mental juvenil— evidencia que la comunicación en salud no es un campo aislado, sino un entramado complejo que requiere de colaboración, innovación y sensibilidad cultural.

En este sentido, el libro también aborda temas de gran relevancia social, como la lucha contra las vacunas y la desinformación, la prevención de enfermedades crónicas a través de estilos de vida saludables, y la comunicación en contextos de migración y pobreza infantil. La presencia de estudios sobre la responsabilidad y la ética en la comunicación, así como sobre el papel protagonista de los *influencers* y las campañas de prevención en las redes sociales, refleja la importancia de una comunicación responsable y basada en evidencia para promover comportamientos saludables y reducir estigmas.

Por otro lado, la incorporación de tecnologías emergentes como el metaverso, los chatbots y el neuromarketing, muestra cómo la innovación digital puede ser una aliada poderosa en la mejora de la atención sanitaria y en la difusión de información confiable. Sin embargo, también se reconocen los desafíos éticos y de gestión que estas nuevas herramientas plantean, como la protección de datos, la equidad en el acceso y la necesidad de una regulación adecuada.

Este volumen no solo presenta avances tecnológicos y metodológicos, sino que también invita a reflexionar sobre el papel de la comunicación en la construcción de sociedades más solidarias, inclusivas y saludables. La participación activa de la ciudadanía, la responsabilidad de los profesionales de la salud y la comunicación, y la necesidad de políticas públicas efectivas son temas recurrentes que atraviesan todos los capítulos.

Asimismo, la obra pone de manifiesto que la comunicación en salud no solo se trata de transmitir información, sino de generar empatía, confianza y compromiso. La importancia de entender las emociones, los patrones comunicativos heredados o aprendidos, y las conductas que influyen en la salud, son aspectos que enriquecen la labor de quienes trabajan en este campo.

Nuevos escenarios y perspectivas en comunicación y salud es una invitación a mirar más allá de las fronteras tradicionales, a explorar nuevas formas de interacción y a comprender que la salud es un derecho fundamental que requiere de una comunicación efectiva, ética y creativa. Es un llamado a profesionales, investigadores, estudiantes y ciudadanos a sumarse a esta tarea colectiva de construir puentes entre la ciencia, la tecnología y la sociedad.

Que este libro sirva como una fuente de inspiración y reflexión para todos aquellos que creen en el poder transformador de la comunicación para mejorar la calidad de vida y promover sociedades más saludables y justas. Porque, al fin y al cabo, la salud no solo es ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar integral que se construye día a día, con palabras, con información, con ideas y con acciones compartidas.

La vida es bella.

Almudena Barrientos-Báez
Universidad Complutense de Madrid

Capítulo 23

LA COMUNICACIÓN EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

María José de Dios-Duarte¹

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el concepto de enfermedad terminal no se limita exclusivamente a un pronóstico de vida inferior a seis meses, sino que abarca aquellas patologías que provocan un deterioro progresivo e irreversible del estado biológico, físico, orgánico y fisiológico del paciente, conduciendo inevitablemente al fallecimiento. Dentro de esta categoría se incluyen diversas enfermedades, entre las cuales se encuentran las patologías oncológicas, cuya evolución ha sido modificada en algunos casos gracias a los avances científicos y terapéuticos que han permitido prolongar la supervivencia o incluso alcanzar la remisión en ciertos pacientes. Así mismo, las enfermedades terminales comprenden patologías crónicas evolutivas no oncológicas, como las demencias y otros trastornos neurológicos, las insuficiencias orgánicas avanzadas (cardíaca, renal, respiratoria y hepática), las afecciones derivadas de secuelas graves de accidentes cerebrovasculares (*ictus*) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Todas estas dolencias comparten una serie de características comunes que resultan fundamentales para su definición y para la determinación de estrategias terapéuticas adecuadas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la enfermedad terminal se caracteriza por la presencia de una patología progresiva e incurable que genera un deterioro continuo del paciente, la ausencia de respuestas favorables a tratamientos específicos, la aparición de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y fluctuantes que generan un elevado sufrimiento tanto en el paciente como en su entorno cercano. Además, se produce un impacto emocional significativo en el paciente, sus familiares y el equipo de atención de salud, estrechamente vinculado con la consciencia, explícita o implícita, de la proximidad de la muerte.

1. Universidad de Valladolid (España).

Ante esta realidad, la atención a pacientes con enfermedades terminales requiere un enfoque asistencial integral, cuyo objetivo principal es garantizar el confort y la calidad de vida. Para ello, resulta fundamental el control eficaz de los síntomas, el apoyo emocional y una comunicación eficiente entre los profesionales de salud, el paciente y su familia.

En este contexto, la comunicación se constituye como una herramienta fundamental para favorecer el bienestar del paciente, su cuidador principal y la familia. Una interacción comunicativa adecuada no solo facilita la adaptación a la enfermedad y a sus implicaciones emocionales y clínicas, sino que también contribuye a mitigar la percepción del sufrimiento asociado al proceso patológico.

Así mismo, una comunicación clara y empática permite un mejor manejo de las circunstancias derivadas de la enfermedad terminal, especialmente ante la variabilidad de los síntomas, los cuales pueden experimentar fluctuaciones significativas en periodos breves, incluso de una hora a otra, generando incertidumbre y angustia en el paciente y su entorno. Por tanto, el establecimiento de un diálogo continuo y sensible entre el equipo de salud, el paciente y su familia resulta esencial para proporcionar apoyo emocional, optimizar la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención en esta situación tan complicada. La comunicación no solo facilita la transmisión de información entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia, sino que también desempeña un papel crucial en la gestión del impacto emocional (Barrientos-Báez *et al.*, 2024) asociado a la enfermedad. Además, contribuye a la construcción de una relación de confianza entre el equipo sanitario, el paciente y su entorno, fortaleciendo el vínculo profesional-paciente y favoreciendo una atención integral y humanizada (Fondevila-Gascón *et al.*, 2024).

Wagner y su equipo de trabajo (2010) resaltan la importancia de la comunicación basada en el paciente, ensalzando que la información ha de ser proporcionada con sensibilidad y siempre teniendo en cuenta las preferencias individuales del paciente y su familia sobre la cantidad y el tipo de detalles que desean conocer. Así mismo, Back y sus colegas (2007) proponen un modelo de comunicación en estas circunstancias que incide en la escucha activa, la validación de emociones y la participación del paciente en la toma de decisiones como elementos esenciales en este proceso.

Desde un punto de vista integral, una comunicación adecuada en el contexto de la enfermedad terminal no solo optimiza la experiencia del

paciente y su familia, sino que también contribuye a la reducción de la ansiedad, el estrés y la percepción de la enfermedad como una amenaza. Así mismo, facilita un afrontamiento más adaptativo a las nuevas circunstancias, favorece un mejor ajuste psicológico y permite una gestión más efectiva de la patología (de Dios-Duarte *et al.*, 2019; de Dios-Duarte *et al.*, 2024; Moldes-Moro y de Dios-Duarte, 2023; Muñoz González *et al.*, 2023). Por tanto, la capacitación y el desarrollo de habilidades comunicativas en los profesionales de la salud resultan fundamentales para ofrecer un acompañamiento integral y humanizado, promoviendo una atención centrada en las necesidades emocionales, psicológicas y clínicas del paciente y su entorno.

Los profesionales de enfermería, al ser quienes mantienen un contacto más continuo y cercano con el paciente, desempeñan un papel fundamental en la aplicación de la comunicación en el contexto de la enfermedad terminal. Así, la comunicación se configura como un elemento clave en la prestación de cuidados integrales y en la promoción de un entorno de apoyo y confianza.

El presente trabajo expone una reflexión fundamentada en mi experiencia profesional en el ámbito de la enfermería, centrada en el papel de la comunicación dentro del proceso de cuidados en la enfermedad terminal. La perspectiva aquí desarrollada se sustenta en más de 11 años de ejercicio profesional asistiendo a pacientes en situación terminal y a sus familias, lo que me ha permitido identificar la comunicación como una herramienta esencial para brindar una atención integral, humanizada y centrada en las necesidades reales de quienes atraviesan esta etapa del ciclo vital.

Aunque la comunicación en el contexto de la enfermedad terminal debe adaptarse a las particularidades de cada situación, es posible identificar una serie de principios y elementos comunes que resultan fundamentales en cualquier proceso comunicativo en este ámbito. La singularidad de cada caso exige una atención personalizada, sin embargo, existen pautas generales que pueden guiar la interacción profesional con el paciente y su entorno, las cuales se describirán en los apartados siguientes.

El presente trabajo tiene como objetivo profundizar en el tipo de comunicación que debe emplearse en las circunstancias que rodean a la enfermedad terminal. Su propósito principal es brindar herramientas conceptuales y prácticas a quienes asisten a estos pacientes, con el fin de favorecer una comprensión más profunda de la persona que atraviesa esta

etapa, así como ofrecer una base formativa que les permita desenvolverse con mayor seguridad, sensibilidad y eficacia en este tipo de contextos marcados por el sufrimiento, la vulnerabilidad y la muerte.

3. ENFERMEDAD TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS

La enfermedad terminal, especialmente en su fase inicial tras el diagnóstico, produce un impacto profundo tanto en la persona que la padece como en su entorno familiar y social. Este momento se caracteriza por la irrupción de emociones intensas, acompañadas de una gran cantidad de interrogantes, miedos, dudas e incertidumbres. En muchas culturas, incluida la nuestra, la muerte no se concibe como una etapa natural del ciclo vital, sino como un acontecimiento temido. Por ello, la sola mención del término “muerte” suele asociarse a la idea de la percepción de que ya no queda nada por hacer.

No obstante, esta visión no se ajusta a la realidad, porque aun cuando el pronóstico no permite la curación, existe un amplio rango de intervenciones que pueden y deben llevarse a cabo para atender las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de la persona. Es en este contexto donde emergen los cuidados paliativos como una respuesta asistencial centrada en el confort, la dignidad y la calidad de vida. Es fundamental destacar que, en el contexto de la enfermedad terminal, la unidad de cuidado no se limita exclusivamente al paciente, sino que se extiende a su familia, y de manera particular al cuidador principal. Este último asume un rol central en el proceso asistencial, al encargarse de múltiples tareas que, en muchos casos, los profesionales de la salud no podemos llevar a cabo de forma directa y que, por tanto, serán delegadas en él. Reconocer y apoyar adecuadamente al cuidador principal resulta esencial para garantizar una atención continua, eficaz y humanizada.

Los cuidados paliativos se orientan a acompañar a los pacientes con enfermedades que no tienen cura, con el objetivo de aliviar el sufrimiento, controlar los síntomas, ofrecer apoyo emocional y facilitar una vivencia más serena del proceso final de la vida, tanto para el paciente como para su familia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) los cuidados paliativos representan un enfoque de atención orientado a mejorar la calidad de vida de las personas que afrontan enfermedades terminales, así como la de sus familiares.

El abordaje del sufrimiento en el contexto de la enfermedad terminal implica atender no solo los síntomas físicos, sino también las dimensiones emocionales, sociales y existenciales del paciente. Los programas de cuidados paliativos adoptan un enfoque interdisciplinario para ofrecer un acompañamiento integral tanto al paciente como a sus cuidadores. Este enfoque incluye la atención a necesidades prácticas, el apoyo emocional durante el proceso de enfermedad y el acompañamiento en el duelo. Así mismo, la asistencia paliativa proporciona un sistema de contención que permite a los pacientes mantener, en la medida de lo posible, una vida activa y funcional hasta el final de su existencia.

Ante todo, lo expuesto, se entiende fácilmente que la comunicación en este contexto se transforme en una herramienta esencial para brindar una atención integral y humanizada.

4. ENFERMEDAD TERMINAL E IMPACTO EMOCIONAL, PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL

El término “muerte” o “morir” suele generar, de manera directa o indirecta, una tendencia a evitar la comunicación, tanto por parte de los pacientes y sus familias como por los propios profesionales de la salud. Una de las primeras barreras a superar en este contexto es la necesidad de gestionar la propia angustia ante la recepción y transmisión de una noticia de tal magnitud. El impacto emocional que produce constatar, a través de pruebas diagnósticas, que un paciente con quien se ha establecido un vínculo de confianza y que ingresó por una causa aparentemente menor ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal, puede ser profundamente perturbador para el profesional.

En muchos casos, antes de abordar cualquier aspecto relativo a la comunicación con el paciente o su entorno, el profesional debe afrontar y adaptarse a la nueva situación gestionando la noticia a nivel personal. Este tipo de situaciones despiertan una gran carga emocional y remueven aspectos existenciales profundos, llevando a pensamientos reflexivos relacionados con el porqué de los hechos. Por ello, resulta esencial que los profesionales estén preparados emocionalmente y cuenten con herramientas formativas y de apoyo para sobrellevar estos momentos de alta complejidad emocional y existencial.

Generalmente estas noticias las recibes cuando estás trabajando al llegar los resultados de alguna prueba o de la mano de la enfermera que te da el cambio de turno. En ocasiones, el impacto generado por la confirmación de una enfermedad terminal es tan significativo que afecta al equipo asistencial en su conjunto, provocando un estado de conmoción que puede prolongarse durante varios días. La magnitud del impacto emocional varía en función de diversos factores, entre los que destacan la edad del paciente, el tipo de enfermedad diagnosticada y el estadio en que se detecta. Cuando se trata de una persona de edad avanzada, suele existir una mayor disposición a aceptar el diagnóstico; en cambio, cuando la persona es joven, la noticia adquiere una carga emocional mucho más intensa, generando mayor desconcierto y sufrimiento en el entorno asistencial y familiar.

Así mismo, el momento del diagnóstico es determinante, recibir una noticia en fases iniciales de la enfermedad, cuando aún existen opciones terapéuticas, facilita en muchos casos su aceptación. Por el contrario, el diagnóstico de una enfermedad terminal avanzada, con pronóstico vital limitado y un tratamiento complejo o poco efectivo, requiere un proceso de ajuste psicológico más profundo tanto para el paciente como para el equipo sanitario. No produce el mismo impacto el diagnóstico de una insuficiencia cardíaca en estadio IV en una persona de 78 años, que el de un cáncer de pulmón en fase IV con metástasis a distancia en una persona de 35 años.

La relación previamente establecida entre el profesional y el paciente también influye de manera significativa en el impacto que genera el diagnóstico de una enfermedad terminal. Cuando existe un vínculo afectivo consolidado en el marco de la relación enfermera-paciente, la carga emocional derivada de la noticia tiende a ser mayor, al implicar no solo una respuesta profesional, sino también una implicación personal.

Del mismo modo, en lo que respecta al entorno social del paciente y a su familia, entendida tanto en términos de vínculos sanguíneos como relacionales, el impacto de la noticia variará en función de la cercanía emocional y del grado de dependencia que la persona afectada mantenga con el paciente. Esta dependencia puede manifestarse en diversas esferas, psicológica, económica y/o social. Así, cuanto mayor sea el lazo afectivo o el nivel de interdependencia, mayor será el efecto emocional y existencial que la noticia provocará en ese miembro del entorno. Esto pone de manifiesto la necesidad de una comunicación cuidadosa, empática y adaptada a cada contexto relacional, tanto desde el punto de vista clínico como humano.

En lo que respecta a los recursos personales, la forma en que cada individuo conceptualiza y entiende la muerte resulta determinante en la intensidad del impacto emocional que puede generar el diagnóstico de una enfermedad terminal. Factores como las creencias religiosas o filosóficas, los valores personales, las actitudes frente a la finitud de la vida y el nivel de aceptación de la muerte como parte del ciclo vital, influyen significativamente en la manera en que se recibe y procesa esta información. Así, la capacidad de afrontamiento no es homogénea, sino que está profundamente mediada por la historia personal, la madurez emocional y las experiencias previas relacionadas con la pérdida y el duelo. También influirá la existencia de experiencias previas vividas y a nivel personal y no profesional, si la persona está pasando por una situación de pérdida reciente de un ser querido mayor será el impacto emocional, psicológico y espiritual.

Por otro lado, el nivel de apoyo social disponible también desempeña un papel fundamental. Contar con una red sólida de apoyo, ya sea en el entorno familiar, social o profesional, puede atenuar el impacto de la situación. En particular, el respaldo de los compañeros de trabajo dentro del equipo asistencial contribuye a generar un entorno de contención y a mitigar el efecto de la carga emocional y psicológica derivada del acompañamiento a pacientes en estas circunstancias.

5. COMUNICACIÓN Y ENFERMEDAD TERMINAL

Mantener una buena disposición para facilitar la comunicación y que ésta sea abierta y efectiva es una de las actividades más complejas de llevar a cabo en las circunstancias descritas. Ello conlleva ser capaz de vencer nuestra propia ansiedad para comunicarnos de manera clara y sincera, también tendremos que superar nuestro propio miedo a la reacción emocional del paciente o su familia, reacciones que en ningún caso estarán bajo control y que serán tan dispares como personas existen. Otra cuestión importante es la de superar nuestras propias vivencias, en ciertas situaciones, se dan circunstancias parecidas a vivencias personales, especialmente aquellas relacionadas con experiencias de pérdida o enfermedad, y ello dificulta que podamos realizar bien nuestro trabajo. Esta identificación emocional con la situación del paciente o su entorno puede interferir en la objetividad, la toma de decisiones y en la capacidad de ofrecer un acompañamiento adecuado.

Además, existe un tipo de angustia añadida a no saber qué decir al paciente cuando nos pregunte y no ser capaz de dar respuesta a la demanda e inquietud que éste o su núcleo familiar presente. Cuestiones del tipo “¿Cuándo voy a morir?”, “¿Por qué esto me ha tocado a mí?”, “¿Cómo voy a morir?” nos pueden generar miedos que imposibiliten nuestra capacidad de comprensión y den lugar a bloqueos en la respuesta o en el tipo de atención que debemos prestar. En este sentido, resulta fundamental basar la comunicación en la verdad, adecuándola siempre a los deseos y necesidades informativas del paciente y su entorno. Dado que, en muchas ocasiones, no es evidente el grado de información que la persona desea recibir, es imprescindible adoptar una actitud abierta y respetuosa, formulando preguntas claras y directas que permitan explorar sus expectativas y nivel de comprensión.

Esta estrategia comunicativa, que implica devolver de forma reflexiva las preguntas al interlocutor, no solo facilita una comunicación más honesta y personalizada, sino que también promueve la autonomía del paciente y contribuye a establecer una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto mutuo y la sensibilidad ante el sufrimiento. Así, si la respuesta es “... no lo sé” debemos contestar esto, debemos contestar aquello que sí sepamos, “... no sé cómo va a morir, sí le aseguro que estaré a su lado y que me encargaré de que no tenga dolor...”.

El dolor es una de las mayores preocupaciones que muestra el paciente, como profesionales de la salud, somos conscientes de que contamos con las herramientas y los conocimientos necesarios para intervenir de manera eficaz en su alivio, sabemos que podemos ayudar y participar en mitigar el dolor y que está en nuestra mano administrarle en colaboración con otros profesionales la medicación necesaria y, al mismo tiempo, generar un entorno físico y emocional que favorezca la tranquilidad, el confort y la relajación del paciente, eso sí lo podemos garantizar. El dolor no es sólo algo físico, se trata de un fenómeno multidimensional, existe una parte importante de componente emocional y se acompaña de sentimientos de angustia, miedo tristeza o desesperanza. Así, resulta fundamental asumir con responsabilidad el compromiso de garantizar una atención orientada al control del dolor y al bienestar integral, reconociendo que, si bien no siempre podemos modificar el curso de la enfermedad, sí podemos incidir directamente en la calidad de vida del paciente. Es muy importante que seamos coherentes con nuestras competencias y nuestra función asistencial, asegurando una presencia profesional cercana, empática y comprometida con el alivio del sufrimiento.

La comunicación, además de sustentarse en la verdad, debe caracterizarse por su continuidad y adaptabilidad. Es decir, no se trata de ofrecer toda la información de forma inmediata, sino de responder de manera progresiva y acorde con el ritmo, las necesidades y el nivel de comprensión del paciente y su familia. A medida que transcurre el proceso de la enfermedad, es común que tanto el paciente como sus allegados comiencen a formular preguntas cada vez más específicas y profundas, reflejando su deseo de comprender mejor la situación y anticipar lo que está por venir.

En este contexto, es esencial que los profesionales de la salud mantengamos una actitud receptiva, empática y atenta, dispuestos a acompañar el proceso de descubrimiento y asimilación de la información. Esta forma de comunicación gradual favorece un mayor afrontamiento emocional, fortalece la relación terapéutica y permite que el paciente y su entorno mantengan una sensación de control más elevado. La sensación de control contribuirá en disminuir el estrés y la ansiedad producida por las circunstancias en las que se hallan inmersos.

Es crucial respetar el ritmo de cada persona, permitiendo que sea el propio paciente quien marque el momento y el nivel de información que desea recibir. En ningún caso corresponde al profesional imponer unilateralmente el contenido o el momento de la información, incluso si ello responde a su propia necesidad de reducir la incertidumbre o la ansiedad que pueda experimentar ante la gravedad del diagnóstico.

Una comunicación verdaderamente centrada en la persona requiere sensibilidad, respeto y una actitud atenta que reconozca el valor del tiempo, el silencio y los espacios de escucha activa como componentes esenciales del acompañamiento en el proceso de enfermedad terminal.

Nuestra labor, en el contexto de la enfermedad terminal, se centra fundamentalmente en acompañar y estar presentes junto al paciente y su familia, brindándoles un apoyo continuo, empático y profesional. Es fundamental comprender que, en estas circunstancias, la familia debe ser considerada como una unidad de atención, especialmente en lo que respecta al proceso comunicativo, el cual debe ser gestionado de manera integrada, respetuosa y coherente con las dinámicas familiares existentes.

No obstante, en aquellos casos en los que se evidencien dificultades de organización familiar, por ejemplo, cuando múltiples miembros solicitan información de manera simultánea y no se produce un adecuado traslado

interno de la misma, es necesario establecer límites claros en cuanto a la gestión de la información clínica. En estos casos, resulta conveniente designar un único interlocutor, generalmente el cuidador principal, que actúe como figura de referencia para la comunicación entre el equipo sanitario y la familia. Esta medida no solo facilita una comunicación más eficiente y ordenada, sino que también contribuye a reducir la sobrecarga emocional del equipo asistencial y evita posibles malentendidos o duplicidades informativas, garantizando así una atención más centrada, coherente y humanizada.

Por otra parte, es conveniente resaltar en este punto que el derecho a la información corresponde en primera instancia al paciente, en concordancia con los principios de autonomía y confidencialidad que rigen la práctica clínica. Así, si éste manifiesta explícitamente su deseo de no compartir información sobre su enfermedad con su familia está en su pleno derecho y los profesionales están legal y éticamente obligados a respetar dicha decisión, absteniéndose de comunicar cualquier dato clínico a terceros sin su consentimiento.

Esta será una de las primeras cuestiones que tendremos que abordar con el paciente desde el inicio del proceso, una vez conozcamos el diagnóstico de su patología y lo gestionaremos a través de la pregunta “¿Quiere Ud. que le proporcionemos información sobre su enfermedad a su familia?” y, en caso afirmativo la siguiente pregunta será, “¿A qué miembros de su familia desea que le transmitamos información?”. De esta manera, garantizaremos el respeto a la voluntad del paciente y también una gestión ética y profesional de la información clínica, contribuyendo a establecer una relación asistencial basada en la confianza, la transparencia y el respeto por la dignidad individual.

Se ha de tener siempre en cuenta la respuesta del paciente, así como respetar y registrar formalmente la voluntad expresada por el mismo, en relación con el manejo de la información sobre su estado de salud. Este registro debe figurar en la historia clínica del paciente y ser conocido por todo el equipo asistencial, de manera que se garantice el cumplimiento del derecho del paciente a decidir quién accede a su información clínica, conforme a los principios de autonomía, confidencialidad y consentimiento informado. No suele ser habitual que los pacientes opten por no compartir información con su entorno, especialmente con la persona más cercana que suele asumir el rol de cuidador principal (quien se convierte en un apoyo esencial durante el proceso de enfermedad). No obstante, mi experiencia

profesional me hace constatar que existen excepciones. A lo largo de mis más de 11 años de ejercicio profesional en el ámbito de la enfermería, he tenido la oportunidad de acompañar algunos casos en los que los pacientes han solicitado explícitamente mantener su situación clínica en reserva. Estas situaciones, aunque poco habituales, exigen una especial sensibilidad y rigor ético por parte del equipo de salud, así como una comunicación clara y consensuada que permita sostener el acompañamiento sin vulnerar la voluntad del paciente.

En el ejercicio profesional, los valores éticos y los derechos de los pacientes deben guiar la práctica clínica en todo momento, sin estar supeditados a opiniones ni a juicios de valor por parte del equipo sanitario. La labor de los profesionales de la salud debe orientarse, de forma prioritaria, al respeto íntegro de la voluntad del paciente, asegurando el cumplimiento de los principios fundamentales que lo amparan como sujeto de derechos.

Entre estos principios se destacan el respeto a la autonomía personal, el consentimiento informado, la seguridad asistencial, la generación de un vínculo de confianza mutua, y el derecho a recibir una información veraz, clara y suficiente. Esta información no solo es necesaria para garantizar la prestación de cuidados adecuados, sino también para permitir al propio paciente participar activamente en el proceso de toma de decisiones, de manera que él mismo pueda ayudarse y facilitarle así el afrontamiento y la gestión de la enfermedad. El cumplimiento riguroso de estos principios es condición esencial para el ejercicio de una atención humanizada, ética y profesional.

Además, de este modo, se favorece una adecuada coordinación entre los miembros del equipo de salud, lo cual repercute positivamente en la calidad de la atención brindada. También, se contribuye a reducir el estrés profesional derivado tanto del ejercicio diario de su práctica profesional, como de las complejas circunstancias cambiantes de la salud del paciente y afectación de la familia, en caso de que así lo haya decidido el paciente. Así, la familia dispondrá de más información y se generará un entorno más eficaz y con menos problemas. En determinadas situaciones la actitud de la familia se vuelve impertinente por no estar informada e incluso pueden generarse reclamaciones por su parte que no tienen ningún sentido. El tiempo empleado en comunicarse con la familia participa favorablemente en conseguir que ésta no interfiera en el proceso individual e intransferible del paciente.

Otro aliado con el que debemos contar en el abordaje de situaciones de enfermedad terminal es saber escuchar. Escuchar no es lo mismo que oír, así, mientras que oír es un acto fisiológico pasivo, escuchar implica prestar atención plena, comprender el mensaje del paciente y/o la familia, interpretar su significado más allá de las palabras e incluso percibir las emociones que se encuentran implícitas en su discurso. Todo ello conlleva dimensiones tan relevantes como reconocer las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales del paciente y su entorno familiar.

La enfermedad terminal llevará al paciente a la muerte y en esos momentos es cuando toma especial relevancia la parte espiritual. Se exteriorizan los miedos no verbalizados anteriormente y los sufrimientos ocultos. Entre los miedos que encontramos en estos momentos se encuentran el sufrimiento del paciente en la agonía y el miedo a que el paciente sea abandonado. Ambos miedos los debemos tratar ofreciéndole al paciente la tranquilidad de que estaremos con él en todo momento.

Otras veces, la familia exterioriza que tiene miedo a hablar con el paciente por lo que le pueda preguntar o decir. Nuestro asesoramiento en este caso será que sean benevolentes, tolerantes y humanitarios. No es momento de alimentar rencores ni de saldar cuentas pendientes. Aunque pueda parecer sorprendente, los profesionales de la salud, en ocasiones, percibimos tensiones emocionales profundas en el entorno del paciente, tales como resentimientos, conflictos no resueltos o cargas afectivas que emergen en momentos de alta vulnerabilidad. Los profesionales debemos centrarnos en facilitar un ambiente de serenidad, contención emocional y respeto, promoviendo que el paciente transite esta etapa con la mayor paz posible. Es necesario evitar situaciones familiares conflictivas que interfieran en la despedida dando prioridad al bienestar emocional del paciente y favoreciendo un clima que facilite la reconciliación, el perdón y, en la medida de lo posible, el cierre emocional.

El apoyo por parte del profesional al paciente en el contexto de la enfermedad terminal, junto con el afecto y el acompañamiento contribuyen de manera importante a que el paciente se sienta en paz consigo mismo y con su entorno. Ayudar como pilar para que encuentre un estado de serenidad en sus últimos momentos representa un componente esencial de comunicación y cuidado integral en el final de la vida.

Esta forma de cuidado, aunque pueda parecer sencilla, reviste una profunda complejidad emocional y ética, pues implica estar presentes no

solo físicamente, sino también desde la empatía, el respeto y la compasión. En determinadas situaciones, el acto de sostener la mano del paciente, compartir el silencio o simplemente estar a su lado sin emitir palabra alguna adquiere un valor incalculable. Estos gestos, cargados de humanidad, comunican más que cualquier discurso elaborado. Son manifestaciones de una comunicación no verbal que transmite consuelo, seguridad y acompañamiento en el tránsito hacia el final de la vida. Así de simple y a la vez así de complejo.

Todo lo expuesto anteriormente refleja y sintetiza, desde una perspectiva experiencial, profesional y basada en la reflexión, los principios fundamentales recogidos en la literatura especializada sobre la atención en el ámbito de la enfermedad terminal, especialmente en escenarios de alta carga emocional como el acompañamiento al final de la vida.

Destaco de forma especial el valor del silencio como herramienta comunicativa y la importancia de establecer un vínculo afectivo genuino con el paciente. Solo cuando se ejerce la profesión desde el compromiso emocional, comprendiendo que eres un instrumento de alivio, acompañamiento y presencia, es posible brindar un cuidado verdaderamente pleno y humanizado.

El silencio, lejos de ser una ausencia de palabras, se transforma en un espacio de contención, respeto y conexión profunda, donde el paciente puede sentirse acompañado sin la presión del discurso, validando su dolor, sus emociones y su proceso. En este marco, el afecto, el respeto por la dignidad de éste y el deseo auténtico de procurar su bienestar, son elementos que trascienden la técnica y configuran una forma de cuidar que abraza la dimensión más humana de la enfermería.

Así, el cuidado pleno se ejerce no solo desde el conocimiento clínico, sino desde la presencia compasiva, la escucha activa y el reconocimiento del otro como un ser único en su tránsito vital.

6. REFERENCIAS

Back, Anthony; Arnold, Robert; Baile, Walter; Fryer-Edwards, Kelly; Alexander, Stewart; Barley, Gwyn; Gooley, Ted y Tulskey, James (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 453-460. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.5.453>

- Barrientos-Báez, Almudena; Piñeiro-Otero, Teresa y Porto Renó, Denis (2024). Imágenes falsas, efectos reales. Deepfakes como manifestaciones de la violencia política de género [Fake Images, Real Effects: Deepfakes as Manifestations of Gender-based Political Violence]. *Revista Latina de Comunicación Social*, 82, 01-29. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2024-2278>
- de Dios-Duarte, María José; Barrón, Ana; Arias Astray, Andrés y Cárdenas-Valladolid, Juan (2019). Influencia de los factores psicosociales en la enfermedad de Crohn. *Cultura de los Cuidados*, 23(55), 232-242. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.20>
- de Dios-Duarte, María José; Arias, Andrés y Barrón, Ana (2024). Impact of Psychosocial Factors on the Activity of Crohn's Disease: A Cross-Sectional Analysis of Social Support, Stress, and Flare-Up Incidence. *Journal of Clinical Medicine*, 13(11), 3086. <https://doi.org/10.3390/jcm13113086>
- Fondevila-Gascón, Joan; Barrientos-Báez, Almudena; Caldevilla-Domínguez, David y Montero Gascó, Pol (2024). Herramientas de marketing interactivo en el sector sanitario: estudio de caso de la app Mi Salud. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 35, e2257. <https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/2257>
- Moldes-Moro, Regina y de Dios-Duarte, María José (2023). Colorectal Cancer Surgery: Influence of Psychosocial Factors. *Cancers*, 15(16), 4140. <https://doi.org/10.3390/cancers15164140>
- Muñoz González, Estela; Durantez-Fernández, Carlos; **Pérez-Pérez, Lucía** y de Dios-Duarte, María José (2023). Influence of Coping and Self-Efficacy in Inflammatory Bowel Disease. *Healthcare*, 11(8), 1113. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081113>
- Wagner, Glenn; Riopelle, Deborah; Steckart, Jillisa; Lorenz, Karl y Rosenfeld, Kenneth (2010). Provider communication and patient understanding of life-limiting illness and their relationship to patient communication of treatment preferences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.07.012>



Colección Comunicación, Neurocomunicación y Salud

- 1- CUESTA, Ubaldo; BARRIENTOS-BÁEZ, Almudena; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Luz.- Los nuevos materiales de comunicación y salud.
- 2- CUESTA, Ubaldo; CUESTA DÍAZ, Victoria.- Descubriendo el cerebro: datos para una historia de la neuropsicología.
- 3- CUESTA, Ubaldo; BARRIENTOS-BÁEZ, Almudena; CUESTA DÍAZ, Victoria.- Neurocomunicación y neuromarketing. Nuevos escenarios y tendencias.
- 4- CUESTA, Ubaldo; BARRIENTOS-BÁEZ, Almudena; CUESTA DÍAZ, Victoria.- Comunicación y salud. El gran reto del siglo XXI
- 5- CUESTA, Ubaldo; BARRIENTOS-BÁEZ, Almudena (Coords. y Eds.).-Neurocomunicación y neuromarketing: nuevos desarrollos y avances en el siglo XXI.
- 6- CUESTA, Ubaldo; BARRIENTOS-BÁEZ, Almudena (Coords. y Eds.).- Comunicación y salud: avances, inteligencia atificial y nuevos métodos.
- 7- CUESTA, Ubaldo; BARRIENTOS-BÁEZ, Almudena (Coords. y Eds.).- Neurocomunicación y neuromarketing: teorías y aplicaciones en la era digital.
- 8- CUESTA, Ubaldo; BARRIENTOS-BÁEZ, Almudena (Coords. y Eds.).- Nuevos escenarios y perspectivas en comunicación y salud.

Nuevos escenarios y perspectivas en comunicación y salud, nos invita a reflexionar sobre cómo la comunicación, en constante evolución, juega un papel fundamental en la promoción de la salud y el bienestar social. A través de una mirada multidisciplinaria e internacional, presenta estudios y propuestas evaluados por pares ciegos académicos, de profesionales y académicos que abordan temas como la ética en el uso de nuevas tecnologías, la percepción de la salud digital en diferentes grupos, y el impacto de las redes sociales y herramientas innovadoras como el metaverso y los chatbots.

El volumen destaca la importancia de una comunicación responsable, ética y empática, que no solo informa, sino que también genera confianza, empatía y compromiso. Además, subraya que la salud es un derecho que se construye día a día mediante palabras, ideas y acciones compartidas, promoviendo sociedades más justas, inclusivas y saludables.

Sumergiéndonos en su lectura, nos recuerda que la innovación tecnológica, aunque poderosa, trae consigo desafíos éticos y sociales que debemos abordar con responsabilidad. La protección de datos, la equidad en el acceso a las nuevas herramientas y la regulación adecuada son aspectos clave para que los avances beneficien a toda la sociedad. Además, se destaca la importancia de la participación activa de la ciudadanía en

la construcción de una comunicación en salud más inclusiva y efectiva.

Otro punto importante es que la comunicación en salud no solo se trata de transmitir información, sino de crear vínculos emocionales que fomenten la confianza y el compromiso. La empatía, la comprensión de las emociones y los patrones culturales son fundamentales para que los mensajes lleguen de manera efectiva y generen cambios positivos en los comportamientos.

Este manual invita a pensar en la salud como un derecho fundamental que requiere de un esfuerzo conjunto entre profesionales, investigadores, gobiernos y comunidades. La colaboración multidisciplinaria y la innovación ética son esenciales para construir sociedades más saludables, justas y solidarias. En definitiva, el libro nos anima a seguir explorando y aprendiendo, porque la salud y el bienestar son un camino que se construye día a día, con palabras, ideas y acciones compartidas.

Sirva el presente como invitación a profesionales, investigadores, estudiantes y ciudadanos a explorar nuevas formas de interacción y a entender que la comunicación efectiva puede transformar vidas y mejorar nuestra calidad de vida. ¡Un llamado a ver la salud como un estado de bienestar integral que todos podemos construir juntos!

Almudena Barrientos-Báez
Universidad Complutense de Madrid

