

La comunicación clínica multilingüe en los grados de Medicina y Enfermería en España: un estudio de caso¹



Roser Sánchez-Castany

Universitat Jaume I, España

castan@uji.es

<https://orcid.org/0000-0001-7198-2142>

Anabel Borja Albi

Universitat Jaume I, España

borja@uji.es

<https://orcid.org/0000-0001-7053-0152>

Resumen

En las últimas cinco décadas, el concepto de la *comunicación en entornos de salud* ha experimentado transformaciones importantes, debido al cambio de paradigma en la relación médico-paciente. Sin embargo, siguen produciéndose muchas situaciones en las que la asimetría que se observa en esta situación comunicativa provoca dificultades para los pacientes. Es, por tanto, necesario revisar los programas de formación de los futuros profesionales de la salud, para determinar posibles carencias que nos permitan proponer, en el futuro, acciones de mejora. En esta aportación se presentan los resultados de una investigación, cuyo objetivo consiste en identificar y examinar la formación en comunicación clínica monolingüe y multilingüe incluida en los grados de Medicina y Enfermería que se ofrecen actualmente en la Comunidad Valenciana (España), donde coexisten dos lenguas oficiales y se registra, además, una gran afluencia de inmigrantes y turistas. Para ello, se utilizó como muestra un corpus de 545 guías docentes, compiladas a partir del análisis de 12 planes de estudios de grado del ámbito geográfico seleccionado. A continuación, aplicamos el análisis temático de los datos para extraer los temas vinculados con la comunicación clínica que aparecen en dichas guías docentes. Como resultado final de este trabajo, elaboramos un mapeado exhaustivo de los contenidos asociados con la comunicación clínica en dichos programas. Estos resultados pueden servir de base a futuros estudios de corte pedagógico, lingüístico y traductológico en los que, además de los contenidos, se analicen otros aspectos de la comunicación clínica, tanto monolingüe como multilingüe, y se planteen propuestas de mejora curricular y de creación de recursos formativos.

Palabras clave: atención centrada en el paciente, comunicación clínica, enseñanza de la comunicación clínica, formación de profesionales de la salud, comunicación multilingüe en la atención hospitalaria

1 En esta aportación se presentan los resultados obtenidos en la primera fase del Proyecto CIAICO/2022/032: “La mejora de la comunicación clínica en la Comunidad Valenciana. Orientaciones para la adaptación del diseño curricular a nivel universitario en ciencias de la salud”, del grupo de investigación consolidado GENTT (Géneros Textuales para la Traducción) de la Universitat Jaume I (España), creado en el año 2000. <http://www.gentt.uji.es/>. Investigadoras principales: Begoña Bellés y Anabel Borja.

Multilingual Clinical Communication in Medical and Nursing Degrees in Spain: A Case Study

Abstract

In the last five decades, the concept of communication in healthcare settings has undergone important transformations, due to a paradigm shift in doctor-patient relationship. However, many situations persist where asymmetry in this communicative instance brings difficulties to patients. It is therefore necessary to examine formation programs for future health professionals in order to determine possible shortcomings that will help us to propose actions for further improvement. In this paper we present the results of some research work aiming to identify and examine the monolingual and multilingual clinical communication training in the degrees of Medicine and Nursing currently offered in the Valencian Community (Spain), where two official languages coexist and there is also a large influx of immigrants and tourists. To this end, a corpus of 545 teaching guides was used as a sample, compiled from the analysis of 12 undergraduate curricula in the selected geographical area. We then extracted the topics related to clinical communication that appear in these teaching guides by means of a data thematic analysis. The resulting comprehensive mapping of the contents associated with clinical communication in these programs may serve as a basis for future pedagogical, linguistic and translational studies in which, besides content, other aspects of both monolingual and multilingual clinical communication are analyzed, and alternatives for curricular improvement and the creation of training resources are proposed.

Keywords: patient-centered care, clinical communication, clinical communication teaching, health professional training, multilingual communication in hospital care

Communication clinique multilingue dans les études de médecine et d'infirmière en Espagne : une étude de cas

Résumé

Au cours des cinq dernières décennies, le concept de communication dans les établissements de santé a subi des transformations majeures, en raison du changement de paradigme dans la relation médecin-patient. Cependant, il existe encore de nombreuses situations dans lesquelles l'asymétrie observée dans cette instance communicative entraîne des difficultés pour les patients. Il est donc nécessaire de revoir les programmes de formation des futurs professionnels de la santé afin de déterminer les éventuelles lacunes qui nous permettront de proposer de futures actions d'amélioration. Cet article présente les résultats d'un projet de recherche visant à identifier et à examiner la formation à la communication clinique monolingue et multilingue dans les diplômes de médecine et d'infirmière actuellement offerts dans la Communauté Valencienne (Espagne), où deux langues officielles coexistent et où l'on observe un afflux important d'immigrants et de touristes. Pour ce faire, un corpus de 545 guides pédagogiques a été utilisé comme échantillon, compilé à partir de l'analyse de 12 programmes d'études dans la zone géographique sélectionnée. Nous avons ensuite appliqué une analyse thématique des données pour extraire les sujets liés à la communication clinique qui apparaissent dans ces guides d'enseignement. Le résultat a été une cartographie exhaustive du contenu associé à la communication clinique dans ces programmes. Ça peut servir de base à de futures études pédagogiques, linguistiques et traductologiques dans lesquelles, outre le contenu, d'autres aspects de la communication clinique, tant monolingue que multilingue, sont analysés et des propositions d'amélioration des programmes ainsi que de création de ressources de formation sont avancées.

Mots clés : soins centrés sur le patient, communication clinique, enseignement de la communication clinique, formation des professionnels de la santé, communication multilingue dans les soins hospitaliers

Introducción

En los últimos años, los cambios sociales y los avances tecnológicos han provocado modificaciones radicales en la manera en que nos comunicamos, tanto en el plano interpersonal como en el profesional. En el ámbito de la salud, en concreto, se ha producido una verdadera revolución, que ha redefinido tanto la relación entre el profesional de la salud y el paciente como el resto de las situaciones comunicativas que se producen en este.

El impacto que la salud tiene para el individuo y para la sociedad hacen necesaria una reflexión profunda sobre los problemas de comunicación que se identifican en este contexto. En la actualidad, el concepto de *comunicación en salud global* (*global health communication*) ha adquirido una relevancia significativa. Este concepto abarca un amplio campo de investigación y práctica, que aborda cuestiones de salud pública e individual desde diversas perspectivas y contextos culturales (Storey, 2022), y tiene como objetivo informar e influir en la toma de decisiones individuales y comunitarias que contribuyan a prevenir la enfermedad o a mejorar la salud pública y personal (Schiavo, 2013, p. 9).

La importancia de este enfoque queda demostrada por el gran número de organizaciones que trabajan en comunicación en salud global, entre las que destacan la Organización Mundial de la Salud, los Centers for Disease Control and Prevention, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Global Health Communication Network, la Health Communication Capacity Collaborative y la International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Nuestra investigación se enmarca en este nuevo paradigma de investigación-acción.

En un mundo marcado por la hiperinformación, la tecnología y la globalización, en el contexto sanitario se plantean retos de gran calado. En la era de la comunicación, y aunque pueda parecer contradictorio, el exceso de

información, sumado a la divulgación de información errónea, puede provocar desinformación (Wang *et al.*, 2019). Los pacientes y sus familiares tienen acceso a gran cantidad de datos e información a través de Internet, las redes sociales o los canales especializados de información científica, que antes no estaban a su alcance. Sin embargo, se observan importantes diferencias en la interpretación y el aprovechamiento de la información sobre salud obtenida mediante la web, dependiendo de la edad, el nivel de formación, el nivel cultural y ciertos rasgos de personalidad de los usuarios (Jacobs *et al.*, 2017).

Por otra parte, la tecnología, que debería servir, en principio, para facilitar la comunicación, se convierte en ocasiones en un obstáculo insalvable para las personas que no disponen de recursos técnicos, no dominan las herramientas digitales de comunicación o no pueden acceder a recursos que únicamente se ofrecen en línea.

Por último, las brechas culturales y lingüísticas a las que se enfrentan los migrantes constituyen una barrera a la comprensión de información que puede ser crucial para la salud en un mundo cada vez más marcado por los movimientos migratorios, el multilingüismo y la multiculturalidad. Estos retos requieren enfoques innovadores y colaborativos para mejorar la comunicación en salud a nivel global.

Para resumir y centrar nuestro enfoque, conviene señalar las diversas áreas que consideramos susceptibles de mejora en la comunicación clínica: 1) la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes; 2) la comunicación interna de las organizaciones sanitarias públicas y privadas; 3) la comunicación de una correcta percepción social y cultural de lo saludable; y 4) el empleo de estrategias de comunicación colectiva adecuadas para apoyar la labor preventiva, sean estas campañas publicitarias, acciones de *marketing* social, creación de redes y relaciones que aborden las desigualdades, intervenciones interculturales, modelos de interacción participativos, etc.

A partir de la investigación llevada a cabo por el grupo GENTT en contextos clínicos en los últimos 24 años, podemos afirmar que, en todos estos aspectos de la comunicación clínica, el multilingüismo desempeña un papel determinante, debido a la globalización (de conceptos, productos, servicios...) y al intenso flujo migratorio que impone nuevas necesidades a las instituciones y a los proveedores de servicios sanitarios.

En esta contribución nos centramos en el primer punto (la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes). En concreto, presentamos los resultados preliminares de la investigación realizada a fin de identificar y examinar la oferta formativa en comunicación clínica incluida en grados relacionados con las ciencias de la salud que se ofrecen en la Comunidad Valenciana (CV). Esta investigación constituye el primer bloque de trabajo del proyecto del grupo GENTT actualmente vigente, que tiene como objetivo la mejora de la comunicación clínica en la Comunidad Valenciana, mediante la propuesta de orientaciones para la adaptación del diseño curricular a nivel universitario en ciencias de la salud.

Como primer paso para definir propuestas de cambios curriculares, se hace necesario analizar la oferta formativa de los planes de estudio actuales. Para ello, se ha utilizado como muestra un corpus de 545 guías docentes (GD), que hemos compilado a partir del análisis de 12 planes de estudios de los grados de Medicina y Enfermería, ofertados por universidades públicas y privadas en la CV en el curso 2023-2024 (véase la sección 3.1).

El ámbito geográfico del proyecto de investigación financiado en el que se enmarca nuestro estudio es, por tanto, la CV, un territorio bilingüe en el que conviven el castellano y la lengua de la comunidad autónoma, el catalán, por lo que hemos centrado parte de nuestro estudio en la comunicación clínica multilingüe. Esta región presenta, además, un intenso tráfico de turistas e inmigrantes, lo que quizás plantee

unas necesidades adicionales de formación en comunicación multilingüe y multicultural.

A continuación, con ayuda del *software* de análisis cualitativo Atlas.ti, una herramienta de análisis de datos cualitativos asistida por ordenador utilizada habitualmente en investigaciones cualitativas (Frieze, 2019; Saldanha y O'Brien, 2014) para estudiar corpus relativamente grandes con un enfoque sistemático, hemos aplicado el análisis temático de los datos, con el fin de extraer los principales temas asociados con la comunicación clínica, el multilingüismo y la multiculturalidad que aparecen en el corpus de GD seleccionadas.

Como resultado final de este trabajo, elaboramos un mapeado exhaustivo de los contenidos relacionados con la comunicación clínica en dichos programas, que servirá de base al resto del equipo para formular propuestas de mejora fundamentadas en evidencias empíricas.

1. La comunicación clínica en el contexto de las humanidades médicas

El grupo GENTT ha trabajado intensamente en este ámbito de reflexión, que tiene repercusiones éticas y legales importantes y que ha conocido cambios de gran calado en los últimos años. Se ha redefinido el rol del paciente en la toma de decisiones médicas, que ahora es más activo. Se trata de un cambio que ha supuesto la superación del monolingüismo paternalista dominante y la evolución hacia la perspectiva dialógica de la construcción y la comunicación del conocimiento (Linell, 2009). También ha cambiado de manera significativa el nivel de formación e información que tienen los profesionales y los pacientes.

La proliferación de los dispositivos móviles y de las redes sociales ha llevado a la comunicación en el ámbito de la salud a un nuevo nivel de accesibilidad. Los dispositivos móviles permiten a los pacientes obtener información (veraz

o no) de modo inmediato y los profesionales se encuentran con pacientes hiperinformados, que en ocasiones ponen en cuestión sus indicaciones y diagnósticos, demandando más tiempo de interacción.

Estos profesionales de la salud, por su parte, se ven obligados a actualizar constantemente sus conocimientos y su formación técnica, y los tiempos de atención al paciente son cada vez más cortos, debido a restricciones presupuestarias y falta de personal en los centros sanitarios. Esta conectividad permanente y la inmediatez de los intercambios comunicativos que se observan en todos los ámbitos han repercutido de forma negativa en algunos aspectos de la comunicación entre profesional y paciente (García-Izquierdo y Borja Albi, 2024).

Otro aspecto que debemos tener en cuenta es el ingente desarrollo que ha conocido la regulación normativa en materia de información clínica y atención al paciente (Martínez-Carrasco y Ordóñez-López, 2023), con el consiguiente aumento de situaciones que están reguladas por textos médico-jurídicos, que Borja Albi define como “aquellos en los que aparecen combinados conceptos propios de la medicina y conceptos legales” (2012, p. 167) y para los que propone la siguiente clasificación:

1. Textos normativos de temática médica: leyes, reglamentos y normativas relativas a cuestiones de salud.
2. Textos judiciales de temática médica: demandas por negligencia médica, sentencias de incapacitación, etc.
3. Acuerdos de voluntades: contratos de suministro médico, contratos de seguros de salud.
4. Declaraciones unilaterales de voluntad: consentimientos informados, testamentos vitales, donaciones de órganos, etc.
5. Textos administrativos que requieren la intervención de un médico para tener eficacia jurídica o resoluciones administrativas sobre aspectos de salud: informes forenses, certificados de defunción, certificados

médicos para una solicitud de reconocimiento de invalidez, autorizaciones, etc. (Borja Albi, 2012, p. 167)

Al paciente se le considera ahora un consumidor de servicios médicos, y al médico, un proveedor que debe informar sobre cómo va a actuar y debe permitir al paciente decidir sobre los servicios que va a recibir.

Aparece, además, un elemento que antes no se tenía en cuenta en la toma de decisiones: la autonomía del paciente. En este nuevo contexto, las deficiencias en el traslado de datos al paciente sobre su salud, la falta de información o su debido consentimiento pueden llegar a suponer un quebrantamiento de la *lex artis ad hoc*, que puede acabar en una demanda por negligencia, con graves consecuencias legales para el personal sanitario responsable. Como señala Dávila Rodríguez (2018):

Todo esto ha traído como consecuencia que la relación médico-paciente —que antes era muy sólida y fuerte— se haya venido fracturando, con distanciamiento, insatisfacción y reclamo, que han resultado en el aumento de quejas, demandas y denuncias por la atención médica recibida, y han dado origen a un tipo de práctica que se denomina “medicina defensiva”, la cual podemos definir como los “cambios realizados por el profesional de la salud en la atención médica para defenderse y evitar posibles quejas, demandas y denuncias futuras debidas a su actuar profesional”. (p. 55)

En el marco de un proyecto anterior de nuestro grupo de investigación, el proyecto HIPOCRATES,² centramos nuestra atención en las dispo-

- 2 Proyecto HIPOCRATES: “Creación de recursos multilingües para la mejora de la comunicación médico-paciente en los Servicios Públicos de Salud”. Financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Programa Estatal de la Investigación Científica y Técnica de Excelencia, Subprograma Generación de Conocimiento. Investigadora principal: Isabel García Izquierdo y Anabel Borja (PGC2018-098726-B-I00). <https://hipocratesgentt.uji.es/>

siciones legales que regulan la autonomía y los derechos y las obligaciones del paciente en materia de información y documentación clínica en el Estado español, en la Unión Europea y en el plano internacional. Todos estos instrumentos legales están recogidos y se pueden consultar en la web del proyecto.

Los diversos factores que acabamos de mencionar han contribuido a deshumanizar, en cierto modo, la relación médico-paciente. Conseguir los objetivos de la *comunicación terapéutica*, entendida como una forma de interacción entre un profesional de la salud y su paciente, diseñada para promover el entendimiento y la sanación, resulta cada vez más difícil y requiere una formación específica de los profesionales de la salud y, sin duda, también de los pacientes. En los últimos años ha cobrado fuerza el concepto de *humanidades médicas*, entre cuyos objetivos se incluye devolver a la comunicación clínica su papel primario, la función terapéutica, y proponer modelos de atención centrados en el paciente, tras la deshumanización progresiva de este campo del discurso. En línea con Montalt (2021):

The move towards a more holistic, comprehensive and inclusive model of medicine and healthcare, together with a burgeoning interest in ethics and values, is the main driving force behind the emergence and consolidation of the field of medical humanities, more recently also called “health humanities”. (p. 137)³

Para Cacace y Giménez-Lascano, la atención sanitaria es multidisciplinar y requiere el establecimiento de vínculos entre los integrantes de los equipos de salud, las instituciones y los

pacientes, por medio de “relaciones horizontales, simétricas y participativas e intersectoriales”. Los autores señalan como elementos imprescindibles de una comunicación humanizada: 1) el compromiso de los profesionales de la salud con los pacientes desde su primer contacto hasta la resolución del problema, y 2) la escucha activa del padecimiento del paciente, analizando sus preocupaciones en cada instancia, buscando comprender la complejidad de la demanda y garantizando que “los cuidados en salud sean integrales, resolutivos y continuos” (2022, p. 68).

Aparte de las evidentes ventajas que supone la humanización de la comunicación desde el punto de vista ético y profesional, existen numerosos estudios que demuestran su impacto positivo sobre el sistema general de salud de un país o comunidad, y de los costes de los servicios médicos. Las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención médica que reciben dependen, en gran medida, de la calidad de sus interacciones con su proveedor de atención médica y los servicios de salud pública, siendo la comunicación un punto clave de interacción a lo largo de su experiencia, desde la sala de espera hasta el consultorio del médico.

Se ha demostrado que las reclamaciones por mala praxis se deben, en muchas ocasiones, a problemas en la relación entre el profesional y el paciente y podrían reducirse mejorando las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. La comunicación basada en el paciente potencia la adherencia a los tratamientos y las actuaciones de salud prescritas, y contribuye a reducir las recaídas y reingresos de los pacientes, con el consiguiente impacto positivo en el esfuerzo económico de los sistemas de salud (Virshup *et al.*, 1999).

En conclusión, la formación en comunicación clínica humanizada entre los profesionales de la salud y los pacientes es clave para mejorar la salud y la calidad de la atención médica, reducir las demandas por mala praxis, minimizar

3 El movimiento hacia un modelo de medicina y atención sanitaria más holístico, integral e inclusivo, junto con un creciente interés por la ética y los valores, constituye el principal impulso para el surgimiento y consolidación del campo de las humanidades médicas, más recientemente denominado también “humanidades de la salud” (la traducción es nuestra).

el sufrimiento e incrementar la satisfacción de los pacientes, potenciar las conductas saludables y reducir el gasto sanitario. Por todo ello, las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud deberían ser parte integral de su formación universitaria y figurar en el currículo de todos los grados relacionados con las ciencias de la salud.

2. Multilingüismo y multiculturalidad en la comunicación entre profesionales de la salud y los pacientes

Los problemas identificados en el apartado anterior se intensifican cuando la comunicación se produce entre hablantes de distintas lenguas y culturas. En los últimos años, la creciente presencia de pacientes internacionales (migrantes económicos, refugiados o turistas) en los hospitales ha evidenciado la imperiosa necesidad de disponer de medios que permitan una comunicación ágil y eficaz entre estos y los profesionales de la salud. En España encontramos, además, lenguas territoriales oficiales distintas del español (catalán, euskera y gallego) y distintas políticas y normativas respecto al concepto de *disponibilidad lingüística*, que Torner (2001, p. 435) define como la posibilidad de los ciudadanos de utilizar una lengua territorial en los servicios públicos.

Este nuevo entorno comunicativo constituye un importante desafío para los servicios públicos de salud, teniendo en cuenta que las barreras comunicativas en los entornos sanitarios no se limitan únicamente a cuestiones lingüísticas, sino que también abarcan diferencias culturales sustanciales en la conceptualización de la salud y la enfermedad. Estas diferencias se manifiestan en la manera de describir los síntomas, las ideas preconcebidas sobre la salud y la enfermedad, así como en las creencias y supersticiones asociadas (Del Pozo y Baigorri, 2015, p. 26).

En el ámbito sanitario, los estándares de práctica para intérpretes difieren notablemente de

otros campos de la interpretación. Teniendo como prioridad la salud y el bienestar del paciente, se deben observar estrictos protocolos éticos para promover la confianza y la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes (Bancroft, 2005, p. 25).

Sin embargo, a pesar de que, en España, la formación de traductores e intérpretes forma parte del currículo universitario desde 1979 (Martin, 2006), en la actualidad sigue siendo una actividad no profesionalizada y no reconocida por los actores sociales relevantes (Del Pozo, 2020, p. 54).

Como consecuencia, para dar respuesta a las crecientes necesidades de interpretación en el ámbito sanitario, en España un número reducido de instituciones de salud pública y privada han implementado diversas soluciones para abordar este problema, como son la incorporación de intérpretes (no profesionales) a la plantilla o la introducción de sistemas de teleinterpretación o interpretación remota. Del Pozo (2020, pp. 54-57) ofrece una detallada descripción de estas acciones dirigidas a paliar las deficiencias detectadas en la provisión de servicios profesionales de traducción e interpretación en los servicios sanitarios españoles.

Al respecto, cabe señalar que se observa una gran disparidad entre los hospitales públicos y los privados. En estos últimos encontramos diversas iniciativas para asistir a los pacientes extranjeros, en especial en las zonas de turismo de salud (Gavlovyh, 2023; Ortega-Herráez y Blasco Mayor, 2018). Por desgracia, la práctica habitual para comunicarse con personas de otras lenguas en entornos de salud sigue siendo el uso de intérpretes no profesionales, a los que se denomina “intérpretes *ad hoc*” (profesionales de la salud con conocimientos de idiomas, familiares del paciente, voluntarios, etc.) o la comunicación mediante señas.

Como señalan diversos autores (Costa, 2022; Strelow *et al.*, 2021), estas prácticas implican

riesgos muy significativos, como diagnósticos incorrectos, riesgo para la integridad física de los pacientes, sobrecarga de trabajo para el profesional de la salud, errores en la administración del protocolo de consentimiento informado o incumplimiento del deber de confidencialidad que impone la ley, entre otros. El uso generalizado de familiares o amigos de los pacientes como intérpretes *ad hoc* puede suponer un importante impacto emocional para paciente y familiares, especialmente si se trata de menores, o el intercambio comunicativo se realiza en ámbitos sensibles, como son la salud mental o la violencia de género (Borja, 2015, p. 118).

En conclusión, la integración de intérpretes en el ámbito sanitario español se enfrenta a diversas limitaciones: falta de dotación económica; falta de concienciación por parte de los responsables de su contratación y por parte de los profesionales de la salud; falta de intérpretes capacitados y con disponibilidad para atender horarios extensos y urgencias; falta de políticas claras que promuevan y financien estos servicios de manera consistente, recurso a intérpretes *ad hoc* o a intérpretes en programas de prácticas no remuneradas y temporales.

El desconocimiento de los profesionales de la salud del papel del intérprete en el ámbito sanitario y de los servicios para comunicarse con pacientes extranjeros de los que pueden disponer las instituciones de salud es muy preocupante, por lo que la visibilización de la figura del intérprete profesional es esencial para que se pueda integrar en los hospitales como un miembro más de los equipos sanitarios (Sanz-Moreno, 2018). Estos factores combinados dificultan una integración más rápida y efectiva de intérpretes en los servicios de salud. En este sentido, Kwan *et al.* (2023) presentan una revisión exhaustiva de la bibliografía sobre el impacto de la falta de servicios de intérpretes profesionales en la atención hospitalaria, en la que incluyen datos estadísticos sobre las ventajas económicas que esto supondría para los sistemas de salud.

3. Estudio empírico: análisis temático de las guías docentes

La investigación que aquí se presenta siguió una metodología de investigación mixta, que combina métodos cualitativos y cuantitativos en un único estudio. Así pues, el estudio se dividió en dos partes: en la primera (parte A), de corte cualitativo, aplicamos el análisis temático para identificar, organizar y analizar en detalle la formación en comunicación clínica incluida en los grados de Medicina y Enfermería ofertados en la cv durante el curso 2023-2024. Era necesario incluir una primera fase cualitativa, porque no todas las GD hacen referencia a los contenidos sobre comunicación clínica de la misma manera y, además, dichas referencias pueden encontrarse en varias secciones de las GD. Esta primera fase se complementó con una segunda parte cuantitativa (parte B), en la que cuantificamos los resultados obtenidos en la primera.

El análisis temático es un método utilizado para identificar e interpretar ideas clave o patrones (temas) en un conjunto de datos (Matthews y Ross, 2010, p. 373). En este sentido, entendemos por “tema” cualquier elemento relevante encontrado en la muestra, siguiendo un proceso iterativo (Morgan y Nica, 2020) vinculado con nuestro objeto de estudio. En el caso de la presente investigación, los temas fueron identificados a nivel semántico o explícito, dado que estimamos apropiado identificar temas relacionados con el significado explícito o superficial de los datos, y no hubo más búsqueda ni interpretación de aquello que aparece escrito en las GD. La identificación de temas se realizó de forma inductiva, pues no contamos con un marco previamente establecido para codificar la muestra.

En cuanto al desarrollo del análisis temático propiamente dicho, seguimos una estrategia analítica distribuida en seis fases, basada en la propuesta de Braun y Clarke (2006, p. 87), tal y como se explica con más detalle a continuación.

3.1. Selección y recolección de la muestra

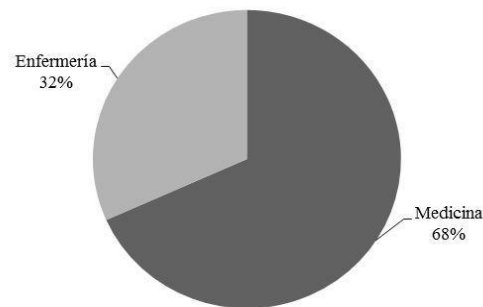
Tal y como apuntamos en la introducción, desde el punto de vista geográfico, el estudio se limitó a la CV, por ser el contexto en el que se centra el proyecto de investigación en el que se enmarca el presente estudio. El punto de partida para seleccionar esta primera muestra fue identificar las universidades públicas y privadas de la CV que ofrecían grados de Medicina y Enfermería en el curso 2023-2024, según la información de sus respectivas páginas web. Como resultado de esta primera selección, se compilaron 12 planes de estudios de 7 universidades distintas de la CV, por orden alfabético: Universidad Católica de Valencia (UCV), U. CEU Cardenal Herrera (CEU-UCH), U. de Alicante (UA), U. Europea de Valencia (UEV), U. Miguel Hernández (UMH), U. de València (UV) y U. Jaume I (UJI).

A continuación se analizaron los planes de estudios de los grados de Medicina y Enfermería de las universidades mencionadas anteriormente y se identificaron, en total, 596 asignaturas. La selección de la muestra siguió un enfoque intencional, es decir, se seleccionaron todas las GD de asignaturas disponibles y la muestra se limitó a aquellos casos en los que la GD estaba disponible públicamente en Internet, de modo que el corpus objeto de estudio se compuso, finalmente, de 545 GD de asignaturas.

En este punto, cabe mencionar que, en España, la legislación obliga a las universidades a publicar sus planes de estudios, aunque no hace referencia a la disponibilidad de las GD de las asignaturas que componen dichos planes de estudios (España, Ministerio de Educación y Ciencia, 2007, artículo 26). En este sentido, observamos que no todas las universidades ponen sus planes de estudios a disposición del público en general y, de hecho, de los 12 planes de estudios analizados, solo 8 tienen la totalidad de las GD publicadas en sus respectivos sitios web.

La Figura 1 muestra la distribución de asignaturas entre las titulaciones de Enfermería y

Figura 1. Distribución por grado de las asignaturas del corpus



Medicina identificadas. En los grados de Enfermería se identificaron 160 asignaturas, y en los de Medicina, 354.

3.2. Análisis de los datos

Este estudio empírico se divide en dos partes: cualitativa (parte A) y cuantitativa (parte B), que se detallan a continuación.

3.2.1. Parte A: cualitativa

Como mencionamos anteriormente, en la parte cualitativa llevamos a cabo un análisis temático para estudiar la muestra de datos seleccionada. Para ello, desarrollamos una estrategia analítica con las seis fases que proponen Braun y Clarke (2006, p. 87): 1) familiarización con los datos; 2) generación de códigos iniciales; 3) búsqueda de temas; 4) revisión de temas; 5) definición y denominación de temas, y 6) informe final de los resultados.

A lo largo de este estudio, la *fase 1* del análisis temático consistió en familiarizarnos con el corpus de GD. Este contacto inicial con los datos fue vital para abordar el posterior estudio en profundidad del corpus. Por ello, llevamos a cabo una fase previa de toma de notas, con base en una lectura general de las GD, para identificar su macroestructura y hacer una primera valoración del grado de homogeneidad

Tabla 1. Secciones presentes en las GD por universidad

| Secciones | Universidad | | | | | | |
|---|-------------|---------|----|-----|-----|----|-----|
| | UCV | CEU-UCH | UA | UEV | UMH | UV | UJI |
| Información general sobre la asignatura | | | | | | | |
| Contexto | – | | | | | | |
| Conocimientos previos | | | – | – | – | | |
| Competencias | | | | | | | |
| Resultados de aprendizaje | | – | | | – | | |
| Objetivos | | | | – | | – | |
| Temario | | | – | | | | |
| Metodología | | | – | | | | |
| Evaluación | | | – | | | | |
| Bibliografía | | | – | | | | |
| Otros | | | | | | | |

entre las GD de las distintas universidades seleccionadas. En la Tabla 1 se muestran las secciones presentes en las GD por universidad. Los espacios resaltados indican que dicha sección sí está presente en las GD de esa universidad; los guiones señalan que no.

En este sentido, como se observa en la Tabla 1, existe una disparidad importante en los criterios relacionados con el formato y los apartados incluidos en las GD, probablemente porque, una vez más, la legislación española no especifica nada al respecto. Podríamos decir, entonces, que no existe demasiada homogeneidad entre universidades ni entre los contenidos de las GD o su formato, y que el único apartado compartido por todas las GD es el de “Competencias”, así como el que incluye información general sobre la asignatura (curso, número de créditos, equipo docente, etc.), que suele encontrarse al principio de las GD.

Hay otras secciones de las GD cuyo estudio nos parece muy interesante desde el punto de vista de nuestro análisis, aunque hemos observado que hay una universidad que no las incluye en sus GD. Se trata de las secciones “Temario” (que también se halla en algunas GD como

“Contenidos”), “Objetivos”, “Resultados de aprendizaje”, “Metodología” y “Evaluación”. Respecto de la sección en la que aparece la metodología docente que sigue la asignatura, no todas las GD incluyen un apartado en el que se especifique el enfoque metodológico aplicado en la docencia. Sin embargo, encontramos secciones, como “Actividades formativas” o “Secuencia de desarrollo”, que estimamos forman parte de la metodología docente de la asignatura.

A continuación, tras familiarizarnos con los datos, se inició la *fase 2*, que dio paso a lo que podría calificarse como la parte principal del análisis temático, es decir, la codificación de los textos del corpus, para lo que nos servimos del programa Atlas.ti.

En este caso, el punto de partida para iniciar la segunda fase fue la macroestructura (es decir, las secciones) de las GD identificada en la fase anterior. A partir de esta, generamos una lista inicial de secciones en las que organizamos las referencias codificadas, a las cuales se les asignó uno o varios códigos. Así pues, obtuvimos una primera clasificación de los códigos con los siguientes grupos (ordenados

Tabla 2. Referencia con códigos asociados durante la segunda fase del análisis temático

| Referencia | Códigos |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Valorar los aspectos de la comunicación verbal y no verbal con pacientes, familiares y en las relaciones médicas interpersonales.• Valorar los aspectos de la comunicación verbal con pacientes y familiares | <ul style="list-style-type: none">• Comunicación con familiares• Comunicación con pacientes• Comunicación interpersonal• Comunicación no verbal• Comunicación verbal |

alfabéticamente): Bibliografía, Competencias, Conocimientos previos, Contexto, Evaluación, Información general sobre la asignatura (Área, Carácter, Curso, Créditos ECTS,⁴ Tipo de universidad), Metodología, Objetivos, Resultados de aprendizaje y Temario.

A modo de ejemplo, la Tabla 2 muestra los códigos iniciales sin refinar dentro del grupo “Objetivos” asignados a una de las referencias encontradas en una de las GD del corpus. Cabe señalar que las referencias identificadas y codificadas en esta fase son diferentes de las unidades de análisis, es decir, los temas, que en última instancia fueron mucho más amplios.

Una vez finalizado el proceso de codificación inicial y elaborada la lista de códigos, iniciamos la fase 3. Así pues, identificamos aquellos elementos que podían considerarse temas entre los códigos marcados en los textos y los clasificamos en los grupos establecidos al principio de la fase anterior. Esta clasificación se ha repetido para codificar los contenidos en todas las secciones de las GD analizadas.

A continuación se incluyen varias figuras para ilustrar este ejemplo. La Figura 2 muestra los códigos identificados en el grupo “Competencias”. Siempre que contemplamos la necesidad de afinar más la clasificación, añadimos más

niveles de subcategorías, como puede verse en dicha figura, donde las competencias se clasificaron en básicas (B), específicas (E), genéricas o generales (G), transversales (T), materias optativas o sin identificar (SI).

El desarrollo de la fase 3 también implicó un mayor nivel de abstracción y los códigos identificados se clasificaron en temas potenciales. Asimismo, se revisaron los nombres asignados previamente a los códigos y grupos de códigos, y se añadió una breve descripción a estos últimos. Mediante un proceso iterativo, algunos de los códigos identificados inicialmente se convirtieron en temas principales, mientras que otros se transformaron en subtemas y otros se descartaron.

La fase 4 se inició después de que en la fase anterior obtuvimos un conjunto de temas candidatos y consistió en refinarlos y clasificarlos. Como suele ocurrir en esta fase del análisis temático, finalmente se descartaron algunos temas propuestos inicialmente. Por ejemplo, en la fase 1 se utilizó un código para identificar las referencias vinculadas con la deontología, aunque, finalmente, en la fase 4, se vio que esta información no estaba relacionada con la comunicación clínica como tal y se descartó tratarlo como tema.

Además, observamos que algunos temas forman un patrón coherente y los fusionamos, mientras en otros casos fue necesario dividirlos en más subcategorías. Sirva como ejemplo la referencia de la Figura 3, donde la subclasificación de las competencias en básicas, específicas, genéricas, transversales, materias optativas y sin identificar condujo a seguir clasificando y agrupando los

4 ECTS son las siglas de European Credit Transfer System (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos), adoptado por las universidades de todos los países que firmaron el Tratado de Bolonia (2010) para facilitar el reconocimiento y la homologación de estudios superiores en el Espacio Europeo de Educación Superior.

Figura 2. Códigos del grupo “Competencias”

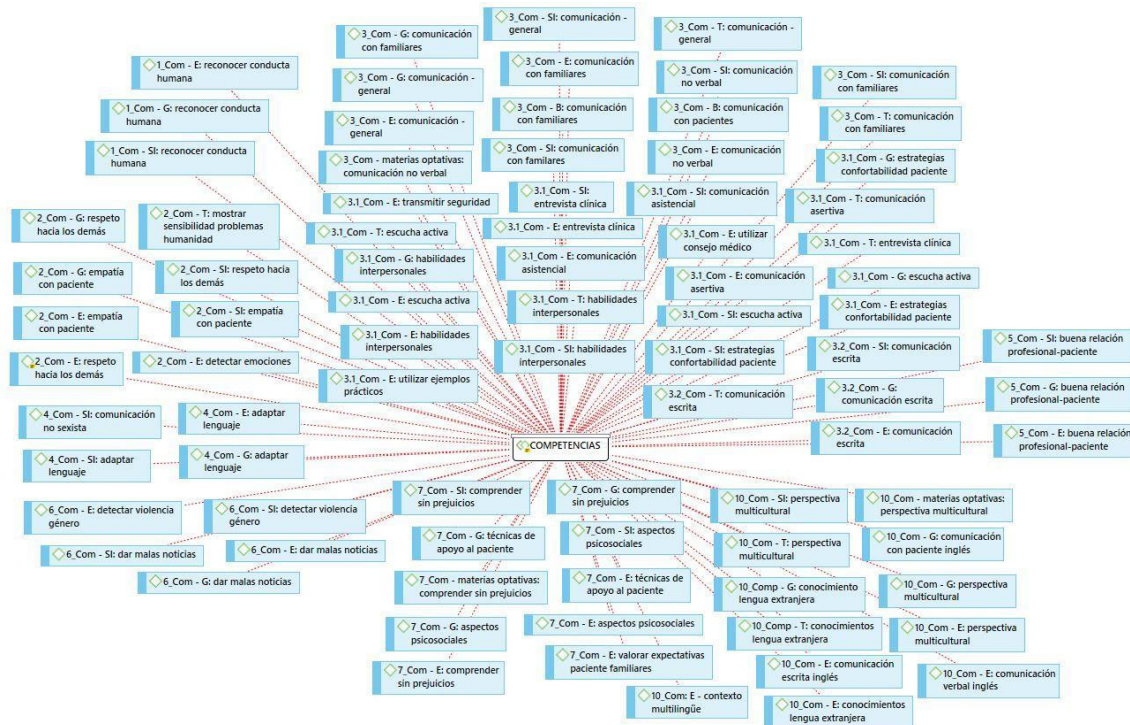
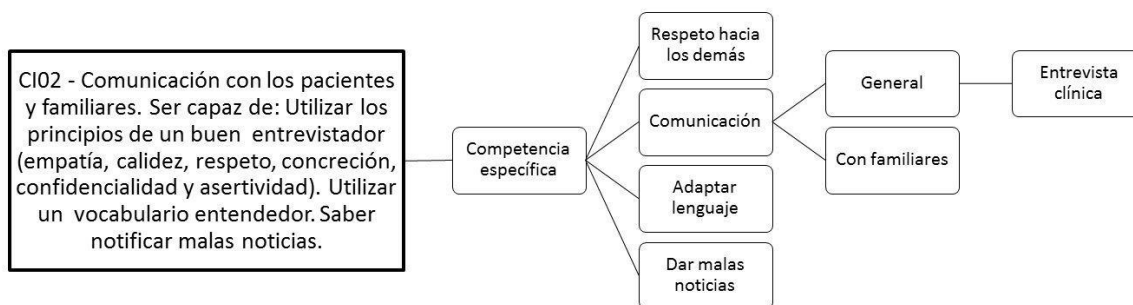


Figura 3. Ejemplo de clasificación de los códigos (esquema de la derecha) asignados a una referencia (recuadro de la izquierda)



códigos en más niveles, lo cual nos permitió interpretar más claramente los resultados y llegar a conclusiones basadas en estos.

El siguiente paso, todavía dentro de la fase 4, consistió en revisar de nuevo todos los textos del corpus y validar los temas identificados para crear lo que se conoce como “mapa

temático” (Braun y Clarke, 2020). Esto nos permitió determinar que algunos de los temas que identificados se ajustaban bien al conjunto del corpus, mientras que otros no. Este proceso también nos permitió codificar datos adicionales dentro de los temas identificados, que habíamos pasado por alto en fases anteriores del proceso de codificación.

Una vez creado el mapa temático, obtuvimos una visión global de los contenidos del corpus y se inició la *fase 5* del análisis. En esta fase se definieron y estudiaron en profundidad los temas que, posteriormente, seleccionamos para poder interpretar los resultados.

Como ya hemos mencionado, en esta fase fue fundamental tener en cuenta los temas en sí mismos y cómo se articulan entre sí. Fue en este punto donde tuvimos que decidir si un tema debía incluir subtemas o no. De hecho, establecer temas y subtemas resultó muy útil para estructurar temas especialmente amplios y complejos, como las competencias relacionadas con la comunicación (véase, por ejemplo, Figura 2). Aunque habíamos asignado títulos a los códigos y a los temas potenciales a lo largo de todas las fases de la codificación, los nombres definitivos de los temas que hicieron parte del análisis final se decidieron en esta fase. En este sentido, procuramos crear nombres cortos y precisos que mostraran de forma relativamente inmediata la idea que subyace a cada tema.

La última etapa del análisis temático fue la *fase 6*, que se inició una vez terminamos de clasificar el conjunto de temas identificados. Esta fase se centró en la elaboración del informe final, que utilizamos posteriormente para interpretar los resultados. Una vez más, el uso de un programa como Atlas.ti para codificar las GD facilitó mucho esta tarea, ya que pudimos generar dicho informe de manera completamente automática.

En cuanto a la fiabilidad de la investigación, contamos con una persona que se encargó de codificar una muestra de las GD con el esquema de codificación definido previamente. Aunque hubiera sido deseable una segunda codificación completa, en el caso de la presente investigación la codificación de un pequeño porcentaje de los datos fue suficiente para evaluar la fiabilidad de la codificación y del proceso de selección de temas (Saldanha y O'Brien, 2014).

3.2.2. Parte B: cuantitativa

Tras codificar y analizar todas las GD con Atlas.ti, utilizamos este mismo programa para convertir los datos cualitativos obtenidos en la etapa anterior en unidades cuantificables con resultados que pudiéramos analizar de forma estadística (Saldanha y O'Brien, 2014, p. 195). En este sentido, Atlas.ti permite extraer el número exacto de veces que un tema aparece en el corpus, de modo que los temas ya estaban cuantificados al final de la etapa anterior.

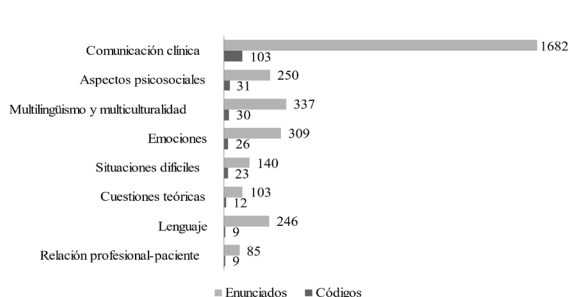
Por lo tanto, el objetivo de esta segunda y última parte del estudio empírico fue transformar los temas identificados en la parte anterior en variables cuantitativas. Cabe señalar que esta etapa fue comparativamente mucho más breve que la anterior.

4. Resultados del análisis temático y discusión

Los resultados presentados en este artículo se basan en una muestra de 545 GD de asignaturas pertenecientes a los grados de Enfermería y Medicina ofrecidos en el curso 2023-2024 en la cv.

Del análisis temático llevado a cabo sobre el corpus de GD surgieron ocho temas principales, que representan los contenidos vinculados con la formación en comunicación clínica que recibe el estudiantado de dichos grados, presentes en las GD de las asignaturas que los componen: destrezas sobre comunicación clínica, aspectos psicosociales del paciente, comunicación en entornos multilingües y multiculturales, emociones, abordaje de las situaciones difíciles, cuestiones teóricas sobre comunicación clínica, lenguaje empleado, y relación entre el profesional y el paciente o las familias.

El programa Atlas.ti permite extraer el número exacto de veces que un código aparece en el corpus, de modo que estos ya estaban cuantificados al final de la parte A del estudio

Figura 4. Número de referencias codificadas por tema y número de códigos asociados

(cualitativa). En este sentido, la Figura 4 muestra el número de códigos agrupados dentro de cada tema, así como la frecuencia de aparición de las referencias codificadas ($n = 3152$) con dichos códigos dentro del corpus de GD ($n = 243$). Como se puede observar en dicha figura, el tema que más códigos y referencias agrupa es el relativo a la enseñanza de destrezas sobre comunicación clínica, con 103 códigos y 1682 referencias codificadas.

En este punto, cabe señalar el grupo de códigos “Área”, que sirvió en el proceso de codificación para asignar un área de conocimiento concreta a la asignatura en un proceso inductivo. Esto nos llevó a identificar 91 áreas temáticas en las cuales enmarcar las asignaturas de los grados de Medicina y Enfermería analizados. Así pues, la Figura 5 muestra las diez áreas principales en las que se ubicaron los ocho temas finalmente identificados. Cabe mencionar que el área en la que se incluyen las asignaturas de prácticas ($n = 773$) es la que más códigos concentra.

Por último, destaca que de las 545 GD de asignaturas que componen el corpus, solamente en el nombre de 4 de ellas aparece la palabra “comunicación” (“Comunicación”, del grado de Medicina de la UV; “Técnicas de comunicación”, del grado de Medicina de la UMH; “Laboratorio de entrevistas clínicas y habilidades de comunicación”, del grado de Medicina de la UCV, y “Habilidades para comunicar y educar en salud”, del grado de Enfermería de la UEV).

Figura 5. Áreas y número de códigos asociados

A continuación, se presenta un análisis detallado de los ocho temas principales identificados en la muestra, organizados en subsecciones que abordan cada uno de ellos de manera individual y detallada, y se destacan aspectos clave y patrones recurrentes hallados en los textos.

4.1. Destrezas sobre comunicación clínica (profesional-paciente)

Este tema abarca cuestiones sobre comunicación clínica en general, entre las cuales destacan la comunicación con pacientes y familiares, la comunicación verbal y no verbal, escrita y diversas técnicas de comunicación, así como la simulación de roles (*role-playing*) como metodología didáctica y de evaluación de dichas destrezas.

Como hemos comentado anteriormente, este tema concentra el mayor número de códigos relacionados directamente con la comunicación clínica ($n = 103$), lo que nos llevó a dividirlo en tres subtemas: comunicación verbal y no verbal, comunicación escrita y técnicas de comunicación.

El análisis detallado de este tema revela una amplia gama de habilidades y destrezas vinculadas con la comunicación que se consideran fundamentales para la práctica clínica. Se observa un claro énfasis en la comunicación verbal, tanto con pacientes como con familiares, y destaca el papel fundamental de la comunicación no verbal en la transmisión de mensajes y en la construcción de la relación entre el

profesional y el paciente (Metaxas y Zhang, 2013). Una comunicación efectiva requiere una congruencia entre lo que se dice (verbal) y lo que se transmite a través del cuerpo (no verbal), y la discrepancia entre ambos aspectos puede generar confusión y desconfianza en el paciente (Hall y Roter, 2012).

En cuanto al segundo subtema, cabe destacar que la comunicación escrita en el ámbito clínico debe ser clara, concisa y fácilmente comprensible para el paciente. En este sentido, cabe tener en cuenta que el uso de un lenguaje técnico excesivo puede generar confusión y dificultar la adherencia al tratamiento (Coulter, 2011).

Respecto del tercer subtema identificado, la alta frecuencia de códigos asociados con técnicas de comunicación, como la entrevista clínica, la entrevista motivacional, la escucha activa, la comunicación asertiva o el uso de ejemplos prácticos, sugiere que la formación debe centrarse en el desarrollo de destrezas comunicativas por medio de experiencias de aprendizaje activas y prácticas (Castillo-Montes y Ramírez-Santana, 2020).

Por último, cabe destacar que, según las GD, la metodología didáctica más empleada para enseñar comunicación clínica es el *role-playing* (Ormazábal Valladares *et al.*, 2019). Por su parte, la evaluación de este tipo de destrezas se lleva a cabo mediante la simulación de entrevistas clínicas y, de nuevo, el *role-playing*. Estos instrumentos de evaluación se estiman válidos y fiables para medir el progreso de los estudiantes en el desarrollo de dichas habilidades. Sin embargo, creemos que es importante destacar la necesidad de continuar investigando y desarrollando nuevas herramientas de evaluación para garantizar una evaluación integral de las destrezas comunicativas.

4.2 Aspectos psicosociales del paciente

Este tema incluye la comprensión y el abordaje de los aspectos psicosociales de los pacientes,

las expectativas de estos y de sus familias, y las técnicas de apoyo emocional con las que cuentan los profesionales.

Los códigos a partir de los cuales surgió este tema ($n = 31$) revelan una creciente conciencia en el ámbito de la salud sobre la importancia de tener en cuenta no solo los aspectos biológicos de las enfermedades, sino también las dimensiones psicológicas y sociales que influyen en la experiencia de los pacientes hacia estas y en los resultados de los tratamientos propuestos, en línea con investigaciones que demuestran, entre otras cosas, que los factores psicosociales influyen significativamente en la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y los resultados clínicos en general (Kirmayer y Ryder, 2015).

Además, los códigos relacionados con las técnicas de apoyo al paciente, el apoyo emocional y la consideración de las necesidades psicológicas del paciente reflejan un enfoque de la formación de los futuros profesionales claramente centrada en el paciente (Cacace y Giménez-Lascano, 2022).

En el corpus de GD analizado, la presencia de códigos vinculados con la formación en aspectos psicosociales se centra en las competencias, los objetivos, los resultados de aprendizaje y el temario, y destaca la ausencia de códigos articulados con este tema en las secciones de metodología y la evaluación. Esto sugiere que se tiene en cuenta la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud para abordar las cuestiones psicosociales de los pacientes de manera efectiva, aunque es necesario profundizar en la investigación para determinar las diferentes estrategias metodológicas y de evaluación utilizadas en el aula.

4.3. Comunicación en entornos multilingües y multiculturales

Este tema abarca cuestiones sobre comunicación clínica en entornos multilingües y

multiculturales en los que el personal sanitario debe interactuar con pacientes con distintos bagajes culturales y lenguas distintas, especialmente en contextos donde el inglés es la lengua extranjera predominante.

Los códigos a partir de los cuales surgió este tema ($n = 30$) indican que la atención a la diversidad lingüística y cultural es fundamental para garantizar una atención de calidad, respetuosa y eficaz en contextos clínicos cada vez más globalizados. Este tema aborda aspectos claves como la competencia en idiomas extranjeros o la sensibilidad hacia perspectivas multiculturales.

La perspectiva multicultural es uno de los códigos más destacados dentro de este tema, lo cual refleja la importancia de integrar una visión intercultural en la formación de los profesionales de la salud, con el objetivo de garantizar que estos comprendan y respeten las diferentes identidades culturales de sus pacientes (Storey, 2022).

La presencia de códigos asociados con la comunicación en inglés indica la importancia de tener en cuenta la diversidad cultural en los procesos comunicativos y de desarrollar habilidades lingüísticas en un contexto globalizado y multicultural como el actual, como lo señalan Climent-Ferrando (2021) o Montalt (2021). Los gestos, la mirada y el espacio personal varían significativamente entre culturas, unas diferencias de las que los profesionales de la salud deben ser conscientes para evitar malentendidos y establecer relaciones de confianza con sus pacientes (Coulter, 2011). Según las GD analizadas, este subtema, al igual que el de la comunicación escrita, se aborda principalmente en las competencias, en los resultados de aprendizaje y en los objetivos.

Además, los códigos vinculados con la comunicación con migrantes y pacientes que no hablan los idiomas locales (es decir, el catalán y el español) indican la importancia de que los

profesionales de la salud estén familiarizados con contextos sanitarios donde la migración es un fenómeno recurrente y la mediación intercultural se convierte, por tanto, en una herramienta vital para evitar malentendidos y ofrecer una atención centrada en el paciente (Storey, 2022).

Según el corpus de GD analizado, se observa que los códigos vinculados se mencionan, principalmente, en los apartados relativos a las competencias, los resultados de aprendizaje y el temario de las asignaturas, lo que deja entrever la integración de esta dimensión comunicativa multilingüe y multicultural dentro de la formación en salud.

Por su parte, la comunicación en contextos multilingües y multiculturales dentro de la formación en el ámbito clínico plantea una serie de desafíos clave desde la perspectiva de la traducción, la interpretación y los estudios interculturales. De hecho, como hemos comentado, uno de los aspectos centrales del presente tema es la importancia de que los profesionales de la salud tengan perspectiva multicultural, lo que sugiere que, en muchos contextos clínicos, el acto de comunicación no solo implica el dominio de una lengua extranjera (como es el inglés), sino también destrezas relacionadas con la mediación intercultural (García-Izquierdo y Montalt, 2013).

En este sentido, cabe destacar que la traducción, la interpretación y mediación intercultural no son simples procesos de traducción literal de términos médicos, sino una interpretación más amplia que permite transmitir el mensaje médico de manera respetuosa y adecuada a la cultura del paciente (Montalt, 2021). La traducción y la mediación intercultural se presentan, pues, como herramientas imprescindibles para mejorar la comunicación clínica en contextos multilingües y multiculturales. Al abordar la comunicación entre profesionales y pacientes en entornos donde las barreras lingüísticas y culturales son predominantes, se pone de manifiesto la importancia de integrar

competencias traductológicas y de mediación intercultural dentro de los planes de estudios de los grados universitarios de Medicina y Enfermería.

4.4. Emociones

Este tema está relacionado con la importancia de que los profesionales de la salud sean capaces de mostrar emociones (como la empatía, por ejemplo) y detectar otras en los pacientes, así como el autocontrol emocional en interacciones con pacientes y sus familias.

El respeto hacia el paciente y sus familias, así como la capacidad de reconocer, comprender y gestionar las emociones propias y ajenas son habilidades fundamentales en la práctica clínica.

Los códigos a partir de los cuales ha surgido este tema ($n = 26$) reflejan una creciente conciencia en la formación en ciencias de la salud sobre la importancia de las emociones en la relación entre el profesional de la salud y el paciente (Halpern, 2014; Sulzer *et al.*, 2016). Además, los códigos asociados con la humanización de los cuidados y la sensibilidad hacia los problemas humanos indican una tendencia hacia una atención más centrada en las personas, que va más allá de los aspectos estrictamente médicos.

Por último, al igual que con el tema anterior, destaca la falta de códigos vinculados con las emociones en los apartados de las GD analizadas dedicados a las cuestiones metodológicas y a la evaluación.

4.5. Abordaje de las situaciones difíciles

Este tema se centra en el abordaje de situaciones difíciles (como dar malas noticias o detectar y manejar casos de violencia) y gestionar la comunicación en contextos de crisis o de conflicto.

El abordaje de situaciones difíciles es una competencia esencial para los profesionales de la salud, y así lo reflejan las GD analizadas y

los códigos relacionados con este tema ($n = 23$). En estas se demuestra la importancia de desarrollar habilidades específicas para comunicar malas noticias, detectar y manejar situaciones de violencia, y gestionar la comunicación en situaciones de crisis (Caldevilla Domínguez, 2009).

En este sentido, la alta frecuencia de códigos asociados con las destrezas articuladas con la comunicación de malas noticias indica la relevancia de esta habilidad en la práctica clínica (Díaz-Martínez *et al.*, 2020). La capacidad de comunicar malas noticias de manera empática y respetuosa es fundamental para minimizar el sufrimiento del paciente y sus familiares.

Por otra parte, la presencia de códigos relacionados con la detección de violencia de género y maltrato infantil subraya la importancia de que los profesionales de la salud estén capacitados para identificar estas situaciones y tomar las medidas adecuadas. Está ampliamente demostrado que la detección temprana de la violencia puede prevenir consecuencias graves para las víctimas (Sans y Sellarés, 2010; World Health Organization, 2013).

Por último, cabe destacar los códigos vinculados con la comunicación en situaciones de conflicto y crisis. La presencia de estos indica la necesidad de desarrollar habilidades para gestionar situaciones complejas y estresantes, ya que la capacidad de mantener la calma y comunicarse de manera efectiva en situaciones de crisis es esencial para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales.

Al igual que con los dos temas anteriores, la mayor parte de los códigos a partir de los cuales surgió este tema se encuentran en las secciones de competencias, objetivos, resultados de aprendizaje y temario de las GD. En este caso, encontramos unos pocos códigos en las secciones de evaluación relativos a la habilidad para detectar violencia de género, y otros pocos en las secciones sobre metodología, relativas a la capacidad de dar malas noticias.

4.6. Cuestiones teóricas sobre comunicación clínica

Este tema abarca la comprensión del comportamiento humano en el contexto de la comunicación clínica, que incluye el reconocimiento de patrones de conducta y su relación con los procesos comunicativos. También incluye el estudio de conceptos teóricos fundamentales, como los mecanismos de afrontamiento del estrés por parte de los pacientes y sus familias.

La comunicación clínica trasciende la simple transmisión de información, ya que implica el análisis de los procesos interpersonales y la interacción entre los profesionales de la salud y sus interlocutores en entornos clínicos (Coulter, 2011).

Los códigos a partir de los cuales surgió este tema ($n = 12$) dejan entrever cierto interés por los fundamentos teóricos que sustentan la comunicación efectiva en el ámbito sanitario. Sin embargo, aún existen desafíos por abordar, como la necesidad de integrar la teoría y la práctica, para que los profesionales sean capaces de establecer una conexión clara entre los conceptos teóricos sobre comunicación y su aplicación en situaciones clínicas reales.

4.7. Lenguaje

Este tema se centra en cuestiones directamente relacionadas con el lenguaje utilizado por los profesionales en los procesos de comunicación clínica con los pacientes y sus familias, entre las que destacamos la capacidad de saber adaptar el lenguaje al contexto, el uso de lenguaje inclusivo y la comunicación no sexista.

El lenguaje es una herramienta fundamental en la comunicación clínica, y la elección de las palabras, el tono de voz y la forma de expresarse pueden influir de modo significativo en la comprensión del paciente, en la relación entre este y el profesional (véase apartado 4.8) y en los resultados del tratamiento y la adherencia a

este por parte del paciente (Padilla Góngora *et al.*, 2008).

Los códigos vinculados a este tema ($n = 9$) reflejan la importancia de utilizar un lenguaje claro, sencillo y adaptado a las necesidades de cada paciente y de cada situación comunicativa. Sin embargo, aún existen ciertas cuestiones por abordar, como la necesidad de contar con guías de lenguaje más específicas y de investigar las repercusiones del lenguaje en los resultados clínicos.

4.8. Relación entre profesional y paciente/familia

Este tema trata de cuestiones asociadas con establecer una buena relación entre el profesional y el paciente y su familia, tratando de generar confianza y de llevar a cabo una comunicación eficaz. La relación entre los profesionales de la salud y los pacientes y sus familias es un pilar fundamental en la atención sanitaria, como lo demuestran los códigos a partir de los cuales surgió este tema ($n = 9$) (Cacace y Giménez-Lascano, 2022). Estos reflejan la importancia de establecer una relación profesional entre el profesional y el paciente y sus familiares basada en la confianza, la comunicación efectiva y el respeto mutuo (Epstein y Street, 2011; Hall y Roter, 2012).

5. Conclusiones

En las últimas décadas se ha observado un crecimiento significativo en la literatura científica sobre comunicación clínica, destacándose la investigación sobre comunicación clínica en contextos multilingües y multiculturales. Este ámbito de reflexión pone en evidencia la creciente complejidad de los escenarios clínicos actuales, donde los profesionales de la salud deben interactuar con pacientes de culturas y lenguas muy diversas.

Numerosos estudios (véase apartados 2 y 3) subrayan la importancia de formar a los

futuros profesionales de la salud en habilidades comunicativas, con base en las evidencias que demuestran que la atención centrada en el paciente mejora los resultados clínicos, la adherencia a los tratamientos y la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud, al tiempo que reduce los costes del sistema.

En anteriores proyectos del grupo de investigación consolidado GENTT (<https://www.gentt.uji.es/publicaciones>) identificamos las carencias y los problemas que encuentran los profesionales de la salud y los pacientes en la comunicación clínica. Utilizando un enfoque socioprofesional, mediante encuestas y entrevistas, interrogamos a ambos grupos sobre los aspectos que consideraban susceptibles de mejora. El objetivo del estudio que aquí se presenta fue identificar y examinar la formación en comunicación que reciben los profesionales de la salud en la cv para realizar la triangulación metodológica de los diferentes resultados y obtener una visión más completa de nuestro objeto de estudio.

A partir de los datos obtenidos mediante el análisis temático del corpus de las 545 GD de los grados de Medicina y Enfermería ofrecidos durante el curso 2023-2024 en la cv, esta investigación nos permitió analizar en qué medida los problemas detectados en dichos proyectos anteriores pueden atribuirse a carencias curriculares. Tras revisar la oferta real de formación en destrezas comunicativas que reciben los estudiantes de dichos grados aplicando el análisis temático, identificamos ocho temas principales, relacionados con la comunicación clínica en los grados seleccionados: destrezas sobre comunicación clínica, aspectos psicosociales del paciente, comunicación en entornos multilingües y multiculturales, emociones, abordaje de las situaciones difíciles, cuestiones teóricas sobre comunicación clínica, lenguaje empleado, y relación entre el profesional y el paciente o las familias.

A la luz de los resultados de nuestro análisis y a pesar de la abundante literatura que respalda la necesidad de una formación integral en comunicación clínica, nuestro estudio demuestra que los contenidos dedicados a este tema ocupan una proporción muy baja dentro de los planes de estudio de los grados de Medicina y Enfermería de la cv. A modo de ejemplo, podemos citar que de las 545 GD analizadas, solo 4 asignaturas incluían el término “comunicación” en su título.

Los currículos académicos analizados están saturados con competencias técnicas y conocimientos científicos, lo que deja poco espacio para profundizar en áreas esenciales como la comunicación con pacientes y sus familias, que es un pilar fundamental en la práctica sanitaria contemporánea. Esta carencia es preocupante, especialmente si tenemos en cuenta los retos a los que se enfrentan los profesionales de la salud en la actualidad, donde no solo se requiere unos conocimientos médicos profundos, sino también la capacidad de comunicar de manera clara y eficaz en contextos multiculturales y multilingües. La ausencia de contenidos que hagan referencia a las dificultades que plantea el multilingüismo y la multiculturalidad en un territorio como el que hemos estudiado es sorprendente y preocupante, pues ignora tanto las barreras lingüísticas como las implicaciones culturales que tiene la interacción clínica en contextos globalizados.

El análisis realizado hasta ahora podría ampliarse para abordar muchos otros aspectos relevantes. Sería interesante determinar si los contenidos identificados en el análisis los planean e imparten los mismos formadores del área de la salud o si acuden a profesionales de otras áreas. Asimismo, será necesario profundizar en las posibilidades de diálogo interdisciplinario entre las áreas de la salud y los estudios de traducción e interpretación y el papel que estos últimos pueden o deben desempeñar.

En definitiva, si la universidad tiene la responsabilidad de dotar a los futuros profesionales de la salud con los recursos necesarios para participar de manera efectiva en la comunicación clínica, la escasez de contenidos sobre comunicación clínica y la falta de contenidos sobre multilingüismo y multiculturalidad ponen de manifiesto una urgente necesidad de renovación e innovación curricular en los grados actuales de ciencias de la salud para atender al cambio de paradigma que se ha producido en la comunicación clínica. Con este estudio, esperamos haber demostrado de forma empírica la necesidad de este cambio curricular, aunque es evidente que la solución no será sencilla, pues dependerá de las políticas educativas, de la gestión de cada universidad y del nivel de implicación de los docentes.

Referencias

- Bancroft, M. A. (2005). *The interpreter's world tour: An environmental scan of standards of practice for interpreters*. Informe preparado para el National Council on Interpreting in Health Care. <https://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20Environmental%20Scan.pdf>
- Borja Albi, A. (2012). Aproximación traductológica a los textos médico-jurídicos. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 13(36), 167-175. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-tradyterm_ABorjaAlbi.pdf
- Borja Albi, A. (2015). Recomendaciones para trabajar con intérpretes en el ámbito sanitario. En A. Borja Albi y M. del Pozo Triviño (Eds.), *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes* (pp. 107-124). Tirant Humanidades. <https://sosvicsweb.webs.uvigo.es/blogs/files/la-comunicacion-mediada-por-intérpretes.pdf>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. y Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Cacace, P. J. y Giménez-Lascano, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(2), 63-72. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>
- Caldevilla Domínguez, D. (2009). Comunicar en situaciones de crisis. *Vivat Academia*, (105), 1-27. <https://doi.org/10.15178/va.2009.105.1-27>
- Castillo-Montes, M. y Ramírez-Santana, M. (2020). Experiencia de enseñanza usando metodologías activas, y tecnologías de información y comunicación en estudiantes de medicina del ciclo clínico. *Formación Universitaria*, 13(3), 65-76. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062020000300065>
- Climent-Ferrando, V. (2021). El multilingüisme: Una qüestió d'Estat? L'avaluació de la política lingüística de l'Estat Espanyol a través del concepte de disponibilitat lingüística. *Treballs de Sociolingüística Catalana*, (32), 53-80. <https://raco.cat/index.php/TSC/article/view/403346>
- Costa, B. (2022). Interpreter-mediated CBT – a practical implementation guide for working with spoken language interpreters. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15(e8). <https://doi.org/10.1017/S1754470X2200006X>
- Coulter, A. (2011). *Engaging patients in healthcare*. McGraw-Hill Education. <https://mhebooklibrary.com/doi/book/10.1036/9780335242726>
- Dávila Rodríguez, A. A. (2018). Medicina defensiva. ¿Evitable? *Cirujano General*, 40(1), 54-60. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000100054&lng=es&fng=es
- Del Pozo, M. y Baigorri, J. (2015). El trabajo con intérpretes: aspectos comunes. En A. Borja Albi y M. del Pozo Triviño (Eds.), *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes* (pp. 17-64). Tirant Humanidades. <https://sosvicsweb.webs.uvigo.es/blogs/files/la-comunicacion-mediada-por-intérpretes.pdf>

- Del Pozo, M. (2020). *La interpretación de enlace. De la teoría a la práctica*. Comares.
- Díaz-Martínez, L. A., Cuesta Armesto, M. H. y Díaz Rojas, M. J. (2020). La formación médica en comunicación de malas noticias: una revisión narrativa. *Revista Española de Educación Médica*, 1(2), 32-44. <https://doi.org/10.6018/edumed.439731>
- Epstein, R. M. y Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- España, Ministerio de Educación y Ciencia. (2007). Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, núm. 260 (octubre 30). Referencia: BOE-A-2007-18770. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>
- Friese, S. (2019). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. SAGE.
- García-Izquierdo, I. y Borja Albi, A. (2024). La comunicación en contextos de salud: generación de recursos tecnológicos para la mejora de la eficacia comunicativa del consentimiento informado. *Cadernos de Tradução*, 44(1), 1-17. <https://doi.org/10.5007/2175-7968.2024.e95247>
- García-Izquierdo, I. y Montalt, V. (2013). Equi-generic and intergeneric translation in patient-centred care. *HERMES. Journal of Language and Communication in Business*, (51), 39-51. <https://doi.org/10.7146/hjlc.v26i51.97436>
- Gavlovych, N. (2023). *The quality of medical interpreting services against the backdrop of health tourism in the Valencian community, Spain, viewed through the lens of the sociology of professions* [Tesis doctoral]. Universitat Jaume I. <https://doi.org/10.6035/14110.2023.262125>
- Hall, J. A. y Roter, D. L. (2012). Physician-patient communication. En H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 318-346). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0014>
- Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medical Health Care and Philosophy*, 17, 301-311. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>
- Jacobs, W., Amuta, A. O., Jeon, K. C. y Alvares, C. (2017). Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1302785. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1302785>
- Kirmayer, L. J. y Ryder, A. G. (2015). Culture and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 8, 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.10.020>
- Kwan, M., Jeemi, Z., Norman, R. y Dantas J. A. R. (2023). Professional interpreter services and the impact on hospital care outcomes: An integrative review of literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5165. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065165>
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind, and world dialogically*. Information Age Publishing.
- Martin, A. (2006). La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía. *Revista Española de Lingüística Aplicada, Vol. Extra 1*, 129-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198698>
- Martínez-Carrasco, R. y Ordóñez-López, P. (2023). Consentimiento informado en la comunicación médico-paciente: análisis crítico del marco legislativo. *HERMES—Journal of Language and Communication in Business*, (63), 99-117. <https://doi.org/10.7146/hjlc.vi63.134391>
- Matthews, B. y Ross, L. (2010). *Research methods: A practical guide for the social sciences*. Pearson Education Ltd.
- Metaxas, D. y Zhang, S. (2013). A review of motion analysis methods for human nonverbal communication computing. *Image and Vision Computing*, 31(6-7), 42433. <https://doi.org/10.1016/j.imavis.2013.03.005>
- Montalt, V. (2021). Medical humanities and translation. En Ş. Susam-Saraeva y E. Spišiaková (Eds.), *The Routledge handbook of translation and health* (pp. 130-148). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781003167983>

- Morgan, D. L. y Nica, A. (2020). Iterative thematic inquiry: A new method for analyzing qualitative data. *International Journal of Qualitative Methods*, 19. <https://doi.org/10.1177/1609406920955118>
- Ormazábal Valladares, V., Almuna Salgado, F., Hernández Montescy, L. y Zúñiga Arbalti, F. (2019). Juego de roles como método de enseñanza de farmacología para estudiantes de la carrera de enfermería. *Educación Médica*, 20(4), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.07.001>
- Ortega-Herráez, J. M. y Blasco Mayor, M. J. (2018). Radiografía (2006-2016) de la provisión de servicios lingüísticos en los servicios públicos de la Comunitat Valenciana. En A. I. Foulquie, M. Vargas-Urpí y M. M. Fernández (Eds.), *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (pp. 171-201). Comares.
- Padilla Góngora, D., Martínez Cortés, M. C., Pérez Morón, M. T., Rodríguez Martín, C. R. y Miras Martínez, F. (2008). La competencia lingüística como base del aprendizaje. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 177-184. <http://hdl.handle.net/10662/17575>
- Saldanha, G. y O'Brien, S. (2014). *Research methodologies in translation studies*. Routledge.
- Sans, M. y Sellarés, J. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 104-109. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(10\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(10)70038-9)
- Sanz-Moreno, R. (2018). La percepción del personal sanitario sobre la interpretación en hospitales. Estudio de caso. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 19(47), 67-75. <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n47-tribuna-1.pdf>
- Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice*. John Wiley & Sons.
- Storey, J. D. (2022). Global health communication. En T. L. Thompson y N. G. Harrington (Eds.), *The Routledge handbook of health communication* (3rd ed., pp. 456-474). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781003043379>
- Strelow, K. R., Bahadir, S., Stollhof, B., Heeb, R. M. y Buggenhagen, H. (2021). Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) - project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting. *GMS Journal for Medical Education*, 38(3), 1-19. <https://doi.org/10.3205/zma001463>
- Sulzer, S. H., Feinstein, N. W. y Wendland, C. (2016). Assessing empathy development in medical education: A systematic review. *Medical Education*, 50(3), 300-310. <https://doi.org/10.1111/medu.12806>
- Torner, R. (2001). El reconeixement normatiu del principi de disponibilitat lingüística: una qüestió delicada. En Generalitat de Catalunya (Ed.), *Actes del 2n Congrés Europeu sobre Planificació Lingüística* (pp. 435-443). (14, 15 i 16 de novembre, Andorra la Vella), Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura.
- Virshup, B. B., Oppenberg, A. A. y Coleman, M. M. (1999). Strategic risk management: Reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *American Journal of Medical Quality*, 14(4), 153-159. <https://doi.org/10.1177/106286069901400402>
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A. y Stuckler D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social Science & Medicine*, 240, 112552. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/85239>

Cómo citar este artículo: Sánchez-Castany, R. y Borja Albi, A. (2025). La comunicación clínica en los grados de Medicina y Enfermería en España: un estudio de caso. *Mutatis Mutandis, Revista Latinoamericana de Traducción*, 18(1), 209-230. <https://doi.org/10.17533/udea.mut.v18n1a11>