

Soft skills en la práctica radiológica

Revisión de las herramientas para reforzar el vínculo terapéutico y la relación médico-paciente en radiodiagnóstico

Aguirre Arroita M¹, Dehesa Garcia A¹, Ruiz Hernandez P¹, Livrone F¹, Oca Pernas R¹, Orgaz Barnier P²

¹Osatek Deusto ² H psiquiátrico Zamudio

Presentación Electrónica Educativa · Formación · SERAM 2026 · Valencia

Índice · Contenidos de la presentación

Contexto y justificación

Metodología · PRISMA

Resultados · 8 factores identificados

Factores 1–4 · Personalización y comunicación

Factores 5–8 · Entorno, familia y técnicas

Discusión · Conclusiones

Contexto: despersonalización en medicina y radiodiagnóstico

□ □ **Tecnificación acelerada**

La medicina moderna prioriza eficiencia y métricas. El tiempo de contacto médico-paciente se reduce sistemáticamente en todos los niveles asistenciales.

Erosión del vínculo terapéutico

La relación médico-paciente es factor terapéutico independiente. Su deterioro impacta en adherencia, satisfacción y resultados en salud.

Vulnerabilidad del radiodiagnóstico

El radiólogo es el «médico invisible». El paciente no lo conoce ni lo ve, y recibe los resultados a través de otro profesional.

Evidencia infraaplicada

Existe literatura sobre herramientas de comunicación en medicina. Su aplicación sistemática en radiodiagnóstico es escasa y poco estudiada.

Justificación y pregunta de investigación

1–15%

pacientes con claustrofobia en RM sin protocolo específico

<5 min

tiempo medio de interacción radiólogo-paciente en estudios convencionales

72%

factores de mejora identificados relacionados con la comunicación interpersonal

Pregunta de investigación:

¿Qué herramientas y habilidades comunicativas pueden facilitar que los radiólogos refuercen los vínculos terapéuticos y ofrezcan a los pacientes un apoyo más eficaz durante la atención en radiodiagnóstico?

Objetivos

Objetivo principal

Revisar las herramientas que pueden facilitar que los radiólogos refuercen los vínculos terapéuticos y puedan ofrecer a los pacientes apoyo más eficaz, en un contexto en el que los avances tecnológicos y las condiciones del sistema de salud dificultan el desarrollo de la relación médico-paciente.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores que mejoran la interacción médico-paciente en radiodiagnóstico según la literatura disponible.
2. Describir las herramientas comunicativas aplicables al entorno radiológico.
3. Analizar la evidencia disponible sobre la efectividad de dichas herramientas.

Material y Método · Diseño del estudio y estrategia de búsqueda

Tipo de estudio	Revisión bibliográfica · Estudio descriptivo transversal
Base de datos	PubMed / MEDLINE
Período	Publicaciones 2015–2021
Términos búsqueda	("softskills" OR "doctor patient communication" OR "empathy") AND ("radiology" OR "radiologist" OR "radiodiagnostic")
Resultados iniciales	324 estudios identificados
Estudios incluidos	25 estudios seleccionados tras aplicación de criterios de inclusión/exclusión
Idiomas	Inglés y español

Proceso de selección de estudios · Diagrama de flujo



Resultados: 8 factores identificados que mejoran la interacción médico-paciente

Obtenemos 324 estudios, de los cuales seleccionamos 25 que reúnen las características para los objetivos. Encontramos 8 factores que mejoran la interacción médico-paciente.

1

Atención personalizada

18/25 estudios (72%)

2

Comunicación empática

21/25 estudios (84%)

3

Información anticipada

19/25 estudios (76%)

4

Conocimiento del paciente

14/25 estudios (56%)

5

Coordinación con equipos

12/25 estudios (48%)

6

Incorporación de la familia

11/25 estudios (44%)

7

Manejo de claustrofobia y miedos

16/25 estudios (64%)

8

Técnicas de comunicación

20/25 estudios (80%)

FACTOR 1 · ATENCIÓN PERSONALIZADA

18/25 estudios (72%)

Reconocer al paciente como individuo más allá de su patología. Adaptar el lenguaje, el tiempo y el trato a las características personales, culturales y emocionales de cada persona.

Evidencia en la literatura

Los pacientes valoran sentirse vistos como personas, no como estudios a informar. Es el factor con mayor impacto en la satisfacción percibida.

□ □ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Dirigirse al paciente por su nombre · Recordar datos previos · Explicar cada paso antes de realizarlo · Garantizar un tiempo mínimo de contacto personalizado

FACTOR 2 · COMUNICACIÓN EMPÁTICA

21/25 estudios (84%)

Capacidad de comprender y transmitir comprensión del estado emocional del paciente. Implica escucha activa, lenguaje no verbal adecuado y validación de las preocupaciones.

Evidencia en la literatura

La comunicación empática reduce la ansiedad previa a la prueba, mejora la cooperación durante el procedimiento y aumenta la confianza en el sistema sanitario.

□ □ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Contacto visual y postura abierta · No interrumpir · Preguntar «¿tiene alguna duda?» antes de iniciar · Usar lenguaje comprensible sin jerga técnica

FACTOR 3 · INFORMACIÓN ANTICIPADA

19/25 estudios (76%)

Proporcionar al paciente información clara sobre qué va a ocurrir, cuánto durará, qué sensaciones puede experimentar y qué se espera de su colaboración.

Evidencia en la literatura

La información anticipada reduce la ansiedad, mejora la calidad de la imagen (menos artefactos por movimiento) y disminuye el número de repeticiones.

□ □ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Hoja informativa estandarizada previa a la cita · Explicación verbal en sala de espera · Confirmación de comprensión antes de iniciar la prueba.

FACTOR 4 · CONOCIMIENTO DEL PACIENTE

14/25 estudios (56%)

Acceder y revisar la historia clínica antes del procedimiento. Conocer el contexto diagnóstico, el estado emocional y las experiencias previas con pruebas de imagen.

Evidencia en la literatura

Los radiólogos que revisan la historia clínica antes del procedimiento generan mayor confianza y detectan precozmente factores de riesgo de mala tolerancia.

□ □ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Revisión de HC antes de llamar al paciente · Identificar diagnósticos recientes · Conocer experiencias previas con pruebas similares

FACTOR 5 · COORDINACIÓN CON EQUIPOS

12/25 estudios (48%)

La relación médico-paciente en radiodiagnóstico no ocurre en aislamiento. La coordinación con el equipo clínico solicitante mejora la calidad del proceso y la coherencia del mensaje.

Evidencia en la literatura

La descoordinación genera mensajes contradictorios al paciente, aumenta la ansiedad y reduce la confianza. La comunicación interequipos es un factor protector.

□ □ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Acceso al contexto clínico antes del procedimiento · Canal directo con el equipo solicitante · Participación en comités multidisciplinares.

FACTOR 6 · INCORPORACIÓN DE LA FAMILIA

11/25 estudios (44%)

Permitir y facilitar la presencia de un acompañante cuando el paciente lo desea. La familia actúa como red de apoyo emocional y mejora la cooperación.

Evidencia en la literatura

En pacientes pediátricos, ancianos o con alta ansiedad, la presencia de un familiar reduce el estrés, mejora la cooperación y disminuye la necesidad de sedación.

□ □ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Política activa de acompañante en procedimientos con alta carga emocional · Incluir al acompañante en la información anticipada · Protocolos claros de presencia de acompañante.

FACTOR 7 · MANEJO DE CLAUSTROFOBIA Y MIEDOS

16/25 estudios (64%)

Identificación proactiva y manejo estructurado de los miedos más frecuentes en radiodiagnóstico: claustrofobia en RM y miedo a las agujas en procedimientos con contraste.

Evidencia en la literatura

La claustrofobia afecta al 1-15% de pacientes en RM. Con abordaje estructurado, la tasa de pruebas completas mejora >80%. Sin abordaje, genera estudios incompletos y experiencias traumáticas.

□ □ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Screening activo en la cita previa · Protocolo escalonado: relajación → adaptación al equipo → sedación consciente · Formación obligatoria del equipo técnico.

FACTOR 8 · TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

20/25 estudios (80%)

Conjunto de habilidades comunicativas entrenables aplicables al entorno radiológico: entrevista motivacional breve, comunicación de malas noticias, manejo de la incertidumbre diagnóstica.

Evidencia en la literatura

Las técnicas de comunicación son entrenables y mejoran la experiencia del paciente independientemente de la personalidad o experiencia previa del radiólogo.

☐ ☐ Aplicación práctica en radiodiagnóstico

Formación específica para radiólogos y técnicos · Simulación de escenarios difíciles · Supervisión y feedback estructurado en el puesto de trabajo.

Síntesis de resultados · Frecuencia de los 8 factores en la literatura incluida



Discusión · Interpretación en el contexto de la práctica radiológica

La comunicación empática lidera la evidencia (84% de estudios incluidos)

La capacidad de escucha activa y comprensión emocional es la más citada. No es cualidad innata: es una competencia entrenable con metodología específica.

Claustrofobia: un problema infraabordado en la práctica

Afecta al 1-15% de pacientes en RM. Protocolos escalonados mejoran drásticamente la realización de los estudios completos y reducen la necesidad de sedación.

La atención personalizada no requiere más tiempo, sino redistribuirlo

Pequeños cambios en el primer contacto generan un gran impacto positivo en la percepción del paciente.

Limitaciones del estudio

Período acotado 2015-2021 · Heterogeneidad de instrumentos entre estudios · Escasa literatura en contexto español · Ausencia de datos locales propios.

Conclusiones · Take-Home Points

1

La comunicación empática es el factor más citado (84%). No es innata: es una competencia entrenable.

2

La atención personalizada no requiere más tiempo. Pequeños cambios en el primer contacto generan un gran impacto positivo.

3

La claustrofobia está infraabordada. Un protocolo escalonado mejora la finalización de estudios en >80% de los casos.

4

Las técnicas de comunicación son entrenables e independientes de la personalidad del profesional.

5

El radiodiagnóstico es especialmente vulnerable a la despersonalización. El radiólogo tiene la responsabilidad de revertirlo.

6

Coordinación interequipos e incorporación de la familia son factores protectores infrautilizados y de bajo impacto logístico.

El radiólogo invisible · Punto de partida

La paradoja del radiodiagnóstico

1. El radiólogo informa el 70-80% de las decisiones diagnósticas en medicina.
2. El paciente no lo conoce, no lo ve, y raramente interactúa con él.
3. Los resultados le llegan a través de otro profesional, sin contexto directo.
4. Esta invisibilidad genera ansiedad no gestionada e información no comprendida.
5. Glazer & Ruiz-Wibbelsmann (Radiology, 2011) acuñaron el término «invisible radiologist».

¿Qué puede hacer el radiólogo?

- Presentarse al paciente antes de la prueba
- Explicar brevemente qué va a ocurrir
- Estar disponible para preguntas
- Comunicar hallazgos relevantes directamente
- Participar en comités clínicos

Formación en soft skills · Metodologías con evidencia en entornos médicos

Role-playing y simulación

Evidencia alta

Entrenamiento de escenarios difíciles con actores estandarizados. Claustrofobia, malas noticias, paciente agresivo. Alta efectividad y transferibilidad.

Talleres presenciales breves

Recomendado

Sesiones de 2-4 horas centradas en competencias concretas. Mejor que formación online para habilidades interpersonales.

Feedback estructurado

Bajo coste

Retroalimentación sistemática tras interacciones. Modelo SBI (Situación-Comportamiento-Impacto). Bajo coste, alto impacto si se aplica sistemáticamente.

Protocolos estandarizados de sala

Fácil implementar

Checklists integrados en el flujo de trabajo. No requieren formación intensa. Mejoran la consistencia del equipo completo.

Inteligencia Artificial y soft skills · ¿La IA sustituye la necesidad de habilidades comunicativas?

La IA automatiza...

Detección automática de hallazgos

Generación de informes estructurados

Triaje de urgencias por prioridad

Protocolización de procedimientos

El radiólogo aporta...

Comunicar el hallazgo con empatía y contexto clínico

Adaptar el mensaje al estado emocional del paciente

Gestionar el miedo y la ansiedad ante el resultado

Acompañar al paciente en la experiencia del procedimiento

Propuestas de mejora derivadas de la evidencia revisada

1

Comunicación en el programa formativo MIR

Objetivos específicos de comunicación médico-paciente en Radiodiagnóstico. Al menos un taller anual de 4 horas en servicios acreditados.

2

Protocolo estandarizado de manejo de claustrofobia

Screening activo en la cita previa · Protocolo escalonado: relajación → adaptación al equipo → sedación consciente · Formación obligatoria del equipo técnico.

3

Checklist de comunicación en sala

Herramienta que garantice un mínimo de comunicación personalizada con cada paciente, independientemente de la carga asistencial.

4

Medir la experiencia del paciente de forma sistemática

Encuesta de satisfacción específica para radiodiagnóstico.

Limitaciones y líneas de investigación futura

□ Limitaciones

- Período acotado (2015-2021), no incluye literatura reciente
- Heterogeneidad de instrumentos de medición entre estudios
- Escasa literatura en contexto español / radiodiagnóstico público
- Ausencia de datos propios: revisión sin validación local
- Sesgo de publicación: resultados positivos sobrerrepresentados

→ Líneas futuras

- Validación local: encuesta a radiólogos de Osatek
- Estudio de satisfacción antes/después de intervención formativa
- Actualización de la revisión con literatura 2022-2025
- Escala de evaluación de soft skills específica para radiodiagnóstico
- Extensión a técnicos y personal administrativo del servicio

Bibliografía seleccionada · Muestra representativa de los 25 estudios incluidos

1. Itri JN. Patient-centered radiology. RadioGraphics. 2015;35(6):1835-1846.
2. Mangano MD et al. Patient communication in radiology. J Am Coll Radiol. 2015;12(12):1227-1233.
3. Glazer GM, Ruiz-Wibbelsmann JA. The invisible radiologist. Radiology. 2011;258(1):18-22.
4. Kelly AM et al. Radiologist-patient communication. Acad Radiol. 2016;23(11):1345-1352.
5. Camacho J et al. Communication between patients and radiologists. Eur Radiol. 2017;27:4267-4273.
6. Brown SD et al. When radiologists talk to patients. AJR. 2017;208(4):731-736.
7. ESR. Patient-centred radiology. Insights Imaging. 2017;8(4):465-473.
8. Pahade J et al. Staying in the room during radiologic procedures. AJR. 2016;207:169-175.
9. Boland GW. Teleradiology and patient communication. AJR. 2016;207(4):742-746.
10. Brédart A et al. Patient satisfaction with health care in oncology. Eur J Cancer Care. 2016;26(2).

Declaración de uso de IA y conflicto de intereses

Uso de Inteligencia Artificial Generativa

Los autores declaran que en la elaboración de este trabajo se ha empleado inteligencia artificial generativa, incluyendo apoyo en la redacción de texto, estructuración de contenidos, generación de gráficos y diseño de la presentación. Toda la información científica ha sido revisada, verificada y validada por los autores, que asumen plena responsabilidad del contenido de esta comunicación. El uso de IA se ha realizado de conformidad con las normas de la SERAM para comunicaciones científicas.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con esta comunicación. Este trabajo no ha recibido financiación externa. Todos los autores han contribuido activamente al diseño, desarrollo y revisión del contenido presentado.

Gracias

«El radiólogo que escucha, explica y acompaña transforma la experiencia del paciente en el momento más vulnerable de su proceso diagnóstico.»

Mercedes Aguirre Arroita (autora correspondiente) · salomonix@yahoo.es
Servicio de Radiodiagnóstico · Osatek · Deusto · Zamudio
SERAM 2026 · 38 Congreso Nacional · Valencia, 20-23 mayo 2026