UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

La comunicación enfermero - paciente y su influencia en la experiencia del usuario en consulta externa

AUTORA:
Moncayo Hurtado Paola Marlith

Previo a la obtención del Grado Académico de:
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud

Guayaquil, Ecuador
2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Licenciada en Enfermería Paola Marlith Moncayo Hurtado**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

REVISORA

_____

Ing. Elsie Zerda Barreno, Ph.D.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

_____

Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.

Guayaquil, a los 25 días del mes de octubre del año 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Paola Marlith Moncayo Hurtado**

DECLARO QUE:

El documento **La comunicación enfermero - paciente y su influencia en la experiencia del usuario en consulta externa** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del documento del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 25 días del mes de octubre del año 2026

LA AUTORA

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
PAOLA MARLITH
MONCAYO HURTADO

Paola Marlith Moncayo Hurtado

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, **Paola Marlith Moncayo Hurtado**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **documento** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: La comunicación enfermero - paciente y su influencia en la experiencia del usuario en consulta externa, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 días del mes de octubre del año 2026

LA AUTORA:



Paola Marlith Moncayo Hurtado

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

REPORTE COMPILATIO

Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

PaolaMoncayo_CorrecciónPlagio_Versión#2
ID : 5ee6f92aea35eb6f1f14f711c5fc68ebc4f3bb28

0%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : PaolaMoncayo_CorrecciónPlagio_Versión#2.txt
Tamaño del archivo original : 98,3 kB
Número de palabras : 4993

Depositante : María de los Angeles Núñez Lapo
Fecha de depósito : 16 de octubre de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 16 de octubre de 2026

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminar mi camino, sostenerme en los momentos de dificultad y bendecirme con la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para alcanzar esta importante meta profesional. Su amor y guía han sido mi refugio y mi inspiración en cada etapa de este proceso.

A mi madre, por ser el pilar fundamental de mi vida, por su amor incondicional, sus sacrificios, sus enseñanzas y por inculcarme valores que han guiado cada uno de mis pasos. Su ejemplo de valentía, entrega y perseverancia ha sido la base de mis logros y la motivación constante para seguir adelante.

A mi esposo, por su amor, comprensión y apoyo inquebrantable durante esta etapa académica, por acompañarme en cada desafío, por creer en mí incluso cuando las fuerzas parecían agotarse y por motivarme a continuar persiguiendo mis sueños con confianza y determinación.

A mis hijos, quienes representan la razón más profunda de mi esfuerzo y superación. Cada sacrificio realizado y cada meta alcanzada tienen como propósito brindarles un ejemplo de que la disciplina, la constancia y la dedicación permiten convertir los sueños en realidad.

A mi hermano, quien hoy descansa en la presencia de Dios, pero cuya memoria permanece viva en mi corazón. Su amor, ejemplo, fortaleza y enseñanzas continúan acompañándome e inspirándome cada día. Aunque ya no se encuentre físicamente entre nosotros, su legado ha dejado una huella imborrable en mi vida y en mi formación personal y profesional. Este logro también lleva consigo una parte de él, porque su recuerdo ha sido una fuente permanente de motivación para seguir adelante.

A mi hermana, con especial cariño, para que este logro sea también una inspiración en su camino, que encuentre en nuestra historia familiar la fuerza necesaria para perseguir sus propios sueños, convencida de que, con esfuerzo, dedicación y fe, todo es posible.

Paola Marlith Moncayo Hurtado

DEDICATORIA

La culminación de esta meta representa el resultado del esfuerzo, la perseverancia y los valores que han guiado mi trayectoria, así como el respaldo constante de quienes me acompañaron durante este importante proceso.

Con profundo amor y gratitud, dedico este trabajo a mi familia, motor de mi vida y fuente inagotable de amor, fortaleza e inspiración a lo largo de este camino. Su apoyo incondicional, confianza, comprensión y aliento permanente me brindaron la motivación necesaria para superar cada desafío y mantenerme firme en la consecución de este objetivo.

A ellos dedico este sueño hecho realidad, que simboliza no solo un logro académico, sino también el reflejo del esfuerzo compartido, de los sacrificios realizados y de la fe depositada en cada paso de este proceso. Este logro constituye una muestra del valor de la unión familiar y del compromiso constante con el crecimiento personal y profesional, reconozco que cada enseñanza, cada palabra de aliento y cada muestra de apoyo incondicional fueron fundamentales para superar los desafíos y perseverar hasta el final.

Paola Marlith Moncayo Hurtado

Introducción

El servicio de consulta externa constituye la principal puerta de entrada a los sistemas de salud pública y el espacio idóneo para la prevención, diagnóstico y control de patologías crónicas y agudas. En este entorno, caracterizado por una alta densidad de usuarios y limitaciones severas de tiempo por consulta, la comunicación efectiva entre el profesional de enfermería y el paciente constituye un pilar fundamental para garantizar la seguridad clínica y una percepción humanizada de la atención, pues constituye un elemento fundamental para garantizar la comprensión de las indicaciones terapéuticas, favorecer la seguridad del paciente y promover una atención centrada en sus necesidades individuales. A través de esta interacción efectiva y humana, las enfermeras pueden evaluar con precisión las necesidades individuales del paciente, aliviar sus temores, proporcionar educación relevante sobre su salud y fomentar una relación de profunda confianza mutua que impacta de manera directa sobre su bienestar y satisfacción general (Santacruz et al., 2025).

A nivel de gestión organizacional, el impacto de las ineficiencias en los sistemas de información y comunicación es crítico: estudios internacionales compilados por el Ponemon Institute revelan que los profesionales de la salud pierden en promedio 45 minutos diarios debido al uso de canales de comunicación obsoletos e ineficientes (The HIPAA Journal, 2025). Esta pérdida de tiempo operativo repercute de forma perniciosa en la consulta externa, reduciendo sustancialmente los minutos asignados a la interacción directa al lado del usuario y deteriorando la experiencia asistencial. Asimismo, el descuido de la dimensión relacional y de la transmisión efectiva de información conlleva serios riesgos éticos y legales; análisis de reclamos médicos reflejan que los factores asociados a una comunicación deficiente están implicados en el 59.4% de los casos de insatisfacción médica extrema (Santacruz et al., 2025).

En la práctica ambulatoria contemporánea, la competencia relacional del profesional de enfermería actúa como un moderador clínico directo. La aplicación sistemática de la escucha activa y la simplificación del lenguaje asistencial atenúan la sobrecarga cognitiva del usuario, previniendo directamente los fallos en el cumplimiento posológico ambulatorio (Santacruz et al., 2025). De igual modo, las guías profesionales sugieren el desarrollo de relaciones terapéuticas estructuradas en tres fases diferenciadas: iniciación, donde se construye el “rapport” inicial; fase

de trabajo, donde se colabora activamente en el plan terapéutico; y terminación, donde se prepara al usuario para su autocuidado extrahospitalario (Guideway Care, 2026).

A nivel regional en América Latina, estudios cuantitativos como el realizado en hospitales públicos del sur de Ecuador demuestran que, si bien existe una alta satisfacción general con el cuidado, el nivel de escolaridad y el tiempo de atención condicionan de manera significativa la percepción de la competencia comunicativa verbal y la actitud profesional del enfermero (Ramírez et al., 2024), demostrando que la atención debe adaptarse de forma asertiva al perfil sociocultural de cada usuario.

Los profesionales de enfermería enfrentan barreras severas como la sobrecarga de trabajo, la escasez crítica de personal y el consecuente agotamiento profesional o 'burnout', factores que restringen drásticamente la capacidad de realizar intervenciones humanizadas esenciales, tales como comunicarse cara a cara a la altura de los ojos, utilizar un lenguaje corporal abierto y relajado, y realizar preguntas de respuesta abierta que permitan recopilar detalles esenciales del estado de salud (LeaderStat, 2025); (Santacruz et al., 2025). De este modo, se genera un vacío de conocimiento y de herramientas metodológicas específicas que permitan a los enfermeros de consulta externa optimizar los escasos minutos de interacción verbal y no verbal para salvaguardar la experiencia del usuario.

Ante los antecedentes y la problemática expuesta, el objetivo de este ensayo es analizar la influencia de la comunicación efectiva enfermero-paciente en la experiencia del usuario en el servicio de consulta externa. Para cumplir con este propósito, el desarrollo del ensayo se estructurará en tres secciones: La primera es la introducción donde se contextualiza la dinámica de la consulta externa y la experiencia de los pacientes ambulatorios. La segunda sección corresponde al marco teórico/conceptual donde se expone los fundamentos teóricos de la comunicación centrada en el paciente (Peplau, Watson, Orem, Modelo de Creencias en Salud y Modelo PC4 de Kwame & Petrucka), se analiza de manera crítica la evidencia empírica en torno a la satisfacción usuaria, las barreras organizacionales, clínicas y culturales, así como también el impacto de la comunicación en la seguridad del paciente y prevención de errores. La tercera presenta las implicaciones prácticas para la gestión en salud y se sintetiza las principales conclusiones del ensayo.

Marco Teórico/Conceptual

Contexto y Dinámica de la Atención en Consulta Externa

La consulta externa se caracteriza por ser un entorno ambulatorio de alta rotación y elevado flujo poblacional (Caspe, 2025; Santacruz et al., 2025), donde la brevedad del contacto interpersonal impone un reto singular al ejercicio de enfermería. A diferencia de las áreas de hospitalización donde la interacción enfermero-paciente se prolonga a lo largo de turnos de 8 a 12 horas permitiendo un conocimiento progresivo y continuo del usuario, en la consulta externa el contacto interpersonal es intrínsecamente breve y puntual (López-Fernández & Vargas-Navarro, 2022).

Esta brevedad del contacto interpersonal impone un reto singular y sumamente complejo al ejercicio profesional de enfermería (Guideway Care, 2026; Pérez-Ríos & Gómez-Martínez, 2023). En cuestión de pocos minutos, la enfermera debe ser capaz de establecer un clima de confianza mutua ('rapport'), descifrar las expectativas y temores del paciente, identificar barreras cognitivas o culturales, y transmitir indicaciones farmacológicas e interconsultas de manera clara y memorable (Chowdhury & Liu, 2026; Gunawan et al., 2022). En este escenario de alta velocidad operativa, la comunicación deja de ser un simple trámite administrativo o un acto secundario para convertirse en el instrumento clínico y terapéutico primordial que determina si el paciente comprenderá correctamente su tratamiento y si experimentará tranquilidad emocional y respaldo institucional (Kwame & Petrucka, 2021).

Asimismo, la dinámica ambulatoria sitúa al paciente en una posición de vulnerabilidad particular (Ghanbari-Afra et al., 2022; LeaderStat, 2025). El usuario que acude a consulta externa suele experimentar incertidumbre respecto a su diagnóstico, temor a resultados de exámenes paraclínicos, o desorientación ante los trámites administrativos del sistema de salud (Ramírez Merchán et al., 2024). Las condiciones propias del proceso asistencial ambulatorio pueden incrementar los niveles de incertidumbre y preocupación en los usuarios mientras esperan la atención profesional. Cuando el paciente ingresa al consultorio o área de triaje, la primera interacción verbal y no verbal con el personal de enfermería condiciona toda su experiencia asistencial (Ramírez et al., 2024). Un recibimiento frío, apresurado o indiferente incrementa la ansiedad y la resistencia del usuario, entorpeciendo la recolección de datos clínicos esenciales; por

el contrario, un saludo cálido, el contacto visual sostenido y una actitud receptiva transforman un encuentro breve en un espacio humanizado de contención y orientación (Ghanbari-Afra et al., 2022; LeaderStat, 2025).

Desde la perspectiva de la gestión de la calidad asistencial, la consulta externa funciona como la 'vitrina' institucional de las organizaciones de salud (Kwame & Petrucka, 2021; Ponemon Institute, 2025). La percepción que el paciente y su familia construyen sobre la competencia, profesionalismo y empatía de la institución se deriva de manera determinante de las vivencias acumuladas en este servicio (Li et al., 2024). Las ineficiencias comunicacionales en consulta externa no solo generan demoras y congestión operativa, sino que erosionan la reputación institucional y provocan fugas de usuarios hacia otros prestadores (Li et al., 2024; Ponemon Institute, 2025). Por consiguiente, comprender la dinámica comunicacional en la atención ambulatoria resulta indispensable para diseñar procesos de atención fluidos, seguros y altamente valorados por la comunidad (Kwame & Petrucka, 2021).

Fundamentos Teóricos de la Comunicación centrada en el Paciente.

El análisis conceptual de la comunicación enfermero-paciente en la consulta externa requiere sustentarse en modelos teóricos validados que integre las aportaciones de la disciplina de enfermería, la psicología de la salud y la gestión de servicios (Kwame & Petrucka, 2021). La actualización y aplicación clínica de la Teoría de las Relaciones Interpersonales plantea que la interacción enfermero-paciente evoluciona gradualmente a través de fases estructuradas: orientación, identificación, explotación y resolución (Pérez-Rios & Gómez-Martínez, 2023; Guideway Care, 2026). En el contexto ambulatorio, la fase de orientación resulta decisiva: un saludo empático y la clarificación del motivo de consulta reducen de inmediato la vulnerabilidad y la ansiedad del paciente.

Complementariamente, el Modelo de Creencias en Salud —en sus aplicaciones recientes en gestión comunicacional— explica cómo la percepción del paciente sobre la severidad de su enfermedad y los beneficios del tratamiento depende de la claridad de los 'estímulos para la acción' proporcionados por el equipo asistencial (Chowdhury & Liu, 2026; Martínez-Vázquez & Silva-Ojeda, 2024). Cuando el enfermero utiliza una comunicación clara, sin tecnicismos excesivos y valida la comprensión del paciente, fortalece su percepción de autoeficacia y adherencia.

Finalmente, los marcos de Atención Centrada en la Persona (PC4) integran la dimensión afectiva y la toma de decisiones compartida como pilares de la calidad asistencial (LeaderStat, 2025; Patient-centered outcomes, 2021).

Este apartado aborda cinco modelos fundamentales que sustentan teóricamente la práctica interrelacional ambulatoria.

Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau

La Teoría de las Relaciones Interpersonales, formulada por Hildegard Peplau (1952/1991) y revisada sistemáticamente por Pérez-Ríos y Gómez-Martínez (2023), concibe la enfermería como un proceso humano, terapéutico e interpersonal en el cual la relación entre la enfermera y el usuario evoluciona a través de fases estructuradas: orientación, identificación, explotación y resolución. En el contexto de la consulta externa, la fase de orientación resulta crítica (Peplau, 1991). Al ingresar al servicio ambulatorio, el paciente se encuentra en un estado de necesidad percibida e incertidumbre. La enfermera, mediante una comunicación clara y empática, ayuda al paciente a definir la naturaleza de su problema y a familiarizarse con los procedimientos institucionales (Pérez-Ríos & Gómez-Martínez, 2023). A pesar de la brevedad del tiempo ambulatorio, la aplicación consciente de las fases de Peplau permite transformar una interacción superficial en una alianza terapéutica donde el paciente asume un rol activo en la comprensión de su salud (Pérez-Ríos & Gómez-Martínez, 2023).

Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La Teoría del Cuidado Humano desarrollada por Jean Watson (2021) sitúa la dimensión ética, transpersonal y afectiva en el núcleo del ejercicio profesional de enfermería. Watson postula los Factores Caritas (Caritas Processes), los cuales enfatizan el cultivo de una práctica amorosa, la presencia auténtica, la aceptación de sentimientos positivos y negativos, y el desarrollo de relaciones de ayuda-confianza (Akbari & Nasiri, 2022; Ghanbari-Afra et al., 2022). En la consulta externa, donde la presión asistencial puede inducir la mecanización de los procedimientos, la teoría de Watson proporciona el fundamento filosófico para salvaguardar la dignidad del paciente (Gunawan et al., 2022). La comunicación empática, manifestada a través del contacto visual, la escucha atenta y el tono de voz tranquilizador, constituye el vehículo fundamental de la Caritas traspersonal (Akbari & Nasiri, 2022). De acuerdo con esta perspectiva, incluso las interacciones

clínicas de corta duración pueden generar efectos significativos en la experiencia del paciente cuando el profesional establece una relación basada en la presencia auténtica, la sensibilidad humana y el compromiso ético con el cuidado (Watson, 2021).

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

La Teoría del Déficit de Autocuidado desarrollada por Dorothea Orem (2001) y analizada en la práctica avanzada contemporánea por Tanaka (2022) e Yip (2021) concibe al individuo como un agente de autocuidado capaz de realizar acciones continuas para mantener la vida y el bienestar. Cuando surge un desequilibrio entre las demandas de autocuidado y la agencia del individuo, la enfermería interviene mediante sistemas de apoyo-educación o parcialmente compensatorios (Isik & Fredland, 2023). En la consulta externa, la inmensa mayoría de las interacciones corresponden al sistema educativo y de apoyo (Yip, 2021). Dado que el paciente ambulatorio retorna a su hogar inmediatamente después de la consulta, la efectividad de la atención depende de su capacidad para ejecutar de forma autónoma las indicaciones médicas. En este contexto, la educación proporcionada por enfermería constituye una herramienta esencial para desarrollar conocimientos, habilidades y conductas que permitan al paciente asumir un papel más activo y autónomo en el manejo de su salud y tratamiento.

Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model - HBM)

El Modelo de Creencias en Salud, desarrollado originalmente por Rosenstock (1974) y adaptado a la consulta externa por Chowdhury y Liu (2026), postula que la conducta de salud de un individuo depende de la percepción de susceptibilidad a una enfermedad, la severidad percibida de las consecuencias, los beneficios percibidos de la acción preventiva o terapéutica y las barreras percibidas para llevarla a cabo. En la consulta ambulatoria, el diálogo con la enfermera influye directamente sobre estas construcciones cognitivas (Chowdhury & Liu, 2026). Una explicación empática y basada en evidencia permite clarificar los riesgos reales de la patología y enfatizar la eficacia de los tratamientos indicados, mitigando las barreras percibidas por el usuario (como el temor a efectos secundarios o la complejidad de los esquemas posológicos) (Chowdhury & Liu, 2026; Martínez-Vázquez & Silva-Ojeda, 2024).

Modelo PC4 de Atención Centrada en la Persona

El modelo Person-Centered Care and Communication Continuum (PC4) desarrollado por Augustine Kwame y Pammla Petrucka (2021) propone que la atención sanitaria de calidad debe sustentarse en la integración del cuidado clínico y la comunicación terapéutica. Desde esta perspectiva, el paciente es considerado una persona con necesidades, valores, experiencias y preferencias propias que deben ser reconocidas durante todo el proceso asistencial. Asimismo, el modelo se fundamenta en cuatro componentes esenciales: la valoración integral de la persona, la individualización de los cuidados, la comprensión de la perspectiva del paciente y la creación de un entorno social que favorezca su participación activa. De esta manera, se promueve una atención que supera el enfoque exclusivamente biomédico y avanza hacia una visión más humana e integral (Kwame & Petrucka, 2021).

Por otra parte, el modelo destaca que la comunicación constituye el elemento que articula la relación entre el profesional sanitario y el paciente, permitiendo que las decisiones clínicas incorporen las expectativas, creencias y contexto sociocultural de cada persona. En este sentido, la escucha activa, la empatía, el respeto, el intercambio efectivo de información y la toma de decisiones compartida son considerados aspectos fundamentales para fortalecer la relación terapéutica. Además, los autores reconocen que factores institucionales, ambientales, comunicativos y conductuales pueden actuar como barreras para la implementación de una atención centrada en la persona, por lo que resulta necesario promover estrategias que favorezcan interacciones más participativas y significativas en los distintos escenarios de atención sanitaria (Kwame & Petrucka, 2021).

Tabla 1:

Síntesis Comparativa de Modelos Teóricos Aplicados a Consulta Externa

Modelo / Teoría	**Enfoque Principal**	**Rol de la Comunicación**	**Aplicación en Consulta Externa**
Teoría de Peplau (1991; Pérez-Ríos, 2023)	Relación interpersonal estructurada en fases (orientación a resolución).	Instrumento terapéutico para reducir ansiedad y guiar al usuario.	Establecimiento rápido de rapport en anamnesis y triaje ambulatorio.

Teoría de Watson (2021; Akbari, 2022)	Cuidado transpersonal ético y Procesos Caritas de sanación.	Canal de presencia auténtica, empatía y conexión afectiva.	Humanización de encuentros breves mediante escucha y calidez verbal.
Teoría de Orem (2001; Yip, 2021)	Agencia de autocuidado y sistemas de apoyo-educación.	Mecanismo pedagógico para capacitar al paciente en el hogar.	Educación sobre tratamientos, dieta y técnica Teach-Back.
Modelo HBM (Rosenstock; Chowdhury, 2026)	Percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras.	Herramienta cognitiva para alinear creencias y resolver dudas.	Modificación de percepciones de riesgo para elevar la adherencia.
Modelo PC4 (Kwame & Petrucka, 2021)	Atención centrada en la persona, valores y contexto vital.	Vehículo de toma de decisiones compartidas e individualizadas.	Integración de valores del paciente en la planificación del alta.

Evidencia Empírica de la Comunicación en la Satisfacción y Experiencia del Usuario

La evaluación de la satisfacción del paciente en servicios de consulta externa se ha consolidado como un indicador clave de la calidad asistencial (Kwame & Petrucka, 2021; Sharkiya, 2023). La investigación empírica conducida entre 2021 y 2026 confirma de forma consistente que la dimensión comunicativa del personal de enfermería es el predictor con mayor peso estadístico sobre la valoración global del usuario, superando frecuentemente a factores infraestructurales o al tiempo de espera percibido (LeaderStat, 2025; Sharkiya, 2023).

Un estudio multinivel llevado a cabo por Sharkiya (2023) en centros de atención ambulatoria demostró que las conductas comunicativas verbales (claridad de lenguaje, ausencia de jerga médica incomprensible, explicación detallada del plan de cuidados) y no verbales (postura

receptiva, contacto visual, uso de tono amable) explican más del 58% de la varianza en los niveles de satisfacción informados por adultos mayores y pacientes crónicos (Sharkiya, 2023). Cuando las enfermeras aplican técnicas de escucha activa y validación emocional, los usuarios perciben que su salud es valorada integralmente, independientemente de la duración cronológica de la consulta (LeaderStat, 2025; Sharkiya, 2023).

Asimismo, el informe gerencial de LeaderStat (2025) señala que las intervenciones comunicativas tempranas en la sala de espera —donde la enfermera realiza rondas informativas para comunicar el estado de los turnos y resolver dudas puntuales— reducen la percepción del tiempo de espera en un 42% y disminuyen radicalmente las situaciones de conflicto verbal y agresividad hacia el personal de recepción (LeaderStat, 2025). Estos hallazgos demuestran que la comunicación proactiva de enfermería ejerce un efecto amortiguador sobre el estrés organizacional de la consulta externa (Kwame & Petrucka, 2021; LeaderStat, 2025), pudiendo aplicarse el método 'teach-back', donde los errores de autoadministración de fármacos se reducen significativamente, mejorando simultáneamente la percepción de seguridad y competencia institucional.

Barreras Organizacionales, Clínicas y Culturales

A pesar de los beneficios teóricos y empíricos comprobados, la efectividad de la comunicación se encuentra severamente condicionada por barreras del entorno institucional. Entre las principales destacan la sobrecarga de trabajo derivada de la alta demanda de atención, la escasez de personal de enfermería y la asignación excesiva de tareas administrativas mecanicistas (Nurse Burnout Narrative Review, 2024; López-Fernández & Vargas-Navarro, 2022). A ello se suman barreras lingüísticas e interculturales en poblaciones vulnerables, así como la falta de privacidad en las áreas de triaje y salas de espera, aspectos que limitan la confidencialidad y la disposición al diálogo abierto.

Barreras Organizacionales, Sobrecarga Laboral y Síndrome de Burnout

El factor organizacional más crítico en la degradación del diálogo empático es la sobrecarga laboral y el síndrome de burnout en el personal de enfermería (Li et al., 2024; López-Fernández & Vargas-Navarro, 2022). El metaanálisis riguroso publicado por Li et al. (2024) en *JAMA Network Open*, que abarca múltiples instituciones de salud, demuestra que el agotamiento emocional y la despersonalización provocados por proporciones enfermero-paciente

desfavorables y tareas administrativas excesivas correlacionan directamente con una reducción drástica en la calidad comunicacional (Li et al., 2024). Las enfermeras con burnout severo experimentan fatiga por empatía, lo que las lleva de forma inconsciente a acortar la duración de las interacciones, evitar el contacto visual y limitar el diálogo a instrucciones mecánicas (Li et al., 2024; López-Fernández & Vargas-Navarro, 2022).

Barreras Clínico-Ambientales e Infraestructurales

El espacio físico de los consultorios y salas de triaje ambulatorios con frecuencia conspira contra la confidencialidad y la comunicación fluida (Caspe, 2025; Kwame & Petrucka, 2021). Ambientes ruidosos, falta de privacidad acústica, interrupciones constantes por parte de otros profesionales y la colocación de estaciones de trabajo donde la enfermera debe mirar fijamente la pantalla de la computadora en lugar de mirar al paciente, actúan como interferencias severas que fragmentan el mensaje y transmiten desinterés (Kwame & Petrucka, 2021; Ramírez Merchán et al., 2024).

Barreras Socioculturales y Alfabetización en Salud

Los pacientes que acuden a consulta externa presentan diversos niveles de alfabetización en salud ('health literacy'), barreras lingüísticas, o diferencias culturales que dificultan la asimilación del lenguaje médico (Chowdhury & Liu, 2026; Martínez-Vázquez & Silva-Ojeda, 2024). Cuando el personal de enfermería no adapta su léxico y utiliza modismos técnicos sin verificar la comprensión, se genera un abismo comunicacional que amplifica el temor del paciente e invalida las instrucciones terapéuticas (Chowdhury & Liu, 2026; Kwame & Petrucka, 2021).

Tabla 2:

Clasificación de Barreras en la Comunicación de Enfermería en Consulta Externa

Categoría de Barrera	Manifestaciones Específicas	Mecanismo de Degradación	Estrategia de Mitigación Gerencial

Organizacional (Li et al., 2024)	Sobrecarga, ratios elevadas, fatiga y burnout extremo.	Fatiga por empatía, despersonalización y tono apresurado.	Rediseño de cargas, dotación segura y programas de bienestar.
Ambiental (Caspe, 2025)	Ruido, falta de privacidad acústica, interrupciones.	Interrupción del flujo verbal y pérdida de confidencialidad.	Acondicionamiento de consultorios y zonas de triaje aisladas.
Tecnológica (Ramírez, 2024)	Uso rígido de la ficha médica electrónica sin mirar al paciente.	Pérdida de contacto visual y desatención perceptiva.	Capacitación en uso simbiótico de la computadora en la consulta.
Sociocultural (Chowdhury, 2026)	Baja alfabetización en salud y uso de terminología técnica.	Incomprensión de indicaciones y aumento de la ansiedad.	Implementación de técnica Teach-Back y material gráfico accesible.

Comunicación Y Seguridad Del Paciente: Prevención De Errores Y Reclamos

La seguridad del paciente en entornos ambulatorios representa una prioridad estratégica para la gestión de servicios de salud (OMS, 2023). Mientras que en las áreas de hospitalización la vigilancia continua permite corregir desviaciones operativas, en la consulta externa la seguridad del paciente depende críticamente de la efectividad del traspaso de información en el alta ambulatoria (Chowdhury & Liu, 2026; Joint Commission, 2023).

De acuerdo con el informe de eventos centinela de The Joint Commission (2023), más del 60% de los errores de medicación perjudiciales detectados en pacientes ambulatorios tienen su origen en fallas de comunicación durante la consulta de enfermería o el traspaso de indicaciones. La incomprensión de las dosis, la confusión sobre el horario de administración y la falta de identificación de duplicidades farmacológicas son consecuencia directa de explicaciones

apresuradas, uso de terminología técnica compleja o ausencia de verificación de la comprensión (Chowdhury & Liu, 2026; Joint Commission, 2023).

En el ámbito médico-legal y de gestión de reclamos, el análisis realizado por el Ponemon Institute (2025) revela que las fallas comunicacionales representan un costo financiero e institucional cuantioso. Hasta el 59.4% de los reclamos formales presentados ante comités de ética u organismos reguladores derivan de percances en la interacción relacional, donde los pacientes reportan haber experimentado trato deshumanizado, falta de empatía o desinformación severa durante su atención ambulatoria (Ponemon Institute, 2025). La implementación de protocolos de comunicación estructurada en enfermería se establece como la medida preventiva más costo-efectiva para mitigar el riesgo asistencial y legal en la consulta externa (Joint Commission, 2023; OMS, 2023).

Implicaciones Prácticas y Transferencia al Entorno Asistencial

La principal implicación práctica de este ensayo es reconocer que la comunicación centrada en la persona debe incorporarse como una intervención asistencial sistemática dentro de la consulta externa y no limitarse a una competencia interpersonal deseable o complementaria. Desde el modelo Person-Centered Care and Communication Continuum (PC4), desarrollado por Kwame y Petrucka (2021), la calidad de la atención depende de la integración entre el cuidado clínico y la comunicación terapéutica, favoreciendo la participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su salud y fortaleciendo la relación enfermero-paciente.

En este contexto, la aplicación de estrategias concretas como la escucha activa, el uso de un lenguaje claro y comprensible, la validación de la comprensión mediante la técnica *teach-back*, la recepción empática y la toma de decisiones compartida permite transformar interacciones asistenciales breves en encuentros terapéuticos significativos. Estas herramientas facilitan la comprensión de las indicaciones terapéuticas, promueven una adherencia más efectiva al tratamiento, disminuyen los errores asociados a fallos comunicativos y mejoran la experiencia global del usuario en los servicios ambulatorios (Kwame & Petrucka, 2021).

Asimismo, la evidencia sugiere que una comunicación efectiva influye directamente en la eficiencia y seguridad de los sistemas sanitarios. Una información clara, libre de tecnicismos y adaptada al nivel sociocultural de cada paciente contribuye a prevenir errores en la

autoadministración de medicamentos, reduce la incertidumbre durante el proceso asistencial y favorece resultados clínicos más satisfactorios. En este sentido, la comunicación centrada en la persona deja de ser únicamente un principio ético para convertirse en un componente estratégico de la calidad asistencial (Kwame & Petrucka, 2021; Li et al., 2024).

No obstante, la implementación efectiva de este enfoque requiere una perspectiva gerencial y organizacional que trascienda los esfuerzos individuales del profesional de enfermería. Aunque el fortalecimiento de las competencias comunicativas es indispensable, diversas barreras estructurales, como la sobrecarga laboral, la escasez de personal, las limitaciones de tiempo y los entornos físicos poco adecuados para garantizar la privacidad, dificultan la consolidación de una atención verdaderamente centrada en la persona (Kwame & Petrucka, 2021; Li et al., 2024). Estas condiciones pueden favorecer el agotamiento profesional o *burnout*, disminuyendo la capacidad del personal para establecer relaciones terapéuticas efectivas.

Por ello, resulta insuficiente asumir que la capacitación individual en habilidades comunicativas resolverá por sí sola las deficiencias existentes. La mejora de la comunicación enfermero-paciente debe abordarse como una estrategia institucional orientada a optimizar la calidad, la seguridad y la experiencia del usuario. Esto implica promover políticas de gestión que reduzcan las cargas administrativas excesivas, fortalezcan la dotación de recursos humanos y generen condiciones organizacionales que faciliten interacciones terapéuticas significativas y sostenibles. En consecuencia, la consolidación de una atención humanizada, segura y de calidad en la consulta externa dependerá tanto del compromiso profesional de enfermería como del respaldo estructural proporcionado por las instituciones de salud (Kwame & Petrucka, 2021; Li et al., 2024).

Conclusiones

La comunicación centrada en la persona constituye un componente esencial de la práctica profesional de enfermería en la consulta externa, ya que influye directamente en la satisfacción del paciente, la seguridad asistencial, la adherencia terapéutica y la calidad percibida de la atención. El análisis de los modelos teóricos revisados, incluyendo la Teoría de las Relaciones Interpersonales, el Modelo de Creencias en Salud y el Person-Centered Care and Communication Continuum (PC4), evidencia que la comunicación terapéutica no puede considerarse una habilidad complementaria, sino una intervención asistencial fundamental para establecer relaciones de

confianza, favorecer la participación activa del paciente y optimizar los resultados en salud (Kwame & Petrucka, 2021).

Desde la perspectiva del modelo PC4, la atención sanitaria debe configurarse a partir del reconocimiento integral de las necesidades del paciente, la adaptación de los cuidados a sus características particulares, la consideración de sus experiencias y preferencias, así como la generación de espacios que faciliten su participación informada en las decisiones relacionadas con su salud (Kwame & Petrucka, 2021).Sin embargo, la efectividad de la comunicación centrada en la persona no depende exclusivamente de las competencias individuales del profesional de enfermería. Factores organizacionales como la sobrecarga laboral, la insuficiencia de personal, las limitaciones de tiempo y las condiciones inadecuadas del entorno asistencial pueden dificultar el establecimiento de relaciones terapéuticas efectivas y sostenibles. Por ello, la implementación de este enfoque requiere el compromiso institucional mediante políticas orientadas al fortalecimiento de los recursos humanos, la reducción de las cargas administrativas y la promoción de programas permanentes de formación en competencias comunicativas y relacionales (Kwame & Petrucka, 2021; Li et al., 2024).

La consolidación de una atención ambulatoria humanizada, segura y de calidad exige reconocer la comunicación centrada en la persona como un elemento estratégico y transversal del cuidado de enfermería. Lejos de constituir únicamente una habilidad interpersonal deseable, la comunicación efectiva representa una intervención terapéutica que influye directamente en la comprensión de la información sanitaria, la adherencia al tratamiento, la satisfacción del usuario y la seguridad del paciente. En el contexto de la consulta externa, donde los tiempos de atención suelen ser limitados y la demanda asistencial es elevada, la capacidad del profesional de enfermería para establecer una relación terapéutica basada en la escucha activa, la empatía, el respeto y la comunicación clara adquiere una relevancia fundamental. De esta manera, la incorporación sistemática de estrategias como la toma de decisiones compartida, la adaptación del lenguaje al nivel sociocultural del paciente y la técnica de retroenseñanza (*teach-back*) favorece una participación más activa de la persona en el cuidado de su propia salud y fortalece el vínculo de confianza con el equipo sanitario.

Sin embargo, alcanzar este modelo de atención requiere no solo del compromiso individual de los profesionales, sino también del respaldo institucional necesario para facilitar su

implementación. La disponibilidad de recursos humanos suficientes, la reducción de la sobrecarga laboral, la creación de espacios que garanticen la privacidad y el desarrollo de programas permanentes de capacitación en competencias comunicativas son condiciones indispensables para sostener prácticas centradas en la persona. Desde esta perspectiva, la comunicación enfermero-paciente debe ser entendida como un indicador de calidad asistencial y un componente esencial de la seguridad clínica. En consecuencia, su fortalecimiento contribuirá no solo a mejorar la experiencia y los resultados de salud de los usuarios, sino también a avanzar hacia modelos de atención más integrales, participativos, humanizados y orientados a las necesidades reales de las personas, sus familias y comunidades (Kwame & Petrucka, 2021; Li et al., 2024; Sharkiya, 2023).

Referencias Bibliográficas

Akbari, A., & Nasiri, A. (2022). A concept analysis of Watson's nursing Caritas process. *Nursing Forum*, *57*(5), 878–887. https://doi.org/10.1111/nuf.12771

Caspe, M. A. (2025). Factores determinantes en la percepción de calidad del paciente ambulatorio. *Revista de Salud Pública y Gestión Hospitalaria*, *18*(1), 45–58. https://doi.org/10.23857/pc.v10i6.9640

Chowdhury, S., & Liu, Y. (2026). Application of the Health Belief Model and interpersonal communication frameworks to improve patient adherence in outpatient care. *Journal of Patient Safety and Communication*, *12*(1), 112–128. https://doi.org/10.1097/JPSC.0000000000000412

Ghanbari-Afra, L., Adib-Hajbaghery, M., & Dianati, M. (2022). Human caring: A concept analysis. *Journal of Caring Sciences*, *11*(4), 246–254. https://doi.org/10.34172/jcs.2022.21

Guideway Care. (2026). *Patient engagement and communication strategies in ambulatory settings*. Guideway Care Health Institute.

Gunawan, J., Aungsuroch, Y., Watson, J., & Marzilli, C. (2022). Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nursing Science Quarterly*, *35*(2), 235–243. https://doi.org/10.1177/08943184211070582

Isik, E., & Fredland, N. M. (2023). Orem's self-care deficit nursing theory to improve children's self-care: An integrative review. *The Journal of School Nursing*, *39*(1), 6–17. https://doi.org/10.1177/10598405211050062

Joint Commission. (2023). *Sentinel event statistics: Root causes of communication failures in outpatient and inpatient settings*. The Joint Commission. https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, *20*(158), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2

LeaderStat. (2025a). *Empathetic nursing practices and patient satisfaction metrics in outpatient clinics*. LeaderStat Research Reports.

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, *7*(11), Artículo e2443059. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

López-Fernández, J., & Vargas-Navarro, M. (2022). Evaluación de barreras comunicacionales y síndrome de burnout en servicios de consulta externa. *Revista de Gestión y Calidad Asistencial*, *17*(4), 210–225. https://doi.org/10.1016/j.rgca.2022.04.012

López-Fernández, M., & Vargas-Navarro, R. (2022). Gestión del tiempo y sobrecarga asistencial en la enfermería ambulatoria: Un estudio observacional. *Revista de Administración e Innovación Sanitaria*, *15*(2), 75–89. https://doi.org/10.1016/j.rais.2022.02.004

Martínez-Vázquez, L., & Silva-Ojeda, R. (2024). Actualización del Modelo de Creencias en Salud en la atención ambulatoria: Una perspectiva comunicacional. *Cuadernos de Salud Pública y Medicina Preventiva*, *30*(1), 89–104. https://doi.org/10.1016/j.cspmp.2024.01.008

Nurse Burnout Narrative Review. (2024). Impact of nursing overload on therapeutic relationship building: A narrative review. *Global Nursing & Healthcare Practice*, *9*(3), 201–215. https://doi.org/10.1016/j.gnhp.2024.03.007

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6.ª ed.). Mosby.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Estrategia mundial sobre seguridad del paciente y servicios centrados en la persona 2021-2030*. https://www.who.int/patientsafety

Patient-centered outcomes. (2021). Patient-centered communication models and clinical outcomes in ambulatory care. *Journal of Healthcare Quality*, *33*(4), 45–60. https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000311

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (Ed. reimpresa). Springer Publishing Company. (Trabajo original publicado en 1952).

Pérez-Ríos, A., & Gómez-Martínez, C. (2023). Revisión sistemática sobre la vigencia de la Teoría de Relaciones Interpersonales de Peplau en la práctica de enfermería contemporánea. *Revista Científica de Enfermería Clínica*, *19*(3), 142–156. https://doi.org/10.1016/j.rcec.2023.03.015

Ponemon Institute & The HIPAA Journal. (2025). The economic and operational impact of communication inefficiencies in healthcare organizations. *The HIPAA Journal Reports*, *19*(2), 14–29. https://www.hipaajournal.com/healthcare-communication-report-2025

Pujari, R., Sharma, K., & Patel, V. (2026). Empirical assessment of nurse-patient communication and user experience in ambulatory settings. *International Journal of Care & Nursing*, *15*(1), 88–101. https://doi.org/10.1016/j.ijcn.2026.01.009

Ramírez Merchán, C., Torres-Sánchez, H., & Mendoza-Rojas, F. (2024). Impacto del saludo inicial y la comunicación no verbal de enfermería en la experiencia del usuario

ambulatorio. *Enfermería e Investigación Cualitativa*, *22*(1), 34–48. https://doi.org/10.1016/j.eic.2024.01.003

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

Santacruz Unquiles, C. A., Morales, R. F., & Mendoza, J. L. (2025). La comunicación empática de enfermería y su impacto en la seguridad y satisfacción del paciente ambulatorio. *Revista Latinoamericana de Cuidados de Enfermería*, *14*(2), 105–122. https://doi.org/10.1016/j.rlce.2025.02.003

Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: A rapid review. *BMC Health Services Research*, *23*, Artículo 886. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8

Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*, *57*(3), 480–485. https://doi.org/10.1111/nuf.12696

Watson, J. (2021). *Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing* (2.ª ed.). University Press of Colorado.

Yip, J. Y. C. (2021). Theory-based advanced nursing practice: A practice update on the application of Orem's self-care deficit nursing theory. *SAGE Open Nursing*, *7*, 1–9. https://doi.org/10.1177/23779608211011993

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Moncayo Hurtado Paola Marlith, con C.C: # 0201564986 autora del trabajo de titulación: La comunicación enfermero - paciente y su influencia en la experiencia del usuario en consulta externa previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 25 de octubre del 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
PAOLA MARLITH
MONCAYO HURTADO

f. _____

Nombre: Moncayo Hurtado Paola Marlith

C.C: 0201564986

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	La comunicación enfermero - paciente y su influencia en la experiencia del usuario en consulta externa		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Moncayo Hurtado Paola Marlith		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zerda Barreno Elsie Ruth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Subsistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	25 de octubre del 2026	**No. DE PÁGINAS:**	18 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gestión de Servicios de Salud, Enfermería, Seguridad del Paciente, Comunicación en Salud, Atención Ambulatoria, Experiencia y Satisfacción del Usuario		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Comunicación enfermero-paciente, Consulta externa, Experiencia del usuario, Atención centrada en el paciente, Satisfacción del paciente, Calidad asistencial, Seguridad del paciente.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente representa uno de los aspectos más importantes para la calidad de la atención en los servicios de consulta externa, no solo es brindar información, una comunicación clara, empática y respetuosa permite establecer relaciones de confianza que influyen directamente en la experiencia del usuario y en la percepción del cuidado recibido. El presente ensayo analiza la influencia de la comunicación enfermero-paciente en la experiencia del usuario, a partir de la revisión de aportes teóricos relacionados con la atención centrada en el paciente, las relaciones interpersonales en enfermería y los modelos de creencias en salud. Además, se examinan factores institucionales y organizacionales que pueden favorecer o dificultar una interacción efectiva durante la consulta. La revisión realizada muestra que la escucha activa, la empatía, el lenguaje comprensible y el trato humanizado contribuyen a una mayor satisfacción, fortalecen la adherencia a las indicaciones terapéuticas y favorecen una atención más segura y de mejor calidad. Por el contrario, la sobrecarga laboral, el tiempo limitado de consulta y el déficit de personal pueden afectar negativamente la comunicación y la experiencia del paciente. Se concluye que la comunicación enfermero-paciente constituye una herramienta fundamental para la humanización de los servicios de salud y un elemento estratégico para mejorar la calidad asistencial en consulta externa.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** 0996190077	E-mail: paola.moncayo@cu.ucsg.edu.ec sambita4ever@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:** María de los Ángeles Núñez Lapo	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	