

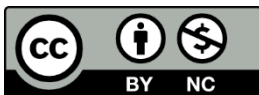


Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



IO2 – Curso de E-Learning

Erasmus+ - KA2 –
ID 2016-1-DE02-KA202-003336



Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Except where otherwise noted, content on this site is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Responsabilidad

Este proyecto ha sido financiado con el apoyo de la Comisión Europea. El apoyo de la Comisión Europea para la producción de esta publicación no constituye una aprobación de los contenidos que reflejan solo las opiniones de las/os autoras/es, y la Comisión no se hace responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en el mismo.



Tabla de Contenidos

Módulo 1 – Competencia intercultural	3
Módulo 2 – Personas migrantes y salud.....	39
Módulo 3 – Desarrollo de competencias interculturales.....	66



Módulo 1 – Competencia intercultural

TABLA DE CONTENIDOS

- **1. Introducción a BICAS**
- 2. Introducción al curso
- 3. Miedo a lo desconocido
- 4. Reducción del estrés en situaciones interculturales de servicio
- 5. Situación intercultural de servicio
- 6. Diversidad cultural
- 7. La competencia intercultural como competencia clave
- 8. Socialización cultural
- 9. Identidad y cultura
- 10. Mi identidad/es cultural/es
- 11. Autoimagen
- 12. Modelo de identidad
- 13. La identidad en riesgo
- 14. Toda persona...
- 15. ¿Qué es la cultura?
- 16. Estándares culturales I
- 17. Estándares culturales II
- 18. Modelo estructural de la psique
- 19. Modelo del iceberg
- 20. La identidad de los otros
- 21. Solución
- 22. Estereotipos
- 23. Los estereotipos como pseudoconocimiento
- 24. El estereotipo como ayuda a la orientación



1. Introducción a BICAS










2. Introducción al curso

Welcome to the e-learning course "Intercultural competence in ambulance services".

Las situaciones de huida y expulsión pueden afectar a cualquier persona, como también afectó a personas españolas en el pasado y de nuevo con especial incidencia durante los últimos años. Ellos y ellas en ocasiones también sufrieron o están sufriendo discriminación y experimentaron la hostilidad de sus conciudadanos y sus ciudadanas en su país de residencia.

Los siguientes links aportan una primera aproximación reflexiva sobre el tema:

-  [La España migrante: datos y estadísticas sobre inmigrantes y emigrantes \(INFOGRAFÍA\)](#)
-  [Las múltiples caras de la inmigración](#)
-  [¿Qué necesitan los refugiados para integrarse en España?](#)
-  [Caos y desorganización en la Frontera Sur](#)
-  [INFOGRAFÍA](#)

3. Miedo a lo desconocido

A menudo, las personas demandantes de asilo o inmigrantes son recibidas con temor e incluso con hostilidad en los países de destino. La mayor parte de las veces, ello se debe a la falta de experiencia de la sociedad de recepción con otras identidades culturales, que se perciben como ajenas. **Desde el principio de los tiempos, las personas han tenido miedo a lo desconocido.** El miedo y la incertidumbre en el trato con lo diferente llevan a un conflicto que puede ser evitado. El objetivo de esta formación es rebajar este potencial de conflicto, y así reducir el estrés laboral del personal sanitario.





4. Reducción del estrés en situaciones interculturales de servicio

Estrés en situación de servicio intercultural = la reducción de la confianza en el manejo de la emergencia es un factor de estrés que afecta negativamente a la calidad del servicio --> esto puede poner en riesgo la profesionalidad del servicio de atención de emergencias o sanitario.

Mayor competencia intercultural



menos estrés en acción



mayor calidad del servicio



mayor satisfacción profesional



prevención de la fatiga mental

5. Situación intercultural de servicio

Estrés en situación de servicio intercultural = la reducción de la confianza en el manejo de la emergencia es un factor de estrés que afecta negativamente a la calidad del servicio --> esto puede poner en riesgo la profesionalidad del servicio de atención de emergencias o sanitario. Mayor competencia intercultural = menos estrés en acción = mayor calidad del servicio = mayor satisfacción profesional = prevención de la fatiga mental

No puedo quitarme los zapatos.
¡Estamos aquí para ayudar!
El paciente no deja que lo trate nuestra doctora.
Toda la familia está aquí.
¿Por qué hay tanto ruido?
¿Por qué se meten todos/as en esto?

¿Qué medicinas?
¿Qué quieren de nosotros?
¿Tiene que estar mirando todo el mundo?
Este barrio tiene mala fama.

¿El marido no me deja llegar a su esposa?
¿Por qué hace todos esos gestos con las manos?
¿Qué quiere decir?
¿Quién siente dolor?
¿TODOS?
Si no actuamos con rapidez alguien va a morir!
¿Por qué están aquí los niños?
No me entiende!
Por favor, cálmese!
¿Por qué gritan todos?
¿Qué es lo que están pensando realmente?
¡Por favor, menos agresividad!
¿Necesitamos refuerzos policiales?

ESTRES!

6. Diversidad cultural



La sociedad se caracteriza desde hace mucho tiempo por su diversidad cultural. Solo hay que echarle un vistazo, por ejemplo, a los miembros de la selección española de fútbol. Las tendencias demográficas hacen que la proporción de personas de origen extranjero sea creciente.

Las diferencias culturales pueden aumentar el estrés potencial en ambos lados (receptores y proveedores de ayuda), especialmente en situaciones de emergencia. Muchas personas suelen experimentar miedo, impotencia e inseguridad en situaciones de riesgo. ¿Cómo actuar en situaciones de emergencia, cuando a menudo a las diferencias

culturales, se suman las barreras lingüísticas y las expectativas diferentes en cuanto a las tareas de los servicios de emergencias? ¿Cómo garantizar un servicio sanitario mutuamente satisfactorio?

7. La competencia intercultural como competencia clave

The necessary competencies for a safe and constructive handling of conflicts in intercultural situations can be described as follows:



Las competencias necesarias para un manejo más seguro y constructivo de los conflictos que puedan ser provocados por situaciones interculturales pueden describirse del siguiente modo: conocimiento específico de la cultura: conocimiento de las peculiaridades socioculturales en cuanto a comunicación, valores y comprensión de los roles; competencias sociales generales: respeto, capacidad de empatizar y controlar las emociones, gestión reflexiva de los propios estereotipos, orientación a soluciones; competencias específicas de gestión de conflictos: conocimientos y destrezas para la propia seguridad, para retomar la calma, técnicas de protección o defensa propia y de personas cercanas; competencia técnica: conocimiento práctico y rutinas (también en relación con tácticas operativas) como base para proyectar una imagen de capacidad.

8. Socialización cultural



Nuestras palabras, gestos y acciones pueden ser interpretados de manera totalmente diferente por alguien de otro círculo cultural o con una identidad/es cultural diferente/s. Como nosotros/as mismos/as, cada ser humano ve el entorno, al prójimo y a sí mismo/a a través de la lente de su socialización cultural. El éxito de la interacción intercultural depende de la comprensión y competencia intercultural de cada participante.

9. Identidad y cultura

Antes de atender "al otro", "al extraño", cada persona debe ser consciente de su propia identidad/es cultural/es y sus peculiaridades [...]. (Payer, 2005)

10. Mi identidad/es cultural/es

¿Eres típicamente español o española? ¿Por qué? ¿Qué significa eso? ¿Qué es lo importante para ti?
¿Cuál es tu identidad? ¿Cómo te describirías a ti mismo?



11. Autoimagen

Modelo de identidad. Cada uno/a de nosotros/as es un sujeto único y distinto con sus propias características, actitudes, experiencias, capacidades y patrones de conducta. Al describir nuestras características, hablamos de nuestra «identidad subjetiva» o de nuestra «autoimagen».

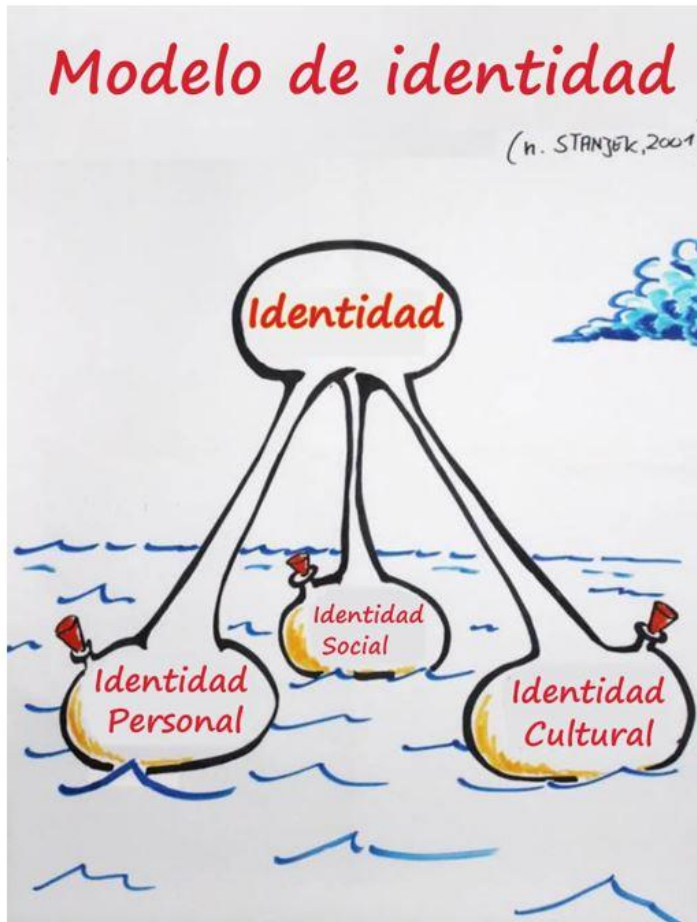
La identidad puede dividirse en tres ámbitos:

Identidad personal: características que se mantienen estables en gran medida a pesar de todas las experiencias y desarrollo (por ejemplo, identidad de edad, de género o corporal).

Identidad social: configurada por las experiencias con otras personas y organizaciones, p. ej. roles sociales: progenitor/a, trabajador/a o «extranjero/a».

Identidad/es cultural/es: actitudes y conductas influenciadas por el entorno sociocultural en el que crecemos (por ejemplo, lengua, religión, usos y costumbres, rituales).

12. Modelo de identidad



Según este modelo, la pertenencia a una o más culturas o grupos socioculturales es (solamente) un factor importante para tener una identidad estable. La constelación de estos tres pilares permite explicar el comportamiento humano en el sentido de una estabilización de la identidad, como por ejemplo cuando se enfatiza la afiliación cultural (p. ej. religiosa o étnica) en caso de inestabilidad de la identidad social (p. ej. por falta de acceso a unos roles y posiciones socialmente reconocidos). Esto puede conducir a una autoetnificación*.

*Autoetnificación: énfasis compensatorio que una persona o grupo pone sobre su propia identidad cultural-étnica.



13. La identidad en riesgo

La identidad...

es importante para el desarrollo personal y la salud y bienestar general.

Es posible tener componentes de distintos orígenes culturales (la denominada «identidad mosaico» o «identidad híbrida»)

y en casos o situaciones de conflicto o de crisis se puede cuestionar total o parcialmente (p. ej. Situaciones de discriminación o rechazo). Los seres humanos intentan preservar, fortalecer y defender su identidad subjetiva cuando se perciben una amenaza directa (por ejemplo, en caso de conductas agresivas o rechazo generalizado).

Ejemplos de riesgos para la identidad:

pérdida funcional en casos de envejecimiento (→ identidad personal)

pérdida de familiares, amigos/as o del trabajo, abandono de un grupo (profesional) (→ identidad social, principalmente)

residir en un entorno extraño, dificultades para hablar la lengua materna o espacios de encuentros religiosos (→ identidad cultural, principalmente)

14. Toda persona...

está en ciertas áreas

(a) es igual que todas las demás personas

(b) es igual que algunas otras personas

(c) no es igual que ninguna otra persona

(Kluckhohn & Murray, 1953, citado por Bertelsmann Stiftung, 2006)

15. ¿Qué es la cultura?

La identidad no puede existir independientemente de la cultura. Pero, ¿qué es la cultura y qué hace con nosotros/as? La cultura es el «software mental» que se «programa» en el proceso de socialización. A lo largo de este proceso de socialización, y en especial durante la infancia o socialización primaria, la persona adquiere ciertos patrones de pensamiento, emociones y patrones de sentimientos, y conductas, comportamientos y formas de proceder que se traducen en valores y actitudes.



La cultura es una parte fundamental de la vida humana. Afecta a nuestras ideas, valores, humor, esperanzas, fidelidades y a nuestras preocupaciones y miedos. Cuando trabajamos con personas y construimos relaciones con ello/as, es útil tener cierta perspectiva y comprensión de su cultura o identidad/es cultural/es. Sin embargo, también es importante recordar cuánto tenemos en común. Todos somos seres humanos. Todos tenemos esperanzas y sueños, dolores y miedos.



Hay unas 300 definiciones distintas de cultura, p. ej.: «Cultura es el sistema de orientación constituido por símbolos y tradiciones específicos de cada sociedad, organización o grupo. La cultura influye en la percepción, pensamiento, valores y acciones de todos sus miembros, y define su pertenencia a la sociedad. Este sistema de orientación permite a los miembros de la sociedad gestionar su propio entorno, facilita la comunicación rápida y la orientación en ámbitos sociales complejos, y promueve una cooperación interpersonal fluida y efectiva.

(Straub / Thomas, 2003)



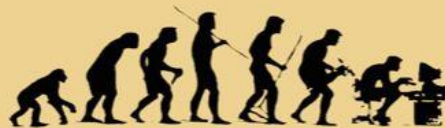
Por ejemplo, la percepción espacial está culturalmente condicionada. La percepción espacial no es neutra-matemática. Los grandes salones son impresionantes, y las cámaras de los sótanos son acogedoras u opresivas. La sensación evocada por cada espacio también está culturalmente determinada, esto es, no determinada evolutivamente.

Otro término práctico para la evaluación del comportamiento humano es el de «estándares culturales». Estos se adquieren a lo largo del proceso de socialización y son vividos de manera inconsciente. Forman la base del propio comportamiento y el marco de referencia para la evaluación del comportamiento ajeno. Como característica central de un sistema de orientación cultural, contienen **«todo tipo de percepciones, pensamientos, juicios, acciones... considerados por la mayoría de los miembros de una cultura particular, para sí mismos y para los demás, como normales, obvios, típicos y vinculantes»** (Thomas, 2003).

Fíjate bien en la imagen. ¿Reconoces los peligros de este cuestionario ficticio para cazadores y recolectores, elaborado sin duda alguna por un hombre occidental?

Estándares culturales de recolectores/as primitivos/as

1. ¿Sientes simpatía por tu juego?
2. ¿Quién es cazador y quién recoge comida en tu familia?
3. ¿Los animales totémicos están excluidos de la caza?
4. ¿Prefieres trabajar?
5. ¿Echas de menos los beneficios de un frigorífico?



17. Estándares culturales II

Los estándares culturales se adquieren a lo largo del proceso de socialización y son vividos de manera inconsciente. Distintas culturas generan identidades diferentes. Es muy importante entender que no todo el mundo comparte nuestros puntos de vista (estándares culturales). Ello da como resultado conductas diferentes, puede que desconcertantes al principio. Pero si entiendes que estas conductas están basadas en distintos estándares culturales, quizás sea más fácil abordarlas.

Muchos malentendidos y problemas interculturales son consecuencia de que «no se es suficientemente consciente de nuestros propios determinantes culturales y de nuestra propia manera específica de percibir a su interlocutor/a de una cultura ajena: se consideran "normales", sin cuestionarlas, cosas y hechos que no resultan en absoluto plausibles desde los hábitos perceptivos de la otra persona. Si esta falta de plausibilidad no se aborda, o si la situación concreta se "reinterpreta" hasta resultar plausible desde el propio punto de vista, el resto de interacciones entre las partes se basarán en la suposición engañosa de que se cuenta con una base común de argumentación. Sin embargo, en realidad se estará discutiendo desde niveles muy distintos (en principio sin notarlo). Si la falta de entendimiento mutuo llega a ser evidente, por lo general la causa real de la misma ya no se conocerá, lo que hará tanto más difícil recuperar una relación neutra». (Fuente: IKO - Competencia Intercultural Online (2004))

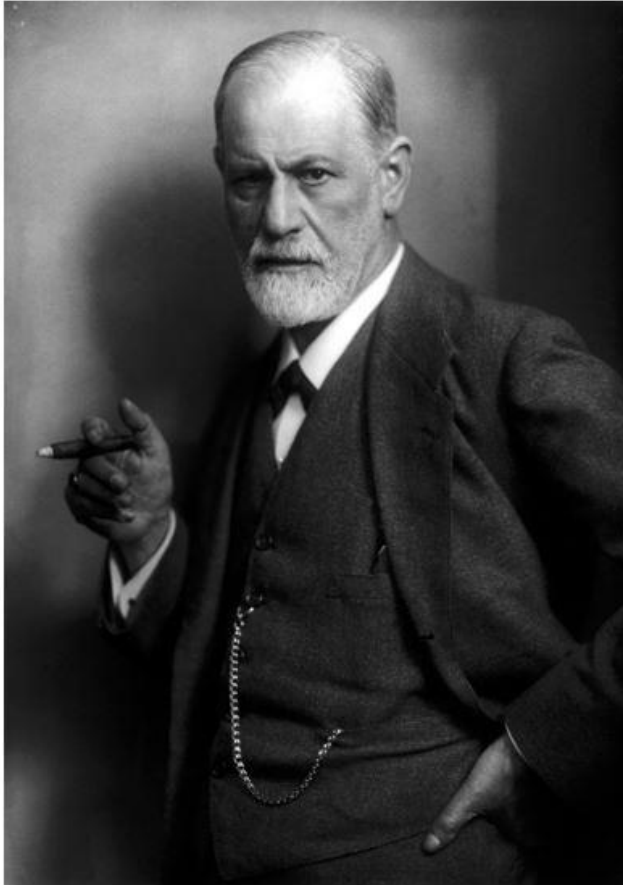


Estándares Culturales					
	Alemania	Estados Unidos	Perú	India	China
La gente está luchando por	Autorealización y responsabilidad personal	Individualismo, igualdad de oportunidades, iniciativa personal	Reconocimiento social y ayuda mutua	Orientación familiar, reconocimiento por ciertas personas	Reconocimiento social y grupo de afiliación
Áreas de vida	Separación de empleo y vida privada	Identificación con el trabajo, conexión con lo privado	Mix entre trabajo y espacio privado	Mix entre trabajo y espacio privado	Unidad y construcción comunitaria en todas las áreas de vida
Primeros contactos	Distancia, rigidez, pragmatismo, impersonal	Alegre (fingido), sociable, accesible, "prepotente"	Amigable, pero sospechoso (evaluando), prolijo	Educación, respeto, emocional, fácilmente vulnerable	Educación, respeto, agradable, armonía
Comportamiento ante conflictos	Enfrentamiento directo, sinceridad	Enfrentamiento indirecto, armonía	Enfrentamiento indirecto, culpa a terceros, sufrimiento	Enfrentamiento indirecto, armonía	Manejo indirecto, "salva las apariencias"
Reglas y principios	Dar orientaciones claras, son irrefutables	Se manejan de manera flexible, no interfieren	Se miden según la situación, las consideraciones, sirven como una guía aproximada	No significativo, se rigen por un orden cósmico	Se miden según la situación, las consideraciones sirven como una guía aproximada
Relación con autoridades	Crítica, escepticismo	Patriótico, leal	Sospecha, obtinación	Sumisión, ambición	Sumisión, agradecimiento
Pensamiento y Actitud	Orientación a objetivos, planificación, análisis, no espontaneidad	Pragmatismo, planificación, análisis, asumen riesgos	Pasividad, misticismo-holístico, flexible, espontaneidad	Adaptación, holístico, innovación, flexible, espontaneidad	Improvisación, holístico, flexible, espontaneidad



Ética laboral	Desempeño solo para el salario o reconocimiento, impaciencia, objetivos a corto plazo	Desempeño solo para el salario o reconocimiento, serenidad, orientación para la acción	Logro de la comunidad, apoyo generoso, paciencia, diligencia	Obediencia para el cuidado, obligaciones de ayuda mutua, preparación para el cambio	Obediencia para el cuidado, compromisos de ayuda mutua, paciencia, metas a largo plazo
Relación con el tiempo	Estrictamente planificado y orientado al ocio	Poco planificado y orientado al rendimiento	No planificado y enfoque en el presente	Todo gestionando al mismo tiempo	Todo gestionado al mismo tiempo
Imagen colectiva	"Somos populares, pero ..."	"Somos el poder mundial."	"Juntos somos más fuertes."	"Continuará"	"Los/as demás son barbaros/as."
<p>* Estos estándares culturales en Perú muestran claramente la mezcla de la cultura indígena con la europea. La opresión y explotación de siglos de la población indígena, cuya participación todavía es del 31%, ha llevado sobre todo a la gran desconfianza hacia las personas externas.</p> <p>El modelo de estándares culturales a menudo se usa para preparar a los/as empleados/as que viajan al exterior para prepararlos para la mentalidad local. Sin embargo, no debe considerarse como una verdad irrefutable, sino solo como una indicación con una cierta probabilidad.</p> <p>Fuente: wikipedia</p>					

18. Modelo estructural de la psique



Para entender la influencia de la cultura en los seres humanos, resulta útil recurrir al modelo del iceberg. Este modelo procede de Sigmund Freud y su modelo de estructura de la psique. Observando a sus pacientes, Freud asumió que la acción humana está determinada de manera consciente en las situaciones cotidianas solo en una pequeña medida. Ello contradecía el punto de vista previo, según el cual el comportamiento solo podía atribuirse al pensamiento consciente y a la acción racional. En su modelo de estructura de la psique, Freud la dividió en tres instancias, y defendió que las partes conscientes del yo (principio de la realidad) únicamente deciden qué partes del ello (principio del placer) y del superyó (principio de la moralidad) son realizables en el mundo perceptivo que experimentamos como real. De este modo señaló la extraordinaria importancia del inconsciente para la acción humana, complementándola con las zonas de subjetividad oculta (personalidad, sentimientos, conflictos).

La mayor parte del contenido de la psique está anclada en el preconscious y el

inconsciente. La persona solo tiene consciencia de una pequeña parte de su contenido. El modelo del iceberg sirve como analogía ilustrativa de las relaciones. No está claro quién atribuyó primero la imagen del iceberg al modelo de capas de Freud. No obstante, más adelante varios/as autores/as atribuyeron a su concepto del yo, esto es, a las zonas conscientes de la personalidad, la parte más pequeña y visible de un iceberg ficticio, que queda por encima de la superficie del agua, y a las zonas inconscientes, que Freud denominó ello y superyó, la parte oculta bajo el agua.

19. Modelo del iceberg



Cultura visible: Idioma, aspecto, etc. son características visibles de la afiliación cultural

Cultura invisible: La mayoría de los elementos culturales que crean la identidad no es visible, por un lado, y es parcialmente inconsciente, por el otro.

Los fenómenos visibles de la cultura son solo la punta de iceberg. La parte invisible del iceberg la oculta, es la poderosa base de las manifestaciones visibles.

La punta del iceberg es la parte visible, mucho más pequeña, del iceberg.

En nuestro contexto:

Todo lo que sabe un individuo sobre su cultura.

Todo lo que reconocemos inmediatamente de la otra cultura como específicamente perteneciente a la misma.

Bajo la superficie del agua está la parte mucho mayor del iceberg, la parte invisible y que no resulta reconocible de inmediato. Esta zona ignota de la cultura debe ser «explorada» primero para poder contrarrestar cualquier «peligro de colisión».



20. La identidad de los otros



Pasemos a la identidad de "los otros /
extraños".

¿De qué vive esta mujer?

 Solución



21. Solución



Es una pedagoga cualificada y tiene formación como psicoterapeuta infantil y juvenil.

Tiene 26 años, es alemana, está casada y tiene un hijo.

Sus padres nacieron en Turquía.

22. Estereotipos

La manera en la que se percibe a "los otros" suele estar marcada por estereotipos (nota al pie). Estos pertenecen al conocimiento implícito de un individuo y su cultura, y actúan sin que seamos conscientes de ello. En concreto, las imágenes estereotípicas de la persona "extraña" pueden suponer un enorme obstáculo para el éxito de la acción intercultural. Así, reducen el espacio que damos a la otra persona para negociar la relación, cuando lo limitamos a las posiciones impuestas por el estereotipo. Quien quiera contrarrestar el reverso negativo de los estereotipos, antes debe ser consciente de ellos, esto es, transferirlos al ámbito del conocimiento explícito y reflexivamente observable. «Tenemos esquemas en la cabeza no solo cuando abordamos la totalidad de la realidad, sino también sus subzonas: aquellos que nos son extraños». (Ver Erll, A., Gymnich, M.: Competencia intercultural - Comunicación con éxito entre culturas.) 4.ª ed., Stuttgart 2010).



Nota: Los estereotipos son atribuciones generalizadas de características y conductas a miembros de un grupo o categoría social.

23. Los estereotipos como pseudoconocimiento

Los estereotipos son ante todo procesos mentales, y se basan en los pseudo-conocimientos compartidos dentro de un grupo.

Este sería un ejemplo: Un crucero con pasaje internacional a bordo choca contra un enorme iceberg y empieza a hundirse lentamente. Como los botes salvavidas están atascados, el capitán da la orden de que los pasajeros se pongan inmediatamente los chalecos salvavidas y salten al agua.

Después de diez minutos, el primer oficial vuelve desesperado y comunica: «Nadie quiere saltar, ¿qué hacemos?» El propio capitán abandona el timón, y al cabo de otros diez minutos, todos los pasajeros han saltado. «¿Cómo lo ha hecho?», pregunta atónito el primer oficial. «Muy sencillo, querido», dice el capitán, «le he dicho a los ingleses que no saltar era antideportivo».



a los italianos, que estaba terminantemente prohibido saltar del barco

a los escoceses, que los chalecos salvavidas eran inútiles

a los americanos, que les cubría el seguro

a los rusos, que sería triste pero romántico

a los franceses, que los ingleses estaban en contra

a los alemanes, que era una orden, y

a los japoneses, que era bueno para aumentar la potencia.

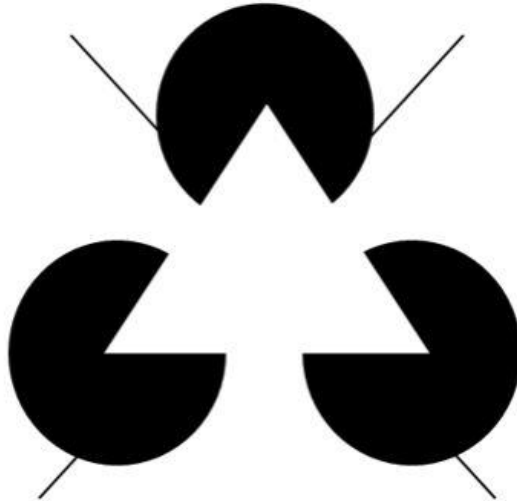
24. El estereotipo como ayuda a la orientación

En la vida cotidiana, y especialmente en situaciones complejas, los estereotipos funcionan como «ayudas a la orientación» en el procesamiento de la información y el control de las acciones, ya que la percepción humana es un proceso en su mayor parte inconsciente pero activo. Como «órgano del sentido», el cerebro sigue el principio de la «economía cognitiva». El siguiente ejemplo muestra cómo funciona esta percepción inconsciente.

25. Economía cognitiva

«Probablemente vea un triángulo blanco sobre tres círculos en esta imagen. Se trataría de un error de percepción, ya que el triángulo no existe físicamente, pero como la estructura tridimensional parece más simple, lógica y familiar, la mayoría de la gente ve un triángulo blanco.

Esta reducción de la complejidad tiene lugar automáticamente, es decir, de manera inconsciente, y solo puede suprimirse temporalmente mediante el control consciente.



El principio de “rapidez antes que exactitud” es un proceso ventajoso desde el punto de vista evolutivo que resulta especialmente necesario para la vida cotidiana, pero que al mismo tiempo tiende al error. Estos errores carecen de relevancia en su mayor parte en el día a día, y no suelen tener consecuencias. Sin embargo, en actividades complejas, como la atención de personas afectadas por una emergencia, tienen consecuencias considerables (ver St. Pierre, Hofinger & Buerschaper, 2011, pp. 89 y ss.)».

26. Encasillamiento



Llaman a tu ambulancia o servicio de emergencias con la misión de atender un caso de «dolor abdominal» en el apartamento de cuatro habitaciones de una familia de origen meridional.

Allí encuentras a una señora de unos 60 años tumbada en el sofá. La mujer está gimiendo, con los ojos fuertemente cerrados. No presenta cianosis. Hay unas diez personas más alrededor del sofá, y algunos de ellos están hablando nerviosamente.

Cuando el personal sanitario se dirige a la mujer, esta no responde y sigue con los ojos cerrados. Cuando se prepara para levantar una de las manos de la mujer, nota cierta intranquilidad entre los circundantes.

La percepción de otras personas, así como lo que se piensa de ellos/as, la denominada percepción social, tiene lugar en gran medida a partir de categorizaciones sociales. Las que se usan con más frecuencia al encontrarse con una persona que nos resulta extraña, son la edad, el género y la pertenencia étnica.



27. Encasillamiento y discriminación


El encasillamiento (el pensamiento estereotipado) se alimenta de generalizaciones no cuestionadas y estereotipos irreflexivos, ofreciendo un terreno abonado para la discriminación. Los estereotipos constituyen una parte de nuestro pensamiento que se esquematiza por motivos prácticos. No representan la realidad porque no hay una correspondencia (constante) entre esas esquematizaciones y su contenido real, y por tanto los estereotipos son relativamente resistentes. Por eso tiene sentido reflexionar sobre los propios estereotipos de vez en cuando.

**Mi opinión es clara.
¡Por favor, no me confundas
con hechos!**

28. Comprueba tus estereotipos



¿De qué vive este hombre?

 Solución



29. Solución



Es teniente y oficial estudiante. Tiene 26 años y sus padres son de Mozambique y de Alemania.

30. Prejuicios



Los prejuicios son valoraciones globales y con frecuencia negativas de otros grupos (y sus miembros). Como los estereotipos, se basan en conocimientos inciertos pero socialmente compartidos, aunque en este caso se asocian más a los sentimientos y a las tendencias de conducta (como la discriminación). Los prejuicios suelen mantenerse incluso frente a informaciones contradictorias, y no sirven tanto para la orientación como para la estabilización de la propia identidad y la evaluación positiva de la propia persona o grupo.

Los prejuicios surgen, por ejemplo, mediante la culturalización, es decir, la reinterpretación y reducción del comportamiento y las diferencias detectadas a características culturales. Por ejemplo, en el caso de un niño reemigrado desde Rusia (los denominados Aussiedler), su origen puede señalarse prematuramente como el factor decisivo de un hipotético fracaso escolar, cuando en realidad la causa de que le resulte imposible hacer los deberes sin molestias son las estrechas condiciones en las que vive. Los prejuicios reducen la complejidad de antecedentes, contextos y procesos. En consecuencia, estos parecen más fáciles de explicar, mientras que dejan de tomarse en consideración otros aspectos importantes. Asimismo, suelen asociarse con «asignaciones de culpa» en los problemas (de interacción).

Las ideas culturales, elevadas a categoría, suelen instrumentalizarse para legitimar la propia cultura y las relaciones de dominación existentes. A partir de estudios comparativos realizados en países de Europa Occidental, EE. UU. y Oriente Medio, la etnóloga norteamericana Laura Nader descubrió que, en la lucha por la igualdad social, a menudo se enfrenta a las mujeres entre sí con argumentos culturales.

La opinión pública occidental suele considerar oprimidas a las mujeres de cultura islámica; deben subordinarse a estructuras familiares poligámicas y llevar signos externos de castidad, como el velo. Estas ideas se reforzaron con la situación de las mujeres afganas desde 1996, y están presentes para la opinión pública internacional a partir de la guerra de otoño de 2001. Por su parte, los medios islámicos también han difundido imágenes estereotípicas de las mujeres occidentales como objetos sexuales, víctimas de violación y ancianas apartadas en residencias. La situación de la mujer en la esfera cultural del otro, que se presume condicionada culturalmente y mucho más problemática que la propia, suele usarse en el discurso público para relativizar los males sociales que existen en ambas regiones. Tanto en Occidente como en los países islámicos se pretende confortar a las mujeres con el mensaje: «Comparada con las mujeres de otras sociedades, no estás tan mal».



31. Etnocentrismo

Los prejuicios también pueden estar basados en el etnocentrismo. El «etnocentrismo» alude a un estilo de interpretación y evaluación en el que el grupo cultural propio constituye el centro o, por así decirlo, la medida de todas las cosas. Los pensamientos, sentimientos y conductas de los demás (grupos) se evalúan exclusivamente según los propios estándares culturales, y por lo general de manera más negativa que los de uno mismo. Se trata de una «distorsión cognitiva» que hace más difícil tratar con personas de otras culturas.

El etnocentrismo representa la tendencia a considerar la cultura propia como el centro de todas las cosas y la medida de las demás culturas. La cultura propia o el grupo «nosotros» se distingue positivamente de los demás grupos. Se trata de la «tendencia a estimar lo fiable y familiar, lo autóctono, lo que siempre ha sido como es, junto con la correspondiente desconfianza de todo lo extraño, lo distinto, lo que se sale del orden acostumbrado». (Bishop 1992: 40).

La reducción del extraño o el diferente tiene lugar, por una parte, mediante la «cosificación y esencialización»: categorización nosotros-vosotros; evaluación desigual (lo propio es mejor que lo ajeno); tratamiento desigual (discriminación); desindividuación (la persona es percibida solo como miembro de un grupo). Por otra parte, tiene lugar mediante la «naturalización»: desigualdad en relación con las características físicas externas; inferencia desde las características externas a propiedades internas (psíquicas); transferencia de propiedades atribuidas individualmente a todos (totalización); aceptación de la originalidad e inmutabilidad de las diferencias «naturales» en su conjunto.

32. Odio hacia un grupo

Esta actitud/perspectiva puede conducir al odio hacia un grupo específico. Personas extranjeras, demandantes de asilo, musulmanes, personas sin hogar, judíos, homosexuales... Siempre que se agrupa a las personas en función de una característica común para menospreciarlas y marginarlas, estamos ante un caso de odio hacia un grupo. Cuando se etiqueta a las personas como «distintas», «extrañas» o «anormales» de algún modo por su identificación con un grupo social, entonces «diferente» pasa a convertirse con facilidad en «diferenciado». Los prejuicios contra un grupo determinado (por ejemplo, las personas inmigrantes) no suelen darse aisladamente; al contrario, la desvalorización de un grupo suele venir acompañada de la desvalorización de otros grupos.





Gordon Allport, padre de la investigación moderna sobre los prejuicios, apuntó: «Una cosa de la que estamos bastante seguros es que las personas que rechazan a un grupo ajeno también tienden a rechazar a otros grupos ajenos; cuando alguien está en contra de los judíos, es probable que esté en contra de los católicos, los negros y cualquier otro grupo ajeno». Quienes suelen defender relaciones de jerarquía entre grupos sociales tienden a menospreciar no solo a un grupo específico sino a varios; de manera que, por ejemplo, la xenofobia, el antisemitismo y la homofobia suelen ir de la mano. El objetivo siempre es el mantenimiento o establecimiento de jerarquías sociales. No sorprende, pues, la constatación empírica de que las siguientes actitudes ideológicas sean factores especialmente relevantes en el odio hacia las personas: la tendencia al autoritarismo, una actitud exageradamente positiva hacia la ley y el orden y, al mismo tiempo, la disposición a la obediencia, cierta orientación hacia la dominación social, es decir, el apoyo explícito de las jerarquías sociales, y el rechazo generalizado de la diversidad cultural y religiosa que está vinculado a una especial aceptación de todos los elementos del odio hacia grupos específicos, como por ejemplo la homofobia y el sexismo.

En comparación con muchos de nuestros vecinos europeos, la comprensión de la diversidad social está poco desarrollada en Alemania. Al menos esto es lo que sugiere el hecho de que las personas consultadas en Alemania manifiesten en muy pocas ocasiones, en comparación con muchos otros países europeos, la opinión de que la «cultura musulmana» encaja bien en su país. El odio hacia las personas también se fomenta desde un sistema de valores economicista que juzga a las personas según su utilidad. Además, quienes se sienten desorientados en el mundo moderno tienden a presentar más odio hacia grupos específicos. En contraste, el contacto con quienes se consideran «diferentes» tiene un efecto protector frente al odio. Es interesante destacar que esta protección no se limita al grupo con el que se tiene contacto, sino que su efecto positivo se extiende a las actitudes hacia otros grupos sociales. Por ejemplo, quien tiene contacto con personas inmigrantes no solo tiende menos a la xenofobia sino también es menos propenso a la homofobia.

33. Prejuicios e intervenciones

En las intervenciones hay que atender a las personas más diversas según sus necesidades y los estándares éticos y legales aplicables. En caso de que quienes prestan el servicio sanitario tengan prejuicios significativos hacia las personas afectadas, los y las profesionales deberán regular sus correspondientes emociones negativas en la intervención para poder realizar su tarea adecuadamente. Este proceso interior ocupa tiempo y recursos que durante el momento de la intervención sanitaria no están no están disponibles para la atención profesional de las personas afectadas. En consecuencia, se genera o se aumenta el estrés durante la intervención, y en algunos casos también después de la misma (ver Estrés en la Intervención Intercultural). Por consiguiente, se recomienda que cada profesional revise sus propias concepciones, categorizaciones y actitudes en relación con ciertas personas (grupos) y, en caso necesario, los reelaboren para poder ofrecer a estas personas una asistencia profesional completa. El refuerzo de la competencia intercultural es muy útil para trabajar este tema.





34. Resumen: competencia intercultural

¿Qué es la competencia intercultural?

Hay muchas respuestas distintas a esta pregunta. Ser consciente de los propios valores, estereotipos y prejuicios culturales es un principio. Otros elementos serían la conciencia y aceptación de las diferencias culturales, p. ej. las diferencias socioculturales en la gestión del dolor y el estrés por parte de las personas. Es importante entender que las distintas culturas expresan e interpretan la información de manera diferente. En el día a día de la práctica profesional resulta útil adquirir cierto conocimiento operativo sobre distintas creencias, costumbres y prácticas de distintos grupos en relación con la salud y la enfermedad. De manera similar, se necesita flexibilidad para poder responder a las diferencias culturales. Un ejemplo sería la adaptación lingüística de la información. Podemos resumir las siguientes características de la competencia intercultural:

Actitudes, disposiciones y características:

- Motivación e interés en el contacto intercultural
- Respeto por los usos y costumbres de otras personas
- Imparcialidad, renuncia a hacer juicios negativos
- Cortesía, cordialidad y diplomacia
- Paciencia y tolerancia
- Aceptación y tolerancia ante las contradicciones (tolerancia de la ambigüedad)

Destrezas

- Destrezas comunicativas (p. ej. saber escuchar y entender preocupaciones importantes)
- Conducta tranquila y controlada en caso de dificultades (control de impulsos)
- Aptitudes de resolución de conflictos
- Gestión reflexiva de los estereotipos

Conocimiento y conciencia

- Conocimiento general y conciencia sobre las diferencias culturales
- Conocimiento de ciertas culturas
- Habilidades lingüísticas

35. Conclusión

La competencia intercultural en las intervenciones ayuda a llevar a cabo el trabajo / las tareas operativas en un contexto intercultural de la manera más completa posible, ofreciendo así a los pacientes de origen extranjero un mejor servicio en casos de emergencia. De este modo, la competencia intercultural mejora la satisfacción laboral y reduce el estrés del personal de servicios de emergencias y del personal sanitario. La competencia intercultural es una competencia clave: ahora y en el futuro.



36. Diversidad

Sin embargo, la competencia intercultural es tan solo un aspecto de la sensibilización sobre la diversidad que resulta necesaria en general. Para explicar este término hemos preferido usar el siguiente vídeo en lugar de gastar muchas palabras.



37. Digresión: Apertura intercultural

La apertura intercultural en el trabajo sanitario y social

El objetivo de la protección civil es preparar y atender de la mejor manera a todos los miembros y grupos de una población en la medida de lo posible. La diversidad sociocultural y étnica de la población plantea un reto para quienes planifican y llevan a cabo la protección civil.

En otros países con diversidad cultural, como EE. UU., Australia o Nueva Zelanda, así como en la ayuda humanitaria y en catástrofes a nivel global, la necesidad de adaptar las medidas de asistencia a las características socioculturales de las personas y sociedades afectadas es una cuestión a la que se presta cada vez mayor atención.


En Alemania ya se ha reconocido la necesidad de enseñar destrezas interculturales y se vienen tomando medidas al respecto. Así, desde 2010, Cruz Roja Alemana imparte el módulo «Competencia Intercultural» como parte integrante de la formación profesional de los técnicos en emergencias y la formación superior de los enfermeros de emergencias.



38. Declaración de objetivos

El personal de emergencias está comprometido no solo con ciertos principios éticos generales tal y como se formulan en la legislación, sino también con las declaraciones de objetivos de sus empleadores/as.

39. Ejemplos a nivel nacional

También hay otras organizaciones implicadas con la convivencia intercultural a nivel nacional. Así, por ejemplo, la apertura intercultural se plantea como una estrategia de desarrollo de organizaciones destinada a adaptarlas a sus tareas en contextos multiculturales. El tema de la apertura intercultural está presente en varias organizaciones e instituciones desde hace años, por ejemplo en la administración pública y en la sanidad. Por ejemplo, a través de la Escuela Andaluza  de Salud Pública.

40. Ejemplos a nivel internacional

A nivel internacional, EE. UU., Nueva Zelanda y Australia son pioneros en apertura intercultural. Los precedentes que impulsaron la cuestión de la apertura intercultural fueron las pruebas de que existía un trato desigual hacia grupos minoritarios en el sistema sanitario (Unequal Treatment), especialmente en catástrofes (sobre todo el Huracán Katrina, 2005).

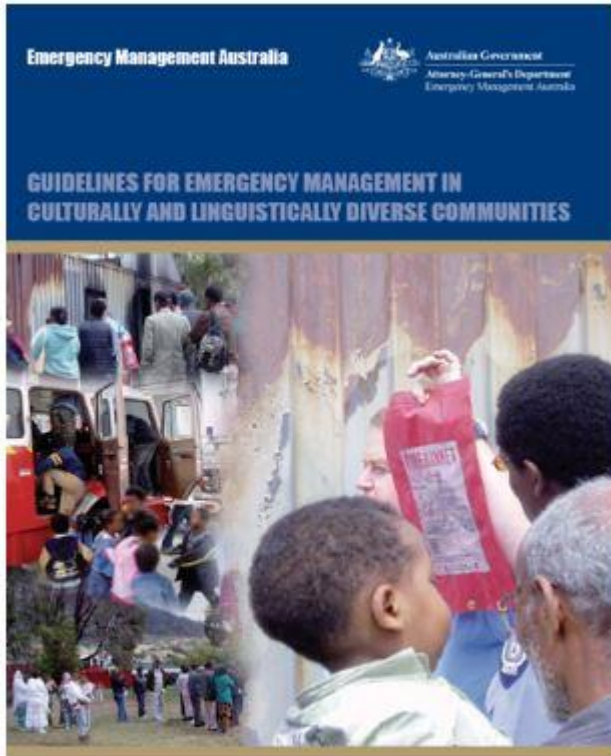
Como respuesta, en EE. UU. se desarrollaron los «Estándares nacionales para una atención sanitaria cultural y lingüísticamente adecuada (CLAS)» y el programa «Think Cultural Health», que ofrece materiales y cursos online para el personal médico y de protección civil.

 [Link](#)

Enfoques basados en la comunidad

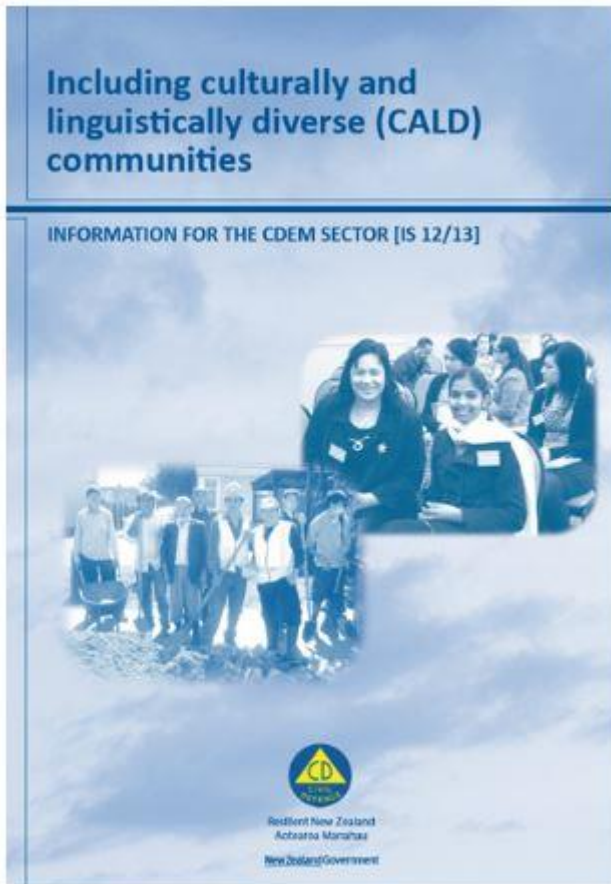
Objetivo: Sensibilizar a los responsables y a los equipos de intervención y aumentar la resiliencia (incluida la participación) de toda la población.

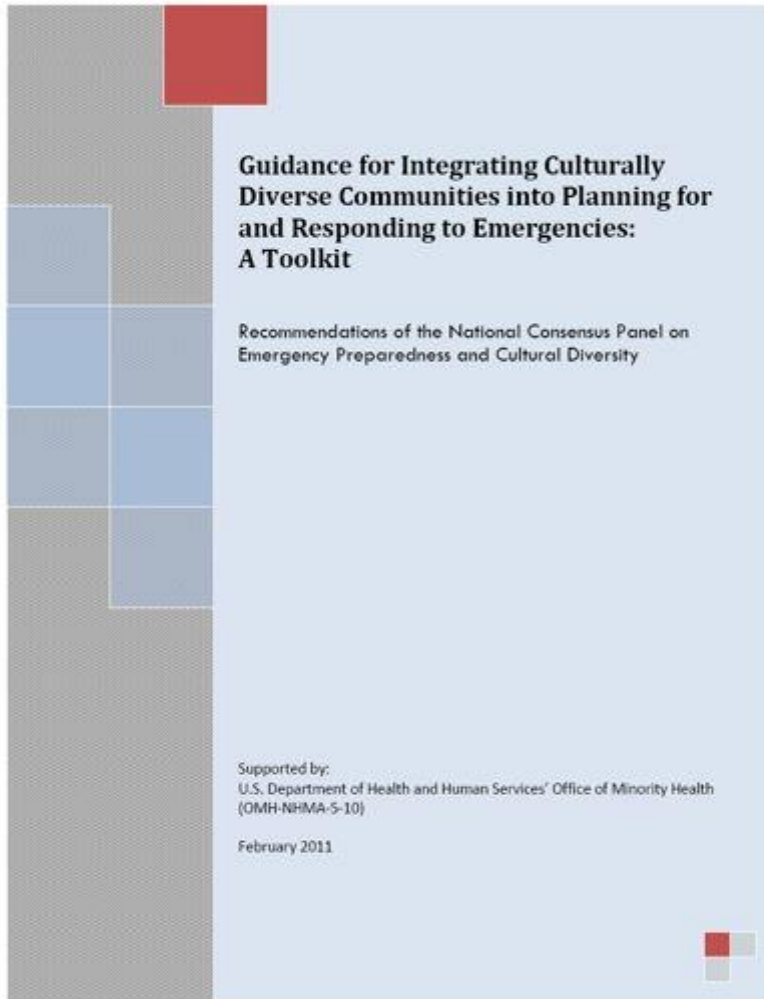
Mensaje clave: Construir una relación con las comunidades que se base en el respeto, la confianza mutua y la comprensión antes de que acontezca la catástrofe.



EMA

'safer sustainable communities'





Módulo 2 – Personas migrantes y salud

TABLA DE CONTENIDOS

- 1. **Migración: ¿por qué?**
- 2. Migración: ¿cómo?
- 3. Migración: ¿quién?
- 4. ¿Qué pasa cuando las personas migran?
- 5. Fases de la migración
- 6. Fases de la inmigración (Según Modelo de Carlos E. Sluzki)
- 7. Riesgos específicos asociados a la migración
- 8. Situaciones problemáticas especiales
- 9. Personas Solicitantes de asilo
- 10. Personas en situación administrativa irregular
- 11. Menores extranjeros/as no acompañados/as
- 12. Desordenes o patologías psicológicas y emocionales
- 13. Mutilación genital
- 14. Los cinco elementos esenciales según Hobfoll
- 15. Acceso a los servicios sanitarios
- 16. Los servicios de emergencias como atención sanitaria básica
- 17. La medicina como sistema cultural
- 18. Conceptos corporales
- 19. Concepciones de la salud y la enfermedad
- 20. Causas de la enfermedad
- 21. El modelo explicativo de Kleinman
- 22. Duelo y cultura
- 23. El duelo como proceso y como sentimiento
- 24. Contexto sociocultural del duelo
- 25. Afrontar la muerte desde las distintas culturas
- 26. El duelo en la acción intercultural
- 27. Conclusión
- 28. Excurso: víctimas de la trata

1. Migración: ¿por qué?

En el primer módulo hemos abordado la **competencia intercultural** y las cuestiones relativas a la identidad o identidades. En el segundo módulo queremos abordar "al otro", "al extraño". Quiénes son y qué hay que tener en cuenta al tratar con ellos y ellas desde el punto de vista profesional. Pero, antes de nada, dejémosles hablar por sí mismos.

Por qué las personas migran?

"¿Dejarías tu hogar si eso te salvara la vida?"

"¿Te irías si otro país ofreciera una vida mejor para ti o tu familia?"

"¿Dejarías tu hogar si estuvieras siendo perseguido/a?"

"¿Irías a otro país si no encontraras trabajo o no tuvieras la vida que deseas?"

"¿Dejarías todo atrás, a todos tus amigos y amigas, a tu familia, todas tus pertenencias, todo por lo que has apostado, todo con lo que creciste?"



(Sajwaa) "Salí de Irak en 2006 con mis tres hijos debido a la situación allí. Hubo una guerra civil en Irak y, debido a mis antecedentes y los de mi marido, fuimos perseguidos y recibimos amenazas".



(Shakeeb) "Salí de la India en busca de más experiencia y porque quería tener más proyección en mi trabajo; Quería aprender más cosas sobre cocina y siempre había oído hablar de Europa; que hay más trabajo y mejores entornos de trabajo, más seguridad en general y en el empleo y que las personas aceptan mejor a personas de otras partes del mundo".



(Alain) "Salí del Congo por problemas políticos. En nuestro país especialmente las cosas no van bien; la gente se muere de hambre todos los días, los estudiantes no van a la escuela, no hay libertad, ni siquiera puedes expresarte y pensé que si volvía a ese país moriría o tal vez me perseguirían".



(Ines) "Mi nombre es Inés, vengo de Portugal y vine al Reino Unido por motivos de trabajo. En ese momento no era tan malo como ahora, pero no pude encontrar ningún tipo de trabajo durante dos años. Durante algún tiempo, allí estuve haciendo trabajos temporales y estos empezaron a ser cada vez menos hasta que no tenía ninguno".



(Priyanga) "Vine aquí simplemente para una vida mejor. Mis padres y yo, salimos de Sri Lanka cuando tenía doce años, y tuvimos que huir del país porque la guerra civil se había desatado, y la vida de mis padres estaba en peligro. Cuando llegamos al Reino Unido, fue en el año 2000 y varias solicitudes de asilo fueron rechazadas originalmente y tuvimos que seguir presentando nuevas solicitudes".

"¿Qué es lo que te haría dejar tu país, qué te haría dejar todo lo que tienes, a todos tus amigos/as, a toda tu familia, todo lo que tienes y que te haría irte a otro país?"

 Project „Positive Images“

2. Migración: ¿cómo?

Procesos Migratorios

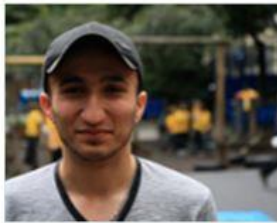
"Si se tuviera la oportunidad, no creo que nadie abandonar su país"

"Fue horrible dejar atrás a mi familia".

"Lo mejor, es solo estar en un país seguro, donde la gente es libre decir lo que quieran decir".



(Sajwaa) "Tuvimos que salir de Irak sin decírselo a nadie. Durante el viaje, en el camino a la frontera sirio-iraquí, había un tanque estadounidense frente a nuestro automóvil. En primer lugar el soldado del tanque agitó una bandera roja, así que paramos. Luego, pasado un rato, el mismo soldado levantó una bandera naranja. Lógicamente, esta bandera naranja debe interpretarse como "atención", al igual que los semáforos, pero el conductor que conducía el automóvil comenzó a avanzar. Ese fue un movimiento realmente mortal, porque en ese momento el tanque frente a nosotros comenzó a disparar hacia nuestro auto".



(Ebrahim) "Soy iraní-kurdo. Tuve problemas políticos en mi país y un día tuve que abandonar el país con mucha urgencia. Hablamos con el conductor y luego tuvimos que ir a la parte trasera del camión. Había un espacio en el medio, así que entramos para que pareciera que desaparecimos, nadie nos podía ver si abrían la puerta. A veces el camión se detuvo y el conductor dijo: "Quiero descansar un poco". Él durmió unas diez horas y luego comenzamos a movernos nuevamente. Pero cuando salí del camión no sabía dónde estaba. Le pregunté al conductor y él dijo: "es el Reino Unido". Solo quería ir a un lugar seguro, ni siquiera podía hablar inglés, tenía mucha hambre y no había dormido durante unos cuatro o cinco días".



(Glenda) "Salí de Filipinas en enero de 2002 y estábamos en un grupo, aproximadamente éramos catorce. Cuando llegamos a París, le dije a mi amigo: "¿Puedes pellizcarme?" ¡No podía creer que estuviera allí!"



(Priyanga) "Fue muy difícil hacer amigos y amigas al principio. No hablaban contigo porque eras diferente y si les vieran hablando contigo serían diferentes y eran conscientes de eso".



(Ines) "No sé si lo sabes, pero en Portugal también hay muchos migrantes. Creamos una opinión cuando estamos en nuestro propio país, mirando a otros/as migrantes, pero al venir aquí, pueden imaginar que mi perspectiva cambió mucho. Puedo ver y entender las razones por las que las personas lo hacen y cuán frágiles son esas personas, simplemente porque no están en el lugar que funciona. No pueden ver a las personas que conocen todos los días. Ahora cuando voy a Portugal, mientras que antes tenía un gran prejuicio hacia los migrantes allí, ahora les miro y les deseo la mejor suerte".

3. Migración: ¿quién?

¿Quiénes son las Personas Migrantes?



(Glenda) No es solicitante de asilo. Migró por otros motivos como llevar una vida mejor y más segura.

Es enfermera, de origen filipino. Se define como muy trabajadora, buena persona y amigable.



(Sajwaa) Es una persona con el estatus de refugiada. El gobierno le concedido esta protección debido a que sufrió persecuciones en su país" (Ebrahim) Es una persona solicitante de asilo. Esto significa que el gobierno aún no ha decidido si le concede el estatus de refugiado. A veces las solicitudes de asilo no son concedidas, y en muchas ocasiones igualmente las personas estarían en serio peligro si volvieran a su país de origen.

vecina más.

Es profesora, madre de tres hijos. Sus tres hijos estudian en el colegio y es una



(Priyanga) Es una persona refugiada.



(Shakeeb) Ha desarrollado un proceso migratorio internacional. "Una persona solicitante de asilo es solo un estatus, pero más allá (...) hay una persona".



(Ines) Se define como mujer, y como cualquier mujer del mundo, tiene una hija, una hermana, una madre un trabajo... Le caracteriza ser entusiasta y fuerte, a veces, suele sonreír cuando está nerviosa.

4. ¿Qué pasa cuando las personas migran?



5. Fases de la migración

La migración suele describirse e investigarse como una opción positiva de estilo de vida, pero también como una experiencia muy estresante para la persona (grupos) (Borde y David, 2007). La heterogeneidad de las personas migrantes y los contextos de migración hacen que resulte casi imposible generalizar. Sin embargo, es plausible pensar que la experiencia será más negativa si la migración no es voluntaria, si está provocada o acompañada de circunstancias traumáticas, o si su balance final (por ejemplo, el proceso de inclusión y participación en el país o países de tránsito y de destino o destinos) se considera insatisfactorio.



Preparación y proyecto migratorio

Se aborda si se inicia el proceso migratorio o no

Se toma una Decisión

Se valora la redistribución de roles

Se intenta estimar pérdidas y ganancias

Puede llevar a sentimientos de culpabilidad hacia las personas que se dejan atrás

Huida forzada: a menudo sin preparación - shock



Llegada y primera estancia en el país nuevo

Estados de Euforia, shock y confusión

Se exploran las similitudes culturales

Los valores de comportamiento se examinan en cuanto a su aceptabilidad y "viabilidad" en el nuevo entorno

Sentimientos predominantes: dolor, miedo, anhelo, defensa de lo nuevo, idealización del entorno anterior

Insuficientes rituales de despedida y llegada o recepción

Soledad: posible ausencia de personas cercanas o afines

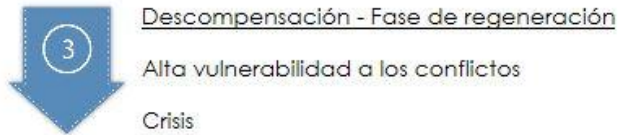
Sobrecompensación: fuertes esfuerzos de ajuste al nuevo medio

El estrés no se percibe conscientemente, pero afecta gravemente

Gran vulnerabilidad, se experimentan buenas y malas experiencias de forma muy intensa

Las experiencias con representantes de la sociedad de acogida son informativas-formativas

Muchos desafíos prácticos



Síntomas físicos

Se requiere una nueva asignación de roles

Esta fase es muy difícil, pero puede conducir a mejoras importantes

Susceptibilidad a la depresión y crisis de identidad en el caso de una falta de posibilidad de inclusión y participación, también idealización extrema de la propia identidad cultural



¿Una visión realista de ambos mundos?

¿La próxima generación tiene un importante papel de mediación?

¿El empleo es particularmente importante para la ubicación en la nueva sociedad?

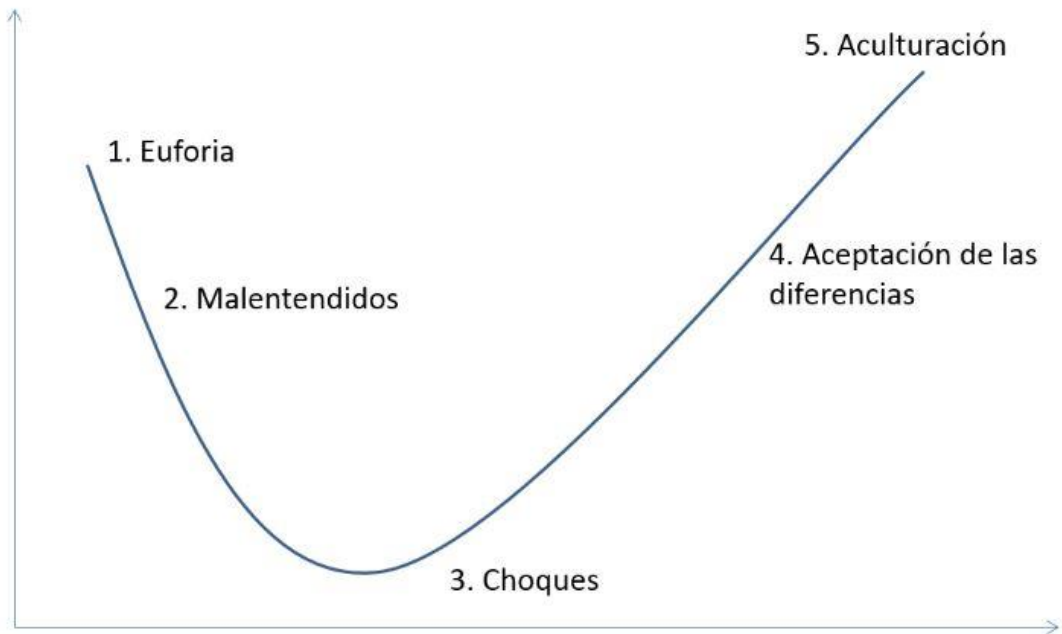
Ahora se pueden establecer y mantener relaciones estables con el país de origen y el país de recepción.

6. Fases de la inmigración (Según Modelo de Carlos E. Sluzki)

El modelo de fases de la migración de acuerdo con Sluzki (2001) describe la funcionalidad (y por lo tanto indirectamente el bienestar) de las personas migrantes.



Para la atención de emergencia psicosocial, esto puede significar que las personas inmigrantes afectadas por emergencias se encuentran emocionalmente de manera diferente según la fase que estén viviendo y, por lo tanto, tienen más o menos recursos para hacer frente a la situación actual (Schouler-Ocak, 2012).



7. Riesgos específicos asociados a la migración







Estresores psicosociales:

- separación de la familia y del país de origen,
- situación residencial incierta,
- experiencias de persecución y tortura en el país de origen,
- xenofobia en el país de destino,
- posible pérdida de estatus,
- perspectivas de futuro impredecibles,
- múltiples o posibles handicaps y en su caso problemas de comunicación.



8. Situaciones problemáticas especiales

Además de las repercusiones generales asociadas con el proceso migratorio, las personas migrantes también pueden sufrir o experimentar otros problemas especiales. Estudiar estos hechos, causas y consecuencias puede aportar un conocimiento contextual muy útil. En lo que sigue, consideraremos a los siguientes grupos de personas desde un prisma de posible situación de vulnerabilidad:

-  personas solicitantes de asilo
-  personas en situación administrativa irregular
-  menores no acompañados/as
-  personas con patologías cognitivas, psicológicas o emocionales

9. Personas Solicitantes de asilo

Las personas solicitantes de asilo están sujetas básicamente a los mismos riesgos de contraer enfermedades infecciosas que la población residente. Sin embargo, debido a una posible falta o insuficiencia de protección inmunitaria, así como por las posibles inadecuadas instalaciones o viviendas en recepción, este grupo de personas puede ser más propenso a sufrir infecciones. En consecuencia, las personas solicitantes de asilo pueden ser un grupo especialmente vulnerable. Además, son más susceptibles de sufrir patologías prevenibles mediante la vacunación. En este contexto, hay que mencionar el sarampión, la varicela, las paperas, la tosferina, la gripe y la hepatitis A, con la posibilidad de brotes en los alojamientos colectivos.

-  Más información

10. Personas en situación administrativa irregular



Una vida sin la autorización administrativa necesaria para residir puede generar situaciones de estrés y daños psico-ecomocionales. El término «situación administrativa irregular» se refiere al hecho administrativo en el que una persona vive en el país sin haber obtenido previamente la autorización de residencia o el visado de estancia. En España, la «situación administrativa irregular» se deriva de lo dispuesto en la normativa de extranjería.

Los casos que se pueden dar o conducir a una situación administrativa irregular pueden ser, entre otros:

- Personas solicitantes de asilo cuya solicitud ha sido rechazada y a las que se les abre desde extranjería una orden de expulsión, que de ejecutarse les obliga a abandonar el país o incluso pueden ser retenidas y expulsadas del país.
- Personas nacionales de un tercer país y separadas o divorciadas de una persona con nacionalidad de la Unión Europea, que no han obtenido la autorización de residencia de forma autónoma sino a través de la unión civil, y durante la unión no ha desvinculado la autorización de su pareja comunitaria o no le ha sido posible.
- Personas víctimas de trata de seres humanos, personas víctimas de prostitución forzosa u otros casos de delitos graves vinculados con la trata de personas, a quienes se les obliga a quedarse en el país estando además sometidas a otros tipos abusos o amenazas sociales, psicológicas, físicas, familiares u económicos, entre otros.
- Familiares de personas migrantes residentes en España que no han solicitado su propia autorización de residencia después de su entrada o no les ha sido posible, o bien no pudieron acceder a la residencia administrativa mediante la reagrupación familiar.
- Personas cuyo visado de turista, estudiante, contrato laboral o visado ha expirado.
- Personas que no han contado con los requisitos para renovar la autorización de residencia y/o trabajo, y que han perdido la autorización administrativa de residencia. Se pueden dar incluso en casos en los que las personas contaban con la autorización de residencia durante años.



Algunas personas extranjeras pueden encontrarse en un contexto socioeconómico que hará más vulnerable su estado de salud, pudiendo en algunos casos ponerla en peligro o grave peligro. Aunque la mayoría de comunidades autónomas permiten el acceso y uso de los recursos sanitarios disponibles en la atención primaria y secundaria, en algunos casos o provincias, algunas personas extranjeras sin la situación administrativa regular de residencia son únicamente atendidas en los servicios de urgencias. Esto es debido a procedimientos administrativos internos en el propio sistema de salud en algunas comunidades autónomas o provincias, por decisión política por la delegación de competencias, o por una inadecuada información de las personas que ofrecen la primera información en los centros de salud. En las comunidades autónomas o provincias donde sí atienden desde los centros de salud de atención primaria a personas extranjeras en situación administrativa irregular, ocurre en algunas ocasiones que son las propias personas las que tienen miedo de acudir, pues creen que pueden ser expulsadas del país. Estas situaciones, además de un deterioro psicológico y emocional de la propia persona, conllevan un alto riesgo de imposibilidad de detección temprana, de adecuados diagnósticos y de recibir el

tratamiento adecuado que el sistema de salud de la persona en ese momento necesite.

11. Menores extranjeros/as no acompañados/as



Los menores y las menores de edad no acompañadas son un grupo especialmente desprotegido y vulnerable (ACNUR, 2016). Hay estudios internacionales que muestran que sufren más experiencias traumáticas que otras personas refugiadas menores y adultos, y que a menudo sufren patologías psicológicas y emocionales. Además del clásico trastorno por estrés postraumático, también sufren otras afecciones como ansiedad, depresión, tendencias suicidas y problemas psicosomáticos. Los y las menores de edad no acompañadas no solo tienen que enfrentarse

al destino de la huida y las experiencias que ello supone solos y solas, sin la protección y el apoyo de sus familiares o cuidadores y cuidadoras, sino que además, están en una fase de la vida en la deben afrontar los retos psíquicos, sociales y físicos que implica el crecimiento. Estos y estas jóvenes menores de edad no acompañados/a necesitan una tutela. La razón: su capacidad jurídica de actuación es limitada. Por ejemplo, no pueden realizar transacciones jurídicas (tales como firmar un contrato) y no pueden dar su consentimiento para los exámenes y tratamientos médicos.

Para todas las decisiones que los progenitores suelen tomar en representación de sus hijos e hijas, estos jóvenes no acompañados/as precisan un tutor/a. Esta tutela la cubre el servicio de menores de la comunidad autónoma donde se encuentren, además de asumir los cuidados del menor. Para que esto ocurra se tienen que realizar las pruebas pertinentes que determinen la edad del o de la menor. A veces ocurre que las pruebas no obtienen resultados ajustados a la minoría de edad real y por tanto los y las jóvenes o menores no acompañados/as quedan desprotegidos/as y en situación administrativa irregular (que nos les permite administrativamente residir) y por lo tanto, no quedan cubiertos los derechos de los y las menores de edad que es la premisa que debe de primar en todo momento y no quedan garantizados sus derechos fundamentales.



12. Desordenes o patologías psicológicas y emocionales



El examen de la salud psicológica y emocional de las personas solicitantes de asilo en los países «occidentales» de recepción, revela que en este grupo poblacional se diagnostican por ejemplo hasta diez veces más casos de trastornos por estrés postraumático (TEPT) que en la población autóctona (Fazel, Wheeler y Danesh, 2005). En la misma línea, ACNUR 2015 (Desplazamiento forzado en 2015. Forzados a Huir) subraya que muchas de estas personas “han sufrido privaciones y

miedo intolerables, han sido víctimas y sufrido las terribles consecuencias de la guerra, el terrorismo y, a menudo, las actividades criminales de los/as traficantes de personas”. Además, “se han visto obligados a dejar atrás a sus seres queridos y actualmente se enfrentan al rechazo y a la agresión en muchas de las comunidades que los reciben”. Creándose por tanto mayores porcentajes de personas con patologías psicológicas y emocionales. De esta forma lo señala Gonzalez Zapico (Ibidem) “Tener que abandonar forzosamente tu hogar huyendo de la persecución y la violencia, presenciar las terribles consecuencias de una guerra, y además, enfrentarse a la pobreza, la inseguridad y la discriminación en un país ajeno puede provocar trastornos mentales muy graves” alertando que son estas “situaciones traumáticas que provocan entre las personas refugiadas una incidencia de problemas de salud mental muy superiores a la población general”.

En una emergencia, las personas afectadas que tienen un contexto migratorio son más propensos/as a tener problemas de salud psicológica preexistentes. Esto es especialmente cierto en aquellas personas que han sufrido persecución, violencia, pérdida, huida o discriminación.



Aspectos interculturales generales de la atención psicosocial en emergencias:

- Todo encuentro intercultural plantea retos: en las situaciones de emergencia, estos retos suelen ser aún mayores para todas las personas implicadas.
- El comportamiento de las personas afectadas por una emergencia (estrategias de gestión del estrés y las situaciones de crisis / estrategias de afrontamiento) está determinado por los aspectos situacionales, personales y socioculturales.
- Hay que tener en cuenta todos estos aspectos en los servicios de emergencias para garantizar la calidad de la atención.
- El conocimiento de los aspectos culturales específicos ayuda (por ejemplo, el trato con la muerte y y las personas fallecidas en las distintas religiones o creencias espirituales), pero no ofrece seguridad absoluta; por ello es siempre necesario ser flexible, clarificar y centrarse en la atención sanitaria urgente.
- Mantener el contacto con (representantes de) los y las distintos grupos o comunidades socioculturales, así como su participación en la planificación de la atención psicosocial en emergencias, aumenta la eficacia de afrontamiento en caso de emergencia.
- El (mayor) conocimiento y experiencia de diversidad sociocultural del personal sanitario y de atención psicosocial en emergencias (apertura intercultural de las organizaciones o servicios públicos) facilita una atención más ajustada a las necesidades de las personas implicadas en cada intervención sanitaria o socio-sanitaria.

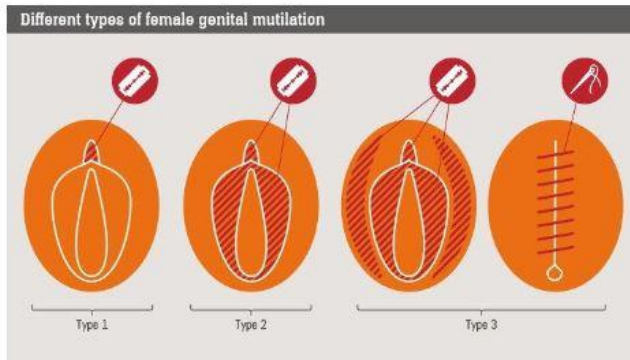
Aspectos interculturales de la atención psicosocial en emergencias relativos a la intervención:

- Las conductas aparentemente inusuales o inapropiadas de las personas afectadas (estrategias de afrontamiento) pueden generar confusión, irritación y un excesivo distanciamiento. La gestión de las propias emociones es especialmente importante en estos casos.
- Los condicionantes socioculturales, pueden hacer que la expresión del estrés psíquico se manifieste de manera especialmente intensa a través de sensaciones físicas y quejas (en parte como estrategia de expresión específica de una cultura o identidad cultural).
- En general, un enfoque sensible a la cultura es más útil que un enfoque específico para cada cultura o identidad cultural a la hora de entender la expresión y las estrategias de afrontamiento de las personas que sufren una emergencia, ya que estas estrategias son complejas y a veces se usan varias en paralelo.
- Los cinco principios de la atención psicosocial en emergencias según **Steven Hobfoll**, son los que se recomiendan en muchos países europeos relativo a la asistencia en catástrofes y protección civil. Es también importante tener o contar con orientación útil para una atención psicosocial o sociosanitaria intercultural



Link

13. Mutilación genital



Según un estudio de la Fundación Wassu de la Universidad Autónoma de Barcelona, en España vivían en 2016 aproximadamente 69.000 mujeres, de las cuales 18.000 era niñas menores de 14 años, procedentes de países donde se practica la Mutilación Genital Femenina.. Dar una respuesta adecuada a esta situación desde la información, prevención, y en su caso, detección e intervención, es un reto de primer nivel para la sociedad. Muchas mujeres refugiadas

proceden de países donde se practica la mutilación genital, especialmente en África, si bien las iraquíes kurdas también la sufren en el 80% de los casos. Puede ocurrir que te encuentres con pacientes cuyos problemas de salud tienen su origen en la mutilación genital. Estos serían algunos casos: Efectos graves de la mutilación genital femenina

Complicaciones graves (como tabla)

Infección	Problemas de micción	Lesiones	Pérdida de sangre
Infección local, formación de abscesos Infección general, choque séptico Infección por VIH Tétanos, gangrena	Retención urinaria Edema de la uretra Disuria	Lesiones de los órganos adyacentes Fracturas (fémur, clavícula, húmero)	Hemorragia, anemia, shock Muerte

14. Los cinco elementos esenciales según Hobfoll

Los cinco elementos esenciales de la intervención inmediata y a medio plazo en traumas masivos son:

- Fomentar una sensación de seguridad
- Fomentar la tranquilidad
- Fomentar una sensación de eficiencia propia y colectiva
- Fomentar la conexión
- Fomentar la esperanza



Link

15. Acceso a los servicios sanitarios

La salud, la enfermedad, las causas de la enfermedad y su prevención están condicionados por el entorno cultural, social de referencia y también subjetivamente. Ello afecta a los patrones de conducta, los valores, las normas, los conceptos, las actitudes y las expectativas. Las barreras de acceso a la atención sanitaria pueden ser lingüísticas y/o culturales (identitarias) e incluso estar condicionadas por el género.

Las personas migrantes suelen tener menor acceso a la sanidad que las personas autóctonas o nacionalizadas, y esto es especialmente cierto en el caso de los servicios preventivos frente a los curativos. Por ejemplo, la baja cobertura de los y las menores migrantes en términos de vacunas contrasta con el uso elevado de las urgencias (Razum / Geiger 2003: 689).

El uso creciente de los servicios de emergencias en ciertos grupos de la población (entre ellos personas migrantes) en los últimos tiempos está documentado en distintos estudios de varios países. Es probable que los servicios de emergencias sean utilizados por grupos específicos de la población a modo de atención sanitaria básica.

16. Los servicios de emergencias como atención sanitaria básica



La explicación de este fenómeno puede depender de las particularidades de cada sistema sanitario; los servicios de urgencias se suelen percibir como una posibilidad más accesible especialmente para quienes carecen de médico o médica de cabecera o creen que no tienen derecho a acudir a los servicios sanitarios de atención primaria, o tienen miedo de acudir al carecer de la autorización administrativa regular de residencia. La disponibilidad de este servicio por la noche y los fines de semana y el tratamiento relativamente anónimo hacen que las personas extranjeras acudan con mayor frecuencia (de igual forma los servicios de emergencia son usados en muchas ocasiones por la población autóctona como sustituto de la atención primaria). La experiencia de los familiares y amigos con el tratamiento en urgencias también puede ser relevante y condicionante.

7wRrFrf

17. La medicina como sistema cultural



La medicina está estrechamente relacionada con la religión o creencias espirituales, la filosofía, el estilo de vida y el contexto socioeconómico. Este contexto siempre ha (co-)determinado qué y quién tienen salud o carece de ella, y como se entiende y comprende los procesos de salud y enfermedad, y como se configura la prevención y los estilos de vida.

La medicina puede considerarse como un constructo socio-cultural; esto es, como un «sistema» que está estrechamente vinculado al contexto sociocultural del que se procede y en el que se desarrolla. Los seres humanos pueden usar distintos métodos para tratar la enfermedad (por ejemplo, la biomedicina, la homeopatía o la medicina tradicional china). En ocasiones, lo hacen de manera paralela (Greifeld, 2003). La medicina (de emergencias) que se practica en España en los servicios públicos se basa en una concepción biomédica enfocada en la anatomía y los órganos. El conocimiento básico de distintas concepciones médicas es útil para los profesionales de la salud, y también para el personal de emergencias, ya que

las diferencias entre su propia idea de la medicina y la de las personas afectados por la emergencia pueden ser causa de irritación y malentendidos, e incluso provocar errores de diagnóstico y tratamiento. El diagrama muestra lo diferentes que pueden llegar a ser las concepciones médicas.



Conceptos de medicina			
Concepto	Breve descripción	Corriente	Ejemplo
latrodemonología	Concepto animista en el que la enfermedad es causada por demonios, espíritus invisibles y demonios	supra-natural	extendido por todo el mundo; en Europa en medicina popular con una culminación en la creencia de brujería
latroteología	La medicina está sistemáticamente en una relación humano-Dios; La enfermedad es una providencia divina o pecado.	supra-natural	especialmente en religiones monoteístas, pero también en religiones politeístas
latroastrología	La enfermedad y los factores de curación están determinados por las constelaciones astrológicas.	supra-natural	en civilizaciones antiguas como Babilonia, Egipto, India y China.
latromagia	Pensamiento y acción mágica para sanar y fortalecer.	supra-natural	En civilizaciones antiguas
Medicina empírica	Experimenta la medicina con una práctica de curación sin teorías, curación con la ayuda de la intuición y la observación	teoría libre	la Escuela Griega de Empirismo y los empiristas británicos del siglo XVII (John Locke, Thomas Sydenham)
Patología Humoral	Los problemas de salud son el resultado de una alteración de los humores (jugos); curación a través de su armonización	naturalista	concepto médico de Galeano y Avicenna (Filósofo y médico islámico, nacido en Persia; Su sistema filosófico fue la mayor influencia en el desarrollo de la escolástica)



Fisioterapeutas, Ingenieros médicos, Matemáticas médicas	La enfermedad y la salud dependen de funciones mecánicas y físicas mensurables y predecibles.	naturalista	Atomística griega, mecánica corporal de William Harvey
Medicina química	La composición del material, las propiedades, la transformación y la interacción en el cuerpo	naturalista	Paracelso, Franciscus Sylvius, Thomas Willis
Iatrodinámica	Las fuerzas psíquicas, el alma o las fuerzas de la vida determinan la enfermedad y la salud.	naturalista o psicosocial	Animismo de Georg Ernst Stahl; Mesmerismo, psicopatología, homeopatía
Iatomorfología	La morfología (o anatomía) determina la enfermedad y la salud.	naturalista	Histología después de Xavier Bichat
Filosofía natural del romanticismo	A partir de unos pocos principios especulativos de la razón, se explica toda la naturaleza y la medicina	naturalista o psicosocial	medicina romántica de alrededor de 1800 a 1830 en Europa Central
Iatromecánica	El dominio de los procesos físicos y químicos determina la curación. El concepto de enfermedad tecnomorfo(máquina defectuosa) corresponde a la relación médico-paciente tecnomorfico (Técnico de la máquina).	naturalista	desde aproximadamente 1840 en Europa y América del Norte

18. Conceptos corporales

El marco sociocultural y/o identitario (o identitarios) también configura la percepción que las personas tienen de su propio cuerpo.

Biomedicina	Concepto de cuerpo holístico	Concepto de cuerpo social
Idea del cuerpo relacionada con el órgano anatómico. Presentación del cuerpo como un sistema (bien ajustado) de partes)	La enfermedad de una parte del cuerpo u órgano sin ser afectada por todo el cuerpo y el ser humano es difícil o incluso imposible de imaginar.	Los cuerpos humanos como parte de un organismo más grande (por ejemplo, la familia) se conectan y se comunican.
(...) las sensaciones están directamente relacionadas con las estructuras anatómicas (p. Ej., Órganos). Los estados mentales se describen orgánicamente (por ejemplo, "Eso me golpea en el estómago").	Las descripciones de los síntomas son correspondientemente completas ("El dolor está en todas partes").	Los miembros de un grupo también reaccionan físicamente a las enfermedades de otros miembros del grupo

19. Concepciones de la salud y la enfermedad

Estar enfermo-a / sentirse enfermo (enfermedad)	enfermedad
Perspectiva individual de los y las pacientes, incluido el nivel mental, social y cultural	Perspectiva de la biomedicina La enfermedad se diagnostica sobre la base de la historia y los exámenes físicos (manual o por procedimientos).
Ligado a los síntomas: si falta, no se experimenta ninguna sensación de enfermedad.	Enfermedad sin síntomas posible.
Sentir enfermedad, sentirse enfermo-a / enfermo-a sin síntomas físicos.	El diagnóstico se debe a factores científicos. La experiencia del paciente juega un papel menor.

20. Causas de la enfermedad

Los sistemas médicos contienen explicaciones para procesos físicos, sensaciones y quejas. Estos incluyen los "conceptos de enfermedad", que a su vez asumen las causas de la enfermedad en uno o más niveles.

Nivel individual	Mundo natural	Mundo social	Mundo sobrenatural
p.ej. Enfermedad como resultado de su propio estilo de vida o descuido	p.ej. Enfermedad como resultado de una infección, clima o daño ambiental	Enfermedad como resultado de la acción de otros/as, p. ej. Conflictos, <u>bullying</u> o 'mal de ojo'	Enfermedad sobre la base de la Providencia, así como examen o castigo

- ❖ Estas suposiciones también conducen a ideas y expectativas con respecto al tratamiento.
- ❖ Tiene poco sentido aplicar el modelo explicativo biomédico "occidental" a todos los seres humanos, ya que los diferentes modelos pueden conducir a diferentes enfoques de tratamiento.
- ❖ En un enfoque que es completamente ajeno a él, la persona afectada no se sentirá comprendida y, en consecuencia, no cooperará (o no completamente) en su tratamiento

21. El modelo explicativo de Kleinman

El «modelo explicativo» de Arthur Kleinman asume que las personas intentan explicar los síntomas desde su contexto socio-cultural. En este modelo, se le hacen las siguientes preguntas a las personas que presentan síntomas (citado en Zielke-Nadkarni, 2007):

1. ¿Cómo describirías tu problema? ¿Qué nombre le das a tu enfermedad?
2. ¿Cuál crees que es la causa de tu problema?
3. ¿Por qué empezó cuando lo hizo?
4. ¿Qué te hace la enfermedad? ¿Cómo funciona?
5. ¿Cómo de grave es tu enfermedad? ¿Será duradera o breve?
6. ¿Qué es lo que más temes de tu enfermedad?
7. ¿Cuáles son los principales problemas que te ha causado la enfermedad?
8. ¿Qué tipo de tratamiento deberías recibir? ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera del tratamiento?

22. Duelo y cultura

El fenómeno del «duelo» ofrece un buen ejemplo de las semejanzas y las diferencias entre las personas y su manera de afrontar el estrés y las situaciones de crisis.



23. El duelo como proceso y como sentimiento



El «duelo» puede entenderse, por una parte, como un sentimiento o estado físico que se da cuando se pierde a alguien o algo importante. Por otra parte, el término denota un proceso de despedida, así como el comportamiento de las personas y los grupos en el contexto de dicho proceso. El sentimiento («tristeza») y el estado físico suelen considerarse universales, es decir, transculturales. Esta idea se confirma por la existencia de expresiones faciales del sentimiento y reacciones corporales (como el llanto) interculturalmente comparables.

24. Contexto sociocultural del duelo



En cambio, el comportamiento de las personas en respuesta a la pérdida y a la tristeza está fuertemente determinado por sus antecedentes y contextos socioculturales. Por lo tanto, hay una variedad y diversidad casi inabarcable de ideas sobre la vida humana, la muerte y lo que hay después. Así, (las directrices socioculturales de) los rituales y conductas asociados con la muerte y el duelo, son muy diversos (Stubbe, 2005, p. 494 y ss.). En las culturas orientales, la familia suele estar sujeta al cumplimiento de una serie de deberes muy bien definidos. A diferencia del

hemisferio occidental, más frío. En las culturas orientales se espera que las personas experimenten sentimientos intensos, independientemente de que en ese momento sientan o no esa tristeza o dolor, de esta forma está presente la idea de que la expresión intensa de las emociones, expresa una vez más el respeto por la persona difunta.

25. Afrontar la muerte desde las distintas culturas



En línea con nuestras propias ideas preconcebidas, no describimos el duelo como forma ritual de naturaleza social o física, sino como un estado de agitación emocional que puede requerir intervención terapéutica. Al mismo tiempo, desde la etnología se ha afirmado que, en los funerales chinos, el sentimiento predominante no es la tristeza, sino un miedo apenas disimulado frente a la influencia corruptora de la muerte. En muchas culturas en las que la muerte es el resultado de la acción maligna de terceros en forma de brujería, la ira puede ser la emoción

dominante. A veces se espera que las personas reaccionen de manera diferente según su género: el hombre con ira, la mujer con lágrimas.

26. El duelo en la acción intercultural

En relación con la acción y **competencia intercultural** en caso de emergencia, esto supone que los y las profesionales pueden enfrentarse a expresiones emocionales y conductas inusuales, e incluso aparentemente inadecuadas o «sobre-actuadas» por parte de las personas afectadas en una situación de duelo (Przyrembel, Jonas y Knaevelsrud, 2011, p. 22 y s.). El resultado puede ser sentir irritación, inseguridad y un excesivo distanciamiento de las personas afectadas.



27. Conclusión

- Para comprender la información proporcionada por los y las pacientes, es útil saber que su visión de su enfermedad o de la enfermedad puede contener elementos que nos pueden parecer extraños e irracionales (todo depende del marco de referencia o cultural del que se parla)
- La falta de comprensión de estos elementos o la comprensión basada en la cultura de los síntomas (de dolor) puede conducir a estereotipos culturales como el "síndrome de mamma mia" y similares.
- Estos estereotipos conllevan el riesgo de evaluar apresurada e incorrectamente la situación de las personas afectadas y de actuar en consecuencia.
- La necesidad de compasión y apoyo de los y las familiares y cuidadores/as de personas enfermas puede ser irritante y estresante para para el personal sanitario, pero debe respetarse, siempre que sea posible
- Si la atención es demasiado difícil debido a una multitud demasiado grande, esto debe comunicarse de manera constructiva
- Relativizar la propia comprensión del cuerpo, la enfermedad y el tratamiento adecuado puede ayudar a reducir los niveles de estrés para todos las personas involucradas y maximizar la calidad de la atención
- Los malentendidos y los procesos de comunicación desfavorables entre el personal sanitario y las personas afectadas se pueden prevenir mediante una mayor comprensión de los diferentes conceptos relacionados con el cuerpo, la salud y la enfermedad relacionados con la cultura

28. Excurso: víctimas de la trata

¿Qué es la trata de seres humanos?

La legislación española regula esta materia por un lado desde el punto de vista penal desde el año 2010, donde se describen las disposiciones relativas a la trata de seres humanos. Desde el año 2015 se realiza una importante reforma a través de la transposición de la Directiva 2011/36/UE, de 5 de abril de 2011, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas y por la que se sustituye la Decisión marco 2002/629/JAI del Consejo. Es en artículo 177 bis del Código Penal donde se desarrolla principalmente. De otro lado en relación a la protección de la víctima se regula adicionalmente con la aprobación el 27 de octubre de 2015, de la Ley 4/2015, del Estatuto de la Víctima de delito (donde se han establecido referencias expresas a las personas víctimas de trata de seres humanos). Esta ley es consecuencia de la aprobación de la directiva 2012/29/UE, por la que se establecían normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos. Se contempla y se hace referencia a la trata de seres humanos adicionalmente en la Ley y reglamento de Extranjería y en la Ley 12/2009, de 30 de Octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.



Desde el Protocolo de Actuación para víctimas de trata, se rige el procedimiento a seguir cuando se detecta un caso en colaboración con todos los agentes implicados. (Detección de Víctimas de Trata. Guía para profesionales. Algeciras Acoge – Federada en Andalucía Acoge-, 2015)

En la mayor parte de los casos, la persona es «adquirida» como esclava por parte de traficantes de personas en todo el mundo, de manera involuntaria y como resultado de una gran necesidad (deuda, pobreza, falta de

educación...). No es un fenómeno exclusivo de países asiáticos o africanos, sino que tiene cada vez mayor incidencia en Europa e incluso en España. Las personas afectadas sufren desarraigo y quedan extremadamente traumatizadas, estigmatizadas y sujetas a amenazas. La esperanza de encontrar una salida se pierde. La cuestión de la trata de personas o la esclavitud en el siglo XXI también afecta a España como país de destino. Sin embargo, no se dispone de datos fiables sobre su verdadero alcance.



Sus manifestaciones son diversas: prostitución forzosa, explotación laboral en la agricultura, el transporte de mercancías y los sectores de cuidado y limpieza doméstica, y también el matrimonio forzoso, la adopción forzosa y el tráfico de órganos. En otros países se suma a esta lista el trabajo infantil, los niños soldados y la esclavitud en la industria textil.

¿Cómo reconocer la trata de seres humanos?

Es muy difícil—incluso para las personas expertas— reconocer a una víctima de la trata y las formas modernas de esclavitud u otros delitos violentos. Las personas o framas tratantes ejercen una influencia perversa y trabaja con amenazas, violencia y abusos con las personas tratadas y sus familiares. La traumatización lleva a la persona a aislarse cada vez más y a limitarse a saobre-vivir. Muchas de las personas víctimas ya han sido objeto de abuso en su país de origen, y en su mayoría desconocen sus derechos y el sistema/idioma.

Estos pueden ser algunos signos de trata:

Signos exteriores de violencia física o psíquica
Malnutrición e higiene o vestimenta insuficiente
Miedo considerable, mirada evasiva
Documentación ausente o falsificada

La persona suele estar acompañada de extraños observadores masculinos («intérpretes», «buenos amigos») y se muestra ante ellos sumisa o complaciente (en exceso)

Horario laboral extremadamente prolongado (sin remuneración o compensación temporal)

Condiciones atememente precarias en el trabajo, el equipamiento o la vivienda

Cuando una agencia actúa como intermediaria: frecuentes cambios de trabajo (de manera que el cliente no puede establecer relación alguna ni hacer muchas preguntas; con frecuencia)

Deuda desproporcionada

Falta de atención sanitaria o seguro (no acuden a los servicios sanitarios aunque se lesionen)

Lagunas de memoria y falta de sentido espacio-temporal

Ausencia de deseo de integrarse

Apenas se le permite hablar o las respuestas parecen memorizadas o artificiales

La mayoría de las veces hay menores pequeños en el país de origen (fuerte presión emocional/financiera)



Módulo 3 – Desarrollo de competencias interculturales

TABLA DE CONTENIDOS

- **1. Comunicación**
- 2. Formas de comunicación
- 3. Significado de la comunicación no verbal
- 4. Comunicación no verbal
- 5. Modelo del círculo vicioso
- 6. Recomendaciones de comunicación
- 7. Definición de las situaciones de acción intercultural
- 8. Análisis situacional
- 9. Perspectiva cultural
- 10. Perspectiva personal
- 11. Perspectiva situacional
- 12. Prevención de conflictos en acción: preparación
- 13. Prevención de conflictos en acción: prevención
- 14. Prevención de conflictos en acción: gestión
- 15. Prevención de conflictos en acción: seguimiento
- 16. Ejemplo
- 17. Aplicación del modelo KPS
- 18. Análisis de Incidentes Críticos (AIC)
- 19. Sistema de Comunicación de Incidentes Críticos
- 20. Cuestionario

1. Comunicación

Desarrollo de competencias de actuación: métodos, herramientas y estrategias

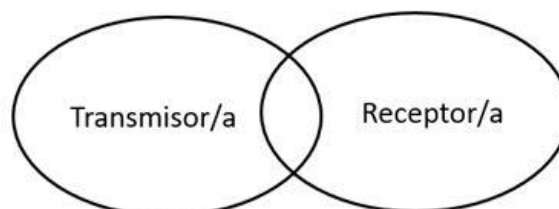
- Por "comunicación" generalmente se entiende el intercambio de señales o mensajes.
- La comunicación NO es una calle de sentido único



2. Formas de comunicación

Formas de Comunicación

- Verbal: lenguaje, dialecto, formas and elecciones de palabras
- Paraverbal: La 'música de fondo' del habla: tono, 'melodía', pausas o sonidos no lingüísticos
- No verbal: El clásico 'lenguaje corporal': expresiones faciales, gestos, posturas y movimientos



→ Importante para una comunicación exitosa es un conjunto compartido de símbolos.

3. Significado de la comunicación no verbal

De manera intuitiva, las personas dan más importancia al mensaje que interpretan en la conducta no verbal porque este parece «más auténtico».

Por tanto, es importante prestar atención a la conducta comunicativa paraverbal y no verbal, especialmente cuando hay barreras lingüísticas.

Por ejemplo, los sonidos no lingüísticos están codificados culturalmente: en turco, el sonido «tz» se usa para negar, mientras que los alemanes suelen asociarlo con una desaprobación o advertencia «desde arriba», como en «tztztz!», o en España se puede confundir con un sonido para silenciar a otra persona o para alertar de algo.

4. Comunicación no verbal

Comunicación no verbal

- (Mano) lenguaje con signos

- „ok“
- „Perfecto“
- Insulto vulgar



- „ok“
- „uno“
- „Llévame contigo!“
- Insulto vulgar

- „Victoria!“
- „Paz“
- „Dos“
- Insulto vulgar (cuando la parte posterior de la mano apunta hacia adelante)



- Oración
- Saludo
- „Gracias!“
- „Disculpas!“

5. Modelo del círculo vicioso

La comunicación humana es compleja y por tanto propensa al error. Una manera de entender y corregir tales errores es analizar el modelo del círculo vicioso. Este modelo describe la comunicación de dos participantes y muestra lo que estos piensan o sienten y lo que dicen o hacen. Un ejemplo es la siguiente interacción entre un paciente de urgencias y el profesional que le asiste:

Se asume que el profesional considera que las expresiones de dolor de la persona afectada son extrañas y exageradas, por lo que actúa (reacciona) con cierto retraimiento o distancia. Por su parte, la persona atendida se siente (todavía más) incomprendida y desea más atención, por lo que intensifica sus afirmaciones. Como resultado, las emociones negativas del profesional siguen en aumento y este se comporta con mayor frialdad. El «círculo vicioso» es un aumento en espiral de las emociones negativas de los participantes y su conducta correspondiente. Esta situación puede llevar a una escalada que ponga en peligro el objetivo (el cuidado más profesional y apropiado posible de la persona afectada).

Para evitar esta dinámica, los participantes pueden recurrir a la «comunicación horizontal» (o «metacomunicación»). Este término hace referencia al intercambio abierto pero apreciativo en relación con las respectivas interioridades (perspectivas, sentimientos). Ciertamente, ante una situación de emergencia esto solo es posible hasta cierto punto, especialmente porque no hay una relación simétrica entre los y las participantes y, sobre todo, por la presión temporal. No obstante, los y las profesionales pueden intentar atender a la dimensión emocional de las personas afectadas (diciendo por ejemplo: «veo que te sientes mal, voy a hacer todo lo posible para atenderte»), para dar muestras de comprensión e hacer sentir mejor a las personas afectadas.

6. Recomendaciones de comunicación



Preséntate con tu nombre, dirígete a tu interlocutor o interlocutora llamándole de usted y por su nombre (intenta pronunciarlo lo más correctamente posible, si tienes dudas de como hacerlo, preguntale directamente de forma cordial).

Habla lenta y tranquilamente, con frases simples pero sin exagerar. Usa las herramientas de comunicación no verbal que tengas a tu disposición (por ejemplo Tip Doc Emergency o la aplicación de BICAS).

Busca el contacto visual solo si tu interlocutor también lo busca. Cuidado con el contacto físico (especialmente en combinaciones mujer-hombre, esto incluye mantener la distancia corporal). Hacer signos con las manos puede dar lugar a malentendidos ver también.

- ② 15 gestos con diferentes significados en otros países
- ② Gestos y sus significados en diferentes partes del mundo

7. Definición de las situaciones de acción intercultural

Un ejemplo típico de la primera configuración, «Los y las profesionales actúan en un contexto cultural ajeno», son las intervenciones del personal de protección civil en las grandes catástrofes.



- Los y las ayudantes actúan en un entorno cultural extranjero **y / o**
- Los y las ayudantes pertenecen a grupos culturalmente diversos **y / o**
- Las personas que ayudan y las afectadas pertenecen a diferentes grupos (socioculturales)

La segunda configuración es «Los y las profesionales pertenecen a grupos culturalmente diversos», que por una parte refleja una característica de la cooperación internacional en las misiones en el extranjero. Por otra parte, es una situación que puede darse dentro de las fronteras del país, en los despliegues conjuntos de profesionales procedentes de entidades con distintas culturas organizativas (por ejemplo, las organizaciones de ayuda y el ejército), así como en la propia diversidad étnico-cultural de los miembros de un cuerpo de protección civil. Por último, la tercera configuración es «Los profesionales y las personas afectadas pertenecen a distintos grupos socioculturales». Estas tres configuraciones pueden darse aisladamente o combinadas entre sí.



FOTO: Nils Raake

Aunque nuestro principal objetivo formativo atañe a la tercera configuración, esta presentación también debe servir para concienciar sobre las diferencias culturales (organizativas) entre profesionales y los problemas que pueden llegar a derivarse de las mismas. El término «cultura» se usa aquí en un sentido que va más allá de la pertenencia a un grupo nacional, identitario o religioso.

8. Análisis situacional

¿Cómo podemos comprender y analizar las situaciones de encuentro intercultural?

Análisis de situaciones interculturales: „Cultura-Persona-Situación-Modelo“



(Grosch, 2005)

Práctica de uso intercultural | Módulo 6 | Página 8 | 20

¿Cómo podemos comprender y analizar las situaciones de encuentro intercultural?

Con el modelo Cultura-Persona-Situación.

Este modelo fue desarrollado por el equipo del profesor Leenen y empleado en distintos cursos de formación intercultural para jefaturas y oficiales de policía. Su objetivo es obtener una idea lo más completa y distinta posible del encuentro y la interacción intercultural, y evitar dos «errores típicos de interpretación» (el «etnocentrismo» y la «culturalización»).

9. Perspectiva cultural

Modelo CPS (Triángulo Cultural, Persona, Situación)
(Leenen et al., 2005)

Cultura-
perspectiva



El examen de la situación de la **competencia intercultural** a través de las «gafas culturales» se lleva a cabo mediante preguntas como estas:

¿Qué nivel de conocimiento (previo) disponen los y las participantes en relación con sus respectivos contextos culturales e identitarios?

¿Qué papel desempeñan las características religiosas, espirituales o ideológicas de los y las participantes (p. ej. preceptos, valores y normas relativos a la enfermedad y la muerte)?

¿Cuál es el papel de las diferencias entre las personas participantes en términos de comunicación (especialmente el idioma, pero también la expresión no verbal de las emociones)?

¿Qué papel desempeñan las ideas de las personas participantes en relación con la autoridad y el respeto (por ejemplo hacia la mujer, el hombre o las personas mayores) y el comportamiento adecuado entre personas de distinto estatus social?

¿Cuál es el papel de las ideas de las personas participantes en relación con el grupo (por ejemplo, la unidad en el seno de la familia, la comunidad religiosa o el grupo étnico)?

¿Qué papel desempeñan las estrategias de las personas participantes en el manejo directo de las situaciones de emergencia y crisis y su gestión posterior?

¿Qué estatus formal y social tienen los «servicios de emergencias» (del servicio de rescate, pero también de la policía y el ejército) en el país de origen de las personas migrantes implicadas?

10. Perspectiva personal

El examen de la situación de la acción o **competencia intercultural** a través de las «gafas culturales» se lleva a cabo mediante preguntas como estas:

¿Qué «características biológicas» presentan los implicados que puedan resultar relevantes en relación con otras perspectivas (por ejemplo, género, edad y apariencia física)?

¿Qué experiencias relativas al estrés y las emergencias aportan los participantes a la situación (por ejemplo, agotamiento emocional o experiencias traumáticas, o procedentes del contexto migratorio)?

¿Qué experiencias interculturales de carácter general aportan los participantes (por ejemplo, a partir del encuentro con migrantes en la vida cotidiana o con la discriminación cotidiana)?

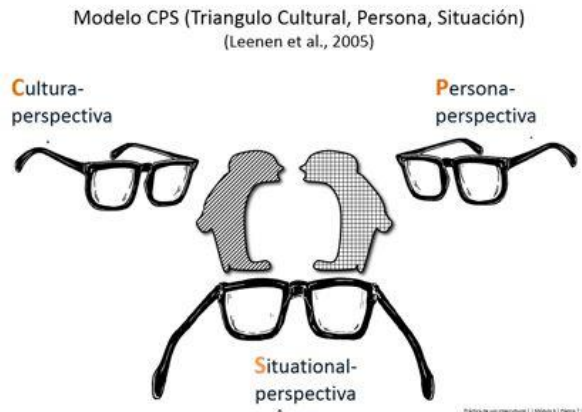
¿Qué experiencias interculturales relativas a las emergencias aportan los participantes (por ejemplo, con migrantes como víctimas de una emergencia o con los cuerpos de rescate y seguridad en Alemania o en los países de origen)?

¿Qué actitudes y presupuestos generales (especialmente estereotipos o prejuicios) tienen los participantes en relación con los demás o con sus grupos socioculturales respectivos?

¿Qué imagen tienen los implicados de sí mismos (por ejemplo, «noble salvador en la necesidad» o «víctima eterna») y de los demás (por ejemplo, «agradecidos receptores de ayuda» o «fantoche arrogante»)?

¿Qué papel social desempeñan o reclaman los participantes dentro de su propio grupo (por ejemplo, jefe o líder de la familia) y cómo funcionan estas ideas de roles en las situaciones concretas?

11. Perspectiva situacional



El examen de la situación de la acción o **competencia intercultural** a través de las «gafas culturales» se lleva a cabo, por último, mediante preguntas como estas:

¿De qué tipo de emergencia se trata? ¿La situación conlleva un peligro grave para los afectados y/o los servicios de emergencias?

¿Es probable que haya reacciones emocionales fuertes de las personas implicadas debido a la causa del incidente (por ejemplo, la reanimación de un menor o una muerte repentina)?

¿Dónde se lleva a cabo la misión (por ejemplo,

en un contexto doméstico o en un espacio público)?

¿En qué momento (del día) y bajo qué condiciones externas (por ejemplo, calor, frío, ruido o un espacio cerrado) se desarrolla la misión?

¿Quién participa (por ejemplo, qué cuerpos y organizaciones) y cuál es su relación numérica?

¿Qué relación socio-emocional tienen los participantes entre sí (también entre los grupos que puedan existir dentro del cuerpo o las víctimas de la emergencia)?

¿Cuál es la «forma de la jornada» de las personas participantes (por ejemplo, duración del servicio previo y volumen de trabajo o limitaciones debidas a problemas de naturaleza física o psíquica)?

¿Cuál es el resultado previsible de la misión (por ejemplo, pérdida de vidas o propiedades, lesiones serias o necesidad de atención psicosocial aguda o de seguimiento)?

12. Prevención de conflictos en acción: preparación

Conoce tu propia actitud ante el conflicto y tus formas de comportamiento «típico»

Actitud básica: «¡Queremos algo bueno!» Y empieza generalmente con voluntad de cooperación entre todos y todas las participantes

Desarrolla un conocimiento específico de la cultura de la población en la zona de actuación

13. Prevención de conflictos en acción: prevención



Desde una conducta respetuosa y confiada, puedes explicar la acción o procedimiento necesario que necesitas aplicar. Muestrala cuidadosamente mediante acciones, teniendo en cuenta las especificidades socioculturales, en la medida de lo posible. Explica la tarea, los objetivos y el procedimiento previsto, antes y durante el procedimiento, si la situación lo permite. Considera opciones en el procedimiento y ofrécelas en caso necesario. Destaca la importancia de la cooperación de las personas afectadas/implicadas, busca y suma alianzas.

14. Prevención de conflictos en acción: gestión



Considera los aspectos socioculturales, personales y situacionales del desarrollo del conflicto al afrontarlo
No aceptes «razones culturales» para el comportamiento problemático, clarifica los intereses comunes (especialmente la ayuda)
Presta atención a la desescalada del lenguaje corporal (evita «gestos amenazantes»)
Desescalada verbal, mantén el contacto, explica tu propio comportamiento/procedimiento
Incluso ante las provocaciones, permanece lo más tranquilo/a posible y centrado/a en los hechos (por ejemplo, centrándote en la misión)
Demuestra las consecuencias del comportamiento problemático (por ejemplo, cancelación de la asistencia por retirada o aplicación obligatoria por parte de la policía)
Sujeta a los pacientes con alguna enfermedad psicológico de la manera más cuidadosa posible
En caso de retirada, muéstrate decidido/a,

seguro/a y sin violencia

Si la retirada es imposible o pondría en riesgo a otros miembros del equipo o a terceras personas, usa técnicas de defensa/liberación de la manera más cuidadosa posible

15. Prevención de conflictos en acción: seguimiento

Documenta completamente la actuación, notifica los daños y en su caso, las pérdidas.
Procede rápidamente a debatir la misión o acción realizada con los y las colegas que hayan participado, promoviendo una cultura del debate abierta, apreciativa y sin errores.
Ante cualquier signo de estrés, sé honesto/a contigo mismo/a y con las demás personas y establece un seguimiento adecuado. Comparte tus experiencias reflexionadas en un entorno de aprendizaje.
En caso necesario, comparte tus experiencias con el conjunto del equipo o quienes corresponda en espacio de trabajo o con otras personas que te puedan asesorar.

16. Ejemplo



Llaman a tu ambulancia o al centro de emergencias (con personal masculino y femenino) con la petición de atender un caso de «dolor abdominal» en el apartamento de cuatro habitaciones de una familia de origen africano.

Allí encuentras a una señora de unos 60 años tumbada en el sofá. La mujer está gimiendo, con los ojos fuertemente cerrados. No presenta cianosis. Hay unas diez personas más alrededor del sofá, y algunos de ellas están hablando nerviosamente.

Cuando el personal sanitario se dirige a la mujer, esta no responde y sigue con los ojos cerrados. Cuando se prepara para levantar una de las manos de la mujer, nota cierta intranquilidad entre las personas que se encuentran con ella.

17. Aplicación del modelo KPS



Este caso de estudio es el prototipo del uso de un servicio de emergencias en un entorno doméstico «culturalmente ajeno».

Entre sus aspectos potencialmente relevantes podemos destacar los siguientes:

Gafas culturales

La afiliación religiosa de las personas afectadas no se menciona; las reacciones de las personas circundantes pueden indicar ciertas características especiales de la interacción entre personas de distinto sexo. / Hay un número relativamente alto de presentes, lo que podría ser indicativo de un gran compromiso de las partes con su familia o grupo

Gafas personales

El equipo del servicio de rescate está formado por un hombre y una mujer. / La paciente es una persona mayor, y por tanto posiblemente cuenta con cierta autoridad y respeto entre los afectados. / Es posible que la paciente tenga experiencias negativas con la atención sanitaria general o de urgencias.

Gafas situacionales

En principio no se identifica ningún riesgo grave para la vida, de manera que puede procederse con tranquilidad. / Las manifestaciones de la paciente (gemidos y expresiones faciales) indican dolor y pueden generar presión en la actuación del equipo sanitario. / La paciente no se comunica directamente con el personal sanitario: al principio no se sabe bien por qué. / El número de personas afectadas es significativamente mayor que el personal de emergencias presente.



Si se trata de una familia musulmana, ¿qué tal si preguntas lo siguiente antes de entrar? «Sé que soléis quitaros los zapatos, pero en este momento no se me permite. ¿Qué os parece si me limpio los zapatos antes de entrar?» ¿Cuánto tiempo necesitas para hacer algo así? ¿Qué estarías mostrando y qué efecto podría tener entre los afectados?

18. Análisis de Incidentes Críticos (AIC)

Para evitar situaciones críticas (incidentes críticos) resulta útil analizar las situaciones pasadas para aprender de ellas y, a partir de ahí, introducir cambios en el comportamiento. El trabajo con incidentes críticos se resume en la recopilación de situaciones que se consideran problemáticas o especialmente exitosas, con la finalidad de resolver problemas prácticos y contribuir al desarrollo y fomento de las competencias. Se entiende por situación crítica aquella de la que se derivan consecuencias negativas para alguna de las personas que interactúan o están involucradas. Es «especialmente exitosa» aquella de la que se derivan consecuencias positivas para uno o varios participantes. El análisis preciso de las situaciones críticas permite comprender en profundidad las estrategias de afrontamiento y procesamiento de las personas implicadas. Esto visibiliza los acontecimientos que tienen una influencia notable sobre la actividad en cuestión. Dichos acontecimientos pueden estudiarse en conjunto y de manera estructurada para sacar una serie de conclusiones que hagan posible el fomento de los procesos deseables y la prevención de los no deseables.

(Fuente: Kerstin Göbel: «Incidentes críticos: aprender de las situaciones difíciles», ponencia impartida en el marco de la conferencia «Lernnetzwerk Bürgerkompetenz», 17-18. Diciembre de 2003, Bad Honnef)

Más información

19. Sistema de Comunicación de Incidentes Críticos

Los sistemas de notificación de errores —Sistemas de Notificación de Incidentes Críticos o CIRS®— se vienen utilizando con éxito en la aviación como instrumentos de aprendizaje y mejora del sistema durante décadas. También se usan en medicina como instrumentos para la detección de acontecimientos relevantes para la seguridad en la atención sanitaria. Su objeto es analizar los acontecimientos críticos para identificar sus causas y desarrollar estrategias de prevención. El conocimiento así adquirido se divulga entre los grupos profesionales e instituciones relevantes del ámbito sanitario, con vistas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente en términos globales. Los CIRS hacen así una aportación significativa a la gestión del riesgo, que abarca todas aquellas estructuras, procesos, instrumentos y actividades que ayudan a los y las trabajadoras de una instalación sanitaria a identificar, reducir y controlar los riesgos asociados al cuidado del paciente.

Los beneficios y las oportunidades que ofrecen los CIRS se pueden describir del siguiente modo:

- Los CIRS sirven de apoyo a la gestión local del riesgo.
- Los CIRS revelan anomalías (frecuencias). Los CIRS son especialmente adecuados para descubrir acontecimientos críticos cotidianos en las rutinas típicas. Por ello, a menudo los informes afectan a «trivialidades».
- Los CIRS ayudan a identificar los puntos conflictivos.
- Los CIRS ayudan a detectar los errores «triviales», más que los errores complejos. Información general sobre los CIRS:
 - Los CIRS crecen desde abajo.
 - Los CIRS se alimentan de referentes.
 - Los CIRS requieren práctica.
 - Los CIRS precisan memoria.
 - Cada informe exige una respuesta.
 - Los CIRS necesitan protección (desde el anonimato hasta la legislación).
 - Los CIRS precisan apoyo continuo desde la dirección.
 - Los CIRS exigen una «cultura justa».
 - Los CIRS todavía no son gestión del riesgo.
- Usa también otros sistemas de información que estén disponibles. Solo así se llega a desarrollar una gestión funcional del riesgo.