

## Formación para los profesionales en el ámbito de la salud y la medicina y que trabajan con refugiados e inmigrantes



**EduOnMed**

TRAINING FOR REFUGEE AND MIGRANT PROFESSIONALS IN MATTERS RELATED TO MEDICINE



**cesie**  
the world is only one creature



**GrowthCoop**  
developing people



**GIVMED**  
Share medicine Share life



# CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DE APRENDIZAJE .....	4
El Proyecto EduOnMed .....	4
Planteamiento del problema: por qué es necesaria esta formación intercultural .....	4
Contexto actual de la asistencia sanitaria a refugiados e inmigrantes en Grecia, Italia y España .....	5
Objetivos y grupos destinatarios.....	8
Titulo del módulo .....	9
Objetivos del curso .....	9
Métodos didácticos .....	9
2 «CAJA» DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIVERSIDAD .....	10
Manifestaciones de la cultura .....	10
Personas y culturas.....	10
Adquisición de cultura(s).....	10
Características de la cultura.....	11
Orígenes de la cultura .....	11
Identificación de los valores y emociones en el análisis de incidentes críticos. Concepto de choque cultural.....	11
El origen del shock.....	11
Reacciones que acompañan a las experiencias de choque cultural .....	13
3 DIVERSIDAD DE RECURSOS PARA LA DIVERSIDAD EN LAS INSTITUCIONES .....	15
¿Cuáles son las implicaciones de la gestión de la diversidad en las organizaciones?....	15
4 CONJUNTO DE HERRAMIENTAS DE LA «DIVERSIDAD» PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	16
4.1. Introducción a la diversidad saludable.....	16
4.2. Diversidad en el encuentro con los pacientes .....	19
4.3 Habilidades prácticas de comunicación y negociación intercultural.....	23
4.4 Trabajar en equipos interculturales .....	26
4.5 Habilidades para la Gestión de la Diversidad.....	30
5 COMPETENCIAS DEL CURSO – RECAPITULACIÓN.....	33
Dominio Cognitivo .....	33
Dominio Práctico .....	33
Dominio Afectivo .....	33
6 RECURSOS .....	34
7 FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	34

• ANEXO I DIVERSIDAD SALUDABLE GLOSARIO .....	36
Antropología .....	36
Bioéticas.....	36
Biomedicina .....	36
Incidente crítico .....	36
Antropología cultural.....	36
Identidad cultural .....	37
Valores y normas culturales .....	37
Culturalización .....	37
Cultura .....	37
Choque cultural .....	37
• ANEXO II CUADRO DE ANÁLISIS DEL CHOQUE CULTURAL PARA LA CAPTURA DE PANTALLA.....	39
• ANEXO III ¿QUÉ OCURRE CUANDO NUESTROS VALORES INDIVIDUALES CONTRASTAN CON LOS DE NUESTRO LUGAR DE TRABAJO O LA SOCIEDAD EN LA QUE VIVIMOS? REFLEXIONA SOBRE ELLO A TRAVÉS DE LA “LISTA DE VERIFICACIÓN DE VALORES EN EL TRABAJO” .....	41
• ANEXO IV ¿DOLOR PUNZANTE? ¿UN CORAZÓN ARDIENTE?.....	42
Variaciones culturales en la experiencia del dolor (AT) .....	42
Introducción .....	42
Anthropologies demonstrating cultural variations in the experience of pain.....	42
“Estrategias culturales de adaptación” .....	43
Conclusión: Es necesario prestar atención a las variaciones culturales de la experiencia del dolor en la práctica médica .....	43
• ANEXO V MUJERES Y MADRES: .....	44
El significado de su vulnerabilidad en los flujos migratorios (IT).....	44
Resumen .....	44
Introducción .....	44
El doble tránsito de las mujeres migrantes y los aspectos de la etno-psiquiatría .....	44
Identidad de género y conflictos de género .....	45
Infibulación, abscisión, identidad: las marcas del cuerpo .....	46
Conclusión .....	46
Bibliografía .....	47

# 1 Introducción y objetivos de aprendizaje

## *El Proyecto EduOnMed*

Este plan de estudios se ha desarrollado en el marco del proyecto EduOnMed- KA210-ADU - Asociaciones a pequeña escala en la educación de adultos- y se basa en el Programa de Formación en Diversidad Saludable en el marco del [proyecto “Diversidad Saludable”](#).

El objetivo principal del proyecto EduOnMed es salvar las diferencias interculturales, intergeneracionales y sociales fomentando la inclusión social y el entendimiento intercultural, así como mejorando las competencias de los profesionales de la migración en relación con la salud y la medicina. Vinculado a esto, el proyecto se centra también en la salud física y mental de los refugiados y migrantes, ya que las habilidades que los participantes adquirirán se utilizarán para mejorar el bienestar de los refugiados y migrantes y ayudarán a su integración.

Para desarrollar este plan de estudios, la asociación EduOnMed llevó a cabo mesas redondas locales con profesionales del sector sanitario y social en Grecia, Italia y España. El programa se ha adaptado en función de los comentarios de los participantes y se ha prestado especial atención a la pandemia de Covid y a cómo ha cambiado la percepción o la interacción entre el paciente y el profesional sanitario.

## *Planteamiento del problema: por qué es necesaria esta formación intercultural*

La oferta sanitaria es cada vez más diversa, desde la variedad de pacientes que acceden a los servicios hasta las consideraciones que deben tener en cuenta los profesionales. La diversidad se manifiesta a diario: en los diversos hábitos y formas de comunicación (dar la mano, hábitos alimenticios, anticoncepción, ayuno, expresión de sentimientos, conceptos del cuerpo). Resulta relevante para muchas cuestiones fundamentales que el personal sanitario debe plantearse al tratar a los pacientes:

- *¿Comprende mi paciente la enfermedad?*
- *¿Puedo distinguir con seguridad los motivos culturales/personales o clínicos del comportamiento del paciente?*
- *¿Soy consciente de los tabúes culturales que pueden afectar a su recepción del tratamiento propuesto?*
- *¿Me permite mi institución adaptarme a las prescripciones culturales/religiosas del paciente?*
- *¿Cómo puedo hacer frente a las barreras lingüísticas?*
- *¿Qué información debo dar al paciente para que se sienta seguro*

Cuando no son abordados adecuadamente por profesionales formados, los retos que surgen del trabajo con pacientes heterogéneos pueden dar lugar a la denegación de tratamiento, al infra tratamiento o al maltrato, y a la posibilidad de discriminación.

Durante mucho tiempo, la educación sanitaria en Europa se ha centrado principalmente en la transmisión de conocimientos médicos a los estudiantes y en la formación de habilidades y métodos especializados que se consideran necesarios para desempeñar el trabajo como cirujano, enfermero, paramédico, etc. Lo que ha faltado en este enfoque es un énfasis en las habilidades sociales y comunicativas necesarias para el encuentro con los pacientes, así como para el trabajo en equipo con los

colegas. Además, la educación sanitaria en Europa se basa en gran medida en un modelo biomédico de la salud, en el que la enfermedad está indicada por el mal funcionamiento del cuerpo y debe ser diagnosticada de acuerdo con métodos científicos de medición y evaluación del funcionamiento interno del cuerpo. Dentro de este enfoque, los antecedentes de los pacientes, sus características individuales, pero también su pertenencia a determinados grupos sociales, no han estado en el primer plano de los profesionales.

A pesar de que los conceptos médicos han empezado a cambiar en las últimas décadas, poniendo más énfasis en la medicina individualizada y en los enfoques centrados en el paciente, los estudiantes de asistencia sanitaria de toda Europa rara vez se enfrentan a una formación completa de las competencias interculturales necesarias para el trabajo de asistencia sanitaria orientado a la diversidad. A los profesionales que ya trabajan en el sector sanitario les suele faltar tiempo e impulso institucional para seguir desarrollando sus competencias interculturales.

Como resultado, los miembros del personal tienden a carecer de competencias interculturales; la concienciación sobre la competencia intercultural no se ha incrementado en toda su extensión, especialmente en las zonas rurales. El plan de estudios de Diversidad Saludable ofrece 7 módulos de formación a los profesionales de la salud que pretenden seguir desarrollando sus competencias interculturales, que ofrecen flexibilidad y pueden elegirse y adaptarse en función del sistema sanitario, los conocimientos existentes de los participantes y sus apretadas agendas.

### *Contexto actual de la asistencia sanitaria a refugiados e inmigrantes en Grecia, Italia y España*

#### Situación en Grecia

Desde 2014, más de 1.250.000 refugiados y migrantes han llegado a Grecia. Las restricciones que se habían impuesto a raíz de la pandemia de coronavirus han llevado a una reducción de los flujos migratorios hacia la UE. Sin embargo, el número de llegadas comenzó a aumentar de nuevo en 2021 y 2022, en parte debido a la agresiva invasión de Rusia en Ucrania. Una investigación cuantitativa publicada por el Ministerio griego de Migración, indica que el flujo de llegadas había aumentado un 56% en enero de 2022, correspondiendo a las de enero de 2021.

Las poblaciones migrantes y refugiadas constituyen un grupo social especialmente vulnerable, y a menudo se enfrentan a un mayor riesgo de exclusión social. La igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y el acceso médico efectivo de los refugiados y migrantes es un factor clave para su integración y la prevención de desigualdades. A lo largo del tiempo, el 37% de los refugiados y migrantes admitidos en nuestro país el año pasado son niños que están expuestos a riesgos persistentes de protección debido a la seguridad y las condiciones inadecuadas. Del mismo modo, las personas que han solicitado asilo y están a la espera de que se confirme su reconocimiento como solicitantes de asilo solo tienen acceso a la asistencia sanitaria en situaciones de emergencia. Mientras tanto, muchos refugiados no tienen acceso a las vacunas contra el covid por razones administrativas, políticas o de documentación, mientras que la falta de información también puede crear dificultades con respecto al acceso a la vacunación contra el covid.

En Grecia, los inmigrantes que residen legalmente en el país tienen los mismos derechos que los ciudadanos griegos en cuanto al acceso a la asistencia sanitaria. Sin embargo, un gran porcentaje de la población inmigrante manifiesta que los servicios sanitarios no satisfacen todas sus necesi-



dades, siendo los principales motivos los largos tiempos de espera en los hospitales, la dificultad para comunicarse con los profesionales sanitarios, los costes de la atención y los medicamentos, la complejidad del sistema y el desconocimiento de los servicios sanitarios disponibles. A ello se suman las diferencias culturales y de estatus socioeconómico, que dificultan el acceso a la información y a los servicios médicos adecuados. Aún así, entre los profesionales sanitarios sigue existiendo un desconocimiento de las complejas necesidades de los inmigrantes, también en lo que respecta a la medicación. De este modo, la gran afluencia de población migrante en Grecia ha puesto de manifiesto la necesidad de estar preparados para satisfacer las necesidades médicas inmediatas y a largo plazo de las personas. En este contexto, la formación adecuada y la sensibilización de los profesionales de la salud son esenciales para combatir la discriminación en la atención sanitaria, con el fin de defender el derecho fundamental de toda persona al acceso a la atención sanitaria.

### Situación en Italia

En lo que respecta a las llegadas por la frontera marítima, Italia sigue desempeñando un papel de rechazo indirecto al proporcionar a las autoridades libias los medios y las tecnologías para mejorar la localización marítima.

En 2021, 67.477 personas habían desembarcado en Italia, casi duplicando el número de llegadas de 2020 (34.154) y un aumento aún más relevante si se compara con 2019 (11.471) y 2018 (23.370). Sin embargo, es considerablemente inferior a las llegadas de 2017 (119.369). La principal nacionalidad de las personas desembarcadas siguieron siendo los tunecinos, que fueron 15.671 en total. Más de 31.500 procedían de Libia, más de 20.000 de Túnez, 13.000 de Turquía y 1.500 de Argelia. Al menos 32.425 personas, en 2021, fueron devueltas a Libia (ya más de 3.000 a 19 de marzo de 2022).

Se siguieron denunciando problemas para acceder al procedimiento, tanto en las fronteras, debido a las prácticas de expulsión denunciadas, como al uso de buques de cuarentena como centros de detención administrativa de facto en las principales ciudades. Esta situación se ha debido principalmente a prácticas no uniformes en distintas zonas del país y al largo tiempo de espera que conlleva la presentación de una solicitud.

En 2021 se registraron en Italia 56.388 solicitudes de asilo, frente a las 21.200 de 2020. El número de menores solicitantes de asilo también aumentó hasta los 10.053, frente a los 4.687 de 2020.7 Los principales países de origen de los solicitantes fueron Pakistán, Bangladesh, Túnez, Afganistán y Nigeria. There were 52,987 first instance decisions (compared to 40,800 in 2020). Se observó un aumento en el reconocimiento de los estatutos de protección; el 44 % (frente al 28 % en 2020) de estas decisiones dieron lugar a un estatuto de protección (el 32 % de protección internacional y el 12 % de estatuto especial/de protección).

En general, el enfoque de la salud de los inmigrantes se entiende como el acceso a los servicios en el momento en que aparece una enfermedad o una emergencia. Se ha prestado poca atención a la necesidad de ofrecer programas de prevención que faciliten la posibilidad de someterse a vacunaciones o revisiones de seguimiento.

Además de las barreras burocráticas, la población inmigrante se encuentra a menudo con barreras



lingüísticas y culturales. La dificultad para entender la lengua italiana limita la capacidad de la población migrante para expresar sus necesidades y exigencias, y les impide comprender qué servicios tienen a su disposición.

El desconocimiento por parte de los operadores de las costumbres, creencias y enfoques de la medicina propios de la procedencia de los pacientes les impide comprender en profundidad a quién se está tratando y sus razones, por qué rechazan un diagnóstico o siguen un tratamiento recomendado. Esto ocurre especialmente desde una perspectiva de género, de modo que dependiendo de los países de origen puede ocurrir, por ejemplo, que una mujer prefiera no ser atendida por un médico varón.

En general, es necesario contar con mediadores culturales que puedan ocuparse de resolver la brecha lingüística pero también de mediar en términos culturales para poder dialogar con el paciente, teniendo en cuenta las creencias y tradiciones que guían al migrante en el curso del tratamiento es de fundamental importancia.

Para facilitar el acceso a los servicios, es importante que los trabajadores sanitarios y sociales también estén formados para gestionar mejor las necesidades y los requisitos de los usuarios inmigrantes. Los operadores deben recibir formación para acoger y gestionar las relaciones de ayuda como requisito previo necesario para una prestación de servicios eficaz, que les capacite para comprender a la persona y establecer una relación fructífera con ella a fin de proporcionar vías de atención personalizadas y de calidad. La formación también debe ir dirigida a profundizar en los métodos de la medicina tradicional del país de origen y también en elementos de etnopsiquiatría, así como en la medicina de género, para entender que la cultura, el género y el estatus socioeconómico son variables determinantes a tener en cuenta en la relación asistencial con el paciente.

### Situación en España

La población residente en España aumentó en 34.110 personas durante 2021 y se situó en 47.432.805 habitantes a 1 de enero de 2022. El número de extranjeros aumentó en 49.612 personas durante 2021, situándose en 5.417.883 a 1 de enero de 2022. Entre las principales nacionalidades extranjeras, los mayores incrementos correspondieron a la población italiana (19.093 más que el año anterior), colombiana (18.203) y venezolana (11.481).

Este fenómeno de recepción de población inmigrante hace necesario abordar una serie de nuevas cuestiones que afectan a todos los sectores públicos, especialmente al sanitario. La asistencia sanitaria en España a los extranjeros está regulada por la Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, que establece que “los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos establecidos en la legislación vigente en materia de asistencia sanitaria”. Así, el principal objetivo del último real decreto-ley puesto en marcha por el Gobierno es restablecer la asistencia sanitaria pública universal y gratuita para que cualquier persona que viva en España, sea nacional o extranjera, pueda acudir a un hospital en caso de sufrir un problema de salud.

La asistencia sanitaria completa en España para los extranjeros significa que cualquier persona, independientemente de su situación, tenga o no permiso de residencia, puede ser atendida en un



centro sanitario público. No obstante, existen una serie de medidas para acceder al sistema sanitario. Entre estas medidas está la necesidad de acreditar una residencia en España superior a 90 días. Esto impide a los extranjeros que tienen su propia cobertura médica en su país de origen acceder al sistema sanitario público. Sin embargo, los inmigrantes en situación irregular también tienen acceso a la sanidad, aunque necesitan un informe de los servicios sociales que certifique que no disponen de los recursos mínimos. En cuanto a la compra de medicamentos con receta, este colectivo debe pagar la misma cantidad que los españoles con ingresos inferiores a 18.000 euros, es decir, el 40% del total.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que la población inmigrante tiene dificultades para acceder al sistema sanitario por diferentes motivos: por desconocimiento de los trámites administrativos necesarios para el acceso; por desconocimiento de la existencia de algunos servicios sanitarios; por carecer de los recursos económicos necesarios para acceder a otros; por incompatibilidad de horarios debido a las largas jornadas laborales; o por dificultades de comunicación con el personal del sistema sanitario, ya sea por problemas lingüísticos o por cuestiones culturales (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

Por ello, es necesaria una prestación que ofrezca una atención eficaz y de calidad a toda la población, incluidos los inmigrantes. El sistema sanitario necesita una reorientación de la atención a través de un modelo que responda a las experiencias, expectativas y necesidades sanitarias de una sociedad muy diversa (Karl-Trummer, Novak-Zezula & Metzler, 2010).

#### Referencias:

- HELMSIC, [Health for All](#)
- Greek Ministry of Migration & Asylum, [Informative note](#), January 2022
- European Parliament: [Refugee Crisis & EU](#), July 2017
- ERT News, [Metadrasis: Covid vaccination of refugees and migrants](#), November 2022
- Asylum Database Information, [Italy Country report](#), 2021
- Cifras de Población (CP) a 1 de enero de 2022 [Estadística de Migraciones \(EM\)](#). Año 2021. (s. f.)
- Delgado-Rodríguez, M. (2015). [Immigration and health in Spain](#). SciELO - Scientific Electronic Library Online, 88, (6)
- [Cómo es la asistencia sanitaria en España para extranjeros](#) – MAPFRE. (7/12/22).
- Noriega, I.(2013) . [El acceso a la salud de los inmigrantes en situación irregular en España](#). Memòria del Treball de Final de Grau.

#### *Objetivos y grupos destinatarios*

El **grupo destinatario** de este plan de estudios son los miembros del personal del sector sanitario y social que deseen participar en una formación interactiva sobre la diversidad. Estos profesionales proceden de diferentes grupos profesionales, como enfermería, psicología, medicina, administración, interpretación, trabajo social, etc. Los pacientes y los familiares no son los grupos objetivo.

El **Objetivo Principal** de este plan de estudios es hacer que la diversidad forme parte de su identidad profesional. Se desarrolla en siete módulos, administrando una formación de 3 medias jornadas. Este plan de estudios presencial se complementa con un curso abierto en línea.

La **estructura del plan de estudios** es la siguiente. La duración completa del plan de estudios es de 12 horas en total, que pueden dividirse en 3 días de formación.





### *Titulo del módulo*

Registro: Introducción y objetivos de aprendizaje

MODULO 1 Introduction to healthy diversity

MODULO 2 Diversidad en el encuentro con pacientes

MODULO 3 Habilidades prácticas de comunicación y negociación intercultural

MODULO 4 Trabajar en equipos interculturales

MODULO 5 Habilidades de gestión de la diversidad

Revision - Comentarios Finales y despedida

### *Objetivos del curso*

- Proporcionar los conocimientos básicos necesarios sobre los temas de la Diversidad Saludable (cuadro de conocimientos de la Diversidad) con el fin de aumentar la conciencia de los alumnos sobre la diversidad sociocultural y su relevancia para la práctica de la atención médica y social.
- Ofrecer ejemplos reales tanto de buenas prácticas como de historias que confirmen la necesidad de mejorar las capacidades en cuanto a la comunicación intercultural y la gestión de la diversidad en el sector sanitario (estado del arte y caja de recursos de la diversidad para las instituciones).
- Proporcionar a los alumnos herramientas creativas que puedan incorporar a su vida diaria para mejorar su capacidad de trabajar en entornos multiculturales, con mayor conciencia y evitando los estereotipos (caja de herramientas de la diversidad).
- Promover una mayor comprensión de los factores internos, contextuales y culturales que afectan a los comportamientos individuales y a las interacciones sociales, a la vez que se mejora el pensamiento interseccional entre los diferentes entornos de atención sanitaria y social.

### *Métodos didácticos*

El enfoque didáctico se basa en métodos interactivos centrados en el alumno, combinando una variedad de métodos de formación para facilitar diversos procesos de aprendizaje y atender a necesidades de aprendizaje heterogéneas.

La formación funciona con los métodos didácticos de la formación presencial: grupos de trabajo y pequeños grupos, sesiones centradas en problemas y soluciones, estudios de casos de incidentes críticos, material impreso y folletos, ejercicios de dinámica de grupo, procesos de lluvia de ideas y presentaciones. Incluye ejercicios para romper el hielo y fomentar la confianza para crear un buen ambiente de trabajo. La formación también empleará un juego digital que desempeña un papel importante en la aceleración del proceso de aprendizaje.

## 2 «Caja» de conocimientos sobre la diversidad<sup>1</sup>

*“Toda cultura es una formulación de lo que es verdadero, bello y justo y de cómo llegar a ello”*

Carmel Camilleri, Profesora de psicología cultural

Hasta el momento no existe una única definición consensuada de “cultura”. Ya en 1952, Kroeber y Kluckhohn recopilaron una lista de 164 definiciones en su obra “Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions”.

Una de las razones de las numerosas definiciones es que hay muchos ángulos diferentes desde los que es posible abordar la noción de cultura. A continuación, se describen algunas de estas perspectivas.

### *Manifestaciones de la cultura*

*“La cultura...es ese conjunto complejo que incluye el conocimiento, la creencia, el arte, la ley, la moral, la costumbre y cualquier otra capacidad y hábito adquirido por un individuo como miembro de la sociedad.”* Edward Tylor, 1871

*“La cultura debe considerarse como el conjunto de elementos distintivos espirituales, materiales, intelectuales y emocionales características de la sociedad o de un grupo social, que abarca, además del arte y la literatura, también los estilos de vida, las formas de convivencia, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias”* UNESCO, 2001.

A pesar de los ejemplos anteriores, no podemos tener una lista exhaustiva de todas las manifestaciones de las culturas, y es importante recordar algunos elementos que probablemente se olvidan o se subestiman cuando se habla de cultura, como:

- Actividades como lavar los platos, ir al baño o los atascos también forman parte de la cultura.
- La religión forma parte de la cultura.
- El uso de nuestro cuerpo es cultural.
- La ciencia forma parte de la cultura, incluso las ciencias naturales, sus ecuaciones, sus axiomas son productos culturales.

### *Personas y culturas*

Las culturas son creadas, desarrolladas y transferidas por grupos de personas. En sentido estricto no existe una “cultura personal” o “individual”, y la identidad de cada individuo está compuesta por rasgos diferentes. Al mismo tiempo, el tipo de grupos sociales que pueden generar y mantener la cultura es muy amplio: se habla de culturas nacionales, regionales, urbanas o rurales, de cultura de género, de cultura juvenil, de subculturas musicales, e incluso de culturas relacionadas con la comunidad de personas con discapacidad.

### *Adquisición de cultura(s)*

Conozca la metodología de Margalit Cohen-Emerique, que ayuda a comprender mejor los mecanismos de los encuentros interculturales. Antes de leer la introducción, hazte algunas preguntas y anota tus respuestas:

<sup>1</sup> Basado en Margalit Cohen-Emerique 1999. Le choc culturel, méthode de formation et outil de recherche. En: Demorgon, J., Lipiansky, E., M. (eds) Guide de l’interculturel en formation. París, Retz. Pp 301-315. 2015. Pour une approche interculturelle en travail social. 2ème édition Rennes, PRESSES EHESP

- ¿Qué entiende usted por “cultura”?
- ¿Cuál ha sido el choque cultural más fuerte que recuerda?
- ¿Cuál cree que fue la razón de ese choque cultural?

Los individuos aprenden la cultura en la que nacen a través de la enculturación, proceso por el cual las personas aprenden los requisitos de la cultura que les rodea y adquieren valores y comportamientos apropiados o necesarios en esa cultura al participar en la interacción y en todo tipo de prácticas culturales con los demás, en primer lugar los padres (cuidadores) y luego las escuelas, los compañeros, etc. Una vez que un individuo adquiere una cultura, sus valores y creencias, también aprende a mirar a otras culturas a través del filtro de esta cultura. Este fenómeno también se conoce como etnocentrismo.

Además, una vez adquiridos, esos valores, creencias y prácticas se vuelven preciosos y alguien puede pensar que hay que defenderlos. Esto explica el poder de la identificación cultural y la dificultad de adoptar realmente un enfoque relativista, especialmente cuando se trata de la ética

### *Características de la cultura*

Ninguna cultura es homogénea, estática y totalmente cerrada; están en permanente evolución y cambio, también en parte gracias al intercambio con otras culturas. Este proceso de cambio cultural y psicológico que resulta del encuentro entre culturas se conoce como aculturación.

### *Orígenes de la cultura*

La “teoría de la gestión del terror” propone que la cultura es una respuesta de los seres humanos al miedo existencial provocado por la conciencia de nuestra muerte segura e inevitable. Otros investigadores, como Tomasello, atribuyen el nacimiento de la cultura a la capacidad de “aprendizaje acumulativo” aparentemente exclusiva del ser humano, que se basa en el reconocimiento de los demás como seres intencionales y nos permite no reinventar la rueda cada vez, sino aprender de los demás.

### *Identificación de los valores y emociones en el análisis de incidentes críticos. Concepto de choque cultural*

El choque cultural - como experiencia individual, y no en el sentido que suelen emplear los etnólogos de “choque de civilizaciones” o de mentalidades- puede tener un tono negativo como reacción de desorientación, frustración, rechazo, indignación o ansiedad. Puede desencadenar una representación negativa de uno mismo y un sentimiento de falta de aprobación que puede dar lugar a malestar e ira. En un tono positivo, el choque cultural puede experimentarse como una reacción de fascinación, entusiasmo y asombro.

El choque cultural se produce en situaciones situadas en un espacio y tiempo determinados, y son experiencias tanto emocionales como intelectuales. Cualquier persona puede experimentar el choque cultural, que se encuentra fuera de su contexto sociocultural habitual, y entra en interacción con una persona u objeto de una cultura diferente.

### *El origen del shock*

Los choques culturales suelen formarse en torno a “zonas sensibles” = ámbitos culturales especialmente importantes en el marco de referencia cultural propio (es decir, nacional, étnico, de edad, de

género, profesional, etc.). Es importante destacar que estas zonas sensibles son diferentes según la nacionalidad, la etnia, la religión, la edad, la cultura profesional, la cultura política, etc.

La lista que sigue se propone en nombre del trabajo de Cohen Emerique y de nuestro propio proyecto exploratorio (Intercultool 2009).

Para cada zona sensible, proponemos las dimensiones de valores en las que pueden diferenciarse las culturas (varias dimensiones identificadas por investigadores como Hofstede, Trompenaars, Kluckhohn).

Dominios o “zonas sensibles”	Dimensiones del valor
Reglas de organización social: género el papel de la comunidad, familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad básica: ¿individuo o comunidad? = individualismo VS colectivismo o interdependencia</li> <li>- Igualdad VS aceptación de la desigualdad</li> <li>- Igualdad de género: relaciones jerárquicas de género, roles de género fijos, diferencias de género enfatizadas o disminuidas</li> </ul>
La corporeidad: el papel de lo físico, el contacto, la experiencia del cuerpo, higiene, olores, clima.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borrado ritual del cuerpo (por ejemplo, el tabú de sonarse la nariz, los sonidos corporales, los olores, etc.);</li> <li>- Expectativas / aceptación de las manifestaciones corporales;</li> <li>- Preferencia del contacto físico - evitación del contacto físico;</li> <li>- El contacto visual es un valor y un signo de respeto;</li> <li>- El contacto visual es un signo de falta de respeto y se prohíbe el contacto visual con personas de mayor jerarquía;</li> <li>- Preferencia de menor / mayor distancia física en las interacciones (siempre en función de la relación de los interlocutores);</li> <li>- Aceptación del castigo físico o prohibición del castigo físico basado en la integridad física;</li> <li>- Integridad física VS uso del cuerpo para participar / mostrar la pertenencia a grupos sociales, religiones, etc.</li> </ul>
Conceptos y usos del espacio	<p>Comunicación rica en contexto = uso de la disposición del espacio, de la posición en el espacio para comunicar VS comunicación pobre en contexto:</p> <p>no tiene mucha importancia la disposición especial en la comunicación, más bien es el mensaje verbal el que tiene prioridad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque del medio ambiente centrado en la dominación / instrumentalización VS armonía</li> </ul>

Dominios o “zonas sensibles”	Dimensiones del valor
Conceptos y usos del tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lineal frente a no lineal;</li> <li>- Monocrónico (una tarea en un momento) frente a policrónico (varias tareas en el mismo tiempo simultáneamente);</li> <li>- Orientación futuro/pasado/presente.</li> </ul>
Forma de vida, estilo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoques de resolución de problemas: centrarse en la relación o en la tarea.</li> <li>- Solución de problemas democrática frente a la jerárquica</li> <li>- Normas de conducta explícitas o implícitas</li> <li>- Normas aplicables a todos por igual VS importancia de adaptar las normas según la situación (universalista vs. particularista)</li> </ul>
Pensamiento, estilo de aprendizaje, conceptos sobre el mundo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolerancia a la incertidumbre frente a la evitación de la misma</li> <li>- Enfoque materialista/científico VS enfoque trascendental</li> <li>- mágico-realista.</li> </ul>
Códigos y patrones de interacción	<p>Comunicación directa o indirecta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación rica en contexto frente a comunicación pobre en contexto.</li> <li>- Comunicación formal e informal.</li> </ul>
Relaciones intergrupales, diferentes demográfica y religiosa composición de las sociedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los grupos deben estar bien separados (por ejemplo, el sistema Cast)</li> <li>- Las diferencias entre los grupos deben ser mínimas;</li> <li>- Hay que valorar y proteger los patrones culturales particulares (=multiculturalismo, particularismo) VS hay que disminuir las diferencias y enfatizar las similitudes (= universalismo).</li> </ul>

### *Reacciones que acompañan a las experiencias de choque cultural* <sup>2</sup>

Las emociones son indicadores de que “algo está pasando”, revelan una fuerte reacción a un conflicto, a una tensión, a la diferencia entre un escenario esperado y uno recibido. Algunas emociones suelen surgir durante el ejercicio de descentralización con imágenes:

#### **En su mayoría negativos, variaciones de:**

- Miedo, terror
- Lástima, lo siento
- Ira, frustración, revuelta

<sup>2</sup> Basado en Margalit Cohen-Emerique 1999. El choque cultural, método de formación y herramienta de investigación. En: Demorgon, J., Lipiansky, E., M. (eds) Guide de l'interculturel en formation. Paris, Retz. Pp 301-315. 2015. Pour une approche interculturelle en travail social. 2ème édition- Rennes, PRESSES EHESP

- Asco
- Dolor
- Malentendido, confusión, vergüenza, perplejidad, sorpresa

**A veces es positivo:**

- Alegría, belleza
- Admiración, asombro
- Empatía
- La Felicidad

**Más allá de las reacciones emocionales, también se producen reacciones de comportamiento, las más comunes:**

- Evitar, huir, retirarse
- Agresión, violencia
- Náuseas, dolor de cabeza, “mala sensación”

### 3 Diversidad de recursos para la diversidad en las instituciones

**“Las diferencias marcan la diferencia”**. Este lema de un programa de gestión de la diversidad refleja que la diversidad significa básicamente diferencias o desemejanza. Así, cuando se espera que la diversidad marque la diferencia, automáticamente asociamos la diversidad con un cambio positivo y beneficioso. Sin embargo, la diversidad debe ser contextualizada, anclada, gestionada y seguida regularmente para ser efectiva. La diversidad debe tener un objetivo claro y aplicarse mediante la elección consciente de estrategias y métodos para marcar una diferencia positiva y sostenible.

El concepto de **gestión de la diversidad** representa este anclaje y el proceso de aplicación consciente. Así pues, la gestión de la diversidad es esencialmente un término organizativo, que en sí mismo apunta a los objetivos, estrategias, prácticas y competencias de la organización.

Esto se aplica en particular a las instituciones y organizaciones con funciones básicas dentro de los servicios de bienestar a los ciudadanos caracterizados por la diversidad cultural y las diversas necesidades. Entre ellas se encuentra la responsabilidad de las instituciones de prestar servicios en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos, independientemente de su origen y de su afiliación socioeconómica y sociocultural. Esta es una característica fundamental del sector sanitario, por lo que la gestión de la diversidad y las competencias interculturales tienen una gran importancia para la creación de estructuras organizativas y para la mejora profesional dentro de este sector.

Para obtener recursos adicionales, consulte la sección de recursos.

#### *¿Cuáles son las implicaciones de la gestión de la diversidad en las organizaciones?*

*La estrategia de la diversidad **desafía los valores y los supuestos básicos de la cultura organizativa**. Al entrar en la estrategia de gestión de la diversidad, muchas instituciones y lugares de trabajo tienen que construir una actitud totalmente nueva hacia las diferencias, la diversidad y la alteridad. La diversidad no es una cuestión de mera tolerancia de las diferencias y la alteridad, ni de **adaptación de las diferencias y la alteridad a la cultura imperante** y a las normas de comportamiento existentes. Por el contrario, la gestión de la diversidad es una cuestión de ampliar los marcos organizativos, mentales y de comportamiento, para así transformar las diferencias en recursos que refuercen la competencia general de la organización.”* (Margit Helle Thomsen, mhtconsult)

## 4 Conjunto de Herramientas de la «diversidad» para los profesionales de la salud

### 4.1. Introducción a la diversidad saludable

El objetivo de esta sesión es ofrecer una guía a los participantes en el universo conceptual de la Diversidad Saludable. Estableceremos un vocabulario común que facilitará el trabajo con el grupo de participantes durante toda la formación. En particular, los participantes se formarán una comprensión común de conceptos como cultura, identidad cultural, marco de referencia, incidentes críticos y zonas sensibles.

Además, la sesión destacará cómo la cultura puede influir en las prácticas médicas y cómo las nociones básicas relacionadas con la salud y la enfermedad que parecen ser universales son, de hecho, muy relativas y sensibles a la cultura. Los participantes reflexionarán sobre cómo reconocer las diferencias sin rigidizarlas.

**Autores:** Diana Szántó

**Duración:** 3.5 horas

Ejemplo de Sesión

<i>Problemas éticos relacionados con la asistencia sanitaria en entornos interculturales</i>	
1) Objetivos de aprendizaje	Esta sesión pretende centrarse en los problemas de la toma de decisiones morales durante el encuentro médico-paciente cuando las partes tienen identidades culturales diferentes. Queremos hacer hincapié en la propia naturaleza de la ética biomédica y formular las críticas a la misma a partir de la diversidad cultural. Los participantes conocerán los valores fundamentales en los que se basan los principios éticos biomédicos y serán capaces de identificar las dificultades cuando hay que resolver dilemas morales en un entorno multicultural. Las barreras lingüísticas representan uno de los obstáculos más conocidos en estas situaciones, pero la naturaleza de estas barreras a menudo se entiende de forma superficial o apenas. Durante esta sesión, los participantes aprenderán a comprender de forma más elaborada el impacto del lenguaje en el pensamiento moral. Además, se anima a los participantes a adoptar una perspectiva crítica sobre el enfoque universalista del universo moral que caracteriza a la ética biomédica.
2) Cómo llevar a cabo esta sesión	Después de dar una breve visión teórica del problema con la ayuda de algunos experimentos de pensamiento, se deben destacar los principales problemas involucrando activamente a los participantes en la discusión. A continuación, se continúa la sesión utilizando mentimeter o kahoot, sistemas de encuestas en vivo, en los que se pueden mapear las respuestas de los participantes en tiempo real y discutirlos inmediatamente en clase.



### 3) Métodos / Estilos de la entrega

Enfoque de aprendizaje mixto con algo de enseñanza frontal y simulaciones en vivo utilizando encuestas. El formador aconseja a los participantes que entren en [www.menti.com](http://www.menti.com) y que introduzcan la contraseña proyectada en la pantalla para la encuesta real. Los participantes responden en directo a las preguntas planteadas en el sitio web.

¿Qué obstáculos puedes imaginar en una relación médico-paciente? Piensa en 5 respuestas y preséntalas en directo con la ayuda de tus dispositivos inteligentes (teléfonos, tabletas). Tus respuestas se verán inmediatamente en la pantalla proyectada en forma de nube de palabras. (Ejemplos: problemas de comunicación, malentendidos, limitación de tiempo, lenguaje, jerarquía, tabúes, género, expectativas diferentes, falta de motivación...)

El formador discute los resultados con el grupo tratando de contextualizar y adaptar las respuestas a un encuentro intercultural: qué pasa si el médico (proveedor de servicios) y el paciente tienen una identidad cultural diferente. Intenta obtener una respuesta de los participantes a la pregunta:

- ¿Las personas de distintas etnias y culturas ven la medicina y la bioética de forma diferente?
- Y si lo hacen, ¿deberían hacerlo?

La parte de la presentación de la sesión da una breve visión de los 4 principios bioéticos, que son ampliamente utilizados hoy en día en la solución de dilemas éticos en la medicina: el respeto de la autonomía, no dañar a nadie, la beneficencia y la justicia (Beauchamps, Childress 2012).

Las tensiones entre estos principios se discuten, por ejemplo, cuando un médico se enfrenta al deseo de un paciente de practicar la eutanasia. En este caso, el médico se debate entre la beneficencia -querer el mejor tratamiento para el paciente (curarlo, salvarle la vida)- y el respeto a la autonomía -dejar que el paciente tome sus decisiones por sí mismo (en este caso acabar con su vida)-. Además, se dan ejemplos de situaciones en las que los diferentes puntos de vista morales de las partes (médico/paciente) crean enormes dificultades para aplicar estos principios. (Por ejemplo, cuando la autonomía de la paciente no es valorada por ella misma tanto como el médico supondría, o cuando la intimidad de la visita se entiende de forma diferente, o sobre la veracidad, especialmente en relación con el fraude piadoso).

Un gran grupo de problemas proviene de las barreras lingüísticas, pero este tipo suele pasarse por alto y simplificarse a los obstáculos de la comprensión de las lenguas extranjeras.

Para ayudar a comprender la propia naturaleza del problema, el formador elige entre algunas cuestiones morales bien discutidas como ejemplificación.

	<p>También se pueden utilizar encuestas en vivo para evaluar la respuesta de los participantes a un dilema moral antes del debate.</p> <p>Por ejemplo, el famoso dilema del carrito (1967) es introducido en un nuevo contexto por Costa et al (2014). En este ejemplo, se preguntó a grupos de personas con diferentes lenguas maternas sobre dos versiones del dilema: en un grupo las preguntas se explicaron y plantearon en su lengua materna, mientras que en el grupo de control en una lengua extranjera. Los resultados sugieren que las decisiones utilitarias se tomaron con mayor probabilidad en lenguas extranjeras, por lo que la lengua en la que se discute una cuestión moral influye en nuestra elección. En otras palabras: el mismo problema puede implicar soluciones diferentes en la lengua materna y en la extranjera. Esta situación se da con bastante frecuencia en las salas de los hospitales hoy en día debido a la creciente diversificación de nuestras sociedades.</p> <p>Se pueden elegir otros ejemplos bien discutidos (por ejemplo, Harris 2003, Geipel 2015).</p>
4) Recomendaciones Didácticas / información para el facilitador.	<p>Los debates éticos pueden ser fácilmente interminables y, a menudo, inútiles, por lo que el facilitador debe centrarse en las cuestiones planteadas y no debe permitir que los participantes incluyan tanto sus historias personales. Sin embargo, incluir un toque personal siempre lo hace más accesible y comprensible. Así que el reto consiste en encontrar el equilibrio adecuado entre estos dos importantes elementos.</p>
5) Recursos / material	<p>PC, proyector</p> <p>Punto de energía</p> <p>Wifi para los participantes</p> <p>Sistema de encuestas en tiempo real</p>
6) Cuestiones a tener en cuenta	<p>Estaría bien preparar e incluir prácticas de los países de los participantes. Los estudios de casos también pueden ser útiles, pero pueden exceder el marco de esta sesión.</p> <p>Esta sesión debe adaptarse a la audiencia específica y a sus necesidades de formación y hacerse más específica o más básica en función de los conocimientos previos de la audiencia sobre el tema.</p>
7) Duración	45 minutos
8) Glosario	<i>principios bioéticos, pensamiento moral, consentimiento informado, barreras lingüísticas, dimensiones culturales</i>

## 4.2. Diversidad en el encuentro con los pacientes

El módulo 2 se centra en cómo comprender mejor a los pacientes y familiares de diferentes orígenes culturales. Pero, ¿cómo comportarse una vez que se tiene esta comprensión? ¿Es el papel del profesional sanitario adaptarse por completo al otro? ¿Cómo saber hasta cuándo es necesaria la adaptación del profesional sanitario? ¿O cómo pasar de la comprensión del marco de referencia propio y del del otro a la negociación de soluciones mutuamente aceptables para el problema?

**Autores:** Clara Malkassian, Vera Varhegyi

**Duración:** 6 horas

Ejemplo de Sesión

<b>La cultura en la sala</b>	
1) Objetivos de aprendizaje	<p>Abordar la noción de cultura con un grupo relativamente preparado (participantes que conocen algunos conceptos básicos)</p> <p>Discutir la noción de cultura y tomar conciencia de cómo la cultura nos rodea en todo momento.</p> <p>Señalar la conexión de los aspectos más visibles de la cultura con los valores subyacentes</p>
2) Cómo llevar a cabo esta sesión	<p>Los participantes se dividen en pequeños grupos y, una vez realizado el intercambio en los mismos, se les conduce de nuevo al plenario y se les pide que presenten sus debates. El animador modera e intenta que todos los grupos aporten algo a los aspectos planteados por uno de ellos.</p>
3) Métodos / Estilos de la entrega	<p>Se pide a los participantes que escriban en un papel tres signos de la cultura en la sala.</p> <p>El formador asigna una de las tres frutas a cada participante (por ejemplo, plátano, cereza, naranja). Se pide a los participantes que busquen a los demás miembros de sus grupos y compartan las señales de cultura que han encontrado en la sala. Después, se les pide que discutan en los pequeños grupos qué valores están detrás de las manifestaciones de la cultura.</p> <p>Modelo de comprensión de la cultura: <b>La metáfora del iceberg</b></p> <p>Para los signos que los participantes han identificado en la sala, se les pide que encuentren los valores subyacentes. Al igual que ocurre con un iceberg, la cultura produce algunas manifestaciones muy visibles, que se basan en valores, ideas y conceptos que están ocultos debajo (“bajo el agua”). Lo que podemos ver es, en cierto modo, la “punta del iceberg”, es decir, las capas externas de la cultura, fácilmente perceptibles.</p>

Sin embargo, estas capas externas no flotan libremente, ni son casuales: son las manifestaciones o consecuencias de valores más profundos que organizan y orientan nuestra vida.

Se pide a los grupos que descubran estos valores ocultos en los que se basan las manifestaciones visibles.

En este punto, pida a los participantes que vuelvan a los elementos que han anotado antes y traten de identificar qué valores les corresponden.

Algunos ejemplos:

La disposición de la sala: la disposición espacial refleja una representación del intercambio de conocimientos y de la jerarquía. La disposición frontal (participantes sentados en filas, todos de cara al facilitador) implica la idea de que es el facilitador quien posee los conocimientos pertinentes y los transfiere a los alumnos, mientras que la disposición circular refleja una idea de conocimiento distribuido y la creencia en el valor añadido de la participación de todos.

Si todos estamos sentados en sillas alrededor de la mesa, esto refleja una representación del aprendizaje como una actividad cognitiva e incorpórea, en la que sólo deben intervenir los cerebros/las cabezas (en contraposición a una concepción más encarnada del aprendizaje en la que se incluyen las actividades corporales en movimiento).

El gran reloj de la pared puede reflejar el valor de la percepción lineal del tiempo, donde “el tiempo es oro” y la duración de las actividades se calcula cuidadosamente, los plazos se mantienen con precisión. Esto contrastaría con un enfoque más policromático donde el tiempo es menos lineal, más flexible. The big clock on the wall can reflect the value of linear time perception where “time is money” and the duration of activities is carefully calculated, time frames are kept precisely. This would be in contrast with a more polychromatic approach where time is less linear, more flexible.

La forma en que nos vestimos habla de nuestros valores de género (las mujeres tienen que estar guapas, llevar maquillaje, joyas, velo, etc. y los hombres se espera que no lleven todas estas cosas) concepción de la “decencia” (qué es lo que hay que tapar...) y, por supuesto, de la estética, etc.

¿Hay imágenes en la pared de reyes / líderes políticos / figuras religiosas? Si es así, también puedes dirigirte a ellos.

¿Hay instrucciones relacionadas con la seguridad? Están relacionadas tanto con el valor de la integridad física como con la preferencia por la reducción de la incertidumbre.

	<p>Cómo hablamos: ¿probablemente por turnos? ¿Esperando a que uno termine antes de empezar? Los valores relacionados con la cortesía y el respeto rigen nuestra comunicación, mientras que los valores y preferencias relacionados con la comunicación verbal o no verbal, la expresión de las emociones, etc. dan lugar a diferencias más o menos sutiles en la forma de comunicarnos.</p> <p>Código WIFI escrito en un rotafolio: Valores asociados: conexión con el mundo exterior, conectividad, disponibilidad constante, comunicación, tecnología en la sociedad (dependencia).</p> <p>En la ronda final, después de que los participantes hayan identificado los elementos de la cultura y los valores relacionados con ellos, vuelven al gran grupo. Cada grupo presenta un signo de la cultura y los valores que ha identificado correspondientes a él. El animador pregunta si algún otro grupo ha identificado el mismo signo y si puede haber más valores relacionados con él.</p> <p>Ejemplos: Es importante pensar también en los cuerpos de la sala, en cómo los individuos representan la cultura.</p> <p>Se reparte un folleto sobre las emociones y los valores para que los participantes comprueben los elementos importantes de las emociones y los valores en los que hay que pensar al analizar las manifestaciones de la cultura.</p>
<p>4) Recomendaciones Didácticas / información para el facilitador.</p>	<p>El facilitador debe haber reflexionado sobre los aspectos de la cultura para poder abordar los valores que puedan estar relacionados con ellos.</p> <p>Para cerrar la actividad, haga una breve recapitulación del mensaje principal de la actividad: la cultura nos rodea, está dentro de nosotros en todo momento de nuestra vida. Los elementos visibles de la cultura están conectados a los valores que dan sentido a estas manifestaciones visibles. Reaccionamos a lo que vemos basándonos en nuestro propio sistema de referencias culturales en el que integramos las percepciones culturales, los valores y las preferencias de los diferentes grupos sociales con los que hemos estado en contacto.</p> <p>Al final de la charla, pregunte a los participantes si hay un pequeño cambio en cómo ven ahora el espacio que les rodea.</p>
<p>5) Recursos / material</p>	<p>Rotafolio, bolígrafos</p> <p>Papel para que los participantes anoten 3 signos de cultura</p> <p>Folleto “Emociones y valores”</p>

6) Cuestiones a tener en cuenta	<p>Al principio, la decodificación de los elementos culturales puede ser difícil, pero después de los primeros ejemplos se hace más fácil.</p> <p>Es posible que los participantes necesiten ayuda para entender lo que cuenta como “valor”. Una metáfora que puede ser útil es la de la brújula: los valores suelen indicar lo que se considera verdadero, digno, en una determinada cultura; en cierto modo, orienta nuestros pensamientos y comportamientos.</p>
7) Duración	<i>30 minutos</i>
8) Glosario	<i>Elementos visibles de la cultura</i>

### 4.3 Habilidades prácticas de comunicación y negociación intercultural

Este módulo proporciona una comprensión de la comunicación intercultural, los principales elementos y desafíos de la negociación, un enfoque conceptual hacia el pensamiento racional y capacita al alumno para utilizar profesionalmente las herramientas y técnicas más adecuadas para establecer relaciones y acuerdos productivos y transculturales. El módulo hace hincapié en el desarrollo profesional personal continuo y en la especialización para que los profesionales de la salud puedan aportar un alto nivel de experiencia y perspicacia al tratar con pacientes diversos.

**Autores:** Claire Edwards, Junaid Hussain, Maggie O'Rourke, Suki Rai, Priya Tek-Kalsi

**Duración:** 4 hours

Ejemplo de Sesión

<b><i>La comunicación intercultural y la cultura como un iceberg</i></b>	
1) Objetivos de aprendizaje	<p>Introducción a la comunicación intercultural</p> <p>Conocer y comprender las diferencias culturales en la comunicación</p> <p>Identificar las variaciones culturales en los estilos de comunicación y las posibles barreras</p> <p>Identificar las necesidades de recursos para superar los obstáculos</p>
2) Cómo llevar a cabo esta sesión	<p>El facilitador deberá estar familiarizado con las teorías de la comunicación intercultural.</p> <p>Esta parte de la sesión comprenderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ejercicio de lluvia de ideas</li> <li>Diapositivas de PowerPoint</li> <li>-Actividad en pequeños grupos / debates</li> </ul>
3) Métodos / Estilos de la entrega	<p><b>Actividad de introducción a la comunicación no verbal</b></p> <p>Para esta actividad, los participantes se mueven por la sala y realizan pequeños ejercicios junto con otros participantes:</p> <p>Se pide a los participantes que caminen por la sala y elijan a dos personas, sin decírselo, y que mientras caminan se coloquen a la misma distancia de cada una de las personas que han elegido. Como las personas elegidas pueden seguir moviéndose, es posible que los participantes tengan que reajustarse para mantener una distancia equidistante. Después de un tiempo, detenga la actividad y compruebe si los participantes saben quiénes les han elegido.</p> <p>Se pide a los participantes que caminen y establezcan contacto visual con alguien que será su pareja. Uno de ellos será el sujeto y el otro será el espejo.</p>

El espejo refleja todo lo que hace el sujeto. Indique a los participantes que tratarán de moverse de forma que las personas ajenas no sepan quién es el sujeto y quién es el espejo.

Coche ciego: por parejas, uno de pie frente al otro. La primera persona tiene los ojos cerrados. La persona que está detrás es el conductor que conducirá el coche con los siguientes movimientos: golpeando en la cabeza para avanzar, golpeando en el hombro derecho para moverse a la derecha, golpeando en el hombro izquierdo para moverse a la izquierda. Golpear en la espalda para moverse hacia atrás.

Se presentan al grupo **las definiciones de la comunicación intercultural** y se relacionan con los ejercicios realizados anteriormente. ¿Qué elementos conlleva la comunicación? ¿En qué se diferencia la comunicación verbal, no verbal y paraverbal? ¿Cómo pueden influir las diferencias culturales en las distintas formas de comunicación?

Esta sección continúa con la descripción esbozada en el módulo 1 de la cultura, utilizando la analogía del iceberg, centrándose en los aspectos de la comunicación. ¿Cómo se relacionan los estilos y métodos de comunicación con la dimensión manifiesta (punta del iceberg) o con la dimensión subyacente e invisible (debajo del agua) del iceberg? Los participantes se dividen en grupos y se les pide que encuentren ejemplos de estilos de comunicación y los sitúen en el iceberg, es decir, un alto grado de contacto físico en la punta del iceberg y el correspondiente valor subyacente de preferencia por la proximidad y la expresión de cercanía.

Después de trabajar en pequeños grupos, los participantes compartirán con el pleno los ejemplos que hayan encontrado. La labor del animador es profundizar en los valores subyacentes y separar las expresiones manifiestas de los sistemas de valores encubiertos.

A continuación, se pedirá al grupo que compare las similitudes entre los **métodos de expresión/comunicación** de sus diferentes **identidades culturales**. El animador debe asegurarse de que se tiene en cuenta un concepto amplio de identidad cultural, es decir, las diferencias en los ámbitos médicos especiales.

En la sesión plenaria, los participantes debatirán **cómo las diferencias culturales pueden influir en los estilos y preferencias de comunicación** identificados anteriormente.

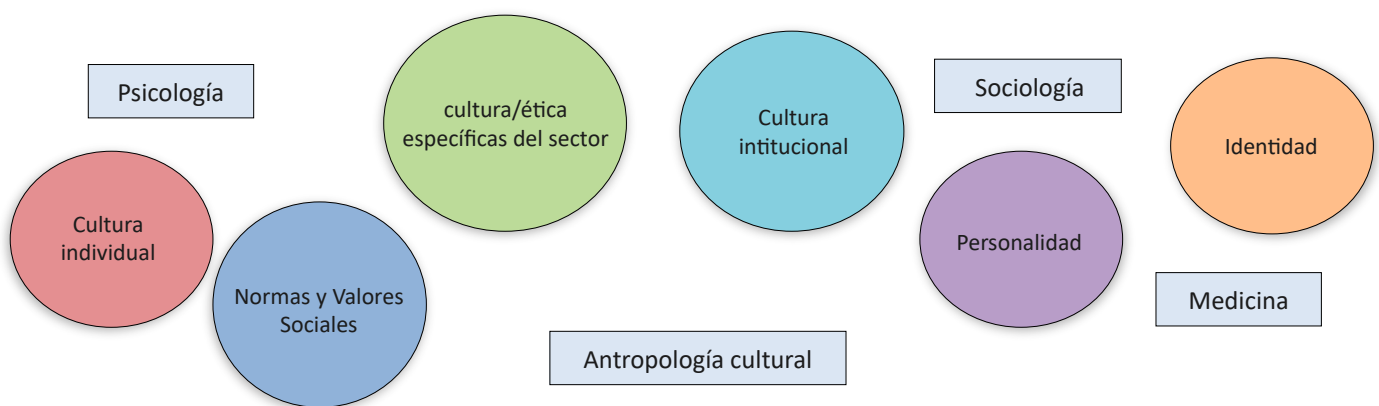
Al final, se mostrará una diapositiva de PowerPoint en la que se detallan los diferentes niveles de comunicación.



4) Recomendaciones Didácticas / información para el facilitador.	Esta sesión hace referencia al concepto de iceberg introducido en el módulo 2 y a los conceptos básicos de cultura e identidad cultural tratados en el módulo 1. Por lo tanto, el facilitador debe asegurarse de aprovechar los debates anteriores y retomarlos para reflexionar ahora sobre la comunicación.
5) Recursos / material	Presentación PowerPoint Papel de rotafolio Bolígrafos para rotafolios Masilla adhesiva moldeable
6) Cuestiones a tener en cuenta	Que se evite la duplicación del módulo 1. Que se siga haciendo hincapié en la comunicación intercultural y en las técnicas individuales que utilizan los participantes.
7) Duración	<i>45 minutos</i>
8) Glosario	<i>Comunicación intercultural, teorías de la negociación, negociación intercultural</i>

#### 4.4 Trabajar en equipos interculturales

El objetivo general del módulo es mejorar la capacidad de construir un lugar de trabajo sostenible y de confianza, que funcione bien y se caracterice por una buena dinámica de grupo. Las sesiones, de hecho, animarán a los participantes a reflexionar más sobre su identidad y valores personales/profesionales, centrándose en los estereotipos y posibles prejuicios que puedan tener, y desarrollando una mayor comprensión de cómo la personalidad afecta al trabajo en equipo. La importancia de contar con una dinámica de grupo de confianza y que funcione bien es especialmente importante en los equipos interculturales, en los que es más probable que se produzcan malentendidos relacionados con los diferentes orígenes culturales en comparación con entornos culturalmente más homogéneos. Sin embargo, si se dispone de una buena dinámica de grupo y de herramientas para resolver los conflictos interculturales, el proceso de trabajo y los resultados serán eficientes, gratificantes y se beneficiarán de la diversidad intragrupal.



**Autores:** Alessandra Cannizzo, Noemi De Luca

**Duración:** 3 horas

Ejemplo de Sesión

<b>Valores en el trabajo</b>	
1) Objetivos de aprendizaje	<p>Mejorar la comprensión de los alumnos de los elementos adicionales que afectan a los equipos interculturales (es decir, valores y normas sociales, cultura organizativa, ética y expectativas específicas del sector, personalidad).</p> <p>Identificar los propios valores y actitudes relacionados con el trabajo utilizando la lista de comprobación de valores en el trabajo.</p> <p>Reflexionar sobre los estereotipos culturales en relación con el comportamiento laboral.</p>

## 2) Cómo llevar a cabo esta sesión

Como introducción, se guía a los participantes para que desvelen las palabras clave de este módulo (palabras del diagrama anterior) a través de una versión revisada del sempiterno juego de adivinanzas “el ahorcado” (15 min)

La palabra que hay que adivinar está representada por una fila de guiones (uno por cada letra) dibujados en un papel grande. Uno tras otro, los participantes adivinan/sugieren una letra y, si aparece, el animador la escribe en todas sus posiciones correctas. En la versión original del juego, si la letra sugerida no aparece, el animador dibuja un elemento de la figura de un ahorcado como marca de recuento (se pueden utilizar otras imágenes, por ejemplo, un árbol con frutos que caen).

En cualquier momento los jugadores pueden intentar adivinar la palabra completa. Si la palabra es correcta, el juego termina y los adivinadores ganan. Por el contrario, si se equivocan lo suficiente como para que el animador pueda completar el “ahorcado”, el juego también termina, y esta vez los adivinadores pierden.

Para que esta actividad introductoria sea más rápida, se puede pedir a los jugadores que adivinen simultáneamente todas las palabras, para lo cual se dibujan en el cartel varios círculos que contienen las filas de guiones de las diferentes palabras.

Aunque las preguntas y los ejemplos de los participantes son siempre bienvenidos, en esta fase introductoria no se prevé ningún debate, ya que las definiciones adicionales están contenidas en el folleto y los alumnos reflexionarán sobre ellas después.

Individualmente, **los participantes leen cada una de las afirmaciones de la “lista de valores en el trabajo” e indican en qué medida tienden a mostrar las actitudes descritas en su vida profesional (0= nunca, 5= siempre)**, reflexionando al mismo tiempo sobre los motivos: ¿Está relacionado con la personalidad? ¿A las expectativas sociales? ¿A la cultura organizativa del lugar de trabajo? ¿Existe alguna diferencia en cuanto a la actitud hacia estos valores al **comparar la vida personal y la profesional**? 20 minutos

**Directo:** prefiero que la gente vaya directamente al grano y que no se ande con rodeos. (1-5)

**Indirecta:** Creo que es importante evitar el conflicto, aunque sólo sea insinuando los temas difíciles. (1-5)

**Ser franco:** Es importante ser franco, abierto y honesto en todo momento, aun a riesgo de que los demás queden mal parados y pasen vergüenza. (1-5)

**Salvar las apariencias:** Es importante que nada de lo que haga provoque la pérdida de prestigio de los demás, incluso si esto significa que tengo que encontrar otras formas de transmitir información importante. (1-5)

**Teoría:** prefiero aprender recibiendo y absorbiendo información de una fuente experta. (1- 5)

**La práctica:** Prefiero aprender explorando, practicando y experimentando con nuevas ideas. (1-5)

**Trato:** Cuando tengo que hacer un trabajo, prefiero centrarme en la tarea: entrar directamente en la situación, resolver las cosas y seguir adelante. (1-5)

**Relación:** Cuando tengo que hacer un trabajo, prefiero centrarme en las personas: dedicar tiempo a conocer a aquellos con los que voy a trabajar. (1-5)

**En tiempo:** Prefiero que la gente se ciña estrictamente a unos plazos medibles y estructurados. La puntualidad es la clave de la eficacia. (1-5)

**Flexible:** Prefiero que la gente adopte un enfoque flexible en cuanto a la gestión del tiempo. Ser flexible con los plazos es la clave de la eficiencia. (1-5)

En parejas, los participantes discuten sus reflexiones con el compañero, centrándose en las posibles diferencias vinculadas al **tipo de relación considerada (trabajador-trabajador o trabajador-paciente)**. 20 minutos

Informe en sesión plenaria. 30 minutos

¿Por qué son importantes estas diferencias? (es decir, la diversidad de habilidades y preferencias en los equipos)

¿En qué medida están relacionadas con la cultura organizativa específica en la que trabajan los participantes? (por ejemplo, las normas de comunicación en los equipos)

¿Cómo pueden manifestarse estas diferencias en el entorno de trabajo? (por ejemplo, el grado de detalle con el que se escriben los correos electrónicos)

¿Cómo podrían percibir su enfoque las personas de otro país o cultura?

¿Qué retos plantean estas diferencias?

¿De qué manera podrías adaptar tu comportamiento para gestionar y superar estas diferencias?

3) Métodos / Estilos de la entrega	<p>Este módulo se basa en métodos participativos y centrados en el alumno, en los que todos los participantes intervienen activamente. En particular, para esta actividad los métodos utilizados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juego introductorio de calentamiento (15 min)</li> <li>- Autorreflexión individual (20 minutos)</li> <li>- Aprendizaje entre iguales / lluvia de ideas (20 min)</li> <li>- Debate en grupo (30 min)</li> </ul>
4) Recomendaciones Didácticas / información para el facilitador.	<p>Durante la sesión informativa, los participantes también podrán compartir sus experiencias con otras herramientas de evaluación y lo que han aprendido de ellas.</p>
5) Recursos / material	<p>La lista de control “Valores en el trabajo” de <a href="http://www.culturewise.net/wp-content/uploads/2013/05/Cultural-awareness-training-exercise-pack.pdf">www.culturewise.net/wp-content/uploads/2013/05/Cultural-awareness-training-exercise-pack.pdf</a></p> <p>Papel y lápices</p> <p>Rotafolios y bolígrafos</p>
6) Cuestiones a tener en cuenta	<p>N/A</p>
7) Duración	<p>90 minutos</p>
8) Glosario	<p><i>equipos interculturales, identidad, estereotipos, cultura organizativa, cultura social, ética sectorial, cultura individual, personalidad, medicina, psicología, psicología social, antropología, antropología cultural, sociología</i></p>

## 4.5 Habilidades para la Gestión de la Diversidad

**Autores:** Margit Helle Thomsen and Henning Schultz

**Duración:** 2 horas

Ejemplo de Sesión

<b>Sesión 5.1 <i>Gestión de la diversidad y competencia intercultural: lo más avanzado en mi organización sanitaria</i></b>	
1) Objetivos de aprendizaje	<p>Que los participantes sean más conscientes del estado de la gestión de la diversidad y del enfoque de la comunicación y la comprensión intercultural en su propia organización sanitaria. Esto también puede incluir la falta de gestión de la diversidad y de prácticas interculturales en la organización.</p> <p>El análisis del estado del arte se lleva a cabo utilizando una herramienta específica de proceso y perfil que ayuda a los participantes a trazar un perfil de diversidad de su organización sanitaria, en términos de cultura y valores organizativos, política y prácticas de contratación, etc.</p> <p>Además, la herramienta de procesos y perfiles también proporciona a los participantes una visión de las perspectivas estratégicas de la gestión de la diversidad y de cómo iniciar el proceso de implantación.</p> <p>Que los participantes intercambien análisis, perfiles y reflexiones, así como experiencias prácticas en cuanto a estrategias y procedimientos institucionales/organizativos para la gestión de la diversidad y la competencia intercultural en sus lugares de trabajo en el ámbito sanitario.</p>
2) Cómo llevar a cabo esta sesión	<p>Para cumplir estos objetivos, la <b>sesión 5.1</b> alternará entre:</p> <p><b>5.1.1.:</b> Una introducción a la herramienta de proceso y perfil “De los pequeños intentos a los pasos concretos”, para que los participantes estén preparados para un análisis individual del estado de la gestión de la diversidad en sus organizaciones sanitarias.</p> <p><b>5.1.2:</b> Trabajo en grupo que incluye</p> <p>Presentaciones en grupo sobre los análisis y perfiles más avanzados en materia de gestión de la diversidad en las instituciones sanitarias y lugares de trabajo de los participantes.</p> <p>Reflexiones en grupo sobre cuestiones clave relacionadas con los retos, los potenciales y las barreras para la aplicación de la gestión de la diversidad y la competencia intercultural en las organizaciones sanitarias.</p> <p><b>5.1.3:</b> Presentaciones en grupo de los principales resultados del trabajo en grupo sobre las cuestiones clave.</p>

3) Métodos /  
Estilos de la  
entrega

**5.1.1:** Duración de 25 minutos

**Methodología:**

El facilitador introduce brevemente los objetivos de la sección, subrayando el enfoque inductivo del módulo de gestión de la diversidad, en el que se parte del análisis del estado de la cuestión en organizaciones sanitarias concretas. A partir de esta experiencia, pasaremos a una comprensión general teórico-práctica del concepto de gestión de la diversidad y de la competencia intercultural desde la perspectiva estructural/institucional.

El facilitador ofrece una exhaustiva introducción paso a paso a la herramienta de proceso y perfil “De los pequeños intentos a los pasos concretos”, que es una herramienta fácilmente accesible y adecuada para realizar un análisis del perfil y crear conciencia del estado del arte en las propias organizaciones sanitarias de los participantes.

La herramienta de procesos y perfiles fue desarrollada originalmente por mhtconsult para los proveedores de servicios municipales, incluidos los servicios sanitarios municipales. Posteriormente, se adaptó al sector privado y también a marcos municipales extranjeros. Así, la herramienta se probó previamente en los servicios sanitarios, así como en otros servicios tanto del sector público como del privado.

Los participantes realizan su análisis de perfil individual para su propia organización sanitaria. Si algunos participantes trabajan en la misma organización, siguen realizando un análisis de perfil individual, con lo que tienen la oportunidad de comparar experiencias durante el posterior trabajo en grupo.

**5.1.2:** Duración de 30 minutos

**Methodología:**

Los participantes se dividen en grupos, aproximadamente 3-4 personas en cada grupo. Los participantes de una misma organización pueden formar un grupo juntos. Sin embargo, también pueden repartirse en diferentes grupos.

El trabajo en grupo se basa en los siguientes procedimientos:

Los participantes del grupo presentan brevemente el análisis del perfil individual de su propia organización. Los demás participantes pueden hacer preguntas aclaratorias, pero no analíticas.

	<p>Tras las presentaciones individuales, los participantes señalan los elementos clave y los puntos de sensibilización de sus análisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué perfiles de diversidad están presentes en el grupo, desde los más altos hasta los más bajos, en términos de gestión de la diversidad organizativa y de procedimientos y prácticas interculturales estructurados?</li> <li>- ¿Cuáles serían los retos y barreras más importantes en las organizaciones sanitarias actuales en cuanto a la gestión de la diversidad? ¿Sería la falta de liderazgo, la falta de compromiso, la falta de competencias y herramientas, etc.?</li> <li>- ¿Cuál podría ser un primer paso hacia la gestión de la diversidad en las organizaciones sanitarias, y quién es el responsable?</li> </ul> <p>Mencione tres buenas razones para establecer estrategias de gestión de la diversidad en el sector sanitario, incluidas las propias organizaciones de los participantes.</p> <p>Los grupos escriben palabras clave sobre estos temas en hojas grandes de papel.</p>
4) Recomendaciones Didácticas / información para el facilitador.	Es importante comunicar la idea didáctica básica del enfoque inductivo, donde algunas cuestiones y reflexiones teóricas/deductivas sólo se abordarán en el módulo posterior. Por lo tanto, los participantes deben entender el orden básico de las introducciones, donde su propia experiencia es el punto de partida, mientras que la conceptualización será el último punto y el resumen.
5) Recursos / material	<p>Material didáctico para la introducción de la herramienta de procesos y perfiles</p> <p>Copias para cada participante de los materiales de la herramienta y del ejercicio de instrucción</p> <p>Hojas de papel grandes y marcadores de velocidad para el trabajo en grupo</p>
6) Cuestiones a tener en cuenta	Dado que la definición de diversidad ya ha sido un tema del primer módulo, es importante destacar desde el principio del módulo 5.1 que ahora damos un paso más y elaboramos explícitamente la práctica organizativa y el propio concepto de <b>gestión de la diversidad</b> .
7) Duración	<i>90 minutos</i>
8) Glosario	<i>gestión de la diversidad; acción afirmativa; contratación diversa; cultura de clonación; cultura complementaria; cultura empresarial; organización del trabajo y división del trabajo; procedimientos de toma de decisiones.</i>



## 5 Competencias del curso – recapitulación

Vinculado a las metas y objetivos del curso, el marco de competencias se compone de tres macro áreas: *conocimientos*, *habilidades* y *actitudes*, que se refieren respectivamente a los dominios cognitivo, psicomotor y afectivo del aprendizaje. Cada área incluye cinco competencias que están vinculadas a las distintas actividades y recursos.

### *Dominio Cognitivo*

CONOCIMIENTO de los factores internos, contextuales y culturales que afectan a los comportamientos individuales y a las interacciones sociales:

- Comprender los conceptos y la aplicación práctica de la Metodología de Incidentes Críticos.
- Conocer al menos dos buenas prácticas en relación con la comunicación intercultural y la gestión de la diversidad en el sector sanitario, tal y como se evalúan a través de la herramienta de evaluación del proyecto.
- Tener una visión general de los incidentes críticos recogidos, en relación con las diferentes zonas sensibles.
- Desarrollar un conocimiento profundo de al menos dos incidentes críticos.
- Familiarizarse con los conceptos básicos de la antropología médica y leer al menos dos reseñas bibliográficas.

### *Dominio Práctico*

HABILIDADES que los alumnos pueden incorporar a su vida diaria para mejorar la capacidad de trabajar en entornos multiculturales:

- Analizar las experiencias de choque cultural mediante el cuadro de análisis de Cohen-Emerique.
- Mejorar las habilidades informáticas gracias a las diferentes tareas realizadas durante el curso.
- Evaluar una práctica sanitaria utilizando la herramienta de evaluación de la Diversidad Saludable.
- Estar familiarizado con al menos dos actividades de formación práctica para profesionales del sector sanitario y social.
- Tener la capacidad de transmitir claramente los fundamentos del enfoque de Healthy Diversity sobre la diversidad en el sector sanitario.

### *Dominio Afectivo*

ACTITUD, es decir, la conciencia sobre la relevancia de la diversidad sociocultural para la práctica médica y social

- Tener un mayor sentido de autoconciencia sobre la propia lente cultural.
- Reflexionar sobre los aspectos culturales de las interacciones y los desacuerdos, desarrollando estrategias de negociación en consecuencia.
- Madura niveles de conciencia más altos durante las interacciones, con claros intentos de evitar los estereotipos y el sexismo.
- Mejorar el pensamiento interseccional entre los diferentes entornos de atención sanitaria y social.
- Desarrollar una comprensión internacional de la diversidad en el sector sanitario gracias a las interacciones con colegas y otros profesionales de otros países.



## 6 Recursos

- **Catálogo de Buenas Prácticas** y Recopilación de buenas prácticas europeas sobre gestión de la diversidad y capacidades de comunicación intercultural. Las prácticas se presentan mediante una breve plantilla descriptiva.
- **Herramienta de evaluación de Buenas Prácticas** to provide a comprehensive monitoring, evaluation and impact analysis of efforts on diversity management and intercultural communication in healthcare institutions.
- [Video 1 - La mujer migrante y la vacunación](#)
- [Video 2 - Familia gitana en una habitación de hospital abarrotada](#)
- [Video 3 - El hospital como hogar](#)

## 7 Fuentes Bibliográficas

- Base de datos de información sobre el asilo [Asylum Information Database](#)
- Bartel-Radic, A.; Lesca, N. 2011. Do intercultural teams need “requisite variety” to be effective? *Management International* 15(3): 89–104
- [Best practices in implementing IHR Key points from session 5: Migration and public health](#)
- Cohen-Emerique, M. 1999. Le choc culturel, méthode de formation et outil de recherche. In: Demorgon, J.; Lipiansky, E. M. (eds). *Guide de l’interculturel en formation*. Paris: Retz: 301– 315.
- Cohen-Emerique, M. 2015. *Pour une approche interculturelle en travail social: Théories et pratiques*. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Eriksen, T. H. 1995 *Small Places, Large Issues: An Introduction to Social and Cultural Anthropology* London: Pluto Press
- Equi-Health and Re-Health  
[https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/01/Elena\\_Val\\_IOM.pdf](https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/01/Elena_Val_IOM.pdf)
- Geertz, Clifford 1973 *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic
- Geertz, Clifford 1984 *Anti-Anti-Relativism*. 1983 Distinguished Lecture. *American Anthropologist* 82:263-278
- Keil, M.; Amershi, B.; Holmes, S.; Jablonski, H.; Lüthi, E.; Matoba, K.; Plett, A.; von Unruh, K. 2007. *Training Manual für Diversity Management*.  
[http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/diversity\\_training\\_manual\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/diversity_training_manual_en.pdf)
- Kroeber, A. & Kluckhohn, C. 1952. *Culture*. New York: Meridian Books
- Hall, E.T. 1990 (orig 1959) *The Silent Language*. Anchor Books
- Hall, E.T. 1999 (orig 1966) *The Hidden Dimension* Anchor Books
- Hall, E.T 1989 *Beyond Culture*. Anchor Books
- [Health issues in the recent Refugee/migrant «Crisis» Greece 2018](#)
- [MAPPING CAPACITIES FOR IMPROVING THE HEALTH RESPONSE TO REFUGEES,ASYLUM SEEKERS AND OTHER MIGRANTS](#)
- Robak, S.; Sievers, I.; Hauenschild, K. 2013. Einleitung. *Diversity Education: Zugänge und Spannungsfelder*. In: Hauenschild, K., Robak, S.; Sievers, I. (eds). *Diversity Education. Zugänge – Perspektiven – Beispiele*. Frankfurt am Main: Brandes & Aspel Verlag: 15–25.

- Tomasello, M. 1999. The Cultural Origins of Human Cognition. Harvard University Press
- UNESCO. 2001. [UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity](#).
- [Unhcr operation guidance on refugee protection and solutions in urban areas](#)



## Anexo I Diversidad Saludable Glosario

### GLOSARIO

#### A

##### Antropología

Literalmente “la ciencia de la humanidad” que estudia a los seres humanos en aspectos que van desde la biología y la historia evolutiva hasta los rasgos de la sociedad y la cultura.

(Encyclopaedia Britannica, [www.britannica.com](http://www.britannica.com))

#### B

##### Bioéticas

La bioética se interroga sobre las orientaciones éticas y filosóficas asociadas a la biomedicina, es decir, qué significa esto para la conceptualización de la muerte, dónde comienza la vida, qué tipos de procedimientos son aceptables desde el punto de vista ético, etc.

##### Biomedicina

La biomedicina denota un concepto de medicina, dominante en el hemisferio occidental, en el que el conocimiento de la salud y la enfermedad se obtiene a través de las ciencias naturales y los métodos científicos. Los procesos biológicos se consideran más importantes para entender y tratar las condiciones corporales concebidas como enfermedades. La biomedicina está vinculada a supuestos específicos sobre lo que constituye la salud / un cuerpo sano y qué factores se consideran relevantes para el diagnóstico y la curación. Mientras que se da prioridad a los procesos físicos y bioquímicos, el contexto social y las experiencias individuales se descuidan en gran medida.

#### C

##### Incidente crítico

Un incidente crítico es una experiencia de primera mano con una o varias personas, situada en un tiempo y espacio concretos, que provoca una fuerte reacción emocional (que puede ser negativa o positiva) en el narrador. La experiencia es tanto cognitiva como emocional, y puede implicar también reacciones físicas (véase también choque cultural).

El método de los incidentes críticos, desarrollado por la psicóloga social francesa Margalit Cohen-Emerique, propone una ingeniosa estrategia para descubrir el conjunto de normas culturales, valores y comportamientos que las personas aportan al encuentro con los demás y que filtran la forma en que interpretar y responder a los demás. Ayuda a tomar conciencia de la ilusión de nuestra propia neutralidad cultural, y nos invita a explorar los marcos de referencia culturales de una manera más objetiva, y a abrir un margen de negociación en el que los prejuicios tengan un papel menor.

(Cohen-Emerique 2015: 65)

##### Antropología cultural

División principal de la antropología que se ocupa del estudio de la cultura en todos sus aspectos y

que utiliza los métodos, conceptos y datos de la arqueología, la etnografía y la etnología, el folclore y la lingüística en sus descripciones y análisis de los diversos pueblos del mundo. (La antropología médica surgió como un campo especial de investigación y formación después de la Segunda Guerra Mundial, cuando antropólogos estadounidenses de alto nivel trabajaron como consultores en proyectos sanitarios en el extranjero).

(Encyclopaedia Britannica, [www.britannica.com](http://www.britannica.com))

## Identidad cultural

Nuestra identidad personal incluye nuestras afiliaciones de grupo y la suma de nuestros roles y estatus sociales, pero lo que hacemos con este material es una composición única. Nos posicionamos de forma diferente en distintas situaciones (Proyecto Diversidad Saludable).

## Valores y normas culturales

Las comunidades y las sociedades se basan en valores y normas culturales compartidas que regulan las acciones y los comportamientos, pero que también generan significado. Una metáfora que puede ser útil para pensar en los valores es la brújula: los valores suelen indicar lo que se considera verdadero y valores suelen indicar lo que se considera verdadero y digno en una cultura determinada, orientando en cierto modo nuestros pensamientos y comportamientos. Las normas, en cambio, son regulaciones concretas de cómo actuar o no actuar en una determinada situación.

## Culturalización

La culturalización se refiere a un proceso por el cual una situación se interpreta a través de la lente de la diferencia cultural y las acciones de una persona se atribuyen principalmente a su origen cultural, incluso en momentos en los que hay otros factores (personales, situacionales, etc.) en juego. De este modo, se exagera el impacto de la diferencia cultural y se corre el riesgo de cosificar, esencializar la cultura y reforzar las diferencias.

## Cultura

“La cultura debe considerarse como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales, materiales, intelectuales y afectivos de una sociedad o de un grupo social, y que abarca, además del arte y la literatura, los estilos de vida, las formas de convivencia, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias” (UNESCO 2001)

“Cada cultura es una respuesta a la pregunta de lo que es bello, verdadero y justo - y cómo llegar a ello” (Camilleri, C. Les conditions de l’interculturel 1990).

## Choque cultural

“El choque cultural es una interacción con una persona u objeto de una cultura diferente, situada en un espacio y un tiempo determinados, que provoca reacciones cognitivas y afectivas negativas o positivas, una sensación de pérdida de puntos de referencia, una representación negativa de uno mismo y un sentimiento de falta de aprobación que puede dar lugar a malestar y enfado”.



El choque cultural -como experiencia individual, y no en el sentido que suelen emplear los etnólogos de “choque de civilizaciones” o de mentalidades- puede tener un tono negativo como reacción de desorientación, frustración, rechazo, indignación o ansiedad. Puede desencadenar una representación negativa de uno mismo y un sentimiento de falta de aprobación que puede dar lugar a malestar e ira. En un tono positivo, el choque cultural puede experimentarse como una reacción de fascinación, entusiasmo y asombro.

Los choques culturales se producen en situaciones situadas en un espacio y tiempo determinados, y son experiencias tanto emocionales como intelectuales. Cualquier persona puede experimentar el choque cultural, que se encuentra fuera de su contexto sociocultural habitual y entra en interacción con una persona u objeto de una cultura diferente.

(Cohen-Emerique, 2015: 65)

## Anexo II Cuadro de análisis del choque cultural para la captura de pantalla

### CUADRO DE ANÁLISIS DEL CHOQUE CULTURAL MARGALIT COHEN-EMERIQUE

#### Descripción de la situación

*Relate brevemente (10-15 frases) un incidente crítico que haya vivido. Escriba desde su propio punto de vista. Incluya dónde y cuándo tuvo lugar el incidente, cómo se sintió, qué hizo. (No analices el incidente, eso será el siguiente paso..)*

#### 1. Identidades de los actores de la situación

¿Quiénes son los actores implicados en esta situación transcultural, cuáles son sus identidades (edad, sexo, origen, profesión, etc.), qué tipo de conexión existe entre ellos y con sus grupos sociales?

#### 2. Contexto de la situación

¿Cuál es la situación/contexto concreto en el que se desarrolla esta escena (contexto físico, social, psicológico, etc.)?

#### 3. Reacción emocional

La reacción de choque: sentimientos experimentados y si el choque suscitó alguna reacción particular (sentimientos, comportamiento, etc.).

4. Representaciones, valores, normas, ideas, prejuicios: El marco de referencias de la persona que ha experimentado el choque.

5. ¿Qué imagen surge del análisis del punto 4 para el otro grupo? (neutra ligeramente negativa, muy negativa, “estigmatizada”, positiva, muy positiva, real, irreal, etc.)

6. Representaciones, valores, normas, prejuicios: El marco de referencias de la persona o grupo que provoca el choque / que provocó el choque en el narrador.

7. ¿La situación pone de manifiesto algún problema relativo a la práctica profesional o, en general, al respeto de las diferencias culturales en situaciones interculturales?

Otros comentarios:



## Anexo III ¿Qué ocurre cuando nuestros valores individuales contrastan con los de nuestro lugar de trabajo o la sociedad en la que vivimos? Reflexiona sobre ello a través de la “lista de verificación de valores en el trabajo”

### LISTA DE CONTROL DE VALORES EN EL TRABAJO

Lee cada afirmación e indica en qué medida tiendes a mostrar la actitud descrita en tu vida profesional (0=nunca, 5=siempre), reflexionando al mismo tiempo sobre los motivos: ¿Está relacionado con tu personalidad? ¿A las expectativas sociales? ¿A la cultura organizativa de su lugar de trabajo? ¿Notas alguna diferencia en tu actitud hacia esos valores al **comparar tu vida personal y profesional**?

Afirmación	Autoevaluación
<b>Directa:</b> Prefiero que la gente vaya directamente al grano y no se ande con rodeos.	
<b>Indirecta:</b> Creo que es importante evitar el conflicto, aunque sólo sea insinuando los temas difíciles.	
<b>Sinceridad:</b> Es importante ser franco, abierto y honesto en todo momento, aun a riesgo de que los demás queden mal parados y pasen vergüenza.	
<b>Cuidar la reputación:</b> Es importante que nada de lo que haga, haga perder la dignidad a los demás, incluso si esto significa que tengo que encontrar otras formas de transmitir información importante.	
<b>Teoría:</b> Prefiero aprender recibiendo y absorbiendo información de una fuente experta.	
<b>Práctica:</b> Prefiero aprender explorando, practicando y experimentando con nuevas ideas.	
<b>Trato:</b> Cuando tengo que hacer un trabajo, prefiero centrarme en la tarea: entrar directamente en la situación, resolver las cosas y seguir adelante.	
<b>Relación:</b> Cuando tengo que hacer un trabajo, prefiero centrarme en las personas: dedicar tiempo a conocer a aquellos con los que voy a trabajar.	
<b>Consulta:</b> Prefiero que la gente se ciña estrictamente a unos plazos medibles y estructurados. La puntualidad es la clave de la eficacia.	
<b>Flexible:</b> Prefiero que la gente adopte un enfoque flexible con respecto al tiempo. Ser flexible con los plazos es la clave de la eficiencia.	

## Anexo IV ¿Dolor punzante? ¿Un corazón ardiente? Variaciones culturales en la experiencia del dolor (AT)

Escrito por Agnes Raschauer

*Referencia del texto:* Kohnen, Norbert (2009): Sentir y afrontar el dolor en diferentes culturas. En: Ruth Kutalek / Armin Prinz, eds. *Essays in Medical Anthropology*. La Sociedad Etnomédica Austriaca después de treinta años, p.321-328. LIT Verlag GmbH: Viena.

### Introducción

Por lo general, se considera que la experiencia del dolor es algo puramente individual o está relacionada con procesos biológicos que afectan a todos los seres humanos de una manera determinada. Así, algunas personas parecen tener un umbral de dolor alto, mientras que otras parecen tener uno más bajo y podrían considerarse hipersensibles al dolor. Sin embargo, la forma en que los seres humanos experimentan el dolor y le dan sentido no está sujeta únicamente a su nivel de tolerancia individual ni se da simplemente en función de las reacciones bioquímicas. Más bien, la experiencia del dolor depende de las formas sociales de dar sentido al mundo, que afectan a la forma de interpretar las sensaciones corporales. En su artículo, Norbert Kohnen delinea las **variaciones culturales** en los conceptos que subyacen a la **experiencia del dolor**. A partir de la investigación antropológica, ofrece un gran número de ejemplos de cómo se experimenta y procesa el dolor de forma culturalmente específica.

El desconocimiento de las variaciones en la forma de sentir y expresar el dolor en las distintas culturas puede tener efectos negativos para la práctica médica, por ejemplo cuando un médico piensa que un paciente no siente dolor cuando en realidad lo que ocurre es que la experiencia del paciente no encaja con las ideas preconcebidas del médico sobre cómo se siente el dolor.

### Anthropologies demonstrating cultural variations in the experience of pain

Kohnen explica que, mientras que hay pocas variaciones culturales en el “*umbral de sensación* [...] el estímulo más bajo que produce hormigueo o calor” (p. 321), el **umbral de dolor** resulta ser muy variable. Un ejemplo muy ilustrativo es el de Hardy et al. (1952), que informa de que los niveles de calor considerados dolorosos son experimentados de forma muy diferente por las personas que viven en el Mediterráneo y las que viven en el norte de Europa. Los niveles de calor que los primeros definen como “cálidos” son considerados dolorosos por los segundos<sup>3</sup>.

El autor se refiere además a los trabajos pioneros de Mark Zborowski (1951, 1969)<sup>4</sup>, quien estableció que no sólo la experiencia y la expresión del dolor son muy variables y están sujetas a interpretaciones culturalmente específicas del mundo, sino también la forma en que las comunidades tratan a los miembros que sufren. Llevó a cabo una investigación antropológica (entrevistando, repartiendo encuestas y haciendo observaciones in situ) en la sala de un hospital de veteranos, centrándose en cuatro grupos de pacientes: irlandeses americanos, italianos americanos, judíos americanos y ancianos americanos. Zborowski llegó a la conclusión de que, mientras que los pacientes irlandeses americanos apenas hablaban de su dolor y se encerraban en el aislamiento, los italianos americanos solían ser bastante francos con su sufrimiento y necesitaban el contacto social. También informó

<sup>3</sup> Hardy, James Daniel, Harold George Wolff and Helen Goodell (1952): *Pain sensations and Reactions*. Baltimore: Williams & Wilkins.

<sup>4</sup> Zborowski, Mark (1952): Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues* 8: p. 16-30. Zborowski, Mark (1969): *People in pain*. San Francisco: Jossey-Bass.

de diferentes enfoques del dolor en cuanto a la importancia que el paciente daba al hecho de sufrir dolor y al grado de confianza en sus propias experiencias.

### “Estrategias culturales de adaptación”

En el ámbito de la antropología, las formas de tratar el dolor que desarrollan las comunidades culturales se denominan “**estrategias culturales de afrontamiento**” (p. 323). Estas estrategias se basan en los conocimientos y las tradiciones que se han transmitido de generaciones anteriores y que han servido de base durante mucho tiempo a las prácticas sociales para hacer frente a la enfermedad, el dolor y la curación. Implican escenarios culturalmente aceptados que muestran a los individuos cómo actuar ante el dolor y cómo darle sentido. Las “**creencias de control**” a las que se aferra un grupo cultural son especialmente relevantes para desarrollar estrategias de afrontamiento específicas. Mientras que los británicos, los irlandeses o los habitantes del norte de Europa se caracterizan por estar orientados al individuo, con tendencia a una creencia de control interna, la sociedad italiana o la turca se describen como orientadas a la familia con tendencia a una creencia de control externa. Esto significa que los primeros tienden a centrarse en el individuo a la hora de afrontar el dolor, guardando los sentimientos en su interior y optando por el repliegue social. Los segundos, en cambio, prefieren la compañía de los miembros de la familia cuando sufren y también idean estrategias comunitarias para manejar el dolor.

Kohnen describe cinco estrategias de afrontamiento distintas y atribuye cada una a un “grupo étnico y religioso” del que es característica, al tiempo que subraya que “todas las estrategias nombradas se encontrarán proporcionalmente dentro de cada cultura” (p. 323). Entre otras, Kohnen nombra **estrategias fatales de afrontamiento del dolor** que implican atribuir el fin del dolor a una entidad superior. Como consecuencia, el individuo que sufre tiene poca obligación de actuar, es decir, de buscar un médico y hacer “lo correcto” para aliviar el sufrimiento. A veces se llevan a cabo prácticas mágicas que pueden influir en la forma de experimentar el dolor. El **tratamiento religioso del dolor**, habitual, por ejemplo, entre los cristianos o los budistas, por otro lado, conceptualiza el dolor como una prueba que el individuo tiene que soportar para demostrar su fe. Un tercer concepto es un **tratamiento racional del dolor** en el que éste se examina, se atribuye a una parte específica del cuerpo, se controla y se somete a un tratamiento médico profesional. Un enfoque emocional del dolor parece fuera de lugar.

### Conclusión: Es necesario prestar atención a las variaciones culturales de la experiencia del dolor en la práctica médica

Kohnen sostiene que tratar el dolor como un fenómeno único y universal va en detrimento de la calidad de la atención. Los pacientes pueden expresar su experiencia de dolor de diversas maneras: retrayéndose, racionalizando, llorando y demostrando angustia emocional. Ninguna expresión del dolor es más válida ni más indicativa de un verdadero sufrimiento que otra. Aferrarse a la idea de que la experiencia del dolor e incluso el propio dolor, tal y como lo comunican los pacientes, tiene que manifestarse de una determinada manera, conduce a malentendidos, frustración y quizás incluso a un maltrato de las condiciones de los pacientes. “Todo paciente es un informante, pero no todo informante es bueno. Que un paciente sea o no un buen informante depende realmente del médico examinador y de lo bien que entienda a su paciente y de lo bien que sea capaz de ampliar los horizontes y las experiencias del informante”.

## Anexo V Mujeres y madres: El significado de su vulnerabilidad en los flujos migratorios (IT)

Escrito por Alessandra Cannizzo

*Referencia del texto:* “Donne e madri nella migrazione” (Mujeres y madres en la migración) de Viapiana, S., Revista Antrocom Online de Antropología, 2011; 7:1+, pp. 83-91.

### Resumen

En los últimos años, el papel de las mujeres en los flujos migratorios también se ha convertido en algo crucial en cuanto a los cambios estructurales de las comunidades de emigrantes. El nuevo entorno les lleva a replantearse sus valores y normas tradicionales al enfrentarse a los diferentes conceptos, ideas y estructuras organizativas del país de acogida, en cuanto a la comprensión del cuerpo y la organización de los sistemas sociales y sanitarios, etc. Las mujeres inmigrantes se ven especialmente afectadas por estos procesos de resignificación y negociación, sobre todo en lo que respecta a la maternidad, las relaciones matrimoniales y los rituales corporales (por ejemplo, la infibulación).

### Introducción

El artículo de la antropóloga Stefania Viapiana presenta un interesante análisis que ofrece ejemplos prácticos sobre cómo varían algunas prácticas corporales y estilos de vida según el país y la cultura de origen de las personas. En primer lugar, la autora introduce el concepto de “doble tránsito”, entendido como la desafiante situación que experimenta la mujer migrante que encuentra los valores y normas del país de acogida diferentes a los suyos, pero que también tiene que lidiar con los valores de su cultura de origen. En segundo lugar, la autora analiza el nuevo reto de la mujer migrante que lucha por su autonomía frente a la autoridad del marido en el nuevo contexto social. En el texto se ofrecen referencias a eminentes expertos para intentar aclarar algunos aspectos de la identidad de género y arrojar luz sobre el significado de las prácticas de “modificaciones genitales femeninas”, retomando algunos casos para la reflexión. En el caso de la identidad de género, algunos hechos presentados por los expertos subrayan cómo en ciertas culturas se percibe la superioridad del hombre como una cuestión natural y biológica, idea que es muy compartida y a la que contribuyen activamente las propias mujeres. El tema de las modificaciones genitales femeninas se analiza a través de varios ejemplos que señalan dichas prácticas como rituales que son conservados por las mujeres como parte de la tradición local. Por último, se presenta un conjunto de estudios que ponen de manifiesto cómo algunas prácticas tradicionales se convierten en un reto para aquellas mujeres que viven como migrantes en contacto con poblaciones occidentales.

### El doble tránsito de las mujeres migrantes y los aspectos de la etno-psiquiatría

La autora ofrece una visión general de las investigaciones, incluidas las aportaciones antropológicas recientes, centradas en las crisis de identidad individual que experimentan los inmigrantes, y en el riesgo de pasar por alto las cuestiones de identidad de género en esos contextos.

Un estudio de Levinson y Beneduce (2004) ha demostrado que las sociedades con menor incidencia de la violencia contra las mujeres son aquellas en las que existe una división eficaz del poder entre los géneros. Basándose en estos resultados, el autor afirma que los conflictos que surgen tras los acontecimientos migratorios son el resultado de los cambios experimentados por la pareja, que se ve



modificada por las nuevas condiciones de vida. Por lo tanto, la idea original propuesta por Viapiana es que la mujer migrante lucha contra un nuevo enemigo que es la autoridad del marido para la conquista de su autonomía en el nuevo contexto social.

Detallando las novedades introducidas por el nuevo escenario en el que vive la mujer migrante, el texto aclara además que la identidad cultural de la mujer se hace aún más difícil sin el apoyo de la familia o del grupo parental. Parte de estas dificultades es el hecho de que no puede recurrir a algunos de los rituales del país de origen, circunstancia que a menudo provoca trastornos psicológicos. Muchos ejemplos están relacionados con el parto, por ejemplo en cuanto a la protección del bebé contra los demonios (por ejemplo, los djinn en la región del Magreb) o los hábitos especiales de alimentación e higiene tanto para el bebé como para la futura/nueva madre. Según Ba, es posible definir estas ceremonias como verdaderos “rituales de transición” (Ba, 1994, pp. 59-72) destinados a apaciguar los miedos y ansiedades de la mujer que acaba de dar a luz y a decretar la llegada del bebé al grupo.

Viapiana ofrece su punto de vista sobre un fenómeno de “doble tránsito”, que se produce cuando las mujeres migrantes se ven “confrontadas con la novedad de los valores y las normas del país de acogida, al tiempo que se ven dolorosamente alejadas de los valores y las prácticas de su cultura de origen” (Viapiana, 2011, p.86, traducido).

### Identidad de género y conflictos de género

En la segunda parte de la publicación, la autora amplía las teorías sobre la identidad de género y los conflictos de género elaboradas por diversos expertos e investigadores, con el objetivo de proporcionar un trasfondo teórico a la explicación de las prácticas culturales que afectan al cuerpo de las mujeres inmigrantes en la sociedad occidental. Las teorías y estudios antropológicos presentados ofrecen una visión general de la construcción social y cultural de la identidad de la mujer como inferior al hombre, tanto simbólica como prácticamente. La relación desigual entre hombres y mujeres también está representada en los diferentes conceptos y prácticas en torno al cuerpo de la mujer y sus características percibidas como desventajas “naturales” inherentes, como la fragilidad, el menor peso, la menor estatura, el embarazo y la lactancia (Nahoum-Grappe, 1996; Héritier, 2002). A este respecto, Héritier sostiene que el concepto de alteridad partía de algo que se veía como una interrupción de la armonía del mundo, tal vez una transgresión (recuerda la noción de paraíso perdido).

Por ejemplo, la mitología del África occidental sostiene que las mujeres y los hombres solían vivir en grupos separados e independientes y podían reproducirse de forma autónoma. Después, el descubrimiento por parte de los hombres del cuerpo de las mujeres como fuente de placer y no relacionado con la reproducción, ofendió a la divinidad creadora, que por ello obligó a hombres y mujeres a vivir juntos. Esta tradición no es un caso aislado, ya que muchas culturas del mundo tienen mitos en los que las mujeres dan a luz sin ninguna contribución masculina y son más bien fecundadas por elementos naturales (viento, mar) o por partenogénesis.

Moisseff (1997) propone otro ejemplo interesante al subrayar cómo la relación entre colonos y poblaciones colonizadas, y en general entre dominadores y dominados, tiene un impacto y una relevancia especialmente en las esferas de la sexualidad, el cuerpo, la reproducción y los roles de

género. La autora vincula los conflictos relacionados con el género a la resistencia que las economías en desarrollo oponen a la creciente hegemonía cultural de los países económicamente más desarrollados.

### Infibulación, abscisión, identidad: las marcas del cuerpo

Esta sección del documento examina la realidad de las prácticas corporales ejercidas sobre el cuerpo de las mujeres, apoyándose en algunos ejemplos de diferentes tradiciones culturales. Los sistemas de signos, costumbres míticas y rituales centrados en el cuerpo de la mujer y su sexualidad están ampliamente presentes en varias sociedades. Viapiana subraya la prevalencia de estos procesos que controlan la esfera reproductiva de la mujer, y que conllevan una amplia gama de significados y propósitos, por ejemplo, la purificación, la señalización del paso de la infancia a la feminidad, o el restablecimiento de la armonía y el orden social en contraste con el cuerpo femenino desordenado.

Las modificaciones genitales femeninas son prácticas que pueden encontrarse desde antes de la aparición de las principales religiones del mundo (islámica, judía y cristiana) y son un ritual persistente para el mantenimiento de las relaciones de poder entre las culturas dominantes y las subordinadas. Existen diferentes rituales relacionados con dichas modificaciones en distintas sociedades (Etiopía, Arabia Saudí, Somalia, Egipto y Sudán), donde prevalece la infibulación para controlar la sexualidad y la virginidad de las mujeres. A veces, también tiene un significado de purificación o pretende ser la extirpación de una parte del cuerpo remotamente masculina (el clítoris) para obligar a la niña a entrar en la categoría sexual “correcta” (por ejemplo, la tribu Dogon de Malí, estudiada por Griaule en los años 30). A través de estos ejemplos y estudios, Viapiana subraya cómo la integridad del cuerpo, puede figurar entre uno de los valores más desafiantes cuando se trata del encuentro de diferentes culturas. Existen diferentes razones para marcar el cuerpo (por ejemplo, la regulación de las dinámicas de poder, como afirma Augé, 2002), que transmiten diferentes significados y ciertamente influyen en la psique de la mujer “marcada”. La experiencia de la infibulación apenas es revelada por las mujeres migrantes; sin embargo, como subraya la autora, ellas se refieren a ella como una experiencia fundamental en su vida, necesaria para cumplir con los estándares estéticos de belleza del cuerpo femenino en su cultura de origen (Fusaschi, 2003).

Viapiana hace hincapié en los valores profundamente conflictivos de las sociedades occidentales y de otras sociedades en torno a las modificaciones genitales femeninas, un conflicto que las mujeres migrantes de países que practican la infibulación están obligadas a experimentar en el país de acogida.

Van der Kwaak (1992, pp. 777-787) señala que, por ejemplo, en Somalia la castidad y el control de la sexualidad femenina están profundamente vinculados a la definición de la propia identidad femenina. En este contexto, la infibulación tiene un valor iniciático que se expresa tanto en el ritual como en el lenguaje utilizado, de hecho, antes de la cirugía una niña es llamada gabar (“niña pequeña”), mientras que después se convierte en qabar dhoocil (“niña infibulada”) y, por tanto, en “una niña casadera” por la que el futuro marido tendrá que pagar “el precio de la novia”. Además, el hecho de que se afeite el pelo de la niña hace aún más explícito el significado iniciático del ritual.

### Conclusión

El actual sistema de inmigración introduce algunos retos en la vida cotidiana de quienes huyen de

sus países, así como en la vida de la población de los países receptores. Sin duda, las mujeres son las más vulnerables en estos procesos, en primer lugar por ser madres y por los diferentes significados que tienen sus cuerpos. Como sostiene Viapiana a través de varias referencias a diversos estudios, las mujeres migrantes están llamadas a enfrentarse a un “doble tránsito”, ya que deben enfrentarse tanto a los valores y normas del país de acogida, como a los valores de su cultura de origen.

Por un lado, la autora ofrece en el texto una comprensión crítica de las diferentes prácticas en torno al cuerpo femenino en culturas distintas a la occidental. Por otro lado, muestra una gran distancia entre los valores de las comunidades migrantes y los de los países de acogida (aunque con algunos puntos en común, como la concepción binaria de lo femenino y lo masculino), subrayando una dificultad aún mayor para las mujeres migrantes de negociar entre los valores dominantes en su cultura de origen y los de la sociedad de acogida. Para concluir, la autora aporta elementos de reflexión que permiten aclarar el papel de las mujeres en las sociedades afectadas por la migración. Dada la variedad de ejemplos y la diversidad de los autores citados, el texto constituye una introducción accesible a los aspectos difíciles de la diversidad cultural relacionados con la salud.

## Bibliografía

- Abdalla R., 1982, *Sisters in affliction: circumcision and infibulation of women in Africa*, Wed Press, London.
- Augé M., 2002, *Genio del paganesimo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Augé M., 2004, *Rovine e macerie. Il senso del tempo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ba M., 1994, *La dépression du ventre. Réactions dépressives après l'accouchement chez des femmes, immigrées, originaires de l'Afrique de l'Ouest*, *Nouv. Revue d'Ethnopsychiatrie*, 24: 59-72.
- Beneduce Roberto, 2004, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Boddy J., 1982, *Wombs as Oasis: The Symbolic Context of Pharaonic Circumcision in rural Sudan*, *Amer. Ethnologist*, 9, 4: 682-698.
- Bonaparte M., 1948, *Notes sur l'excision*, in “*Revue Française de Psychanalyse*”, n. 12, pp. 221-31.
- Bourdieu Pierre, 1998, *La domination masculine*, Seuil, Paris.
- Calderoli Lidia, 1993, *Marquages permanents du corps en Afrique subsaharienne: le processus technique comme signifiant*, in “*l'Ethnographie*”, n.114, pp. 105-30.
- Foucault Michel, 1976, *La volontà di sapere*, trad. it. 1984, Feltrinelli, Milano.
- Fusaschi Michela, 2003, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Godelier M., 1996, *Sexualité et société*, *Journal des Anthropologues*, 64-65.
- Gordon D., 1991, *Female circumcision and Genital Operations in Egypt and the Sudan: A Dilemma for Medical Anthropology*, *Medical anthropological quarterly*, 5 (1), 3-14.
- Héritier Françoise, 1996, *Masculin/Féminin, la pensée de la difference*, Paris, Editions Odile Jacob/ trad. it. *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, 2002, Economica Laterza, Roma.
- Héritier Françoise, 2002, *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*, Odile Jacob, Paris.
- Krane J.E., 1996, *Violence Against Women in Intimate Relations: Insights from Cross- Cultural Analysis*, *Transcult. Psyc. Research Review*, XXXIII, 4: 435-465.
- Lacoste-Dujardin C., 1996, *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, La

Découverte, Paris.

Lévi-Strauss Claude, 1969, *Le strutture elementari della parentela*, Feltrinelli, Milano.

Madelain J., 1990, *L'erranza e l'itinerario. Lettura del romanzo maghrebino contemporaneo*, Marietti, Genova.

Moisseeff M., 1997, *Subversive Science, Subversive Practice*, *Transcultural Psychiatry*, 34, 1, 95-107.

Nahoum-Grappe V., 1996, *Le féminin*, Hachette, Paris.

Nathan T., 1994, *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris.

Sindzingre Nicole, 1977, *Le plus et le moins: à propos de l'excision*, in "*Cahiers d'Etudes Africaines*", XVII, n. 65, pp. 65-75

Van der Kwaak A., 1992, *Female Circumcision and Gender Identity: a Questionable Alliance*, *Soc. Sci & Medicine*, 35, 6: 777-787.

Van Gennep Arnold, 1909, *Les Rites de passage*, Nourry, Paris. (trad. Ital. 1985, *I riti di passaggio*, Boringhieri, Torino).

Yahyaoui A., 1997, *Modi del ragionare e antropologia della medicina*, *Rivista Italiana di Antropologia Medica*, 3/4, 29-40.

Zempléni Andreas, 1985, *La maladie et ses causes*, "*L'Ethnographie*", num. spec., 96/97: 13-44.

