



LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

THE RELATIONSHIP PHYSICIAN - PATIENT AND TRANSCULTURAL CHALLENGE

Eglée Iciarte Lavieri

Médico Psiquiatra. Profesora Asociada Universidad de Alcalá-Madrid (España).

eglee.iciarte@uah.es

Relación Médico–Pacien. Transculturalidad. Competencia Intercultural.
Physician-Patient Relationship. Cross-cultural . InterCultural Competence.

RESUMEN

Es conocida la importancia del médico como agente social de relevancia en el proceso salud-enfermedad. Su acción en el mantenimiento de la salud y en la curación y prevención de las patologías, es de reconocimiento universal desde los tiempos más remotos, aunque su identidad no estuviese tan definida como en la actualidad, en las que compite con los cuantiosos recursos tecnológicos.

Este mismo avance de la ciencia y de la tecnología, a otro nivel, ha condicionado el aumento de los flujos migratorios. De allí que los pacientes que solicitan ayuda en la consulta provengan de múltiples orígenes y culturas. Ante esta realidad, los médicos deben capacitarse desde su etapa de formación, para el desarrollo de diversas habilidades. Entre ellas el desarrollo de Competencias Interculturales, de entendimiento de la diversidad y de los factores culturales en general y su incidencia en el acto médico y en la relación que establecen con sus pacientes procedentes de otras culturas, lo que implica un mejor pronóstico de su patología y su adherencia al tratamiento.

La Competencia Intercultural, consiste en la aceptación por parte de los médicos y de los sistemas de salud, de la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales y de la atención de las dinámicas que resultan de sus diferencias y la adaptación de los servicios sanitarios para satisfacer estas necesidades culturales únicas. Manteniendo la empatía y el respeto hacia su sistema de creencias.

La incorporación de esta nueva consciencia o sensibilidad cultural, en la atención al paciente, comporta la evolución profesional y personal de ambos, con los efectos beneficios a corto y a largo plazo que conlleva.

ABSTRACT

We know the importance of medical and social relevance agent in the health-disease process. Its action in maintaining health and healing and prevention of diseases, is universally recognized since ancient times, although his identity was not so defined as at present, which competes with the considerable technological resources.

This same advancement of science and technology, on another level, has conditioned the increase in migratory flows. Hence, patients seeking help in the query come from multiple backgrounds and cultures. Given this reality, physicians should be trained from the training phase for the development of various skills. Including the development of Intercultural Competence, understanding of diversity and cultural factors in general and its impact on the medical act and the relationship they have with their patients from other cultures, implying a better prognosis of their disease and adherence to treatment.

The Intercultural Competence is acceptance by physicians and health systems, the importance of culture, assessment of intercultural relations and attention to the dynamics that result from their differences and adapting health services to meet these unique cultural needs. Keeping empathy and respect their belief system.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

The addition of this new consciousness and cultural sensitivity in patient care, involves the professional and personal development of both the benefits short- and long-term entails.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), (Estadística de Migraciones)¹ para enero de 2014, en España residen 4.870.487 personas, registradas legalmente, procedentes de otros países, que constituyen aproximadamente un 10% de la población general, que por lo tanto poseen diferentes culturas y cosmovisiones del mundo. Estas personas forman parte de los potenciales usuarios de los servicios sanitarios españoles, de allí el interés que pueda presentar esta revisión de la Relación Médico-Paciente (R M-P), que ya fundamentalmente es compleja, cuando se incorporan factores asociados a la interculturalidad, entendida como la "relación que se establece intencionalmente entre culturas y que propugna el diálogo y el encuentro entre ellas a partir del reconocimiento mutuo de sus respectivos valores y formas de vida"².

II. LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS

Los avances tecnológicos, la globalización y las crisis político-económicas inciden en que los movimientos migratorios sean definitorios de un nuevo orden mundial en que migración, transmigración, retorno o reemigración sean cada día más frecuentes^{3,4}. En relación con esta realidad migratoria, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud se fijan objetivos hacia la equidad en el acceso y el tratamiento de los servicios sanitarios en condiciones de igualdad en la satisfacción de sus necesidades (Cornelius L., 1993) referido por Iniesta C⁴. Las instituciones están obligadas a proponer cambios sociales que faciliten los procesos de aculturación e integración, y de que se cumplan los objetivos asistenciales, disminuyan las cargas que acarrea el desconocimiento de los circuitos de la atención sanitaria, y proporcionen una educación sanitaria adecuada a las distintas concepciones sobre la salud existente en las diferentes culturas. Estos valores distintos, además de las frecuentes desventajas sociales y económicas derivadas de la pertenencia a un grupo minoritario y sus posibles consecuencias psicológicas, son barreras que se hacen mayores ante el acto sanitario que implica entrevista clínica, exploración física, realización de pruebas complementarias y compromiso de cumplimiento de pautas y prescripciones. La incorporación de estrategias de comunicación idóneas en situaciones de salud, pretende un espacio de acercamiento mutuo.

La diversidad cultural es conceptualizada de diferentes maneras en cada país a partir de cómo se hayan dado los procesos locales de la migración, las políticas asociadas, las ideologías de la población, los patrones de la identidad étnica y la estratificación social⁵. A un nivel particular, la migración se ha asociado con el desequilibrio de las redes sociales, la familia, la comunidad y el entorno físico de la persona y sistema familiar de quien emigra, incidiendo en aspectos culturales, psicológicos y sociodemográficos:

- Migración y aculturación: se describen cuatro etapas del impacto migratorio, la etapa de pre-migración; el tránsito; la solicitud de asilo o reasentamiento, y dificultades de integración o temor a la persecución, si es el caso de exiliados políticos. En este sentido,

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

los médicos deben ser conscientes de los efectos del Trastorno de Estrés Postraumático como consecuencia de la guerra, la tortura, o de presenciar enfrentamientos, o del impacto del estrés aculturativo, propio del proceso migratorio⁶.

- Estructuras Sociales: las sociedades se estructuran en jerarquías, que se manifiestan en las clases sociales, castas y status socio-económico, relacionados con el nivel de formación de la población.
- Religión: es una parte importante integrada a la cultura en muchas sociedades. De hecho, algunas culturas se definen por sus prácticas religiosas, como seguimiento de dietas especiales, ayunos, rutina de oración, días sagrados, prohibiciones, ritos, códigos de vestimenta, y actitudes. La religión puede conducir a desacuerdos sobre los sistemas de valores. La falta de conciencia o sensibilidad sobre la religión de los pacientes puede ser percibida como ofensiva por éstos.
- Género: Los roles de género y su importancia varían de una cultura a otra. Por ejemplo, la menstruación exige a las mujeres musulmanas de importantes ritos religiosos, y puede explicar la renuencia en algunos sectores a solicitar ayuda para los síntomas ginecológicos.
- La Familia: En muchas culturas no occidentales, la identidad está arraigada en las interrelaciones personales con la familia, como se desarrollará posteriormente, por lo que el ciclo de vida de la familia en todas las fases, las transiciones, la definición de sus funciones se encuentran determinados culturalmente, igualmente las tareas y los ritos de paso designados para cada etapa.
- Estilos de Vida: difieren dentro y a través de otras culturas, incluyendo la dieta, ropa, costumbres sexuales, educación, recreación y la espiritualidad (Worthman CM., 2010)⁵.

El mayor riesgo de aparición de problemas de salud y las dificultades en su atención, que enfrentan los inmigrantes en general, derivan de su situación de exclusión social, como la pobreza, factores ambientales, imposibilidad de cubrir sus necesidades básicas, estrés aculturativo, y políticas de inmigración y sociales inapropiadas, como la dificultad de tener seguros de salud, por las dificultades financieras por su situación de paro laboral, las barreras lingüísticas, las dificultades relacionadas con el estatus migratorio y las barreras relacionadas con las prácticas y comportamientos de proveedores del cuidado de la salud. Mayo, Sherill, Sundareswaran, (2007); Coffman, Shobe, Dmochowski, y Fox, (2007) referidos por Castro A⁷. Como se evidencia estos colectivos se ubican en una situación de vulnerabilidad psicosocial que implica una mayor afectación de su salud física y mental, no contando para la atención de sus necesidades, la mayoría de las veces con un equipo de atención sanitaria competente culturalmente.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

III. NOCIONES ACERCA DE LA CULTURA

Por lo tanto, para iniciar el estudio de la R M-P y el reto que significa el abordaje por un equipo sanitario culturalmente competente, es necesario entender el significado de la cultura como constructo social. Muchas de las definiciones coinciden en que la cultura abarca los aspectos simbólicos y de aprendizaje de una sociedad humana, en donde destacan el lenguaje, estilos de vida, sistemas de creencias y valores, además de las maneras particulares de comunicarse, hábitos, costumbres y gustos. No se puede dejar de mencionar la influencia de la raza, la etnia, el sexo, condición social, fe religiosa y el medio ambiente que han modelado a cada ser humano. Por lo tanto, es de interés entender que la cultura organiza las cogniciones, emociones y conductas de manera sutil y obvia por su efecto más allá de la conciencia. Lo que se manifiesta en las formas en que las personas interpretan y perciben la salud y la enfermedad, y sus opciones en la búsqueda de atención sanitaria y en quien la proporciona⁶. Al respecto, Nápoles AM⁹ realizó una investigación en donde definió dimensiones o categorías como factores constituyentes de la cultura: un sistema de normas, valores y creencias compartidas; costumbres acerca de la alimentación y la música; autoidentificación con amplias categorías étnicas, y la nacionalidad o país de origen⁸.

No obstante, en este análisis no se pueden pasar por alto, los aspectos biológicos antes mencionados como factores implícitos en la noción de cultura. Uno de ellos es la raza, que aunque no exista una definición biológica concluyente de ella, y su empleo se encuentre en desuso por el manejo inapropiado empleado de esta noción, es de importancia su conocimiento desde la perspectiva de la psiquiatría, principalmente porque el racismo y las prácticas de discriminación social (xenofobia), la exclusión y la opresión pueden tener efectos muy perjudiciales para la salud mental y la forma en que interactúan los grupos. A diferencia la etnia hace referencia a las formas en que los grupos se identifican como pueblos o comunidades históricas. Se debe tener en cuenta la complejidad de este concepto y su importancia psicológica.

Según Phinney (1996), referido por Hickling ^{F10}, la etnicidad se basa comúnmente en "las características culturales de un grupo en particular, es decir, las normas, los valores, actitudes y comportamientos que son típicos de un grupo étnico y que se derivan de una cultura común de origen y que se transmiten de generación en generación". Esto es fundamental, ya que pone de relieve la interconexión entre la etnia y la cultura. Ya que implica normas y valores culturales de una persona; la fuerza, la importancia y el significado de su identidad étnica; experiencias y actitudes tales como la impotencia, la discriminación y los prejuicios que están asociados con la condición de minoría.

De manera indiscutible la cultura puede incidir directamente en los mecanismos subyacentes de la psicopatología al influir en la neurobiología de los trastornos mentales a través de experiencias durante el desarrollo psicoevolutivo de las personas, la dieta y otros aspectos del comportamiento, así como por la configuración de la forma y contenido de los procesos cognitivos e interpersonales⁵. A un nivel más abstracto, las creencias y valores de una persona se verifican al margen de las estructuras religiosas, en el marco de la espiritualidad, o se puede expresar a través del credo de una

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

religión organizada. En su investigación concluye que aquellos que comparten un trasfondo religioso, espiritual, creencias, y prácticas, comparten lo que ha denominado como cultura de la fe^{5,11}.

Profundizando en el entendimiento del marco cultural en el que se desarrolla la interrelación del paciente con un equipo sanitario, resulta práctico realizar su análisis desde la Teoría de la Dimensión Cultural de Hofstede¹², referida por Chandratilake M¹³ que trata acerca de la influencia de la cultura en la estructura social de un país o región, entendida desde diferentes dimensiones. Este autor menciona en primer lugar, **la distancia de poder**, entendida como el grado en que los miembros menos poderosos de una sociedad aceptan que el poder está distribuido de manera desigual; otra dimensión es el **individualismo** en oposición al **colectivismo**, como el grado en que los individuos se integran en grupos; la dimensión **masculinidad-feminidad**, que describe la distribución de roles entre hombres y mujeres; también el **control de la incertidumbre**, como la tolerancia social ante lo inusual y situaciones ambiguas. Otra de las dimensiones definidas por Hofstede¹² es el de sociedades de **bajo contexto** frente a las de **alto contexto**. "Una comunicación de alto contexto es la que la mayor parte de la información es procesada en la subjetividad de la persona, mientras que escasamente en la parte explícita del mensaje. Al contrario, en una comunicación de bajo contexto, la mayor parte de la información reside en el código explícito. En este sentido, Hall¹⁴ reporta que los EE.UU. funcionan en el extremo inferior del continuo de alto / bajo contexto, los alemanes y los escandinavos estaban en un nivel más inferior. Por el contrario, Japón, así como China funcionan en el extremo superior del continuo. A diferencia de muchas culturas occidentales, la libre expresión de las opiniones personales y sentimientos no necesariamente se aprecian en la cultura japonesa. Ellos tienden a preferir expresar su opinión de forma implícita mediante la expresión indirecta o la comunicación no verbal. Por lo tanto, para poder comunicarse con estas sociedades y comprenderlos mejor, la sensibilidad ante la comunicación no verbal o formas indirectas de comunicación es esencial en las culturas de alto contexto¹⁵. Gudykunst y Nishida, (1990); Yajima y Takayanagi, (1998); Nagao, (1996); Strazar y Fisher, (1996) referidos por Ishikawa H¹⁵ apuntan que la intervención de las actitudes, creencias y valores son necesarias en las culturas de bajo contexto donde se utiliza la comunicación directa. Ha sido una tradición en Japón que los médicos no discutan detalles de las opciones de tratamiento y procedimientos con los pacientes. Se destaca que se comunica menos abiertamente durante una visita médica típica en Japón que en los EE.UU., pero resulta menos necesario en una sociedad donde la confianza y la dependencia están más presentes en la interacción social. Un estudio reciente realizado por Ohtaki et al., 2003 y referido por Ishikawa H¹⁵ reveló que en la comunicación médico-paciente japonés se aprecian más silencios y menos intercambios sociales, frente a la de los EE.UU.. Por lo tanto, los médicos y pacientes japoneses pueden experimentar dificultades adicionales en la comunicación, debido a la necesidad de adaptarse a un estilo de comunicación que es diferente de su estilo de comunicación diaria.

Según este planteamiento, culturas occidentales, como el Reino Unido, Europa y América del Norte tienden a ser más individualista, al estimular y autenticar el desarrollo de las personalidades individuales, el valor de la independencia y por lo tanto se orientan comparativamente menos socialmente. Por otra parte, son más inseguras en el control de la incertidumbre al manejarse con

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

menos reglas y directrices, disfrutar de actividades informales, y por lo tanto la apertura a opiniones diversas y orientados hacia los resultados a corto plazo, que fomentan la búsqueda de la estabilidad inmediata. Los asiáticos, por el contrario, tienden a ser más colectivista, al valorar la pertenencia a un grupo a largo plazo, subordinando sus objetivos personales a los del grupo. Siendo la pertenencia social relativamente alta, son más seguros en el control de la incertidumbre ya que se manejan mediante reglas estrictas y actividades formales y por lo tanto son menos tolerantes a la improvisación. Muestra de ello es la tradición confuciana de la cultura japonesa que considera la armonía, la obediencia y el respeto a las personas mayores y ancestros, como virtudes, en comparación con el cristianismo occidental, que pone más énfasis en la amistad y las relaciones igualitarias. Esta tradición ha tenido un profundo impacto en la relación familiar en Japón. Por ejemplo, se ha señalado que la alta incidencia de la co-residencia y centrada en la familia cuidadora de ancianos en Japón refleja en parte la persistencia de los principios confucianos sobre obligaciones filiales hacia los padres Ogawa y Retherford, (1993); Yamamoto y Wallhagen, (1998); Hashizume, (2000); Nagao, (1996); Hattori et al., (1991); Ruhnke et al., (2000), referidos por Ishikawa H¹⁵ manifiestan que en la R M-P japonesa esta norma social y cultural no se ajusta al modelo de la autonomía del paciente favorecido en muchos países occidentales. Además, existe un cierto escepticismo sobre la aplicabilidad del modelo occidental de relación médico-paciente, basado en la autonomía individual del paciente. Estudios anteriores han indicado que los pacientes y los médicos japoneses tienden a confiar más en las opiniones de la familia y menos en la opinión personal del paciente, a diferencia de la contraparte estadounidense. De igual manera, conceptos clave como "consentimiento informado" y "segunda opinión" cuyo uso se han normalizado en occidente no tienen un término equivalente en el idioma japonés, por lo que se ha incorporado su denominación en inglés. Sin embargo, una reciente encuesta de opinión pública reveló que los encuestados que conocían el término "consentimiento informado", era el 47%, y los que conocían el significado de "segunda opinión" era sólo el 25%. Otro punto de interés es que tradicionalmente, la R M-P en Japón ha sido más jerárquica y paternalista en comparación con la de los países occidentales. Se ha informado que los pacientes japoneses a menudo dudan en hacer preguntas a su médico debido al temor de que pueda ser percibido como un desafío a su autoridad y perjudicar su relación. Aunque la naturaleza asimétrica y diferencial de poder en la relación médico-paciente ha sido ampliamente reconocida en las culturas occidentales, los pacientes y médicos japoneses podrían estar más fuertemente limitados a la relación jerárquica y paternalista. Long, (1980); Delvecchio Good et al., (1990); Umezawa y Yamazaki, (2001) referidos por Ishikawa H¹⁵.

Hofstede¹² describe la dimensión Feminidad frente Masculinidad, como que las sociedades con altos niveles de masculinidad diferencian claramente los roles de género, mientras que aquellas con baja masculinidad, tienden a valorar los roles de género de manera menos definida. Es decir, en una cultura de alto nivel de masculinidad, hay mayores diferencias de valor entre hombres y mujeres. Este autor determinó que los EE.UU. y Japón diferían en esta dimensión; los ciudadanos norteamericanos reportaron menor grado de masculinidad y Japón una mayor masculinidad. Se ha indicado que los miembros de culturas de alto masculinidad tienden a percibir las relaciones entre ambos sexos como

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

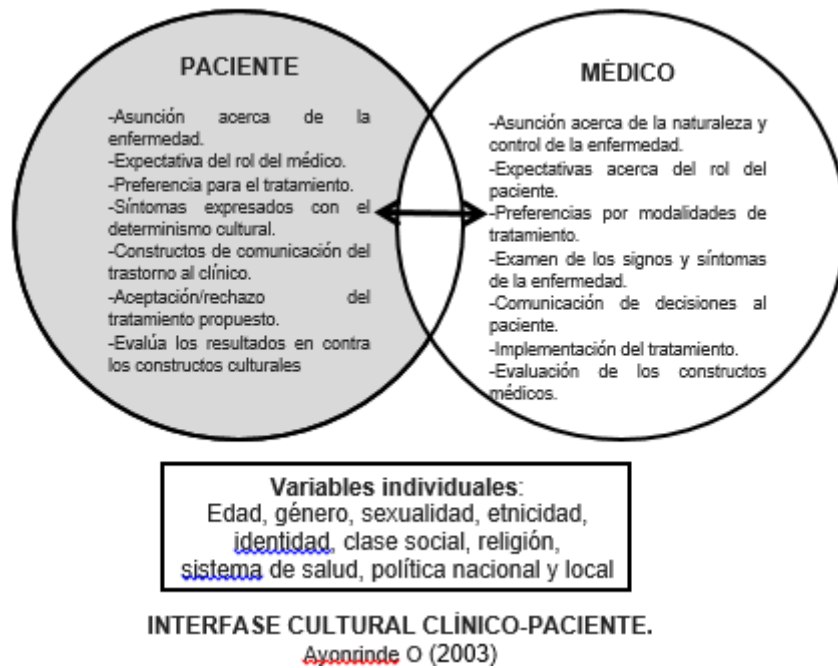
como menos íntimas, y por lo tanto menos personalizadas y sincronizadas, siendo más difíciles las relaciones entre sexos opuestos que los miembros de sociedades de baja masculinidad. Incluso en los EE.UU., que está clasificado como una cultura con un nivel relativamente bajo de masculinidad según Hofstede¹², estudios previos han señalado que el género y el sexo de concordancia entre el médico y el paciente afecta su comunicación, así como los resultados de la satisfacción del paciente. Cooper-Patrick et al., (1999); Hall y Roter, (2002); Roter et al, (2002) referidos por Ishikawa H¹⁵. Por tanto, es concebible que el género podría tener una mayor influencia en la conformación de la R M-P-familia y la adaptación de los estilos de comunicación en los encuentros médicos japoneses.

Otros parámetros de análisis cultural es la aportada por la Teoría del Valor Cultural que propone siete valores sobre los que las culturas de diferentes países o regiones, pueden ser comparadas. Estos son: el **conservadurismo** que adjudica énfasis en el mantenimiento y el respeto social, el orden, la tradición y la seguridad de la familia; **autonomía intelectual**, como valoración de la curiosidad, el espíritu de apertura y creatividad; **autonomía afectiva** que radica en la conveniencia de que los individuos obtengan de forma independiente placer y excitación; **jerarquía** como aceptación de una distribución desigual del poder, los roles y los recursos; **igualitarismo** promoción voluntaria del bienestar de los demás con el fin de lograr la igualdad, la justicia social o la libertad; **dominio** que progresa a través de la auto-afirmación activa, como se demuestra por la ambición, el éxito, la audacia y la competencia, y la **armonía** resultante del equilibrio con la naturaleza y el medio ambiente. Las imágenes culturales generales reflejadas mediante esta teoría demuestran que las culturas orientales tienden a ser más conservadoras y jerárquicas; las europeas, por el contrario, tienden a ser intelectualmente autónomos, igualitarios y armoniosos, y los norteamericanos parecen ser afectivamente autónomos. No obstante, estos puntos pueden variar entre los países, o de una región en particular a otra¹³.

Chandratilake M¹³, concluye en su estudio realizado en varias culturas acerca de la calidad de la atención de los médicos, que los atributos profesionales categorizados como fundamentales son: respeto a la autonomía del paciente, ser responsable, honesto e íntegro, respetuoso con sus colegas, respetuoso de la confianza y confidencialidad del paciente, ejercer una comunicación clara y efectiva, mantener una actitud responsable hacia el paciente, seguridad, ser receptivo a las críticas constructivas, actitud positiva hacia el desarrollo personal y adherencia hacia normas profesionales.

Ellis M¹¹ en una aproximación al acto médico considera además del tecnicismo y profesionalidad, la intervención de los sistemas de creencias, la religión, la espiritualidad, tanto del médico, como del paciente y del resto del equipo sanitario, como indicadores de la calidad de la atención sanitaria.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL



IV. LA ENFERMEDAD Y SU PERSPECTIVA CULTURAL

La noción de cultura abarca un amplio conjunto de significados que han cambiado a la par de los cambios en la configuración de las sociedades, propiciados por los procesos migratorios y en la comprensión de la naturaleza de las comunidades y tradiciones. En este sentido, como se ha visto, la cultura incluye aspectos socialmente transmitidos como formas de vida, valores y conocimientos de los comportamientos y prácticas sociales. Las instituciones y los organismos profesionales sanitarios también forman parte de ella⁵.

Son diversos los estudios acerca de la influencia de la cultura en el significado social y personal de la enfermedad y en la búsqueda de atención por el sujeto enfermo. Su análisis se ha centrado en las características del grupo cultural de pertenencia, que determina sus valores, normas, tabúes, necesidades, fortalezas y debilidades. De allí la existencia de síndromes ligados a la cultura⁶ y de la íntima relación existente entre la cultura y la enfermedad. Esta relación impacta la representación de la enfermedad y en el modo de búsqueda de ayuda y en última instancia afecta a las vías de atención. Para Ayonrinde O⁶ la cultura se encuentra inscrita en las transacciones del individuo con su concepción de salud, implicando a un "agente curativo o sanador", y a una 'víctima' que busca el alivio de un 'sanador' y finalmente una relación de curación entre enfermo y sanador.

Estas diferencias culturales en el mantenimiento de la salud y la recuperación de la enfermedad, son los principales factores determinantes de la conducta de enfermedad, afrontamiento, adherencia y respuesta al tratamiento, evolución y rehabilitación. Existen numerosos indicios de que las diferencias culturales forman parte de las disparidades en su atención y mantenimiento de la salud y el acceso desigual a los servicios sanitarios y que el conocimiento y la identidad cultural son

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

importantes determinantes de los resultados del tratamiento, por lo que la toma de consciencia de los clínicos y específicamente de los médicos es de máximo interés, como señala Kirmayer L⁵.

Samovar L, Porter ER, Mc Daniel ER, (2007); Cooper JP, Calloway-Thomas C, Simonds JC., (2007); Klopf WD, McCroskey CJ., (2007), referidos por Bakić-Mirić NM¹⁶ también coinciden en que es de importancia en la conducta de enfermedad de las personas inmigrantes, los diferentes sistemas de creencias relacionados con la salud, que determinan el posicionamiento del paciente en la solicitud de ayuda sanitaria y que el establecimiento de la relación con el equipo sanitario sea apropiada. En este sentido se describen tres categorías principales acerca de las creencias acerca del origen y atención de la enfermedad: las tradiciones ocultistas, holísticas y científicas. La tradición ocultista proviene de un sistema de creencias en el que el mundo es percibido como un lugar donde predominan las fuerzas sobrenaturales. La población que sigue esta tradición, cree en la existencia de la brujería, la magia y los espíritus maléficos. El destino del mundo depende de Dios, otras deidades y otras fuerzas sobrenaturales del bien y del mal. La enfermedad se atribuye a las fuerzas espirituales y los resultados de la posesión del cuerpo por los malos espíritus o por el efecto de hechizos malignos. La persona enferma se considera una víctima de estas fuerzas poderosas. Esta tradición entiende que la curación se encuentra asociada a una transacción positiva con lo sobrenatural, siendo realizado por curanderos o chamanes (palabra siberiana que significa espíritu sanador) que tienen los poderes suficientes para proteger al paciente, de los malos espíritus¹⁷. La tradición holística se basa en el principio de que el ser humano es un conjunto de componentes interdependientes, en el ámbito físico, mental, emocional y espiritual. El objetivo es alcanzar el máximo equilibrio entre la mente, el cuerpo y el alma. Con este enfoque de la salud, la persona acepta la responsabilidad de su propio nivel de bienestar, siendo propia de sociedades asiáticas (Filipinos, coreanos, japoneses, chinos y asiáticos del sudeste), africanos, Haitianos y jamaicanos. La tradición científica se centra en el diagnóstico objetivo y la explicación científica del proceso salud-enfermedad. Está basada en la evidencia de trastornos corporales, cuyo diagnóstico se efectúa mediante el amparo de la tecnología, con diferentes pruebas para verificar la presencia y diagnóstico de enfermedades y su posterior tratamiento. Su planteamiento racional impide a menudo que se tomen en cuenta los aspectos psicosociales de la enfermedad, tales como el contexto cultural, acontecimientos de la vida y habilidades de afrontamiento, que pueden interactuar con los problemas físicos. La tradición científica entiende la salud en términos de procesos físicos y químicos y la mayoría de los médicos occidentales están capacitados en esta tradición, lo que incita su etnocentrismo, restringiendo su apertura a otras creencias, perjudicando la relación con su paciente foráneo⁶.

Como se ha estudiado, los diferentes sistemas de creencias de la que parten las prácticas curativas conllevan la percepción de los fenómenos, desde una visión muy particular. Tal es el caso de grupos que pueden practicar interpretaciones particulares a partir de un hábito generalizado como es el consumo de alcohol, que puede ser valorado como algo normal, tabú, inmoral, un síntoma de trastorno psicológico, o incluso un elemento primordial de rituales o fiestas religiosas. En este sentido los médicos se encuentran con el dilema en su práctica profesional, de respetar la gestión y recursos utilizados por sus pacientes, que provienen de otras culturas. Esta necesidad queda demostrada por

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

Lee MM, Lin SS, Wrensch MR, et al. (2000) referidos por Ayonrinde O⁶ en un estudio en los EE.UU. en donde observaron diferencias étnicas y culturales en el uso de terapias alternativas entre las mujeres con cáncer de mama. Concluyendo que las mujeres chinas prefieren remedios herbales (22%), las mujeres latinas utilizan más terapias dietéticas (30%) y curación espiritual (26%), las mujeres negras prefieren la curación espiritual (36%) y las mujeres blancas se decantaron por el empleo de dietas (35%) y métodos físicos (21%). Los tratamientos físicos, como la medicación oral y parenteral y la cirugía, conllevan diferentes representaciones simbólicas en las personas. Por lo que el equipo sanitario tiene que tomar conciencia de su propio sistema de creencias, y el impacto o las limitaciones de esta en su relación con los pacientes y la toma de decisiones.

V. INFLUENCIA DE LA CULTURA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Los sistemas de salud se enfrentan a enormes retos en la prestación de una atención sanitaria de calidad a su población, cada vez más diversa. Los médicos en general y los psiquiatras en particular, además del resto del equipo sanitario, suelen carecer de las habilidades y conocimientos necesarios para identificar, comprender y salvar las diferencias en los valores y prácticas culturales que influyen en el acto médico. A un nivel específico, Organismos internacionales de la Salud Mental y Derechos Humanos afirman que hay un creciente reconocimiento y esfuerzo para proporcionar servicios psiquiátricos eficaces en países en vías de desarrollo, donde los problemas de salud mental son los principales contribuyentes a la carga social de la enfermedad. "Las cuestiones culturales son fundamentales para lograr exportar y adaptar las intervenciones. El reconocimiento y respeto por la cultura es esencial para la identidad humana y el bienestar, y por lo tanto se incluye como un derecho humano fundamental. La propia cultura plantea cuestiones complejas éticas y de derechos humanos en las formas en que se definen tales dimensiones básicas de la diferencia social como la etapa de desarrollo, el género y la identidad colectiva"^{5,9}.

La optimización de la comunicación médico-paciente y el asegurar que todas las personas reciban atención médica de calidad, requiere que los médicos comprendan la influencia de los contextos sociales y los antecedentes culturales que inciden en las creencias y en los comportamientos de salud de los pacientes. A partir de allí, el ámbito clínico puede verse como un espacio transcultural de negociación entre diferentes sistemas culturales, de la práctica y los diferentes sistemas de valores que reflejan las ideologías que estructuran los conocimientos acerca de la salud, la enfermedad y la manera de curar^{5,18}.

Las dificultades encontradas por los profesionales de la salud en la atención intercultural son descritas por Bakić-Mirić NM¹⁶ quien destaca barreras en la comunicación efectiva en el ámbito de la interacción con los pacientes: 1) la falta de conocimiento acerca de los antecedentes del paciente y sus creencias 2) el miedo del paciente y la desconfianza de los cuidadores. 3) el racismo. 4) el sesgo y el etnocentrismo por parte de cuidadores y receptores de la atención. 5) los estereotipos mutuos. 6) el comportamiento ritualista. 7) las diferencias en las percepciones y expectativas. 8) las diferencias

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

de idioma. Rosen J²⁶ en consonancia, reporta como dificultades, la espontaneidad en un contexto intercultural, el uso de la medicina alternativa, el comportamiento tabú en una comunidad religiosa cerrada, el uso de intérprete, e informar de malas noticias a un paciente de una cultura diferente.

Nápoles AM⁹ reporta aspectos culturales que influyen en los encuentros médicos:

1. La preferencia por la medicina complementaria y alternativa.
2. La discriminación del inmigrante por la carencia de seguros de salud.
3. Discriminación por la clase social.
4. La concordancia étnica del médico y el paciente.
5. Discriminación basada en la etnia.

En base a estos hallazgos, la autora especifica recomendaciones para los médicos dirigidas a mejorar la calidad de su intervención. Estas sugerencias se agrupan en dos áreas generales: estilo interpersonal y la comunicación. En cuanto al estilo personal describe: Sensibilidad ante la privacidad del paciente, mantener un enfoque humanista y la prescripción de tratamientos igualitarios en los pacientes. La segunda área importante para la mejora de la calidad de la atención se refiere a las estrategias de comunicación efectivas. Dos estrategias generales surgieron de los comentarios de los pacientes: responder a sus inquietudes, preguntas y preferencias y ofrecer explicaciones no técnicas y exhaustivas. Las respuestas reflejaron la importancia de la obtención de información del paciente en lugar de hacer suposiciones acerca de sus creencias de salud.

Ayonrinda O⁶ por su parte señala que el reto para el profesional de la salud es el manejo efectivo de la información clínica y cultural en la atención del paciente. ¿Cómo influye la cultura en el paciente, el personal sanitario, y el proceso médico? ¿Cómo debe tratar el médico con las diferencias culturales?.

Relación Médico-Paciente Comunicación y Cultura:

1. Principios de la Comunicación: La comunicación entre los médicos y los pacientes es una de las más complejas relaciones interpersonales.

Se consideran elementos clave en la comunicación médico-paciente:

- 1.1. La Relación Interpersonal: la importancia de la empatía, el respeto, autenticidad, y la aceptación incondicional.
- 1.2. Información: es la clave para el diagnóstico y para la formulación de una estrategia de tratamiento. Independientemente de la cultura, todos los pacientes quieren sentirse comprendido, como lo hacen los médicos. Pacientes de sexo femenino tienden a expresar más preocupaciones, hacer más preguntas, más ansiosas, y recibir más información.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

- 1.3. Comunicación No Verbal: sólo el 7% de la comunicación emocional durante las entrevistas médicas se transmite verbalmente, el 22% es transmitida por el tono de voz y el 55% en las señales visuales (contacto visual o postura del cuerpo, el tono emocional expresado en el tono de la voz, la mirada, la postura, las expresiones faciales, el tacto, gestos, y la distancia física).

2. Psicología de la Privacidad:

- 2.1. Privacidad Psicológica incluye el derecho a determinar con quién y en qué circunstancias se comparten pensamientos y sentimientos. La falta de apreciación del equipo sanitario de los aspectos culturales de la auto-revelación puede llevar a que los pacientes sean percibidos como escépticos, ocultando información, o incluso paranoicos. La desconfianza debido a las experiencias raciales o discriminatorias auténticas o percibidas también influye en la divulgación de información privada del paciente a los clínicos.
- 2.2. Privacidad Física: Intimidad física, pudor, la accesibilidad de los demás y la definición del espacio personal se ven influidos por la cultura, la etnia y el género.

Dehning S, Gasperi S, Tesfaye M, Girma E, Meyer S, Krahl W, Riedel M, Möller HJ, Müller N, Siebeck M. (2013) exponen que otro de los fundamentos de la relación que establece el médico con su paciente es la empatía, que se ha visto intensamente afectada en el ejercicio de la medicina moderna, que es descrita como de ser "de alta tecnología, bajo toque". Los constructos teóricos que representan la empatía son complejos, situación que se complejiza aún más en el caso de que los profesionales sanitarios carezcan de la Competencia Intercultural suficiente. La empatía se origina de la palabra alemana "Einfühlung", que significa el "sentimiento dentro de" una persona. Hasta ahora, la mayoría de los autores dividen la empatía, en la empatía emocional y la cognitiva, en alusión a la discusión en la ciencia cognitiva sobre la teoría de la simulación, que propone que un médico identificado con un paciente, ejerce la empatía emocional, frente a la teoría, que describe la condición del "como si" o empatía cognitiva. Esta autora sugiere que la empatía en la escuela de medicina está influenciada no sólo por la cultura, sino también por las características sociodemográficas¹⁹.

Otro nivel de encuentro intercultural médico-paciente se establece en la decodificación de señales no verbales de los pacientes, lo que presenta una oportunidad para que los médicos comprendan cabalmente al paciente y expresen empatía. Las diferencias individuales se han encontrado en tres ámbitos generales de habilidades no verbales y verbales: la decodificación, codificación, y la regulación de la comunicación no verbal (CNV). Su importancia radica en el intercambio de información sobre el estado emocional e inconsciente y la contextualización del significado de la comunicación verbal²⁰. Hall et al.²¹ realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar el impacto de la CNV en estudiantes de medicina que fueron evaluados durante una entrevista con pacientes estandarizados. Este estudio proporcionó evidencia de comportamientos no verbales

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

específicos de los médicos que pueden tener impactos adicionales sobre la percepción del paciente de su visita, independientemente del contenido de la entrevista.

Los médicos suelen utilizar elementos de la CNV del paciente, como la expresión facial, mirada y contacto ocular, movimientos de la cabeza y del cuerpo, postura corporal, distancia interpersonal o proxemia, ángulo de orientación hacia el otro y tono de voz como canales secundarios a través de los cuales el paciente puede comunicar su agenda y preocupaciones ocultas. A su vez, los pacientes interpretan las señales no verbales del médico, por ejemplo, los movimientos de la cabeza y el contacto visual transmiten al paciente un sentido de interés, intimidad y confianza, así como da a entender el equilibrio de poder dentro de la relación. La comprensión del médico de la conducta no verbal y las expresiones emocionales del paciente son de mayor interés en el caso de la atención intercultural. Las personas de origen occidental tienden a expresar sus emociones y otros estados positivos de manera intensa y manifiesta; muchos de los contextos culturales de Asia oriental tienden a valorar más los estados positivos que son menos manifiestos, como los sentimientos de calma y tranquilidad²².

Levine C²² describe un comportamiento no verbal que demuestra un rechazo por parte del médico, que incluye señales sutiles, como alejarse del paciente, escasos acercamientos y contacto visual, disminución de los gestos, inquietud, menos manifestaciones de asentimiento, mantener una postura corporal cerrada, o exhibir rigidez facial, todo lo cual puede transmitir falta de atención o empatía hacia un paciente. Por contraste, los comportamientos no verbales que transmiten el compromiso, como estar sentado cerca del paciente, inclinándose hacia adelante, estableciendo contacto visual, asintiendo con la cabeza, con una postura corporal abierta y exhibiendo expresividad facial, puede tener consecuencias más positivas para la R M-P.

Majumdar B²³ realizó un estudio en donde examinó la eficacia de la capacitación cultural en los profesionales médicos y su efecto en la sensibilidad cultural y la capacidad de empatía, flexibilidad, apertura, agudeza perceptiva y la autonomía personal de los médicos. Consideró que una comunicación intercultural eficaz se basa en el respeto mutuo entre el médico y el paciente; además de la incidencia de la compasión y simpatía; las habilidades de escucha; tiempo dedicado a la atención de paciente; y la confianza. Este investigador diseñó un manual de capacitación para promover entre los médicos la autoconciencia y el conocimiento del impacto cultural en la salud de los inmigrantes y promover la consideración de sus propios valores, prejuicios y estereotipos, que inciden en la práctica profesional. Como complemento Majumdar B²³ empleó el Inventario de Adaptabilidad Intercultural (CCAI) diseñado por Kelley C, Myers JE., (1993), que es un instrumento de capacitación autoadministrado diseñado para dar retroalimentación a un individuo sobre su potencial de eficacia intercultural. Mide cuatro dimensiones: Resiliencia Emocional (ER), Flexibilidad (FO), Agudeza Perceptiva (PAC), y Autonomía Personal (PA) medida por el grado en que un individuo es capaz de enfrentar el estrés ante la frustración, confusión o la soledad que a menudo experimentan al interactuar con personas de otras culturas; también mide el grado en que una persona puede recibir, evaluar y actuar sobre la información recibida desde el exterior por sus propios méritos, sin el estorbo de factores irrelevantes externos; De igual manera, el grado en que las personas están atentos a la

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

comunicación verbal y no-verbal, las relaciones interpersonales y el contexto de las comunicaciones, respectivamente. Esta experiencia de aprendizaje transcultural, se basó en los principios del enfoque Gestalt en que los alumnos se enfrentan a un problema y luego reestructuran sus percepciones, logrando así una nueva visión y desarrollo de competencias. En la generación de la autoconciencia, los médicos obtuvieron una comprensión de sus propios antecedentes etnoculturales, valores, actitudes y creencias y una mayor comprensión y empatía para sus pacientes y sus circunstancias etnoculturales. Las habilidades adquiridas permitieron a los médicos comprender la auto-conciencia y desarrollar la sensibilidad cultural y su práctica.

Otro aspecto que debe ser considerado en este análisis de la atención al paciente inmigrante, es el currículum oculto que ha sido conceptualizado por Haffetry (1998) como la comprensión generalizada de valores, costumbres, rituales, suposiciones y expectativas que se transmiten de forma implícita a través de interacciones informales e influencias organizacionales en la práctica médica. Las evidencias sugieren que el currículum oculto tiene un fuerte componente cultural. En una experiencia con estudiantes, el currículo oculto transmitió un modelo paternalista de la R M-P. Algunos de los mensajes transmitidos por el currículo oculto real pueden comprometer los estándares enseñados formalmente en las Escuelas de Medicina acerca de la R M-P, si el profesional no es consciente de ello²⁴.

La entrevista médica intercultural se efectuará de manera más eficaz siguiendo las siguientes pautas para superar las barreras interculturales según describen Samovar L, Porter ER, Mc Daniel ER, (2007); Ting-Toomey S, Chung CL, (2005); Nelson R (2008) referidos por Bakić-Mirić NM¹⁶:

1. No tratar al paciente de la misma manera en la que le gustaría ser tratado a sí mismo, como proveedor de atención médica, ya que cada cultura tiene un conjunto de reglas para la cortesía, etc.
2. Iniciar la interacción de manera formal, ya que en muchas culturas, existe una mayor distancia social.
3. Permitir que los pacientes sean abiertos y honestos, porque en la mayoría de los casos los pacientes son reacios a informar a los médicos de que están visitando un curandero o están tomando medicación alternativa paralelamente con la medicación prescrita.
4. No pasar por alto los posibles efectos de las creencias en lo sobrenatural en la salud del paciente ya que si ellos creen que su enfermedad fue causada por encantamiento, el mal de ojo o por castigo de Dios, no van a asumir la responsabilidad de su curación. Las siguientes preguntas pueden ser empleadas: "¿Cómo se llama la enfermedad? ¿Qué crees que la ha causado? ¿Por qué cree que la enfermedad comenzó cuando lo hizo? ¿Qué tan grave es la enfermedad? ¿Qué clase de tratamiento cree que es necesario? ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera recibir de este tratamiento? ¿Cuáles son los principales problemas que la enfermedad le ha causado? ¿Qué es lo que más teme acerca de la enfermedad? ¿Va a visitar a un chamán o curandero?"

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

5. Preguntar indirectamente sobre la creencia del paciente o el uso de remedios tradicionales: ¿Qué tratamientos, está recibiendo y si está usando medicinas populares? ¿Qué obstáculos podrían impedirle ser capaz de cumplir con el plan de tratamiento propuesto? Esto puede conducir a la negociación con el paciente para llegar a un curso de acción mutuamente aceptable.
6. Nunca trate de forzar el cambio o el cumplimiento de la demanda de los pacientes, ya que un cuidador debe estar preparado para negociar con el paciente acerca de las instrucciones que debe seguir en cuestiones de salud menos críticos.
7. Emplear siempre la empatía, porque en la mayoría de los casos los pacientes acuden al médico en un momento de vulnerabilidad cuando un paciente ha agotado todos los intentos para cuidar de sí mismo.
8. Tener precaución al informar malas noticias.
9. Observe el estilo de comunicación del paciente ya que aportará información cultural. Si el paciente no le mira a los ojos cuando habla, no mire al paciente a los ojos; hable de la misma forma como lo hace el paciente; si un paciente acude a un miembro de la familia a despejar sus dudas, consulte a ese miembro también y permita que responda a las preguntas; observe la zona de confort físico del paciente, lo que significa que si el paciente se mueve más cerca de usted durante la conversación, mantenerse en su zona de confort¹⁶.
10. Utilice el Modelo LEARN de Ting-Toomey S, Chung CL. (2005), como una guía completa de las interacciones con los pacientes que provienen de una cultura diferente:

Modelo learn

(Listen) Escuchar y hacer preguntas para evaluar qué palabras utiliza el paciente para describir su enfermedad, así como lo que el paciente cree que está causando la enfermedad.

(Explain) Explique (utilizando un lenguaje simple) lo que el paciente necesita entender acerca de su enfermedad y las razones por las que requiere determinada intervención.

(Acknowledge) Reconocer que las opiniones del paciente pueden diferir de la propia y trate de no devaluar su punto de vista.

(Recommend) Recomiende el paciente lo que debe hacer.

(Negotiate) Negociar con el paciente y adaptar las recomendaciones al punto de vista del paciente y el plan terapéutico a su funcionamiento.

Otro punto clave en la transacción con los pacientes inmigrantes, puede ser el obtener el consentimiento informado, con el agravante de sus implicaciones éticas. Como es de esperar, para su aceptación por parte del paciente, debe existir una aproximación favorable, que como se ha venido desarrollando, se encuentra dificultada en el trato con el paciente proveniente de otra cultura. En el sentido legal, el consentimiento informado requiere que el médico le explique determinado procedimiento al paciente y le advierta de los riesgos o peligros, lo que le remite a tomar una decisión.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

Con frecuencia, los prejuicios y conceptos erróneos constituyen barreras no reconocidas y presentes en este proceso. Tanto el sesgo médico, como el de los pacientes son obstáculos en el proceso de aceptación del consentimiento informado, que deben ser superados con el desarrollo de la Competencia Intercultural de los médicos²⁵.

Previamente se ha señalado la importancia de la R M-P en un ambiente intercultural, en donde acontece un intercambio de información, toma de decisiones, información veraz y el desarrollo de planes de tratamiento eficaces, que se verifica a través de la conciencia, la actitud, conocimientos y habilidades de ambos participantes²⁶. Por ello, las medidas de la sensibilidad cultural del clínico son parámetros importantes para evaluar globalmente la calidad de la atención de los pacientes con diversidad étnica, además de ayudar a minimizar las desigualdades sanitarias existentes. Por ello cada vez más, resulta imprescindible que los objetivos de la formación de los sanitarios deben encontrarse dirigidos a: 1. La autoconciencia para ayudar a una mejor comprensión de su propia etnocultura, valores, actitudes y creencias. 2) Sensibilidad, para ayudar a los médicos a adquirir una mayor comprensión y empatía por sus pacientes y sus circunstancias etnoculturales. 3) Desarrollo de habilidades dirigidas a permitir la práctica de la auto-conciencia y la sensibilidad cultural^{23, 27}.

Castro A⁷ menciona una investigación efectuada por Ware, Davies-Avery, y Stewart (1978) quienes concluyeron que en general los pacientes están más satisfechos cuando los profesionales sanitarios se toman el tiempo suficiente para proporcionarles información y asesoramiento, cuando los planes de pago se explican, cuando se disminuye el tiempo de espera, cuando los profesionales tienen actitudes más favorables hacia los pacientes, y muestran un interés personal por ellos. Los pacientes muy satisfechos presentaron cuatro veces más probabilidades de presentar adherencia al tratamiento, siendo el aumento del tiempo de espera el factor más importante de insatisfacción percibido (Moore et al., 2002).

De esta manera, la consciencia, sensibilidad y la competencia intercultural, son habilidades que todo profesional sanitario debe considerar e incorporar a su actividad laboral, con la finalidad de mejorar no solo su profesionalidad, sino que también su desarrollo personal.

VI. PARTICIPACIÓN DE INTÉRPRETES DURANTE INTERVENCIÓN SANITARIA

Un integrante del equipo multidisciplinar de atención al paciente inmigrante, y que colabora en mejorar la calidad de los servicios prestados, se encuentra representado por el intérprete, quienes necesariamente hablan el idioma del paciente, habiendo recibido formación acerca de la cultura y la lengua de las personas que atienden¹⁶. Su participación en el acto médico es de importancia ya que los médicos pueden experimentar 'sesgo clínico' por efectuar sobrediagnósticos de enfermedades, al ser vulnerables a los prejuicios personales e interpretaciones inapropiadas de la información transmitida por el paciente, por la barrera idiomática existente¹⁰.

La participación de los intérpretes debe realizarse con profesionalidad para que su intervención sea favorable. Fung Ch²⁸ enfatiza sobre los efectos negativos del "enfoque triángular" en el marco de

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

la consulta médica, lo que sugiere que se debe evitar colocar los tres participantes en las entrevistas: el paciente, el médico y el intérprete, en la disposición de un triángulo. Más bien, este autor postula que el intérprete debe estar colocado a un lado y ligeramente detrás del paciente a fin de garantizar el máximo contacto visual con el paciente, por parte del médico y el establecimiento de las normas estrictas de confidencialidad.

Ayonrinda O⁶ señala que la relación triangular entre el paciente, el intérprete y el clínico, puede darse también a nivel comunicacional, por diferentes motivos que condicionen la coalición del intérprete ya sea con el médico o con el paciente, como puede ser una traducción inexacta desde y hacia el médico o al paciente; el intérprete puede ser una persona directiva que incorpore aportaciones no solicitadas; la persona que ejerza de intérprete puede carecer del correspondiente vocabulario en ambos idiomas; las señales no verbales pueden pasar desapercibidas o ser mal entendidas; los problemas de transferencia y contratransferencia pueden estar presentes en la díada y la tríada de la comunicación; también el intérprete puede confabularse con el paciente y ocultar información al sanitario, o el paciente puede tener información considerada tabú o ser embarazosa para el intérprete; y el intérprete puede ser rechazado para el paciente debido a su género o etnia en conflicto. Para evitar estas situaciones se hace necesaria la definición de tareas, la interdependencia y el aprecio mutuos. De igual manera, los pacientes pueden mostrarse resistentes a recibir los servicios del intérprete, si el intérprete proviene de la misma comunidad que el paciente, incidiendo en que el paciente se inquieten por la confidencialidad; también el paciente puede sentirse humillado por cuestionar sus habilidades lingüísticas; o puede pretender impresionar con su manejo de la lengua. Considerando además, de que los términos médicos y psicológicos son difíciles de traducir. Un aspecto a destacar es el escaso adiestramiento de los sanitarios sobre cómo trabajar con intérpretes. En consecuencia, surge la importancia de utilizar intérpretes calificados. Wiener y Rivera (2004) referidos por Fung Ch²⁸ ofrecen una guía para los profesionales médicos, sobre la participación de intérpretes en la consulta, durante una entrevista con el paciente:

Antes de la entrevista:

1. Discutir antes de la entrevista y a solas con el intérprete:

- Metas de la entrevista.
- Tópicos a discutir.
- Tiempo destinado a la consulta.

2. Revisar el método de interpretación deseado.

Iniciando la entrevista:

3. Iniciar la introducción.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

4. Explicar el papel del intérprete al paciente.
5. Distribución del espacio físico para que sea centrado en el paciente.
6. Poner énfasis en la confidencialidad.

Durante la entrevista:

7. Manejo del rol del intérprete.
8. Practicar una comunicación clara.
9. Observar las señales no-verbales.
10. Mantener una participación adecuada (Evitando triangulación).

De esta manera los profesionales de la salud, deben de incorporar la figura del interprete como un recurso que cada día sea más demandado con la finalidad de optimizar la atención y hacer realidad la Competencia Intercultural.

VII. DESARROLLO DE LA COMPETENCIA INTERCULTURAL

Las necesidades de servicios de salud adecuados para los diversos colectivos culturales pone en evidencia con frecuencia, diagnósticos erróneos y sufrimiento innecesario de los pacientes, familiares y a nivel social. El desarrollo de la Competencia Intercultural cubre estas necesidades²⁹. Castro A⁷ señala las evidencias encontradas por diferentes autores acerca de las ventajas del desarrollo de la Competencia Intercultural de los miembros del equipo sanitario, Alcaparras (1994) concluyó que la competencia cultural se encuentra directamente relacionada con el empoderamiento del paciente; Ahmann (1994) y Leninger(1994) reportaron que la práctica de la competencia cultural aumenta en gran medida el respeto percibido del paciente. Langer (2002) mencionó que la atención culturalmente competente conlleva la negociación, facilitación de la interacción, y la adaptación de nuevos regímenes y estilos de vida; Lavizzo-Moureyand & MacKenzie (1996) considera la competencia cultural como un factor clave para aumentar el número de pacientes que buscan y reciben una atención sanitaria adecuada.

La Competencia Intercultural se define generalmente como el conocimiento, la motivación y las habilidades para interactuar eficaz y adecuadamente con personas de diferentes culturas. Christopher J³⁰ la define como "la capacidad de los proveedores de atención médica para interactuar con los pacientes que son diferentes a ellos mismos". A su vez Hudelson P¹⁷ manifiesta que los médicos deben ser sensibles a las formas en que la cultura y la lengua pueden influir en la comunicación y la atención clínica, por lo que deben aprender las habilidades necesarias para identificar y responder a las diversas necesidades de los pacientes foráneos según informan Lavizzo-Mourey y Mackenzie, (1996); Carrillo et al., (1999); Brach y Fraser, (2000). Castro A⁷ implica el aumento de la sensibilidad hacia los aspectos culturales, raza, género y orientación sexual, que son reconocidos como un factor

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

importante en la comunicación entre los pacientes y los proveedores de salud, la mejora de la atención médica y la adherencia terapéutica de los pacientes. En fin que como describe Campihna-Bacote³¹ la competencia cultural es la capacidad de comunicación entre dos o más culturas, en el contexto de atención individual, familiar o comunitario. La competencia intercultural incluye el cambiar la propia actitud y apertura hacia los que son culturalmente diferentes, lo que constituye la clave para el entendimiento cultural. Afirma que el cambio de las medidas de la sensibilidad y competencia cultural depende de la humildad y la empatía. Como proponen Terracciano et al., (2005), Dean (2001) un modelo en el que "el mantenimiento de una conciencia de la falta de competencia es el objetivo más que el establecimiento de la competencia", por lo que "el paciente es el "experto" y el médico está en el posición de la búsqueda del conocimiento³².

Hansen M³³ "El entrenamiento en la Competencia Intercultural, constituye un factor importante en el abordaje de las disparidades en el ámbito de la salud. Se empiezan a desarrollar evidencias acerca de la trascendencia de que la formación ayuda a reducir las disparidades, aunque todavía constituye un área de investigación incipiente que aportará mayores resultados en la medida en que se desarrollen programas educativos y las respectivas herramientas de evaluación. Resultando importante el acoplar estos esfuerzos educativos con la transformación de las organizaciones de atención de la salud y los sistemas de prestación de servicios para proporcionar atención culturalmente sensible y eficaz para una población cada vez más diversa.

Bakić-Mirić NM¹⁶ describen cinco atributos necesarios para la aplicación de la Competencia Intercultural en la atención sanitaria: 1) la conciencia cultural, 2) el conocimiento cultural, 3) la comprensión cultural, 4) la sensibilidad cultural, y 5) la habilidad cultural. Mientras que Rosen J²⁶ (2004) manifiesta que los objetivos de aprendizaje para el entrenamiento transcultural implican:

- Conscientizar de sus propios equívocos culturales.
- Trabajar con intérpretes entrenados y no entrenados.
- Evaluar las creencias culturales del paciente acerca de su enfermedad.
- Direccionar las expectativas particulares y miedos del paciente o de sus familiares desde las diferencias culturales en la percepción de su enfermedad y tratamiento.
- Averiguar el uso de tratamiento complementario o alternativo.
- Educar al paciente acerca de la enfermedad de una manera culturalmente apropiada.
- Considerar los factores culturales en el desarrollo de un plan de tratamiento preventivo.
- Considerar la importancia cultural de los miembros de la familia en el desarrollo de un plan de tratamiento.

En esta línea, el Institute of Medicine de USA en el año 2002, promulga que las barreras relacionadas con la prestación de atención intercultural, se pueden eliminar haciendo a los profesionales sanitarios conscientes de las disparidades existentes en la atención de salud, mediante la educación cultural, que incrementan la competencia cultural de los profesionales sanitarios y de las organizaciones en las que prestan sus servicios. Otras Instituciones como el Comité de Enlace de la

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

Asociación Americana de universidades de Medicina (AAMC) en la Educación Médica (ELEB) es un ejemplo de Organización de acreditación profesional, que reconoce la importancia de la competencia cultural con el fin de comprender plenamente las necesidades de atención de la salud integral de los pacientes, considerando los aspectos de las situaciones sociales y culturales que influyen en la calidad de la atención de salud, y la efectividad en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades^{7,29}.

Para finalizar se describe el Modelo de Koehn³ de "enseñanza mutua" que plantea que una manera de ser competentes interculturalmente es que el profesional de la salud informe a sus pacientes de su disposición a aprender de ellos, confiando en ellos para "llenar lagunas" de conocimiento y conciencia cultural. Este modelo de "enseñanza mutua" de Koehn implica por parte del profesional educar al paciente en el formato propio de la interacción o de consulta como construcción cultural, permitiendo que dicho espacio de salud sirva para que se involucren en lo que puede ser una forma nueva y desconocida de la interacción, en la que se incluye un espacio para expresar sus dudas o inquietudes sobre el tratamiento o manejo prescrito, como algo novedoso ya que probablemente no puedan hacer esto en un acto médico en su propio marco cultural. De acuerdo con este argumento, la Competencia Intercultural ejercida por el profesional de la salud, ayuda al paciente en el empleo de habilidades interculturalmente funcionales en la interacción. O como denomina Koehn desarrollar "habilidad funcional transnacional". También se contempla el desarrollo de relaciones interpersonales significativas, lo que lleva a una situación en la que "los participantes en el encuentro clínico están en condiciones de organizar compromisos aceptables, solicitando y avanzando opciones sujetas a negociación intercultural". El concepto de la entrevista médica según el "Modelo Koehn", como la participación de la "enseñanza mutua" ubica al médico en un papel de "informante cultural" que ayuda a los pacientes a adquirir la 'alfabetización médica' y las habilidades necesarias para participar de manera efectiva.

En definitiva, que el desarrollo de la Competencia Intercultural, forma parte de las habilidades con las que cuenta el médico y otros miembros del equipo multidisciplinar para la atención sanitaria de las personas que por diversos motivos han decidido abandonar su país de origen y rehacer su futuro en otras realidades. Valga este documento para transmitir un mensaje en donde cada vez más se obvian los prejuicios y otras barreras, que dificultan la integración del inmigrante y dificultan la convivencia y el bienestar al que todos los seres humanos tienen derecho.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Notas de Prensa. 27 de enero de 2014. Consultada: 15 de noviembre de 2014. Disponible en:
<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.es%2Fprensa%2Fnp822.pdf&ei=tFmFVMacJYq7Ud2KqPgP&usq=AFQjCNFwy37yEeGoYXl6W9BqR7ovzIN6kw&sig2=w9DuaC-GTxLiAWohzmFUPQ&bvm=bv.80642063,d.d24>

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

2. Centro Virtual Cervantes. Diccionario de términos. Consultada: 01 de noviembre de 2014. Disponible en:
http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/interculturalidad.htm
3. Koehn PH. Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters. *Glob Health*. 2006;2:2.
4. Iniesta C, Sancho A, Castells X y Varela J. Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(12): 472-5.
5. Kirmayer L, Fung K, Rousseau C, Tat Lo H, Menzies P, Guzder J, Ganesan S, Andermann L, McKenzie K. Guidelines for Training in Cultural Psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;57(3):1-16.
6. Ayonrinde O. Importance of Cultural Sensitivity in Therapeutic Transactions Considerations for Healthcare Providers. *Dis Manage Health Outcomes*. 2003;11(4):233-248.
7. Castro A & Ruiz E. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2009; 21: 278–286.
8. Rosen J, Spatz E, Gaaserud A, Abramovitch H, Weinreb B, Wenger N & Margolis C. A new approach to developing cross-cultural communication skills. *Medl Teach*. 2004;26(2):126–132.
9. Nápoles-Springer AM, Santoyo J, Houston K, Pérez-Stable E and Stewart A. Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *2005 Health Expectations*. 8;4–17.
10. Hickling F W. Understanding patients in multicultural settings: a personal reflection on ethnicity and culture in clinical practice. *Ethnicity & Health*. February-April 2012;17(1-2):203-216.
11. Ellis MR & Campbell JD. Concordant Spiritual Orientations as a Factor in Physician–Patient Spiritual Discussions: A Qualitative Study. *J Relig and Health*. Spring 2005;44(1):39-54.
12. Hofstede G. *Exploring Cultures: Exercises, stories and synthetic cultures* Intercultural Press, 2002.
13. Chandratilake M, McAleer S & Gibson J. Cultural similarities and differences in medical professionalism: a multi-region study. *Med Educ*. 2012;46: 257–266.
14. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*.1981;22(1):18–30.
15. Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Fujimori S, Shimizu T & Yano E. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Med Ed*. 2006;40: 1180–1187.
16. Bakić-Mirić NM, Gogić AS, Bakić NM. Conceptual framework for communicating health and illness across cultures *Vojnosanit. Pregl*. 2012;69(3): 260–264.
17. Hudelson P. Contextualizing cultural competence training of residents: results of a formative research study in Geneva, Switzerland. *Med Teach*. 2006;28(5):465–471.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y EL RETO TRANSCULTURAL

18. Adler SR, Wilson E & Coulter YZ. Assessing students' socio-cultural knowledge frameworks through concept mapping. *Med Ed.* 2008; 42: 1111–1146.
19. Dehning S, Gasperi S, Tesfaye M, Girma E, Meyer S, Krahl W, Riedel M, Möller HJ, Müller N, Siebeck M. Empathy without borders? cross-cultural heart and mind-reading in first-year medical students. *Ethiop J Health Sci.* July 2013;23(2):113-122.
20. Molinuevo B, Escorihuela RM, Fernández-Teruel A, ADOLF TOBEÑA A & TORRUBIA R. How we train undergraduate medical students in decoding patients' nonverbal clues. *Medical Teacher.*2011;33:804–807.
21. Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Non-verbal behavior in clinician–patient interaction. *Appl Prevent Psychol.* 1995;4:21–37.
22. Levine CS & Ambady N. The role of non-verbal behaviour in racial disparities in health care: implications and solutions. *Med Educ.* 2013; 47:867–876
23. Majumdar B, Keystone J S & Cuttress LA. Cultural sensitivity training among foreign medical graduates. *Med Educ.* 1999;33:177-184.
24. Lamiani G, Leone D, Meyer EC & MOJA EA. How Italian students learn to become physicians: A qualitative study of the hidden curriculum. *Med Teach.* 2011; 33:989–996.
25. Cross AW and Churchill LR. Ethical and Cultural Dimensions of Informed Consent. A Case Study and Analysis. *Ann Int Med.* 1982;96:110-113.
26. Rosen J, Spatz ES, Gaaserud A, Abramovitch H, Weinreb B, Wenger NS & Margolis CZ. A new approach to developing cross-cultural communication skills. *Med Teach.* 2004; 26(2):126–132.
27. Nápoles A, Santoyo-Olsson J, Farren G, Olmstead J, , Cabral R, Ross B, Gregorich E and Stewart A. The patient-reported Clinicians-Cultural Sensitivity Survey: a field test among older Latino primary care Patients. *Health Expect.* 2011; 15:63–77.
28. Fung Ch, Richter Lagha R, Henderson p and Gomez A G. Working with interpreters: how student behavior affects quality of patient interaction when using interpreters. *Med Edu. Online.* 2010; 15:1-7.
29. Hark, LA & DeLisser HM. Achieving Cultural Competency: A Case-Based Approach to Training Health Professionals. *ABNF J.* Summer 2010; 68-70.
30. Christopher J. Dy Ch J and Nelson CH L. Diversity, Cultural Competence, and Patient Trust. *Clin Orthop Relat Res.* 2011; 469:1878–1882.
31. Campihna-Bacote, J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *J Nurs Educ.* 1999; 38(5):203–207.
32. Yvonne M. Johnson and Shari Munch. Fundamental Contradictions in Cultural Competence. *Asistencia social.* 2009; 54(3): 220-231.
33. Hansen M. *Health Care.* June 2014; 22-24.