



ORIGINAL

Estrategias de comunicación para la atención a la población inmigrante: desafíos en la formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud

Debbie Jeinnisse Álvarez-Cruces^{a,b,*} y Gina Burdiles Fernández^b

^a Universidad de Concepción, Concepción, Chile

^b Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

Recibido el 25 de abril de 2022; aceptado el 18 de agosto de 2022

Disponible en Internet el 30 de septiembre de 2022



PALABRAS CLAVE

Comunicación multimodal;
Habilidades personales;
Formación en Ciencias de la Salud;
Inmigrantes;
Saber praxeológico

Resumen

Introducción: explorar las estrategias comunicativas que utiliza el estudiantado de Ciencias de la Salud con la población inmigrante durante la atención sanitaria.

Materiales y métodos: investigación cualitativa de tipo fenomenológico/interpretativo con diseño Estudio de Caso Múltiple. Se entrevistó a 106 estudiantes de 3 universidades y distintas carreras de Ciencias de la Salud de último año formativo, previa autorización de 2 Comités de Ética institucionales, además de solicitar el consentimiento informado. El análisis de contenido fue de tipo inductivo y se apoyó del software ATLAS.ti, versión 9.

Resultados: se establecieron dos categorías; una, con los distintos modos semióticos utilizados por el estudiantado y otra, de habilidades personales presentes durante la interacción clínica. El estudiantado reportó haber utilizado distintos recursos de comunicación multimodal, desde el modo no verbal hasta el modo aplicación de traductor, para proporcionar atención a extranjeros, aunque reconocieron no haber recibido formación en ello. La elección y combinación de las diferentes modalidades fue guiada por el contexto y las habilidades personales fueron relevantes para realizar monitorización y ajustes durante la atención.

Conclusiones: la comunicación multimodal y las habilidades personales facilitan la interacción comunicativa y permiten ofrecer una atención de calidad en salud a la población inmigrante, superando las barreras lingüísticas y culturales. Esto indica que la formación profesional en Ciencias de la Salud requiere el desarrollo explícito y sistemático de competencias comunicativas, además de habilidades intra e interpersonales con un enfoque práctico. Asimismo, necesita el conocimiento técnico, práctico y praxeológico, que fomente una actitud reflexiva.

© 2022 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: debbiejalvarez@udec.cl (D.J. Álvarez-Cruces).

KEYWORDS

Multimodal communication;
Personal skills;
Training in Health Sciences;
Immigrants;
Praxeological knowledge

Communication strategies to the care for the immigrant population: Challenges in the training of Health Sciences students

Abstract

Introduction: To explore the communication strategies used by Health Sciences students with the immigrant population during health care.

Materials and methods: Qualitative research of phenomenological/interpretive type with a Multiple Case Study design. 106 students from three universities and different Health Sciences careers in their final year of training were interviewed, with prior authorization from two institutional Ethics Committees, in addition to requesting informed consent. The content analysis was of inductive and was supported by the ATLAS.ti version 9 software.

Results: Two categories were established; one, with the different semiotic modes used by the students and another, of personal skills present during clinical interaction. The student body reported having used different multimodal communication resources, from the non-verbal mode to the translator application mode, to provide care to foreigners, although they acknowledged not having received training on it. The choice and combination of the different modalities was guided by the context and personal skills were relevant for monitoring and adjustments during care.

Conclusions: Multimodal communication and personal skills facilitate communicative interaction and allow offering quality health care for the immigrant population, overcoming linguistic and cultural barriers. This indicates that professional training in Health Sciences requires the explicit and systematic development of communication skills, as well as intra and interpersonal skills with a practical approach. Likewise, it needs technical and practical knowledge as well as praxeological knowledge that fosters a reflective attitude.

© 2022 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Actualmente, en el ámbito sanitario, está siendo cada vez más habitual prestar atención en salud a personas que provienen de otro país y que, por tanto, constituyen un desafío desde una perspectiva lingüística y cultural.

En Chile, desde 1990 hasta fines del año 2020, la población inmigrante aumentó de 0,7 a 7,5%¹. Si bien la mayor parte de esta población es de habla hispana, presenta diferencias lingüísticas y comportamentales que pueden influir en la relación profesional/paciente. La población no hispanohablante, que ha migrado más escasamente a Chile, también enfrenta desafíos idiomáticos difíciles de sortear debido a que el nivel de inglés de la población chilena es insuficiente para entablar una conversación².

Las Naciones Unidas han indicado que no solo se debe garantizar el acceso a la atención sanitaria de la población migrante; sino que también se le debe entregar toda la información en su lengua de origen para disminuir al máximo la posibilidad de que no acudan a los centros de atención^{3,4}. Por ello, desde el año 2014, se han incorporado los Facilitadores Interculturales en la atención sanitaria; ellos tienen la función de traducir, interpretar, mediar las relaciones, educar sobre el sistema de salud chileno y colaborar en labores administrativas⁵. No obstante, esta iniciativa se ha concentrado en la capital del país y no se ha extendido a todo el territorio nacional.

La evidencia científica demuestra una clara asociación entre las barreras comunicativas y algunas insuficiencias en

el acceso a la atención sanitaria, tales como inconformidad con la atención recibida, escasa comunicación efectiva, baja adherencia al tratamiento, subutilización o inadecuada utilización de los servicios sanitarios y retraso en la detección de las enfermedades⁶⁻⁸. De igual modo, se observa falta de conocimiento por parte del personal sanitario para percibir e interpretar adecuadamente el lenguaje no verbal utilizado por los pacientes, además de no percatarse de que el lenguaje que ellos mismos utilizan, en la interacción clínica, no siempre concuerda con la base cultural del paciente^{9,10}.

Para comunicarse se requiere de diversos modos y/o recursos semióticos que contribuyen a la articulación del significado, entre los que se incluyen el verbal, no verbal, gráfico, matemático y tipográfico¹¹⁻¹³. Actualmente, existen nuevos medios, como los recursos tecnológicos interactivos y diferentes aplicaciones de traducción automática, que también contribuyen a la comprensión de la situación comunicativa¹⁴. Estas han demostrado un mejoramiento en la calidad y la seguridad de la atención, además de un aumento en la satisfacción de los proveedores y los usuarios¹⁵. No obstante, la barrera lingüística e influencia cultural en la comunicación se mantiene latente⁹.

Según Campinha-Bacote, un profesional de la salud culturalmente competente requiere desarrollar habilidades para trabajar en el contexto cultural del individuo, familia y comunidad. Esta autora propone un modelo de 5 constructos: deseo, conciencia, conocimiento y encuentro cultural, los que deben aplicarse con humildad para

establecer una relación terapéutica sensible, abierta y libre de prejuicios¹⁶.

Una reciente revisión sistemática evidenció que las ofertas formativas en Competencia Cultural para los estudiantes de la salud estaba centrada en los aspectos culturales, epidemiológicos y sanitarios¹⁷, lo cual se sitúa en un saber técnico y práctico del conocimiento. Sin embargo, se debería propender hacia un saber praxeológico que implica lograr una actitud guiada por la comprensión, el discernimiento, la responsabilidad y los valores que favorecen la interacción social¹⁸.

Otros estudios han puesto en evidencia que se ha subestimado la importancia de adquirir habilidades interpersonales, en la formación profesional en salud, para disminuir la angustia y el estrés que le produce al estudiantado atender a población extranjera^{19,20}. Asimismo, se ha soslayado la formación en competencias comunicativas que contribuya con encuentros clínicos provechosos^{21,22}.

Dado el complejo escenario que desafía comunicativamente a los profesionales de la salud, sumado a la escasa formación en las habilidades comunicativas que, según la literatura, está recibiendo el estudiantado, surge la inquietud de indagar cómo estos estudiantes resuelven en la práctica dichos desafíos comunicativos. En consecuencia, el objetivo de este estudio es explorar las estrategias comunicativas que utiliza el estudiantado de Ciencias de la Salud con la población inmigrante durante la atención sanitaria.

Materiales y métodos

Investigación cualitativa de tipo fenomenológico/interpretativo con Estudio de Caso Múltiple²³. Participaron 106 estudiantes de último año formativo, pertenecientes a 3 universidades chilenas, de las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Farmacia, Kinesiología, Odontología y Nutrición. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con preguntas abiertas, orientadas a conocer las estrategias de comunicación utilizadas por el estudiantado de Ciencias de la Salud al proporcionar atención sanitaria a la población inmigrante. El análisis de contenido fue de tipo inductivo y se apoyó en el software ATLAS.ti, versión 9. Se obtuvieron 2 categorías con sus respectivas subcategorías. La investigación contó con la aprobación de 2 comités de ética institucionales. Además, antes de la entrevista, los participantes firmaron el consentimiento informado, donde se consigna el respeto a los principios de la bioética²⁴ y los que se señalan en la Declaración de Singapur²⁵.

Resultados

Los 106 participantes (71 mujeres y 35 hombres) eran estudiantes de Medicina (17), Enfermería (16), Obstetricia (10), Farmacia (10), Kinesiología (21), Odontología (10) y Nutrición (22). Ellos atendieron a pacientes venezolanos, colombianos, haitianos, peruanos, bolivianos, argentinos, cubanos, uruguayos, paraguayos, mexicanos, brasileños y dominicanos. Estas nacionalidades concuerdan con la información que indican las estadísticas nacionales¹. No obstante, los participantes también señalaron haber atendido pacientes de Turquía, China, Jordania, Holanda, Suiza, Croacia y Rusia.

Del total de participantes, solo 7 mencionaron haber cursado un electivo relacionado con herramientas comunicativas, en la que se abordaban múltiples temáticas desde una perspectiva conceptual; pero carecía de ejemplificaciones prácticas.

En conformidad con el objetivo de la investigación, el análisis condujo al establecimiento de 2 categorías con sus respectivas subcategorías (tabla 1). La primera corresponde a los diferentes modos semióticos utilizados por los participantes para comunicarse y lograr proporcionar atención de salud a la población extranjera; y la segunda, corresponde a las habilidades personales, orientadas a la interacción durante la atención.

A continuación, se reseña cada categoría y subcategoría; seguidamente, se incorporan citas textuales que la respaldan. La codificación de la fuente de la cita indica, secuencialmente, sexo del participante, nombre de la carrera que estudia, número del participante y número de la institución educativa.

Categoría 1: Comunicación multimodal

El estudiantado reportó la utilización de diferentes modos semióticos para proporcionar atención de salud a la

Tabla 1 Categorías y subcategorías identificadas en los estudiantes de Ciencias de la Salud para la atención de los pacientes inmigrantes

Categoría 1. Comunicación multimodal	
Subcategorías	
1.1 Modo no verbal	Evaluar facie Quinesia
1.2 Modo gráfico monocromático	Dibujar Hacer esquemas Escribir y resaltar indicaciones
1.3 Modo gráfico multicromático	Imágenes físicas o virtuales Videos
1.4 Modo verbal en español	Hablar lento y pronunciado Adaptación lingüística doble
1.5 Modo verbal en otro idioma	Palabras clave en inglés Palabras clave en el idioma del paciente (inglés, francés o creole) Hablar en el idioma del paciente (solo inglés o francés) Persona cercana al paciente traduce Compañero o docente/profesional traduce Traductor profesional
1.6 Modo aplicación de traductor	Uso de aplicaciones de traductor Barreras con el uso de traductor
Categoría 2. Habilidades personales	
2.1 Intrapersonales	Iniciativa Voluntad Perseverancia Humildad Capacidad reflexiva
2.2 Interpersonales	Empatía

población extranjera. Las modalidades presentes son las que siguen:

Modo no verbal

Este modo comunicativo surge espontáneamente frente a una barrera idiomática; es decir, frente a pacientes no hispanos. En este se incluyen evaluar la facie y utilizar la quiñesia. La evaluación de la facie tenía 2 propósitos principales: estimar el dolor que pudo estar sufriendo el paciente y determinar si las indicaciones o recomendaciones que se le entregaron eran comprendidas.

«(...) la miré y me di cuenta de que no me estaba comprendiendo, como que me decía: "sí, sí, sí". Entonces, le hice la misma pregunta, pero de otra forma y siguió diciendo: "sí, sí, sí", así que empezamos a utilizar gestos» (Mujer, Enfermería 5/2).

La quiñesia corresponde a los diferentes gestos y/o movimientos realizados con el cuerpo para ejemplificar alguna situación de salud con el propósito de que el paciente se identifique con alguna sintomatología que pudiera orientar la evaluación diagnóstica.

«Cuando yo quería saber si le dolía, le preguntaba, por ejemplo, en el lugar donde fue la cesárea, dónde estaba el hematoma, que fue la complicación que ella tuvo. Le tenía que hacer yo, el gesto técnico de dolor. Le tocaba la guatita [abdomen] y ponía cara de dolor. Ella me entendía y me asentía con la cabeza» (Mujer, Medicina 3/1).

Sin embargo, los informantes señalaron que les generaba inquietud y preocupación que los gestos utilizados no fueran adecuados para el paciente y que pudieran ser interpretados como irrespetuosos o desconsiderados.

Modo gráfico monocromático

Entre los diversos recursos usados para apoyar de manera más didáctica las indicaciones entregadas al paciente, los participantes recurrieron a realizar dibujos, hacer esquemas o escribir y resaltar las indicaciones. Este último recurso estaba pensado para que pudieran ser leídos con calma en la casa con alguien que dominara el idioma español, además de poder revisar las indicaciones cuando fuera necesario.

«Al final, yo opté por dibujar y escribir en papel y ocupar todo el material disponible que tenía en la consulta para poder comunicarme. Por ejemplo, si era una paciente que venía por anticonceptivos, le dibujaba el anticonceptivo oral; si el anticonceptivo era inyectable, le dibujaba una inyección (...). Después opté por escribirle las indicaciones en un Word, todo lo que tenía que hacer. Se lo imprimía y lo archivaba en su cuadernito de control para que otra persona le pudiera ayudar a traducir del español al creole, porque había muchos pacientes que tenían familiares que leían español. Al parecer les era más fácil leer español, que hablarlo» (Mujer, Obstetricia 2/2).

Modo gráfico multicromático

Dependiendo de cuán buen gestor fuera el estudiante o de los recursos disponibles en la sala de atención, algunos de ellos continuaban con la utilización de imágenes físicas o virtuales en colores, además de mostrar videos.

«Ella hablaba creole y un poco de español. Yo le decía la instrucción, pero la paciente no me lograba comprender. Entonces, pensé que podría ser complicado dejarle las indicaciones en imágenes y texto, porque no iba a comprender las pautas de ejercicio. Así que le creamos un video con los pasos de cada ejercicio y un texto simple con la descripción (...). El video lo subí a YouTube de manera privada y le mandé el link por WhatsApp» (Mujer, Kinesología 3/2).

Modo verbal en español

El modo verbal en español, propio en la atención a los pacientes hispanohablantes, exigió a los estudiantes entrevistados la toma de consciencia de que debían hablar más lento y con cuidada articulación; tenían que seleccionar palabras neutras y no utilizar modismos o términos de uso popular chileno para explicar las diferentes situaciones de salud, puesto que no resultaban apropiadas para los pacientes de otras nacionalidades. De esta manera, se observa una doble adaptación lingüística; es decir, primero debían adaptar el lenguaje técnico que se utiliza en la medicina para que fuera comprensible al vulgo y, luego, escoger léxico del español estándar, que fuera de uso habitual del paciente inmigrante.

«El tema de la modulación es muy importante, uno tiene que modular bastante bien. Evitar los chilenismos que, probablemente, van a causar que el paciente se sienta incómodo. También, poner oído, porque, así como uno habla de determinada manera, la otra persona habla en su forma. Entonces, hay que ponerse de acuerdo y estar en el mismo canal en todo momento, porque, o si no, la comunicación va a fallar» (Hombre, Odontología 6/2).

Del mismo modo, se cuida la selección del léxico:

«Nosotros tenemos que hacer el recordatorio de 24 horas para saber qué consumió el paciente y ahí me dicen que se sirvió una ananá de colación, o que comió judías, que son los porotos verdes, lo mismo con el zapallo, que ellos le dicen camote, o los frijoles. Son los mismos alimentos que se usan en Chile, pero que ellos los conocen con otro nombre. Entonces, uno tiene que nombrarlos de la manera que ellos los conocen» (Mujer, Nutrición 3/3).

Modo verbal en otro idioma

Frente a un paciente extranjero no hispano, los participantes siempre intentaban iniciar con palabras clave en inglés, las que no siempre eran comprendidas por el paciente debido a que ellos no lo dominaban o porque la pronunciación no era adecuada. También utilizaron palabras clave en el idioma del paciente, esto se limitaba a palabras en francés o creole.

Solo un participante mencionó haber hablado en francés o inglés cuando la situación lo requirió, incluso se ofrecía para ayudar a sus compañeros a atender a los pacientes, principalmente, haitianos; pero estos últimos no siempre dominaban el francés. En contadas oportunidades, el profesional/docente guía hablaba estos idiomas para ayudar al estudiante.

A pesar de las diferentes estrategias utilizadas para superar con éxito la barrera idiomática con los pacientes

inmigrantes, varios estudiantes reflexionaron y concordaron en que era necesaria una mayor orientación durante su formación profesional para saber enfrentar de manera apropiada los encuentros clínicos y que estos no resultaran tan improvisados.

«Yo creo que en esa oportunidad me di cuenta de que uno no puede saber todos los idiomas del mundo, ¿cierto? No, sería imposible, pero sí creo que deberían entregarnos herramientas que nos permitan saber cómo reaccionar ante esta situación, para no quedarse como con esa desesperación y preocupación. Yo creo que uno debería tener ciertas herramientas que te permitan reaccionar de manera apropiada, por ejemplo, si viene un chino, árabe o cualquier paciente, tú ya tengas la capacidad de tener estrategias para enfrentar la situación. Como esta misma aplicación en el celular, de saberla utilizar, no quedarte como en blanco» (Mujer, Farmacia 5/2).

Una proporción mínima de estudiantes pudo contar con un traductor profesional en el centro de salud donde realizaron su práctica; no obstante, en muchas oportunidades no era posible ubicarlo por la alta demanda que este tenía. Debe mencionarse que los estudiantes desconocían el alcance de las funciones de este trabajador, quien era en realidad un Facilitador Intercultural, pero, a juicio de los entrevistados, estaba allí tan solo para ayudar en la traducción.

Modo aplicación de traductor

Otra manera de responder a los desafíos mencionados es la utilización de un recurso multimedial como es el traductor. Algunos estudiantes fueron hábiles desde el comienzo de la interacción con pacientes no hispanohablantes y utilizaron la aplicación de Google Traductor para traducir frases cortas con el celular y luego mostrarle la traducción al paciente o hacérsela audible.

«Ocupamos el traductor del celular. De hecho, lo ocupamos muchas veces. Nosotros hablábamos y lo traducíamos al creole, después se lo acercábamos al paciente y lo reproducíamos. Y él nos escribía en el teléfono lo que necesitaba (...). La traducción de Google Traductor nos permitió superar varias situaciones. Gracias a la tecnología, porque antes no existía eso» (Hombre, Medicina 2/1).

Empero, gran parte de los participantes evidenciaron diferentes problemas relacionados con el uso de las aplicaciones; entre los más frecuentes, el desconocimiento de su existencia, no recordarlo en el momento, no saberlas utilizar, poca señal de Internet en el recinto y no tener la seguridad de que tradujera el lenguaje técnico o las formas verbales precisas.

«No, no se nos ocurrió en ese momento [utilizar la aplicación del traductor], es que tampoco sé si funcionará bien. Es que cuando he traducido del español al inglés u otro idioma, la traducción nunca queda bien, las conjugaciones de los verbos son distintas, las expresiones que se usan son distintas, el lenguaje técnico igual es difícil. Entonces, no sabía si iba a ser para mejor o peor» (Hombre, Kinesiología 3/1).

Al indagar en las razones para usar esta serie de estrategias, todos fueron claros y enfáticos en señalar que se les había ocurrido en el momento.

«No, como que nadie enseña eso. Al final es como que uno tiene resolverlo. Lo que uno hace es improvisación pura. Siento que podría materializarse como algo real, que te digan ‘estos son los 5 puntos más importantes al momento de hablar con una persona que no tiene tu idioma’, eso sería de mucha ayuda» (Mujer, Nutrición 1/3).

Categoría 2: Habilidades personales

Dados los diversos encuentros clínicos que ha tenido el estudiantado con la población extranjera, los entrevistados aluden a una variedad de condiciones que son requeridas para comunicarse de manera eficaz en la situación clínica. A partir de esto, fue posible identificar determinadas habilidades personales que ellos consideran importantes para dicha tarea.

Intrapersonales

Son habilidades personales en las que el sujeto, de manera autónoma, optimiza la manera de comunicar. A partir de las entrevistas realizadas, se pudo distinguir 5 habilidades de este tipo: iniciativa, voluntad, perseverancia, humildad y capacidad reflexiva.

Iniciativa: para superar con éxito el desafío de prestar atención a la población extranjera, el estudiantado no solo gestionó recursos, sino que, además, analizó su desempeño para mejorarlo en una próxima oportunidad.

«Fue difícil, muy difícil la comunicación con ella, es lo más difícil que me ha tocado (...). Y en la noche me puse a traducir muchas frases en creole, imprimí una hoja con preguntas ‘¿Cómo estaba?’, ‘¿Dónde vivía?’, ‘si necesitaba algo’, porque había llegado [al hospital] solo con lo puesto (...) Entonces, reunimos dinero, compramos pañales [para el bebé] y se los fui a dejar. Esa fue una súper buena experiencia, me sentí bien. Pero sí, confieso que fue un desafío muy grande poder enfrentarme a ese momento, porque no tenía más herramientas para comunicarme con ella, fue algo súper desafiante» (Hombre, Medicina 5/2).

Voluntad: varios participantes fueron bastante críticos al mencionar que era necesaria una mayor proactividad y voluntad para querer realizar la atención de salud hacia la población extranjera. Al parecer, el estudiantado observa que existe cierto desinterés o falta de disposición en el equipo de salud.

«(...) yo encuentro que falta mucha empatía, mucha conciencia también, porque las herramientas tecnológicas están ahí, tenemos las capacidades para usarlas. Lo que falta es querer hacerlo, como la voluntad para hacerlo, porque cuando yo le dije a mi tutora que atendí sola a la paciente [de nacionalidad] china, ella dijo ‘¿y cómo la atendiste?’. A ellos no se les había ocurrido ocupar el traductor, y eso que es una herramienta del celular, que es gratis, que está ahí. Entonces, yo creo que es eso, el querer hacerlo» (Mujer, Obstetricia 2/2).

Perseverancia: fueron múltiples los desafíos que tuvieron que superar los participantes para proporcionar una atención de salud que los hiciera sentir satisfechos. Siempre intentaron agotar todas las alternativas que estuvieron a su alcance para conseguirlo; no obstante, eran muy autocríticos cuando no lo lograban a cabalidad.

«Me frustraba un poco el no lograr que ella me entendiera, ni yo poder entenderla completamente a ella; pero yo igual quería seguir intentándolo y me daba el ánimo de seguir, porque el proceso por el que ella estaba pasando era muy difícil y yo sentía que ella necesitaba más apoyo, no solamente médico, sino que también en la parte emocional, porque ella estaba muy angustiada y no quería volver a pasar por lo mismo» (Mujer, Medicina 3/1).

Humildad: el estudiantado reflexionó sobre el desempeño logrado con la población extranjera. A partir de allí, se cuestionó, buscó nuevas alternativas y se adaptó a la interacción para mejorar la relación terapéutica.

«Lo comentamos mucho con mis guías clínicos, hablamos sobre el tema de cómo podríamos mejorar la atención, manejarlo mejor. Incluso con la paciente haitiana, yo me aprendí algunas palabras en creole, para que sea una relación recíproca, porque la relación es de 2. Igual es fome que ella se esté esforzando todo el rato por hablar español, siendo que yo también puedo aprender para poder ayudarla y que sea una relación de igualdad. Que ella se vaya sintiendo acogida también (...) Que vea que hay otra persona que también se está esforzando por comunicarse con ella» (Mujer, Kinesiología 3/3).

Capacidad reflexiva: aunado a lo anterior, algunos participantes mencionaron que el actual escenario migratorio resulta en una oportunidad de replanteamiento en la manera de hacer el trabajo clínico. No obstante, fueron solo unos pocos los que llegaron a este nivel de reflexión, en general se apreciaba un cuestionamiento de tipo instrumental que solo abarcaba lo relacionado a mejorar las estrategias comunicativas.

«Entonces, [el actual escenario migratorio] es como un súper buen ejercicio para poner en práctica esta nueva forma de hacer las cosas. Si elegí estudiar esta carrera, también es como para hacerme cargo de ser médico en los tiempos contemporáneos, que exigen nuevas formas de hacer las cosas. Y desde la medicina, que yo sé que es un mundo súper elitista y es más reticente a los cambios que otras esferas de la sociedad, hay un trabajo que hacer. Pero como te decía, poder conversar cuestiones desde una perspectiva crítica de lo que está pasando, yo creo que es posible de hacer» (Hombre, Medicina 7/2).

Interpersonales

Son habilidades personales que el sujeto desarrolla y utiliza en la interacción con los otros. El análisis permitió identificar claramente la empatía, como una habilidad importante en la respuesta de los participantes.

Empatía: el estudiantado de Ciencias de la Salud considera relevante poder desarrollar las habilidades personales que le permitan atender y ser consciente de las necesidades del otro.

«Yo creo que todas las habilidades relacionadas con ser persona, yo sacaría los aspectos clínicos, ya hay mucho material de eso. Yo lo llevaría a lo que me dijeron el primer día que yo entré a la universidad, habilidades blandas (...) Como que siento que tenemos ramos de sobra para que nos enseñen protocolos, técnicas y todo ese tipo de cosas; pero si no sabes saludarlo, si no sabes tratarlo, puede que el paciente no se deje atender y hasta ahí quedaron tus 5 años

aprendiendo teoría (...) Falta darle un poquito más de importancia a las habilidades, el compartir, la empatía» (Mujer, Odontología 8/2).

En esta cita, es posible ver una crítica a la preponderancia que se le otorga a los aspectos técnicos y prácticos de la formación profesional, en desmedro de las habilidades interpersonales.

Discusión y conclusión

Para proporcionar atención a la población extranjera, el estudiantado inició la interacción con el modo no verbal y fue incorporando otros modos semióticos hasta que recurrió a la tecnología para mostrar imágenes y utilizar la aplicación del traductor.

Debe hacerse notar que cierto grupo de participantes fueron mejores gestores e incluyeron, progresivamente, todas las modalidades hasta conseguir su propósito. En cambio, otros entrevistados no llegaron a usar el modo verbal en otro idioma ni el modo aplicación de traductor. Por un lado, porque no dominaban otros idiomas aparte del español y, por otro, porque no se les ocurrió utilizar las herramientas tecnológicas existentes. Esta limitación comunicativa concuerda con los resultados de otros estudios que indican que el estudiantado infrautiliza los recursos tecnológicos, quedándose en lo instrumental básico o recreativo, sin que exista una verdadera apropiación de ellos para realizar actividades productivas académicas²⁶. Este hecho se origina en brechas sociales, económicas y educativas^{27,28}.

Estos hallazgos muestran la necesidad de orientar la formación de profesionales de la salud de manera que enfrenten la incertidumbre de una era globalizada, lo cual implica no solo tener en cuenta el saber técnico y práctico relacionado con su profesión, sino también el saber praxeológico, con una actitud reflexiva que contribuya a evaluar, cuestionar, comprender e innovar en el mundo social cambiante^{29,30}.

Las estrategias de comunicación multimodal identificadas en este estudio guardan relación con una serie de recursos disponibles para comunicarse al realizar atención a los pacientes extranjeros. La selección o combinación de uno u otro recurso siempre dependió de las decisiones que en el momento tomó el estudiante, basado en la evaluación del contexto. Es claro que para hacer estas elecciones, las habilidades personales juegan un importante rol, puesto que los participantes frecuentemente relataron hacer una monitorización de la situación y la realización de ajustes dependiendo de su eficacia comunicativa³⁰.

Las estrategias personales de comunicación identificadas en este estudio, esto es, iniciativa, voluntad, perseverancia, humildad, capacidad reflexiva y empatía, son congruentes con las habilidades internas propuestas por Hagar para el logro de Competencia Intercultural³⁰. De este conjunto de estrategias personales, los entrevistados relevaron frecuentemente la empatía como el primordial impulsor que los motivó y movilizó para proporcionar una atención cercana y de calidad a la población extranjera. En esta línea, sería de interés, en futuras investigaciones, profundizar en la influencia de las habilidades personales de estudiantes de

Ciencias de la Salud en el logro de Competencia Intercultural.

Una fortaleza de esta investigación es que, además de identificar las estrategias comunicativas usadas por el estudiantado en el contexto de la atención de la salud con la población extranjera, permitió revelar las dificultades comunicativas que enfrentan en este contexto. Como consecuencia, es posible afirmar que en la formación profesional de estudiantes de Ciencias de la Salud debiera incorporarse, de manera explícita y sistemática, el desarrollo de competencias comunicativas, además de habilidades intra- e interpersonales con un enfoque práctico, que incluya metodologías activas como juegos de rol, dramatizaciones, simulaciones o experiencias de inmersión en el campo^{20,21}. De lo observado en este estudio, particularmente, se infiere la necesidad de formar para una adecuada interpretación del lenguaje no verbal según la base cultural que tenga el paciente⁹ y de incorporar el uso de recursos tecnológicos en beneficio de la atención clínica.

Una limitación de este estudio es que incluyó solo 3 universidades chilenas; a pesar de esto, la cantidad de carreras y participantes es considerable para que los resultados puedan ser transferidos a otras localidades que compartan iguales características.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de los pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor para correspondencia.

Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

La autora principal agradece a la ANID-PFCHA/Doctorado Nacional/2019-21190254 por financiar los estudios de Doctorado en Educación en la Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Chile: www.ine.cl, 29 de julio de 2021 [consultado 12 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.ine.cl/prensa/2021/07/29/poblacion-c3%B3n-extranjera-residente-en-chile-lleg%C3%B3-a-1.462.103-personas-en-2020-un-0-8-m%C3%A1s-que-en-2019>.
2. Ad PRENSA, Agenda de Prensa Limitada [Internet]. Santiago, Chile, 02 de febrero de 2021. <https://www.adprensa.cl/cronica/estudio-que-considera-distintos-paises-de-la-region-identifica-a-chile-con-el-nivel-mas-bajo-de-ingles/>.
3. Castañeda M. Compilación de Tratados y Observaciones Generales del Sistema de Protección de Derechos Humanos de Naciones Unidas. México: Centro Nacional de Derechos Humanos; 2015.
4. Naciones Unidas. Obligaciones de los Estados con respecto a los refugiados y los migrantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social; 2017.
5. Sepúlveda C, Cabieses B. Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Rev perú med exp salud pública*. 2019;36(4):592–600. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4683>.
6. Rasi S. Impact of language barriers on access to healthcare services by immigrant patients: A systematic review. *APJHM*. 2020;15(1):35–48 [consultado 22 Sept 2022]. Disponible en: <https://journal.achsm.org.au/index.php/achsm/article/view/271>.
7. Pandey M, Maina RG, Amoyaw J, Li Y, Kamrul R, Michaels CR, et al. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:741. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4>.
8. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Perú Med Exp Salud pública*. 2017;34(2):167–75. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>.
9. Lorié Á, Reiner DA, Phillips M, Zhang L, Riess H. Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):411–24. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018> PMID: 27693082.
10. Würth K, Langewitz W, Reiter-Theil S, Schuster S. Their view: Difficulties and challenges of patients and physicians in cross-cultural encounters and a medical ethics perspective. *BMC Med Ethics*. 2018;19:70. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0311-4>.
11. Manghi D. La perspectiva multimodal sobre la comunicación. Desafíos y aportes para la enseñanza en el aula. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*. 2011;22:4–15 [consultado 22 Sept 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3931351>.
12. Bezemer J, Kress G. *Multimodality, learning and communication: a social semiotic frame*. New York: Routledge; 2016.
13. Parodi G, Burdiles G. *Leer y escribir en contextos académicos y profesionales: Géneros, Corpus y Métodos*. Chile: Editorial Planeta Chilena S.A; 2015.
14. González García J. El enfoque multimodal del proceso de alfabetización. *Educação em Revista*. 2018;34(e177266). <https://doi.org/10.1590/0102-4698177266>.
15. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Med J*. 2020;35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>.
16. Campinha-Bacote J. Cultural competency: a paradigm shift in the cultural competence versus cultural humility debate - Part I. *Online J Issues Nurs*. 2019;24(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>.

17. Alvarez-Cruces D, Nocetti-De-La-Barra A, Mansilla-Sepúlveda J, Otondo-Briceño M, Ortega-Senet M. Competencia intercultural con educación interprofesional en estudiantes de ciencias de la salud, una revisión sistemática. *J Health Med Sci*. 2022;7(3):157–68 [consultado 22 Sept 2022]. Disponible en: <https://johamsc.com/2021/10/18/733/>.
18. Grundy S. *Producto o praxis del curriculum*. Madrid: Ediciones Morata, SL; 1991.
19. Alvarez-Cruces DJ, Nocetti-de-la-Barra A, Fernández Burdiles, Gina. Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross. *Index de Enfermería*. 2021;30(3):179–83 [consultado 22 Sept 2022]. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e13070>.
20. Repo H, Vahlberg T, Salminen L, Papadopoulou I, Leino-Kilpi H. The cultural competence of graduating Nursing students. *J Transcult Nurs*. 2017 Jan;28(1):98–107. <https://doi.org/10.1177/1043659616632046> Epub 2016 Feb 12. PMID: 26873438.
21. Ruiz-Moral R, de Leonardo García, Cerro C, Monge A, Caballero F. Cómo se está incorporando, enseñando y evaluando la comunicación clínica en las facultades de Medicina españolas. *Educación Médica*. 2020;22(6):473–8. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.12.003>.
22. González Olaya HL, Uribe Pérez CJ, Delgado Rico HD. Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educ Médica*. 2015;16(4):227–33. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.10.008>.
23. Stake R. *Multiple Case Study Analysis*. New York: The Guilford Press; 2006.
24. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2013.
25. Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación [Internet]. Santiago de Chile: Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica; 2016 [consultado 10 Mar 2022]. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACION%20C3%93N-SINGAPUR.pdf>.
26. Jara Gutiérrez N, Prieto Soler C. Impacto de las diferencias entre nativos e inmigrantes digitales en la enseñanza en las ciencias de la salud: revisión sistemática. *Rev Cuba Inf Cienc Salud*. 2018;29(1): 92–105 [consultado 22 Sept 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132018000100007&lng=es.
27. Bonfadelli H. Internet y las brechas de conocimiento: una investigación teórica y empírica. *Revista Europea de Comunicación*. 2002;17(1):65–84. <https://doi.org/10.1177/0267323102017001607>.
28. de la Alva Selva A. Los nuevos rostros de la desigualdad en el siglo XXI: la brecha digital. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 2015;60(223):265–85 [consultado 22 Sept 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182015000100010&lng=es&tlng=es.
29. Juliao Vargas CG. Acompañar el cambio, un proceso praxeológico. *Polisemia*. 2013;9(16):112–9 [consultado 22 Sept 2022]. Disponible en: <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/POLI/article/view/1156>.
30. Hagar TJ. Role of reflective knowledge in the development of intercultural competence. *J Intercult Commun Res*. 2018;47: 104–87. <https://doi.org/10.1080/17475759.2018.1427615>.