

INSTITUTO COLOMBIANO DE ENDODONCIA



Conferencia de actualidad
Febrero 24-2026

www.incoendo.com

Análisis de las barreras de comunicación en la atención médica: Un camino para mejorar la resiliencia, la fiabilidad y la seguridad del paciente en la comunicación.

Presentación y Análisis Crítico

Tipo de publicación: Artículo de conferencia

Guttman OT, Lazzara EH, Keebler JR, Webster K LW, Gisick LM, Baker AL. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. J Patient Saf. 2021 Dec 1;17(8):e1465-e1471. doi: 10.1097/PTS.0000000000000541. PMID: 30418425.

Autor-Presentación:

Jorge Orlando Cortés Torres
Profesor Asociado de la Facultad de Odontología.
Departamento de medicina oral, ciencias básicas y cirugía.
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia – Sur América
Correspondencia: jocortest@unal.edu.co
incoendo@gmail.com

Odontólogo (1983); Especialista en Endodoncia (1988); Magister Evaluación en Educación (1999); Diplomado en Urgencias Odontológicas Ambulatorias (2012); Diplomado de entrenamiento de Implantología Básica y Avanzada (2013); Diplomado en Implantes. Par académico del Ministerio de Educación Nacional; Profesor fundador de cinco postgrados de Endodoncia de los cuales, dos como creador y director.
Autor de 12 libros de Endodoncia. Práctica clínica Institucional (Fuerza Aérea Colombiana durante 20 años) y práctica clínica desde la graduación en 1983.
Profesor universitario en varias universidades de forma ininterrumpida desde 1986.

Formato y metodología:

Se ha tomado como base la publicación de Guttman OT, Lazzara EH, Keebler JR, Webster K LW, Gisick LM, Baker AL. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. J Patient Saf. 2021 Dec 1;17(8):e1465-e1471. doi: 10.1097/PTS.0000000000000541. PMID: 30418425.

Se han mantenido los conceptos literalmente iguales a su publicación en el idioma original. Para evitar confusión, los análisis e intervenciones (argumentadas con referencia científica verificable) del profesor JO. Cortés-Torres van precedidos y finalizados como se explica a continuación indicando el inicio y fin del comentario y con fondo de color en el texto.

Los casos clínicos presentados (todos del profesor JO Cortés-Torres) han sido con el consentimiento informado del paciente que permiten recrear y comprender un poco mejor la presentación.

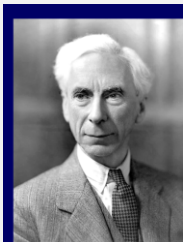
Comentarios JO Cortés-Torres

Fin de los comentarios JO Cortés-Torres

Affiliations

1 Department of Human Factors and Behavioral Neurobiology, Embry-Riddle Aeronautical University, Daytona Beach, Florida.

2 Armstrong Institute for Patient Safety and Quality, Johns Hopkins School of Medicine, Department of Surgery, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland.



Bertrand A.W. Russell
(1872-1970)

"Que te ignoren, que te ataquen, que te cuestionen, pero que nunca te silencien..."

Filósofo, matemático, lógico y escritor británico
Premio Nobel de Literatura-1950

EDITORIAL

Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety

Oren T. Guttman, MD, MBA,*† Elizabeth H. Lazzara, PhD,‡ Joseph R. Keebler, PhD,‡
Kristen L. W. Webster, PhD,§ Logan M. Gisick, BS,‡ and Anthony L. Baker, PhD‡

Abstract: Suboptimal exchange of information can have tragic consequences to patient safety and survival. To this end, the Joint Commission has communication error among the most common attributable causes of sentinel events. The risk management literature further supports this finding, attributing communication error as a major factor (79%) in adverse events.

and attributable to 37% of high severity injury cases.¹ The magnitude of the problem of ineffective communication costs on average U.S. \$2.2 million per year per healthcare system.²

In general, it seems that communication is inconsistent in the medical context³ and often fraught with misunderstandings, language difficulties, and misinterpretations.^{4,5} However, routinely, break-

Resumen

Un intercambio de **información deficiente** puede tener consecuencias trágicas para la seguridad y la supervivencia del paciente.

Por ello, la **Joint Commission** incluye los errores de comunicación entre las causas atribuibles más comunes de eventos centinela.

La literatura sobre gestión de riesgos respalda aún más este hallazgo, atribuyendo los errores de comunicación como un factor importante (70%) en los eventos adversos.

A pesar de las numerosas estrategias para mejorar la seguridad del paciente, arraigadas en otras industrias de alta confiabilidad (por ejemplo, la aviación comercial y la aviación naval), la comunicación sigue siendo un desafío adaptativo difícil de superar en el panorama sociotécnico que define la atención médica.

Atribuir una interrupción en el intercambio de información a un simple "error de comunicación" genérico sin mayor especificación es ineficaz y una simplificación excesiva de un fenómeno complejo.

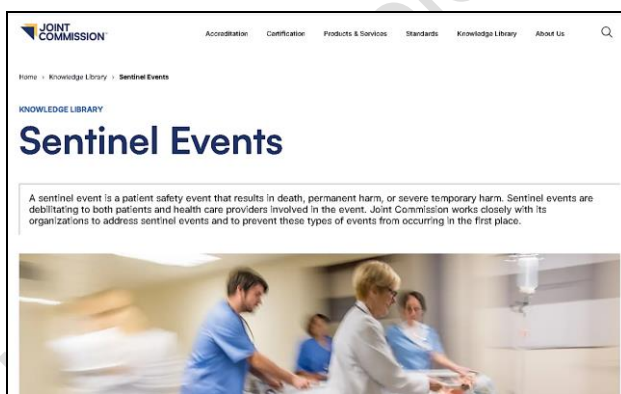
- Se necesita un análisis más profundo del error de comunicación mediante un análisis de causa raíz, un análisis de modos de fallo y efectos, o mediante un sistema de notificación de eventos.
- Generalizar en lugar de categorizar es una simplificación excesiva que dificulta el reconocimiento de patrones claros y, por lo tanto, impide intervenciones específicas para mejorar la confiabilidad del proceso.
- Proponemos que ser más precisos al describir los errores de comunicación es un mecanismo válido para aprender de ellos.
- Afirmamos que al deconstruir la comunicación en la atención médica en sus partes elementales, surge una estrategia de aprendizaje organizacional más eficaz que permite esfuerzos más enfocados en la mejora de la seguridad del paciente.
- Tras definir las barreras para una comunicación eficaz, mapeamos estrategias de recuperación basadas en la evidencia y herramientas específicas para cada barrera como táctica para mejorar la fiabilidad y la validez del intercambio de información en la atención médica.

Un intercambio inadecuado de información puede tener consecuencias trágicas para la seguridad del paciente. La Comisión Conjunta afirma que los errores de comunicación siguen siendo la causa raíz atribuible más común en el 65% de los eventos centinela.

- The Joint Commission. Sentinel event statistics data: root causes by event type (2004–2014).

Available at: https://www.jointcommission.org/se_data_event_type_by_year/. Accessed November 3, 2018

Comentarios JO Cortés-Torres



<https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/sentinel-events>

Un evento centinela es un evento de seguridad del paciente que resulta en muerte, daño permanente o daño temporal grave.

Los eventos centinela son debilitantes tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud involucrados.

La Comisión Conjunta (Joint Commission) trabaja en estrecha colaboración con sus organizaciones para abordar los eventos centinela y prevenir su ocurrencia.

La literatura sobre gestión de riesgos señala además que los errores de comunicación son un factor importante en el 70% de los eventos adversos.

- Rabøl LI, Andersen ML, Østergaard D, Bjørn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. BMJ quality & safety, 2011 Mar;20(3):268-74. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040238. Epub 2011 Jan 5. PMID: 21209139.

Atribuibles al 37% de los casos de lesiones de alta gravedad.

- Systems CRIC. Malpractice risks in communication failures 2015. Annu Benchmarking Rep. 2015.

La magnitud del problema de la comunicación ineficaz cuesta un promedio de 2.2 millones de dólares estadounidenses al año por sistema de salud.

- Systems CRIC. Malpractice risks in communication failures 2015. Annu Benchmarking Rep. 2015.

En general, parece que la comunicación es inconsistente en el contexto médico (Rabøl LI, *et al*, 2011) y a menudo está plagada de malentendidos, dificultades lingüísticas y malas interpretaciones (Systems CRIC, 2015).

- Rabøl LI, Andersen ML, Østergaard D, Bjørn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. BMJ quality & safety, 2011 Mar;20(3):268-74. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040238. Epub 2011 Jan 5. PMID: 21209139.
- Systems CRIC. Malpractice risks in communication failures 2015. Annu Benchmarking Rep. 2015.

Sin embargo, rutinariamente, las fallas en el intercambio de información dentro del ámbito sanitario se registran como un "error de comunicación" **genérico** sin mayor análisis ni diferenciación (Systems CRIC, 2015).

Esta simplificación excesiva de un fenómeno complejo dificulta el reconocimiento y la recuperación de errores, y constituye un error fundamental para lograr una alta fiabilidad.

- Systems CRIC. Malpractice risks in communication failures 2015. Annu Benchmarking Rep. 2015.

- Proponemos que ser más precisos al describir la comunicación es esencial para aprender de estos eventos de error.
- Afirmamos que deconstruir la comunicación en la atención médica en sus componentes fundamentales es una estrategia de aprendizaje organizacional más eficaz y permitirá esfuerzos de mejora más focalizados.
- **En este artículo, analizamos** la comunicación en función de las barreras identificadas y mapeamos estrategias o herramientas basadas en la evidencia para facilitar intervenciones de seguridad del paciente más resilientes y sostenibles, destinadas a reducir el daño causado por las fallas de comunicación en la atención médica.

RESEÑA DE LA COMUNICACIÓN

Algunos definen la comunicación como la información unidireccional, verbal y no verbal, que se intercambia entre un emisor y un receptor.

- Deetz S. Future of the Discipline: The Challenges, the Research, and the Social Contribution. In: Deetz S, ed. Communication Yearbook vol. 17. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc; 1984:565-600.

Sin embargo, esta perspectiva de la comunicación **es inadecuada** y no abarca las múltiples facetas del intercambio de información **en el ámbito sanitario**.

- No tiene en cuenta la exactitud ni la precisión del intercambio de información, ni los patrones, el contenido, la frecuencia, la interpretación ni la respuesta.

Conscientes del dinamismo y la densidad de la comunicación, aprovechamos la definición propuesta por Salas *et al.*, en 2014 (Salas E, Shuffler M, Thayer A, *et al.* 2014) y la modificamos como **un proceso recíproco** en el que las personas envían y reciben información precisa y exacta que forma y transforma las actitudes, los comportamientos y las cogniciones, influenciado por factores internos y externos.

- Salas E, Shuffler M, Thayer A, *et al.* Understanding and diagnosing teamwork in organizations: a scientifically based practical guide. Hum Resour Manage. 2014;54:599-622. <https://doi.org/10.1002/hrm.21628>Digital Object Identifier (DOI)

Véase la **Figura 1** para una representación gráfica de la comunicación.

Dado que la comunicación se ve alterada por diversos elementos, existen diversas barreras que pueden dificultarla.

Proponemos que la causa de la ruptura de la comunicación puede clasificarse en una (o más) de las siguientes cinco barreras causales:

1. Conductual
2. Cognitiva
3. Lingüística
4. Ambiental
5. Tecnológica

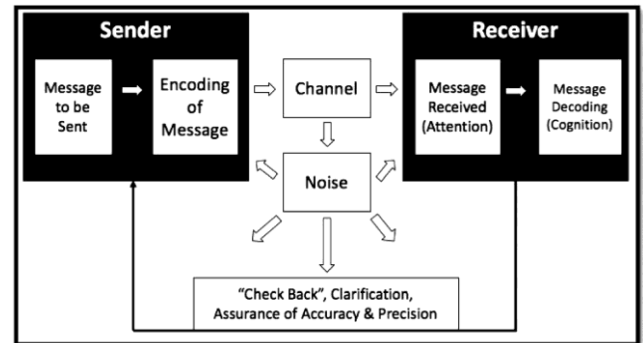


FIGURA 1. Modelo de comunicación.

En las siguientes secciones, analizamos cada barrera, ofrecemos un ejemplo y proponemos herramientas y estrategias para superarla.

BARRERAS Y ESTRATEGIAS

1. Barrera Conductual

La **primera barrera** para la comunicación es simplemente la **falta de comunicación**.

Cuando los profesionales sanitarios deben expresar inquietudes, hacer preguntas o compartir información para el beneficio de un paciente, esto se denomina comportamiento de **"hablar sin reservas"**.

Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Qual Saf.* 2012 Sep;21(9):791-9. doi: 10.1136/bmjqs-2010-050211. Erratum in: *BMJ Qual Saf.* 2013 Feb;22(2):182. PMID: 22927492; PMCID: PMC3264837.

Hablar sin reservas es uno de los comportamientos críticos identificados por el Instituto para la Mejora de la Atención Médica ([Institute for Healthcare Improvement](http://www.ihl.org)) para mejorar la seguridad del paciente ([Zee J, et al, 2018](#)) y es un fuerte predictor del rendimiento del equipo en entornos simulados ([Kolbe M, et al, 2012](#)).

Zee J, Kenefick B, Kenefick G. IHI: How to Speak Up for Safety. November 17th, 2016. Available at: <http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/WIHI-Speak-Up-For-Safety.aspx>. Accessed November 3, 2018.

Kolbe M, Burtscher MJ, Wacker J, et al. Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anesth Analg.* 2012;115:1099–1108.

La forma en que se manifiesta la comunicación sin reservas, así como los resultados y las consecuencias de no hacerlo, dependen del tipo de comunicación justificada.

- Por ejemplo, los resultados y las consecuencias pueden ser diferentes al no hablar sin reservas durante una transferencia en comparación con no hacerlo al informar un evento adverso.
- Sin embargo, a pesar de los derechos del paciente y las obligaciones profesionales de priorizar la seguridad del paciente, los profesionales sanitarios suelen actuar por instinto de supervivencia, especialmente si al hablar sin reservas se han encontrado previamente con despidos rápidos, marginación de la información, enojo, pérdida de la relación, intimidación o represalias.

Las personas solo **ALZAN LA VOZ** cuando perciben que el entorno les ofrece seguridad psicológica.

- Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. Admin Sci Quart. 1999;44:350-383
<https://doi.org/10.2307/2666999>

En este sentido, alzar la voz puede considerarse una conducta social y políticamente arriesgada para los profesionales sanitarios debido a numerosos factores, pero es especialmente problemático en un entorno con jerarquías rígidas.

- Schwappach DL, Gehring K. Trade-offs between voice and silence: a qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns. BMC Health Serv Res. 2014;14:303.
- Todorova IL, Alexandrova-Karamanova A, Panayotova Y, et al. Organizational hierarchies in Bulgarian hospitals and perceptions of justice. Br J Health Psychol. 2014;19:204-218.

Los **profesionales sanitarios** pueden ser reacios a los conflictos, preferir la no confrontación o haber aprendido a evitar hablar por malas experiencias previas.

- Milliken F, Morrison E. Shades of silence: emerging themes and future directions for research on silence in organization. J Manag Stud. 2003;40: 1563-1568.

A veces, los **profesionales clínicos** no están dispuestos a hablar por miedo a equivocarse o a ser percibidos como incompetentes o incapaces.

Otra razón por la que los profesionales clínicos pueden no hablar es el miedo a las represalias.

- The Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety, 2008.
- O'Daniel M, Rosenstein A. Professional communication and team collaboration. In: Hughes R, ed. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville, MD: AHRQ Publications; 2008.

☞ **Es decir**, temen perder su trabajo o ser ignorados para un ascenso.

Por último, los profesionales clínicos pueden no hablar por miedo a ofender a alguien o a usurpar la experiencia de alguien, por lo que permanecen en silencio como cortesía profesional, creando un **"muro de silencio"**.

- Gibson R, Singh J. Wall of Silence: The Untold Story of the Medical Mistakes That Kill and Injure Millions of Americans. Washington DC: Lifeline Press; 2003

Además, si los profesionales clínicos sienten que sus esfuerzos por hablar no se tienen en cuenta, esto reduce aún más su disposición a hacerlo en el futuro.

Esta sensación de **"invisibilidad"** es especialmente preocupante para las enfermeras, los residentes y los miembros menos experimentados del equipo.

- Todorova IL, Alexandrova-Karamanova A, Panayotova Y, Dimitrova E. Organizational hierarchies in Bulgarian hospitals and perceptions of justice. Br J Health Psychol. 2014 Feb;19(1):204-18. doi: 10.1111/bjhp.12008. Epub 2012 Dec 7. PMID: 23216945.

Espacio para el humor



Finalmente, la falta de expresión podría deberse a una sensación de inutilidad o resignación ante la falta de recursos para impulsar el cambio.

- Garon M. Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. J Nurs Manag. 2012 Apr;20(3):361-71. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x. Epub 2011 Oct 13. PMID: 22519614.

- La mayoría de las razones por las que los profesionales clínicos no hablan.

Una posible solución para mejorar la capacidad de expresión y la comunicación es crear oportunidades, tanto temporales como espaciales, para que los profesionales sanitarios atiendan sus relaciones.

▪ Jehn, K. A., & Shah, P. P. (1997). Interpersonal relationships and task performance: An examination of mediation processes in friendship and acquaintance groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 775–790. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.775>

- De igual manera, es lógico que, con el tiempo, las relaciones entre el personal hospitalario se complejicen.
- Las organizaciones harían bien en reparar las relaciones apoyando programas que permitan la reparación de las expectativas incumplidas.
- Esto debería realizarse periódicamente mediante simposios fuera del entorno laboral que se centren en fomentar la confianza interpersonal.
- Este tipo de eventos requiere cierta estructura y formato para fomentar un acuerdo entre los profesionales sanitarios sobre cómo impulsar las relaciones individuales.
- Aun asumiendo que existen relaciones de confianza, el personal aún necesita el lenguaje para expresarse.

Una estrategia del manual de Aviación del Ejército de los EEUU recomienda expresarse mediante un protocolo llamado "regla de los dos desafíos".

▪ Unmanned Aircraft System Commander's Guide and Aircrew Training Manual, TC 1-600; Headquarters Department of the Army. Section 4–4. Published on August 23, 2007

Al abordar una inquietud de **seguridad**, cualquier miembro del equipo de atención médica puede "impugnar" una acción o decisión que podría perjudicar a un paciente para que su inquietud sea reconocida y atendida antes de que el equipo proceda.

Si la inquietud no se aborda satisfactoriamente, es apropiado solicitar la suspensión de todas las acciones o buscar una autoridad superior para investigar el asunto a fondo.

Se anima a los miembros del equipo a expresar su inquietud, las razones por las que la acción o decisión los incomoda y, como último recurso, a detenerla por completo insistiendo en que se trata de un problema de seguridad.

☞ Como ejemplo de la regla de los dos desafíos en acción, en el quirófano, una enfermera puede hablar con un cirujano sobre la falta de instrumental.

Si el cirujano continúa cerrando la herida sin considerar la posibilidad de que el instrumento quede retenido en el paciente, la enfermera tendrá la facultad de intervenir nuevamente y presentar una segunda objeción para proceder con el cierre de la herida.

Esta segunda objeción de la enfermera obligará al cirujano a detener el cierre hasta que se complete otro recuento de instrumentos.

- Si el cirujano no cumple con la suspensión, se podrá solicitar la intervención de otro cirujano o director quirúrgico.

Una forma específica de la regla de dos desafíos se conoce con el acrónimo "CUS" (**Estoy preocupado, Incómodo, ¡Alto!**) (**I am Concerned, Uncomfortable, Stop!**), desarrollado por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica y el Departamento de Defensa.

▪ AfHRA Quality CUS Tool - Improving Communication and Teamwork in the Surgical Environment Module. 2017; Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/hais/tools/ambulatory-surgery/sections/implementation/training-tools/cus-tool.html>. Accessed October 10, 2018.

El CUS (**Estoy preocupado, Incómodo, ¡Alto!**) consiste en una serie de declaraciones progresivas, tanto en tono como en asertividad, para detener una situación **potencialmente peligrosa**.

Por ejemplo, imaginemos a una enfermera y un cirujano de quirófano que están vendando la pierna equivocada después del tiempo fuera.

La enfermera diría: "Me preocupa que esté vendando la pierna equivocada".

Si no se respondía adecuadamente a ese desafío, la enfermera intensificaría el tono y la asertividad:

"No me siento cómoda con continuar hasta que revisemos el historial médico y aclaremos lo que dicen el consentimiento y las notas médicas".

En caso de que un cirujano no accediera a detenerse y reevaluar, la enfermera titulada estaría obligada a pedir un punto final:

"Equipo, podríamos estar operando la pierna equivocada.

Necesitamos PARAR ahora y reevaluar.

No podemos continuar hasta que se aclare esta ambigüedad".

Una modificación del CUS que parece ser de particular importancia es que los médicos incluyan el razonamiento (**el porqué, no solo el qué**) de su preocupación.

Incluir su justificación inicia un diálogo y tiene el potencial de mejorar la relación, especialmente cuando los miembros del equipo puedan tener información incompleta o incorrecta.

Al usar el CUS (**Estoy preocupado, Incómodo, ¡Alto!**), el equipo puede lograr un entendimiento mutuo.

Stoelting R. Monitoring of neuromuscular blockage: What would you expect if you were the patient? JAnesth Patient Saf Found Newsletter. 2016; 30:45-47

<https://www.apsf.org/article/monitoring-of-neuromuscular-blockade-what-would-you-expect-if-you-were-the-patient/>

Como ejemplo de la eficacia del CUS, un servicio de urgencias académico descubrió que el conocimiento y las actitudes respecto a la comunicación y la seguridad del paciente **habían aumentado tras implementar un programa de formación en equipo** que incluía el CUS.

▪ Lisbon D, Allin D, Cleek C, Roop L, Brimacombe M, Downes C, Pingleton SK. Improved Knowledge, Attitudes, and Behaviors After Implementation of TeamSTEPPS Training in an Academic Emergency Department: A Pilot Report. Am J Med Qual. 2016 Jan-Feb;31(1):86-90. doi: 10.1177/1062860614545123. Epub 2014 Aug 20. PMID: 25143410.

Más concretamente, casi la mitad del personal del departamento había utilizado la técnica del CUS (**Estoy preocupado, Incómodo, ¡Alto!**) al menos una vez y había observado que sus compañeros la utilizaban, lo que demuestra que las personas alzan la voz cuando adquieren las técnicas adecuadas.

El uso del CUS no está exento de riesgos para las relaciones entre los miembros del equipo, especialmente si el protocolo se utiliza de forma inapropiada.

Aplicar el CUS de forma inapropiada perjudica la credibilidad profesional y puede erosionar la confianza.

La simulación también puede utilizarse para mejorar la conducta de hablar abiertamente.

Usar la simulación para sumergir a los **profesionales clínicos** en situaciones de juego de roles que les permitan **practicar la conducta de hablar abiertamente** aumenta la resiliencia de esta, especialmente con el personal de enfermería y otros miembros del equipo interprofesional.

▪ Aebersold M, Tschannen D, Sculli G. Improving nursing students' communication skills using crew resource management strategies. J Nurs Educ. 2013 Mar;52(3):125-30. doi: 10.3928/01484834-20130205-01. Epub 2013 Feb 5. PMID: 23380022.

Una metodología podría ser permitir que los actores que participan en la simulación digan o hagan cosas que requieran conductas de hablar abiertamente y luego utilizar esto como estímulo para que el personal tenga la oportunidad de practicar la conducta de hablar abiertamente.

Finalmente, otra técnica que está ganando considerable popularidad como metodología de entrenamiento para mejorar la adquisición de habilidades comunicativas es la **"Improvisación Médica"**.

- Watson K, Fu B. Medical Improv: A Novel Approach to Teaching Communication and Professionalism Skills. Ann Intern Med. 2016 Oct 18;165(8):591-592. doi: 10.7326/M15-2239. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27455469.

En este tipo de formación, los participantes utilizan principios y ejercicios adaptados del teatro de improvisación para mejorar habilidades médicas como la comunicación, el trabajo en equipo y la cognición.

- Watson K. Perspective: Serious play: teaching medical skills with improvisational theater techniques. Acad Med. 2011 Oct;86(10):1260-5. doi: 10.1097/ACM.0b013e31822cf858. PMID: 21869654.

La **comunicación en el ámbito sanitario** comparte muchas similitudes con el teatro; **por lo tanto**, la posibilidad de que los participantes se formen en un entorno de aprendizaje médicamente descontextualizado, psicológicamente seguro, lúdico y relajado facilita el desarrollo de la adaptabilidad, la espontaneidad y la escucha activa.

☞ Es importante destacar su efecto en la comunicación y la confianza en el trabajo en equipo.

Es probable que estos dos dominios se vean afectados porque los participantes en la mejora médica demuestran una mejora autoevaluada en su capacidad para aceptar e incorporar la retroalimentación, interpretar y reconocer las emociones, evaluar el contenido emocional de sus afectos, reconocer las contribuciones de otros miembros, reconocer las limitaciones y la disposición a buscar ayuda, la adaptabilidad al cambio, mantener la compostura profesional en situaciones estresantes y establecer una buena relación, lo cual mejora significativamente después de experimentar la mejora.

- Watson K. Perspective: Serious play: teaching medical skills with improvisational theater techniques. Acad Med. 2011 Oct;86(10):1260-5. doi: 10.1097/ACM.0b013e31822cf858. PMID: 21869654.

2. Barrera cognitiva

La cognición puede convertirse en una barrera para la comunicación cuando el intercambio de información se interrumpe, contiene información insuficiente, carece de contexto o incluye información superflua.

La cognición puede convertirse en una barrera para la comunicación, ya que todas las personas tienen recursos cognitivos limitados para percibir y procesar la información.

- Lavie N, Hirst A, de Fockert JW, Viding E. Load theory of selective attention and cognitive control. J Exp Psychol Gen. 2004 Sep;133(3):339-54. doi: 10.1037/0096-3445.133.3.339. PMID: 15355143.

La cognición humana, al estar relacionada con la atención, es limitada y vulnerable a distracciones e interrupciones.

Las distracciones son causadas por señales que disminuyen la percepción o el procesamiento de la información deseada.

Las distracciones y los consiguientes problemas de comunicación han provocado eventos adversos para los pacientes en **diversos contextos**:

- Transferencias,³⁰
- Manipulación incorrecta de muestras,³¹
- Errores en la administración de medicamentos,³²
- Bajo rendimiento del equipo en el quirófano. ³³

Las interrupciones

- Las interrupciones generalmente **ocurren cuando** una persona debe interrumpir una actividad para atender otra,³⁴
- Y las interrupciones en la comunicación **ocurren cuando** una persona interrumpe una conversación y toma la palabra.³⁵
- Dado que las interrupciones obligan inherentemente a las personas a abandonar la tarea que estaban realizando, su atención y concentración se ven afectadas, lo que genera oportunidades para omitir información durante la comunicación.³⁶

Existen varias **ESTRATEGIAS** para optimizar la atención y mitigar las barreras cognitivas relacionadas con la comunicación.

Un mecanismo consiste en establecer una "cabina estéril", que implica crear la expectativa de que el entorno esté libre de comunicación innecesaria, ruido, volumen, tráfico de personas y alarmas.

Se ha demostrado que la introducción de una cabina estéril es eficaz para reducir el daño al paciente

- Wadhera RK, Parker SH, Burkhart HM, Greason KL, Neal JR, Levenick KM, Wiegmann DA, Sundt TM 3rd. Is the "sterile cockpit" concept applicable to cardiovascular surgery critical intervals or critical events? The impact of protocol-driven communication during cardiopulmonary bypass. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010 Feb;139(2):312-9. doi: 10.1016/j.jtcvs.2009.10.048. PMID: 20106395.

Otro mecanismo para mejorar el intercambio de información implica un enfoque escalonado en el que los profesionales clínicos hacen al paciente corresponsable de la gestión eficiente del tiempo y **utilizan la interrupción empática con humor**.

De hecho, un consultorio médico general holandés implementó este enfoque y descubrió que compartir la responsabilidad de la gestión del tiempo limitaba las discusiones fuera de tema.

- Giroldi E, Veldhuijzen W, Dijkman A, Rozestraten M, Muris J, van der Vleuten C, van der Weijden T. How to gather information from talkative patients in a respectful and efficient manner: a qualitative study of GPs' communication strategies. *Fam Pract.* 2016 Feb;33(1):100-6. doi: 10.1093/fampra/cmz094. Epub 2015 Nov 23. PMID: 26601673.

Un **tercer mecanismo** posible es centrarse en información crítica y urgente.

Para lograr este objetivo, la industria de submarinos nucleares de la Armada de EEUU desarrolló una **plantilla de comunicación para situaciones de alto riesgo** denominada: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación (**SBAR**).

S: Situation

B: Background

A: Assessment

R: Recommendation

Esta herramienta permite el intercambio de información crítica, mediante la cual se transmite con priorización y puntualidad.

- Narayan MC. Using SBAR communications in efforts to prevent patient rehospitalizations. *Home Healthc Nurse.* 2013 Oct;31(9):504-15; quiz 515-7. doi: 10.1097/NHH.0b013e3182a87711. PMID: 24081133.

Este protocolo se ha utilizado eficazmente en los traslados de pacientes a unidades de cuidados intensivos y ha resultado en una disminución estadísticamente significativa del número de muertes inesperadas de pacientes.

- De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013 Sep;84(9):1192-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016. Epub 2013 Mar 26. PMID: 23537699.

La implementación de un programa **SBAR** también ha mejorado con éxito indicadores específicos de seguridad del paciente.

En un estudio, un programa SBAR redujo las afecciones hospitalarias, como las tasas de caídas e infecciones del tracto urinario por catéter, en un 5% y un 34%, respectivamente.

- Freitag M, Carroll VS. Handoff communication: using failure modes and effects analysis to improve the transition in care process. *Qual Manag Health Care*. 2011 Apr-Jun;20(2):103-9. doi: 10.1097/QMH.0b013e3182136f58. PMID: 21467897.

Además, sugerimos que **SBAR** se adopte ampliamente como una estrategia y no solo como una herramienta.

Las áreas donde SBAR puede aumentar la velocidad y la eficacia de la comunicación incluyen el envío de información sobre cambios en los protocolos, actualizaciones de estado y condiciones de los pacientes, para el intercambio de correos electrónicos y solicitudes, y para memorandos internos.

3. Barrera lingüística

Observar la comunicación desde la perspectiva de un lingüista implica desglosar la estructura y la forma de la comunicación en los componentes del habla conocidos como estilo, tempo, tono, sintaxis, semántica, pragmática, coloquialismos y léxico.

Identificar la velocidad, las fluctuaciones de voz, la elección de palabras, las metáforas, los modismos y la jerga que una persona utiliza para comunicarse puede proporcionar una perspectiva única sobre las fallas de comunicación.

La Tabla 1 describe diversas formas de barreras lingüísticas y cómo pueden contribuir a las fallas en la comunicación.

Linguistic Barrier	Definition	Example
Style	The behaviors we use to communicate with each other	Assertive, aggressive, submissive, or manipulative; direct or indirect
Tempo	Conversational speed	Talking slowly or quickly
Tone	Variation in pitch of the voice	Increase or decrease pitch in associated with emotional responses
Syntax	Structure and rules, grammar	The black cat and le chat noir
Semantics	Word meaning	Different specialties may not be familiar with terminology
Pragmatics	Context of the word usage	"Blood pressure is low" could be due to many reasons, some normal and others detrimental
Colloquialisms	Jargon or lingo	An aortic bypass guide being called an "octopus"
Lexis	Similar sounding words	"Abduct" and "adduct"; Pitressin and Pitocin

Los proveedores pueden superar las barreras lingüísticas de la comunicación mediante el uso de la comunicación explícita y de circuito cerrado ([closed-loop communication - CLC](#)).

- La comunicación explícita implica el uso de preguntas y respuestas tangibles y directas.

Como muestran las flechas en la [Figura 2](#), la información que se comunica debe crear un circuito continuo entre todas las partes involucradas en la conversación.

La comunicación de circuito cerrado requiere que, después de que un emisor inicie el intercambio de información, el receptor la repita.

Esta verificación garantiza que el emisor capte la atención del receptor y que la información sea precisa y exacta.

Desde la perspectiva del receptor, la verificación es una oportunidad para aclarar o recibir confirmación sobre ambigüedades en el intercambio de información.

La literatura ha mostrado que la comunicación de circuito cerrado mejora los tiempos de finalización de tareas en la reanimación de trauma pediátrico, lo que demuestra mejoras en la velocidad y la eficiencia de los equipos de trauma.

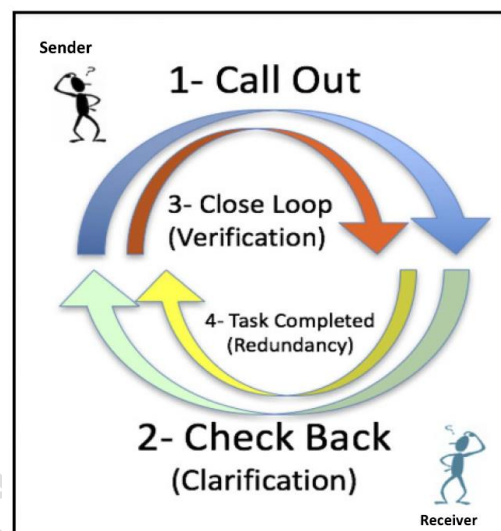


FIGURA 2. Tabla de comunicación de circuito cerrado.

- El-Shafy IA, Delgado J, Akerman M, Bullaro F, Christopherson NAM, Prince JM. Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation. J Surg Educ. 2018 Jan-Feb;75(1):58-64. doi: 10.1016/j.jsurg.2017.06.025. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28780315.

La comunicación de circuito cerrado también ha mostrado que reduce la incidencia de atrapamiento de cuerpos extraños durante la cirugía torácica, un error médico totalmente prevenible.

- Schuenemeyer J, Hong Y, Plankey M, Allen M, Margolis M, Johnson L, De Marchi L, Blair Marshall M. Foreign body entrapment during thoracic surgery-time for closed loop communication. Eur J Cardiothorac Surg. 2017 May 1;51(5):852-855. doi: 10.1093/ejcts/ezw427. PMID: 28204195.

Finalmente, un hospital que implementó un programa de entrenamiento de equipos de simulación con CLC ([closed-loop communication](#)) **demostró** una reducción del 37% en la morbilidad perinatal.

- Riley W, Davis S, Miller K, Hansen H, Sainfort F, Sweet R. Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2011 Aug;37(8):357-64. doi: 10.1016/s1553-7250(11)37046-8. PMID: 21874971.

Mientras tanto, la comunicación estructurada crea **"reglas"** para la entrega de información.

Las herramientas de transferencia ([p.e. SBAR](#)), las sesiones informativas y la **regla de los dos desafíos** ([p.e. CUS](#)) proporcionan terminología y prácticas comunes que todos los proveedores deben seguir.

- SBAR: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación
- "CUS" (**Estoy preocupado, Incómodo, ¡Alto!**) (**I am Concerned, Uncomfortable, Stop!**)

☞ En esencia, los protocolos funcionan como listas de verificación para que los proveedores se aseguren de que se hayan transmitido todos los puntos de información.

☞ El protocolo proporciona un recordatorio visual de qué información debe transmitirse y en qué orden.

Cuando se omite información, otros tienen la facultad de solicitarla o pedir aclaraciones.

Se ha demostrado que los protocolos estructurados aumentan la eficiencia de la transferencia (Keebler JR, *et al*, 2016) y promueven la comunicación interprofesional y la cohesión del equipo (Lingard L, *et al*, 2005).

Keebler JR, Lazzara EH, Patzer BS, et al. Meta-analyses of the effects of standardized handoff protocols on patient, provider, and organizational outcomes. *Hum Factors*. 2016;58:1187–1205.

Lingard L, Espin S, Rubin B, et al. Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:340–346.

Las sesiones informativas permiten a los proveedores discutir el caso en cuestión, ya sea antes o después de una intervención como una cirugía.

Por último, la **regla de los dos desafíos** crea un método estandarizado y formalizado para expresar una inquietud,^{23,47} fomentando una autoafirmación adecuada y creando una comunicación explícita.

▪ Lisbon D, Allin D, Cleek C, Roop L, Brimacombe M, Downes C, Pingleton SK. Improved Knowledge, Attitudes, and Behaviors After Implementation of TeamSTEPPS Training in an Academic Emergency Department: A Pilot Report. *Am J Med Qual*. 2016 Jan-Feb;31(1):86-90. doi: 10.1177/1062860614545123. Epub 2014 Aug 20. PMID: 25143410.

Estas **herramientas de comunicación estandarizadas** y otras similares buscan crear una base para los proveedores, eliminando potencialmente algunas de las posibles barreras lingüísticas entre ellos.

Barrera ambiental

Una barrera frecuente para la comunicación es el **ruido ambiental**.

El ruido ambiental (relacionado con los equipos y el personal)

Generalmente se refiere a cualquier sonido externo dentro del entorno operativo, como conversaciones, herramientas, alarmas y sonidos ambientales de la maquinaria.

▪ Hasfeldt D, Laerkner E, Birkelund R. Noise in the operating room--what do we know? A review of the literature. *J Perianesth Nurs*. 2010 Dec;25(6):380-6. doi: 10.1016/j.jopan.2010.10.001. PMID: 21126668.

Estudios han mostrado que:

- Ruido ambiental en el quirófano oscila entre **55 y 80 dB** (aprox. tan fuerte como una aspiradora), y
- Las herramientas quirúrgicas eléctricas, como los taladros, pueden registrar entre **131 y 140 dBA**, aprox. tan fuerte como el despegue de un avión.
 - Fritsch MH, Chacko CE, Patterson EB. Operating room sound level hazards for patients and physicians. *Otol Neurotol*. 2010;31:715–721.
 - Love H. Noise exposure in the orthopaedic operating theatre: a significant health hazard. *ANZ J Surg*. 2003;73:836–838

En situaciones donde el ruido ambiental interfiere con la comunicación verbal clara, los profesionales de la salud deben aumentar el uso del de circuito cerrado (**Closed-Loop Communication - CLC**).

Además del impacto del ruido en la comunicación, existen muchas **barreras ambientales físicas** presentes en los hospitales (**campanas, mascarillas y equipos**) que afectan la línea de visión del hablante y el oyente, y reducen el componente no verbal de la comunicación.

☞ **Ver el rostro del orador** mejora la detección del ruido del habla y la inteligibilidad del habla.

▪ Grant KW. The effect of speechreading on masked detection thresholds for filtered speech. *J Acoust Soc Am*. 2001;109(5 Pt 1):2272–2275.

▪ Grant KW, Seitz PF. The use of visible speech cues for improving auditory detection of spoken sentences. *J Acoust Soc Am*. 2000;108(3 Pt 1): 1197–1208.

▪ Schwartz JL, Berthommier F, Savariaux C. Seeing to hear better: evidence for early audio-visual interactions in speech identification. *Cognition*. 2004;93:B69–B78

Estas barreras son especialmente preocupantes en contextos de ruido de fondo significativo, cuando un mensaje hablado puede quedar enmascarado por este.

- Sumbly W, Pollack I. Visual contribution to speech intelligibility in noise. J Acoust Soc Am. 1954;26:212–215.

El entorno del quirófano presenta un desafío particular en el ámbito sanitario debido al uso de campos opacos, mascarillas quirúrgicas que cubren el rostro del profesional por debajo de los ojos, maquinaria pesada y equipos ruidosos.

Una **posible solución** incluye el uso de mascarillas quirúrgicas y campos con ventanas **transparentes** para una visualización más nítida de la comunicación verbal.

- Pauchot J, Meresse T, Di Tommaso L, Grumblat A, Samain E, Obert L, Tropet Y. Le champ de tête transparent. Un moyen simple de prévention des accidents liés au changement d'installation en chirurgie plastique [About a simple method to prevent accidents caused by changes in positioning in surgery: The transparent head drape]. Ann Chir Plast Esthet. 2010 Dec;55(6):587-92. French. doi: 10.1016/j.anplas.2010.02.001. Epub 2010 Jun 19. PMID: 20646819.

Un ejemplo de estas tecnologías sencillas pero innovadoras que se utilizan en el ámbito sanitario es el Hospital de Mujeres de Carolina del Norte, que utiliza **campos transparentes durante las cesáreas desde 2015** para que las familias puedan participar más activamente en el nacimiento de su hijo.

- Gynecology. UDoO. Clear Drap Cesarean Section: A birth option at NC womens hospital. Available at: <https://www.med.unc.edu/obgyn/news/clear-drape-cesarean-section-a-birth-option-at-n-c-womens-hospital>. Accessed August 27, 2017

Se necesita más investigación al respecto para comprender plenamente los efectos de los campos transparentes en la comunicación entre el personal del quirófano.

Además, los cirujanos del Hospital Universitario de Besançon argumentan que los campos transparentes permiten que un equipo de enfermería, previamente con dificultades, detecte cuándo la cabeza y las extremidades superiores del paciente se han reposicionado incorrectamente, reduciendo así el riesgo de complicaciones.

En un esfuerzo relacionado, investigadores de la Universidad Emory están llevando a cabo un estudio para observar los cambios en la comunicación al comparar el uso de campos estériles transparentes y opacos.

☞ Los resultados de este estudio contribuirán en gran medida al conocimiento actual sobre este tema.

Atcherson SR., *et al.* (2017) estudiaron el efecto de las **mascarillas quirúrgicas transparentes** en la percepción del habla.

- Atcherson SR, Mendel LL, Baltimore WJ, Patro C, Lee S, Pousson M, Spann MJ. The Effect of Conventional and Transparent Surgical Masks on Speech Understanding in Individuals with and without Hearing Loss. J Am Acad Audiol. 2017 Jan;28(1):58-67. doi: 10.3766/jaaa.15151. PMID: 28054912.
- Evaluaron el rendimiento con y sin ruido de fondo y compararon grupos con audición normal, pérdida auditiva moderada y pérdida auditiva severa.
- Los investigadores descubrieron que ambos grupos de oyentes con pérdida auditiva tenían una percepción del habla significativamente mayor cuando el hablante usaba una mascarilla transparente en lugar de una de papel, y que no se observaron problemas de rendimiento aparentes con las mascarillas transparentes.
- Estos hallazgos sugieren que el personal hospitalario podría beneficiarse del cambio a mascarillas quirúrgicas transparentes mediante mejoras en la percepción general del habla.

Barrera tecnológica

Si bien la integración de las tecnologías de la información en la atención médica ha demostrado claramente sus beneficios, también se han presentado diversos efectos negativos imprevistos en la comunicación.

Para profundizar, la introducción de la historia clínica electrónica ([Electronic Medical Record-EMR](#)) a menudo aísla la información, desvía la atención y sirve como vía para mostrar información obsoleta.

En cuanto a los silos de información, las notas del médico y de enfermería se guardan en secciones separadas del historia clínica electrónica ([Electronic Medical Record-EMR](#)).

- Kleiner B. Sociotechnical System Design in Health Care. In: Carayon P, ed. Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2007.

La separación de las notas del profesional sanitario afecta negativamente la comunicación interprofesional, lo que puede provocar que no se detecten enfermedades potencialmente mortales y retrasar la atención al paciente.⁶⁰

- Hoonakker PL, Carayon P, Walker JM, Brown RL, Cartmill RS. The effects of Computerized Provider Order Entry implementation on communication in Intensive Care Units. *Int J Med Inform.* 2013 May;82(5):e107-17. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.11.005. Epub 2013 Jan 5. PMID: 23298435; PMCID: PMC3624062.

Finalmente, la información que suele encontrarse en la EMR ([Electronic Medical Record](#)) puede, en ocasiones, ser el resultado de copiar y pegar información antigua, lo que puede generar una **comunicación inexacta y provocar errores médicos significativos**.

- Thornton JD, Schold JD, Venkateshaiah L, et al. Prevalence of copied information by attendings and residents in critical care progress notes. *Crit Care Med.* 2013;41:382-388.

Se estima que uno de cada diez historiales clínicos contiene cierta cantidad de **información médica inexacta y desactualizada**.

- Hammond KW, Helbig ST, Benson CC, Brathwaite-Sketoe BM. Are electronic medical records trustworthy? Observations on copying, pasting and duplication. *AMIA Annu Symp Proc.* 2003;2003:269-73. PMID: 14728176; PMCID: PMC1480345.

Los profesionales sanitarios pueden implementar procedimientos para mejorar el EMR ([Electronic Medical Record](#)) centrado en el paciente, como HUMAN ([AlkureishiM, et al, 2014](#)) y LEVEL ([Mann WR, Slaboch J., 2004](#)), proyectos que incluyen las mejores prácticas para mantener el enfoque en el paciente, no en el HCE.

- AlkureishiM, LeW, Farnan J, et al. Breaking away from the iPatient to care for the real patient: implementing a patient-centered EMR use curriculum. *Med Ed Portal.* 2014;10:9953.
- Mann WR, Slaboch J. Computers in the Exam Room-Friend or Foe? *Permanente J.* 2004;8:49-51.

Finalmente, para reducir los errores de comunicación relacionados con la clonación de datos médicos, la Comisión Conjunta ([Joint Commission](#)) ha recomendado la inclusión de una función de verificación en la EMR ([Electronic Medical Record](#)).

Este **sistema de verificación** compararía la nota actual del proveedor con notas anteriores para analizar la cantidad de duplicación presente en el registro, aumentando así la conciencia sobre la información inexacta.

- The Joint Commission. Quick Safety Issue 10. The Joint Commission. 2015;613.

CONCLUSIONES

Las fallas de comunicación en la atención médica suelen tener **consecuencias nefastas** para los pacientes.

Abordar un fenómeno complejo con una educación y capacitación más no prescriptivas no contribuirá en gran medida a la seguridad de los pacientes.

En cambio, un esfuerzo más estratégico y productivo podría ser analizar los errores de comunicación para determinar qué barreras impiden una comunicación efectiva y abordarlas con herramientas específicas.

Desglosar la comunicación en las barreras específicas, evitando la tendencia a simplificar excesivamente, permite un aprendizaje organizacional más profundo sobre el estado actual de la comunicación en la organización.

Además, comprender la comunicación a nivel granular permite realizar sesiones de capacitación más efectivas y fáciles de medir.

Hemos presentado las siguientes cinco barreras principales que conducen a fallas de comunicación:

1. Conductuales
2. Cognitivas
3. Lingüísticas
4. Ambientales y tecnológicas.

Para cada barrera, resumida (Tabla 2), hemos presentado herramientas específicas basadas en la evidencia para facilitar un enfoque más resiliente y sostenible para desarrollar, difundir y difundir activamente conocimientos, habilidades y actitudes en torno a la comunicación.

Resumen de barreras de comunicación			
Barrera	Ejemplo de Barrera	Estrategia Potencial	Explicación
1. Conductuales	Falta de proveedores que hablen a los superiores	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el protocolo de comunicación (CUS: concerned, uncomfortable, stop) Incluir eventos de coordinación relacional Enseñar improvisación médica 	Utilice el protocolo CUS ("Estoy preocupado, incómodo, deténgase"), agregando un marco de referencia de por qué está preocupado.
2. Cognitivas	Distracciones del entorno, incluidas alarmas, tráfico humano y comunicaciones innecesarias.	<ul style="list-style-type: none"> Instituir la filosofía de cabina estéril Compartir la responsabilidad del intercambio de información Utilizar plantillas de comunicación (SBAR) 	Establecer la expectativa de que el entorno de trabajo esté libre de comunicaciones innecesarias, ruido, volumen, tráfico humano y alarmas.
3. Lingüísticas	Durante las transferencias, los emisores y los receptores tienen diferentes ritmos de habla (hablan demasiado rápido).	<ul style="list-style-type: none"> Uso de la comunicación explícita y de circuito cerrado (CLC) (closed-loop communication - CLC). 	Asegúrese de que los hablantes y los oyentes comprendan la información mediante un conjunto estándar de comprobaciones después de los eventos de comunicación.
4. Ambientales	Durante la cirugía, las barreras físicas, como campos, máscaras y equipos, impiden la comunicación verbal y no verbal.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar tecnologías de ventanas transparentes 	Implementar mascarillas quirúrgicas de paneles transparentes y campos transparentes para permitir la percepción de los movimientos de la boca y los gestos entre los diferentes miembros de los equipos quirúrgicos.
5. Tecnológicas	Los proveedores pasan demasiado tiempo interactuando con computadoras / EMR y no el tiempo suficiente para los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Aproveche las mejores prácticas y los mnemotécnicos 	Introduzca el mnemónico HUMANO honrar el minuto de oro, utilizar el triángulo de confianza, maximizar la interacción con el paciente, familiarizarse con el cuadro, descartar la pantalla, dejar que el paciente mire, contacto visual, valorar la computadora, explicar lo que está haciendo, cerrar la sesión

EMR (Electronic Medical Record-EMR) - historia clínica electrónica

Suscripción sin costo:

Enviar la información
solicitada:

email: incoendo@gmail.com /
wasap:
+57 315 3517449
+57 315 0502244

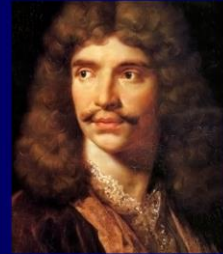
42

Principios Básicos: Así de simple



Jean-Baptiste Poquelin
Molière

*No solo nos
responsabilizamos por lo
que hacemos, sino también
por lo que no hacemos.*



Poeta y dramaturgo francés, conocido en la actualidad por ser uno de los mejores escritores de la historia.

Comparado con Cervantes o William Shakespeare, algo que muy pocos otros dramaturgos de todos los tiempos pueden tan siquiera igualar.

Enero 15-1622 – Feb. 17-1673

Cortés Torres Jorge Orlando