



Universidad
de Alcalá

Antropología Médica: propuesta para la formación en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario

Medical Anthropology:

**Proposal for interlinguistic and intercultural mediation training in the
healthcare setting**

医学人类学:

关于将该学科纳入医疗领域跨语言与跨文化调解培训计划的提议

2018-2019

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

**Presentado por:
D^a Zhurong Zheng**

**Dirigido por:
Dra. D^a Marta Isabel Sánchez Pérez**

Alcalá de Henares, a 2 de septiembre de 2019

ÍNDICE

0. Introducción.....	- 1 -
0. 引言.....	- 3 -
1. Capítulo 1 Una introducción acerca de la Antropología Médica.....	- 5 -
1.1 La cultura, un factor cada vez más importante en el campo de la medicina.....	- 5 -
1.1.1 La definición de cultura en la medicina: la macrocultura y la microcultura.....	- 5 -
1.1.2 La relación entre la cultura y la medicina.....	- 7 -
1.1.3 Los problemas en relación con la cultura y la comunicación en el ámbito sanitario.-	8 -
1.2 Una breve presentación sobre la Antropología Médica.....	- 10 -
1.2.1 La emergencia de la Antropología Médica y las definiciones de esta disciplina.-	10 -
1.2.2 Una descripción acerca de la relación entre la Antropología Médica y la cultura.-	12 -
1.2.3 Los objetivos y las aplicaciones de la Antropología Médica.....	- 13 -
1.2.4 El desarrollo de la Antropología Médica como disciplina en España.....	- 15 -
2. Capítulo 2 Una propuesta para la formación en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario: la inclusión de la Antropología Médica.....	- 17 -
2.1 Contexto.....	- 17 -
2.1.1 Una breve panorámica del perfil de MILICS.....	- 17 -
2.1.2 Programas de formación de la MI o de la ISP.....	- 19 -
2.2 Los conocimientos básicos para los MILICS.....	- 20 -
2.3 La indispensabilidad de la inclusión de la Antropología Médica en la formación de los MILICS.....	- 22 -
2.4 Conclusión.....	- 24 -
2.4 总结.....	- 25 -
3. Capítulo 3 La metodología.....	- 26 -
3. 第3章 方法论.....	- 29 -
4. Una presentación de ocho temas claves de la Antropología Médica y su análisis: una propuesta de incluir esta disciplina para la formación en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario.....	- 32 -
4.1 Tema 1: La cosmovisión.....	- 32 -
4.2 Tema 2: La definición de salud y enfermedad.....	- 35 -
4.3 Tema 3: Las medicinas tradicionales.....	- 40 -
4.4 Tema 4: Los patrones comunicativos en la consulta médica.....	- 44 -
4.5 Tema 5: La alimentación y la dieta.....	- 51 -
4.6 Tema 6: El dolor.....	- 55 -
4.7 Tema 7: La autoatención.....	- 58 -
4.8 Tema 8: La salud reproductiva.....	- 63 -

4.9 Reflexión y conclusión.....	- 67 -
4.9 反思和总结.....	- 68 -
5. Conclusión.....	- 69 -
5. 结论.....	- 71 -
6. Bibliografía.....	- 75 -
Anexo 1:.....	- 84 -
Anexo 2:.....	- 85 -

Índice de siglas

IS: la IS - la interpretación en el ámbito sanitario; los IS - los intérpretes en el ámbito sanitario

ISP: la ISP - la interpretación en los servicios públicos; los ISP - los intérpretes en los servicios públicos

MI: la MI - la mediación intercultural; los MI - los mediadores interculturales

MILIC: la MILIC - la mediación interlingüística e intercultural; los MILIC - los mediadores interlingüísticos e interculturales

MILICS: la MILICS - la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario; los MILICS - los mediadores interlingüísticos e interculturales en el ámbito sanitario

PS: el personal sanitario

T&ISP: la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos

RESUMEN:

A medida que los procesos migratorios y la movilidad demográfica han ido incrementando, estamos experimentando cada día más encuentros y choques culturales. Esta realidad también afecta al ámbito sanitario. Como es evidente, la creciente diversidad cultural trae como consecuencia la incompreensión, el malentendido, e incluso el conflicto entre el personal sanitario autóctono y el paciente de origen extranjero en la atención sanitaria. Para dar respuesta a esta problemática, resulta de suma importancia la integración de los MILICS que aportan soluciones para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y posibilitar que se dé una comunicación médico-paciente adecuada y eficaz. En este sentido, a dichos mediadores se les requiere una formación específica para poder realizar con éxito su labor. En este trabajo abordaremos una propuesta para la formación en la mediación interlingüística e intercultural: la inclusión de la Antropología Médica en dicho campo.

En el primer capítulo ofreceremos una introducción tanto del factor cultural en el terreno médico como de la evolución de la Antropología Médica para que tengamos un conocimiento básico sobre la importancia de la cultura en la medicina y la estrecha articulación que se da entre dicha disciplina y la cultura. En el segundo capítulo presentaremos una breve panorámica sobre el perfil de los MILICS y los conocimientos que deben poseer, en los que haremos hincapié en la incorporación de los vinculados con la Antropología Médica. En el tercer capítulo demostraremos la metodología que adoptamos en este trabajo. Finalmente, desarrollaremos una presentación de ocho temas claves y representativos de la Antropología Médica y los analizaremos a partir del marco teórico de esta disciplina, a fin de, por un lado, que tengamos una visión más clara de la disciplina en cuestión y encarnar a la interculturalidad en el ámbito sanitario; por otro lado, en el análisis concretaremos las aportaciones de la Antropología Médica para los MILICS en descodificar la clave cultural detrás de los temas y dar soluciones a los problemas culturales al respecto.

PALABRAS CLAVE:

Antropología Médica, interculturalidad, mediación, formación específica, mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario.

摘要:

随着移民进程的不断加速和人口流动的不断扩大，我们正日益经历着越来越多的文化交融和碰撞。医疗领域也深受其影响。显然，日益增长的文化多样性导致当地医护人员与外国患者无法沟通、相互误解甚至产生冲突。为应对这一问题，跨语言与跨文化医疗调解员这一角色至关重要，需要他们为提高医疗服务质量和充分实现医患有效沟通提供解决方法。因此，为使调解工作顺利开展，上述调解员需要接受相关专业培训。借由本文我们希望对上述调解员的专业培训提出建议：将医学人类学纳入该培训计划。

本文第一章将介绍医学领域中的文化因素以及医学人类学的发展状况，以便我们对文化在医学领域中的重要性以及文化与医学人类学的紧密联系有基本了解。第二章将简要阐述跨语言与跨文化医疗调解员这一行业的发展状况以及上述人员应该掌握的知识，其中我们将证明具备医学人类学相关知识的必要性。第三章将阐述本文采用的方法论。最后一章将展示八个医学人类学中具有代表性的典型案例并基以该学科作为理论框架对各案例展开分析，目的在于，一方面，将医疗领域跨文化现象具象化，使我们对医

学人类学有更加清晰的认识，另一方面，通过案例分析具体说明医学人类学对跨语言与跨文化医疗调解员在破译各案例背后的文化密码以及处理相关文化问题方面的贡献。

关键词：

医学人类学、跨文化现象、调解、专业培训、医疗领域跨语言和跨文化调解、跨文化调解。

0. Introducción

En las últimas décadas a medida que el mundo avanza hacia la multiculturalidad, España se ha convertido en un país receptor de una gran cantidad de inmigrantes. Según lo mostrado en el gráfico con respecto a la población extranjera por agrupación de país de nacionalidad de 2017 (elaborado por el Observatorio del SEPE a partir de los datos del INE) en el anexo 1, podemos sacar la conclusión de que España se ha convertido en un crisol de múltiples culturas, ya que aquí convergen personas provenientes de Oceanía, Asia, África, América del sur y del norte, y Europa tanto integrantes de la UE como de fuera de la UE, lo que incluye a personas procedentes de un total de 31 países. Bajo tal tendencia, se hace cada día más patente que la convergencia de tal variedad de culturas trae como consecuencia la complejidad para la cultura nativa de gestionar la interculturalidad y facilitar la integración de las culturas extranjeras.

En efecto, tanto la inmigración como la interculturalidad producen un gran impacto en la atención sanitaria porque estos nuevos miembros extranjeros también son usuarios del ámbito sanitario y las culturas que traen consigo han transformado los centros de salud en lugares de encuentros y choques culturales, que en muchas ocasiones implican barreras tanto lingüísticas como culturales entre el PS (1) autóctono y el paciente de origen extranjero y que requieren de la intervención de terceras partes. En la actualidad, los IS (2) que atiendan únicamente cuestiones lingüísticas ya no pueden satisfacer las necesidades que trae consigo esta nueva realidad, dado que, con mucha frecuencia, la tarea de dichos trabajadores no solo se limita a realizar labores de interpretación entre las partes involucradas sino también de mediación intercultural. En realidad, actualmente, aunque no hay un consenso respecto a si la persona que interviene debe ser intérprete o mediador, lo cierto es que las posturas están cada vez más cerca y se entiende que ya sea una figura profesional u otra debe atender tanto cuestiones lingüísticas como culturales. En tal sentido, se ha propuesto el "mediador interlingüístico e intercultural en el ámbito sanitario" MILICS (3), una figura que ejerce cargos tanto de IS como de MI (4) en el ámbito sanitario, pero va más allá de estos dos profesionales.

No obstante, la mediación intercultural, fenómeno bastante reciente, todavía está en proceso de desarrollo. Consiguientemente, el perfil de los MILICS aún no está definido claramente ni regularizado profesionalmente en España. Hoy por hoy se observa cada vez más llamamientos de requerir a los MILICS una progresiva formación específica. En este caso, abordaremos los conocimientos que deben poseer estos profesionales. Dentro de estos conocimientos, haremos hincapié en la trascendencia de incluir la Antropología Médica, puesto que su estudio se focaliza en la diversidad cultural en el ámbito sanitario y nos permite acercarnos a la interculturalidad en dicho ámbito. En resumen, el objetivo de este trabajo se centra en presentar una propuesta de incluir la Antropología Médica para la formación en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario.

Los primeros dos capítulos constituyen el marco teórico del presente trabajo. En el primer capítulo, ofreceremos una panorámica de la evolución de la Antropología Médica. En este apartado se ahondará en la importancia del factor cultural en el terreno médico y se establece la relación que se da entre la cultura y la medicina, y los problemas culturales inherentes a este ámbito. En lo siguiente, trataremos otros factores de la Antropología Médica como, por ejemplo, la emergencia de esta disciplina, las definiciones desde diferentes perspectivas, los objetivos, las aplicaciones de esta disciplina, junto con su articulación con la cultura, así como el desarrollo de esta especialidad en España.

En el segundo capítulo, nos centraremos en la figura profesional de los MILICS. En primer lugar ofreceremos una panorámica del perfil de los MILICS. En segundo lugar, abordaremos

de forma crítica la formación específica existente para estos profesionales a través de la enumeración de programas de formación de la MI o la IS y de los acopios bibliográficos al respecto. A continuación, procederemos a exponer los conocimientos básicos que diversos actores incluyen como necesarios para la formación de los MILICS, entre los cuales destacaremos la pertinencia de incluir la Antropología Médica como conocimientos complementarios e interdisciplinarios.

El tercer capítulo constituye la metodología de este trabajo, que abarca el objetivo, el instrumento, la justificación de la selección del instrumento de estudio y las etapas de estudio que se divide en tres etapas: la selección y la decisión de temas, el orden de la presentación de los temas, junto con el análisis de los temas recogidos, que detallaremos en el tercer capítulo de este trabajo.

En el último capítulo, presentaremos ocho temas claves de la Antropología Médica y los analizaremos a partir del marco teórico antropológico médico. Los temas están compuestos por una serie de situaciones simuladas que ocurren entre el PS autóctono español y paciente de origen extranjero, cuya diversidad cultural obstaculiza la comunicación entre ellos y requeriría de la intervención de los MILICS. Con respecto al análisis de los temas, abarca la demostración de situaciones de incomunicación o problemas que pueden surgir en la consulta médica entre el PS y los pacientes de distinto origen cultural, la explicitación de los orígenes y las causas de los mismos, los conocimientos necesarios de los MILICS para abordar los problemas, junto con las aportaciones de la Antropología Médica para dichos mediadores en descodificar la clave cultural de la situación y dar soluciones a los problemas culturales presentados.

He aquí, enumeramos todos los temas:

- Tema 1: La cosmovisión.
- Tema 2: La definición de salud y enfermedad.
- Tema 3: Las medicinas tradicionales.
- Tema 4: Los patrones comunicativos en la consulta médica.
- Tema 5: La alimentación y la dieta.
- Tema 6: El dolor.
- Tema 7: La autoatención.
- Tema 8: La salud reproductiva.

Deseamos que, por una parte, a través de la presentación de los temas, podamos acercarnos a los temas recurrentes y representativos de la Antropología Médica y tener más entendimiento en lo concerniente a la interculturalidad en el ámbito sanitario; por otra parte, que el análisis de los temas nos resulte de utilidad para obtener información y ejemplificación de cada tema bajo un fundamento teórico antropológico médico, y justificar la indispensabilidad de incluir esta disciplina en los conocimientos necesarios de los MILICS para solucionar los problemas culturales en el ámbito sanitario.

0. 引言

近几十年来世界朝着多元文化主义方向发展，作为移民接收国的西班牙已接收大量外来移民。如附件一中 2017 年依据国籍划分的外国人口图表所示（该图表由西班牙国家公共就业服务局根据国家统计局数据编制），我们可以得出以下结论：在西班牙汇集了来自大洋洲、亚洲、非洲、南美洲、北美洲以及欧洲（包括欧盟成员国和非成员国）共计 31 个国家的外来人口，显然该国已成为多元文化的大熔炉。在该趋势下，多元文化的汇聚给当地文化在处理跨文化进程、帮助外来文化融入等方面带来困难，这一影响正日益清晰可见。

事实上，无论是移民还是跨文化进程都对医疗服务产生了巨大影响，因为这些新晋医疗服务对象带来的他国文化，使医疗中心成为文化汇聚和碰撞的场所。本土和外来文化的碰撞造成当地医护人员和外国患者之间的交流和文化阻碍，需要第三方的干预来消除该障碍。目前，仅处理交流问题的医疗口译员已经不能满足上述事实产生的新需求，因为口译员的工作通常不只局限于为当事双方翻译，在多数情况下还需要为双方进行跨文化调解。虽然目前就第三方干预人员的身份应为口译员还是调解员这一问题仍未达成共识，但实际上各立场正逐渐趋于一致，认为应该由相关专业人员或能够同时处理交流和文化问题的人员作为第三方进行干预。据此，已有人提出“跨语言与跨文化医疗调解员”，简称 MILICS，即在医疗领域中既担任口译员又担任跨文化调解员，但又不仅仅是这两个职位。

然而，跨文化调解作为新兴研究领域，仍处于发展阶段。因此，跨语言与跨文化医疗调解员这一职业在西班牙并未被明确界定与规定。目前，要求上述调解员接受专业培训的呼声越来越高。基于此，本文将从上述调解员应具备的知识切入，强调将医学人类学纳入以上知识的重要性，鉴于医学人类学侧重研究医疗领域的文化多样性为有助于我们更加了解该领域的跨文化现象。简言之，本文旨在提议将医学人类学纳入医疗领域跨语言和跨文化调解专业培训计划之中。

第一章和第二章是本文的理论框架。第一章将介绍医学人类学的发展状况，深入探讨文化因素在医学领域的重要性、文化与医学之间的联系以及医学领域出现的文化相关问题等。接着，我们将阐述医学人类学的相关内容，例如，该学科产生的背景、从不同角度对该学科的定义、该学科的目标与应用、与文化的联系及其在西班牙的发展历史。

第二章将重点介绍跨语言与跨文化医疗调解员。首先，我们将对这一职业作简要概述。其次，我们将指出目前上述调解员的专业培训项目以及相关书目储存存在的问题。接下来，由多名作者的论述作为印证，我们将提出上述调解员需要掌握的基础知识，并强调将医学人类学纳入其中作为补充和跨学科知识的必要性。

第三章是本文的方法论。包括研究目标、借助工具、选择该工具的理由阐述以及研究阶段。研究共包括三个阶段：案例的选择和确定、案例的展示顺序与最终呈现以及案例分析，我们将在第三章详细说明以上内容。

最后一章将展示八个医学人类学中的典型案例，并以该学科作为理论框架展开案例分析。案例由一系列发生在西班牙当地医护人员与外国患者之间因文化差异而阻碍其交流的模拟情景组成，需要跨语言与跨文化医疗调解员进行干预。案例分析包括模拟发生在医疗问诊期间来自不同文化背景的医患之间无法沟通或者出现问题的场景、阐述情景中出现的问题、说明问题的根源、指出为解决问题调解员需要具备的相关知识以及医学人类学对调解员在破译文化密码、提出解决方案等方面的帮助。

以下是本章最终案例呈现：

- 案例 1：世界观。
- 案例 2：对疾病和健康的定义。
- 案例 3：传统医学。
- 案例 4：医患沟通模式。
- 案例 5：饮食。
- 案例 6：疼痛。
- 案例 7：自我治疗。
- 案例 8：生殖健康。

一方面，本文希望通过所示案例使我们对医学人类学中具有代表性的典型案例以及对医疗领域的跨文化现象有更多的了解；另一方面，希望以医学人类学作为理论框架展开的案例分析有助于我们获得更多与案例有关的信息和例证，同时充分证明将医学人类学纳入跨语言与跨文化医疗调解员必备知识助其解决医疗领域相关文化问题的必要性。

Marco teórico

1. Capítulo 1 Una introducción acerca de la Antropología Médica

En este capítulo ofreceremos una panorámica de la evolución de la Antropología Médica. En el siguiente apartado se ahonda en la importancia del factor cultural en el terreno médico, la relación que se da entre la cultura y la medicina, y los problemas culturales inherentes a este ámbito.

1.1 La cultura, un factor cada vez más importante en el campo de la medicina.

Hoy en día vivimos en un mundo caracterizado por la interconexión, la interrelación y la interdependencia, resultante del aumento de la movilidad demográfica, la inmigración y la emigración. En la actualidad, el estrechamiento de contactos recíprocos, tanto interpersonales como interculturales, han convertido a las sociedades en crisol de culturas, haciendo la interculturalidad una realidad evidente. Para abordar la cuestión cultural en el ámbito médico debemos antes definir el término “**cultura**”, una palabra que abarca distintas acepciones.

1.1.1 La definición de cultura en la medicina: la macrocultura y la microcultura.

Sin duda, cada colectivo dispone de su propia cultura, es decir, los miembros que pertenecen a un grupo cuentan con algunas características en común y otras distintivas, tanto si se manifiestan en sus pensamientos como en sus comportamientos. Como refiere Thomas (1993: 381; cit. en Tjitra, 2001: 13), “la cultura es todas las formas de percibir, pensar, valorar, y actuar que la mayoría de los miembros de una determinada cultura consideran normales, típicas y vinculantes, para sí mismos y para los demás”. A continuación, enumeramos algunas definiciones sobre la cultura para ahondar en este concepto. En palabras de Vargas:

La cultura es el conjunto de creencias y conceptos creado por los grupos humanos e interiorizado por cada uno de sus integrantes a través del lenguaje, y que se manifiesta, tanto en forma ideológica como material, por medio de su comportamiento, en correspondencia con los sentimientos y emociones de cada persona, así como con la estructura y funcionamiento de la sociedad (Vargas, 2004: 262).

Según Valero (2008: 103), “la cultura es el conjunto de factores -normas, convenciones- que regulan el comportamiento de los miembros de una sociedad”. Por su parte, Barañano define la cultura como:

[...] un conjunto de conceptos y creencias creados por cada grupo humano, que se manifiestan tanto en forma material como ideológica, a través del comportamiento individual y colectivo, en correspondencia con la estructura y el funcionamiento social. Es el agente autorregulador del comportamiento de los integrantes del grupo (Barañano, 2010: 21).

A partir de las definiciones anteriores, podemos sacar algunas conclusiones. En primer lugar, la cultura se manifiesta a través de los comportamientos de los miembros de un colectivo, reflejando sus sentimientos y emociones. A la vez, la cultura también sirve como autorregulador de las conductas de los miembros pertenecientes a este grupo. Por lo tanto, tanto los pensamientos como las actuaciones de los integrantes del grupo reflejan la estructura y el funcionamiento social del mismo.

Sin embargo, no hay que olvidar la existencia de la diferencia de conductas y pensamientos entre las personas que forman parte de un mismo colectivo, puesto que la cultura, como producto de los seres humanos, pese a muchas coincidencias presentadas por un grupo o una sociedad, también la enriquecen las características específicas de los individuos. En otras palabras, aunque en general las personas procedentes de la misma comunidad poseen algunos rasgos en común, no podemos pasar por alto sus peculiaridades. En palabras de Atxotegui:

Se tendría que tener en cuenta que muchas personas, por las características de su temperamento, no se sienten bien siguiendo el modelo de conducta estándar propuesto por su cultura. Es decir, no es conveniente "sacralizar" la cultura -aunque sí, obviamente, valorarla y disfrutar de todo lo que aporta- (Atxotegui, 2000: 93).

Todas las definiciones de cultura que acabamos de mencionar se refieren a la macrocultura. Es decir, todo constituye la definición de la generalidad de la cultura. Pero, en este caso, como situaremos la cultura en el ámbito sanitario, o sea, un campo específico, conviene resaltar la microcultura en vez de la macrocultura.

En primer lugar, la cultura se puede dividir en la cultura material y la cultura comunicativa. La primera hace referencia a las costumbres en general y los aspectos relacionados con la vestimenta, la gastronomía, el hogar, el trabajo, las fiestas, entre otros. En cuanto a la cultura comunicativa, es preciso tenerla muy presente puesto que la comunicación es una de las partes más fundamentales en la medicina y en el encuentro e interacción entre el personal sanitario y los pacientes. El Grupo CRIT (2006: 26) apunta que, "la cultura comunicativa se manifiesta básicamente en las formas de conversar, en las formas de interactuar. Los individuos de cada cultura tienen su forma característica de gestualizar, de intercambiar los turnos de palabra, de organizar las conversaciones, de dirigirse a sus interlocutores, de abordar los temas delicados, entre otros aspectos".

Por ejemplo, la interrupción del turno de palabras en la consulta médica no suele ser aceptable por todas las culturas, porque en algunas culturas como la cultura china se trata de una acción ofensiva que puede ser interpretada como una falta de respeto hacia los demás. En este caso, que un médico interrumpa al paciente cuando está relatando puede causar la molestia del paciente, así como la reducción de la confianza de este mismo hacia el médico. En consecuencia, es muy importante conocer la cultura comunicativa de las partes o los problemas que puede acarrear el hecho de que dos interlocutores se comuniquen de manera diferente puesto que la diferencia comunicativa algunas veces trae como consecuencia el malentendido e incluso el conflicto entre dichas partes. En realidad, los problemas derivados de las diferencias entre las culturas comunicativas de los interlocutores, en nuestro caso personal sanitario y pacientes, suelen darse mezclados con los contrastes de cultura material y las dificultades lingüísticas (Ortí et al., 2006: 114).

En línea con las particularidades de la microcultura en el ámbito sanitario, trataremos la cultura desde el punto de vista de la Antropología Cultural. Dicha especialidad parte de la hipótesis de que todas las culturas humanas confrontan problemas similares y para ellos han encontrado distintas soluciones, las soluciones se denominan la orientación cultural. Como en este caso nos centramos en las cuestiones culturales que están presentes y son intrínsecas al campo de la medicina, un ámbito que, en términos generales, viene acompañado por la enfermedad y la salud, debemos relacionar esta orientación con estos dos fenómenos fundamentales dentro de dicho ámbito. Pues, la hipótesis que acabamos de mencionar puede entenderse en nuestra opinión del siguiente modo: al enfrentarse con los problemas de salud, influenciados y orientados por la cultura, los miembros de un colectivo tienden adoptar medidas similares para curar la enfermedad.

En conclusión, al estudiar la cultura en el ámbito sanitario, hay que tener en cuenta tanto la macrocultura, que se refiere a la cultura de generalidad, como la microcultura, tales como la cultura material y la comunicativa, tomando en consideración las propuestas presentadas con respecto a las particularidades de la microcultura. Finalmente, recordamos que las constantes modificaciones y renovaciones, no solo de los comportamientos sino también de los pensamientos de las personas, a causa del cambio de tiempo, el espacio, la situación en que se encuentran, entre otros factores, desempeñan un papel fundamental para comprender la definición de cultura en el terreno médico.

1.1.2 La relación entre la cultura y la medicina.

Cada cultura cuenta con sus propias formas de tratamiento sanitario que corresponden o son influenciadas por el desarrollo de su historia. Según 徐义强 (2012: 6), “每一种文化都有一套长期的历史沉淀并为其所用的疾病观念并衍生出相应的有其自成一格的治疗手段。” Sin embargo, ¿cuándo empezó a notarse la presencia de la cultura en la conceptualización de la enfermedad? Arrizabalaga (2000: 76) afirma que, “hasta la década de 1980, cobraron un peso creciente las interpretaciones relativistas que en mayor o menor medida (según la corriente interpretativa, la naturaleza de la enfermedad estudiada y/o el contexto sociocultural de la misma) enfatizaban el peso de lo cultural en la conceptualización de la enfermedad”. Al mismo tiempo, la gente comienza a reflexionar sobre la significación de lo cultural en el proceso sanitario, es decir, el proceso de salud/enfermedad/atención. Las propuestas presentadas por Menéndez nos ayudan a tener un conocimiento básico con respecto a dicha significación.

- a) Para observar qué entiende cada uno de nosotros por factor cultural debemos partir de las definiciones y de la enumeración de los factores y procesos culturales, pero, sobre todo, de los usos de lo cultural a través de las investigaciones, aplicaciones y/o reflexiones. En este uso, y especialmente en el uso etnográfico, observaremos las condiciones que cada uno imprime realmente a lo cultural.
- b) Lo cultural debe ser analizado a través del campo específico al cual se aplica. Esto no quiere decir que no consideremos lo cultural como generalidad, sino que su definición debe operar a partir de la especialidad debido a que en antropología la supuesta generalidad de lo cultural no es tal, ya que tal generalidad se ha constituido a través de determinados campos y no de otros, orientando la búsqueda de lo cultural sólo hacia determinados procesos.
- c) Si bien es posible que el significado de los diferentes factores culturales esté articulado a nivel de cada sociedad, no es lo mismo que un antropólogo considere la muerte en términos del proceso de salud/enfermedad/atención al desarrollar su investigación sobre un grupo específico.
- d) En el uso de lo cultural referido a problemas/procesos específicos podemos observar no sólo el uso real de lo cultural, sino las exclusiones/inclusiones que implica.
- e) Lo cultural suele ser pensado como dimensión profunda, como la más difícilmente modificable incluso a nivel de la subjetividad de los actores, al ser considerado como parte constitutiva de la subjetividad, pero generalmente sin fundamentar dicha afirmación (Menéndez, 2000: 173-174).

A continuación, concretaremos la relación entre la cultura, la medicina y la sociedad. De acuerdo con Jaspers, a quien cita Canguilhem (1977: 175), “para ratificar los conceptos entre paciente, médico y sociedad, lo que sea enfermedad en general, depende menos del juicio de los médicos que del juicio de los pacientes y de los conceptos imperantes de los respectivos grupos culturales”. En consecuencia, con la finalidad de conocer la articulación entre la cultura y la medicina resulta más importante prestar atención al juicio de los pacientes y de los conceptos que manifiestan los respectivos grupos culturales.

En efecto, la medicina constituye un producto cultural, aunque la solamos considerar como una disciplina meramente científica. A tenor de las palabras de Kottow:

La medicina supuestamente científica, racional y objetiva es también un producto eminentemente cultural, que no reconoce ni representa su objeto de atención, sino que lo construye: personas, pacientes, cuerpos, enfermedades y funciones corpóreas deben todos ser entendidos como constructos culturales elaborados al interior de una sociedad (Kottow, 2005: 73).

En tal sentido, en lo relativo a la medicina todos los fenómenos y procesos están muy ligados a la cultura. En primer lugar, según Martínez (2008: 102), "las enfermedades y sus síntomas, al igual que la vida cotidiana son construcciones de significado que se articulan en un contexto cultural". Por lo demás, desde el punto de vista de Menéndez:

Actualmente asumimos que los factores culturales están presentes no sólo en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso de salud/enfermedad/atención, sino que están presentes en las formas de diagnóstico y tratamiento de los curadores, incluidos los biomédicos y que una de las tareas de la denominada antropología clínica no sólo es reconocer esto, sino contribuir a la descodificación de los factores culturales que operan en la relación médico/paciente (Menéndez, 2010: 175).

Al mismo tiempo, no debemos olvidar la proximidad entre la cultura, la salud y toda la sociedad, puesto que, según lo que relata Salaverry (2017: 165), "somos un subcontinente en el que la diversidad cultural y por tanto su vínculo con la salud no es un tópico que debe buscarse en lugares alejados, sino que está presente en las urbes y permea toda la sociedad".

Tomando todo lo mencionado anteriormente en consideración, podemos sacar la conclusión de que cuando nos referimos a la relación entre la cultura y la medicina, estamos conectando la enfermedad, la salud y la cultura junto con la sociedad. A este respecto, primero, es preciso tener en cuenta los juicios de los pacientes, por ejemplo, cómo definen la enfermedad y la salud, y además, conectar la cultura con los fenómenos médicos, como los síntomas, y con todas las fases sanitarias, tales como el diagnóstico y el tratamiento, entre otras, así como no separar la cultura de la sociedad a la que pertenece, y viceversa.

1.1.3 Los problemas en relación con la cultura y la comunicación en el ámbito sanitario.

A su llegada, los inmigrantes extranjeros que deciden asentarse en España traen consigo sus propias culturas. Estas personas se convierten también en usuarios del ámbito sanitario al igual que los nativos. Como consecuencia de tal convergencia de culturas ocurre que, en numerosas ocasiones, en los centros de salud se dan problemas en la comunicación y en la relación entre el personal sanitario autóctono y los pacientes de origen extranjero debido a la incomprensión y a malentendidos que derivan, en su mayoría, del desconocimiento de las diferencias culturales que se dan entre personal sanitario autóctono y pacientes de origen extranjero.

El crecimiento de encuentros y choques culturales en los servicios sanitarios supone un gran reto para los trabajadores de la salud. Por su parte, estas dificultades, que se producen en la interacción con el paciente culturalmente diferente, se pueden dividir en dos tipos. El primer tipo es indirecto, o sea, no se deben a la comunicación en sí, sino a las asunciones más o menos automáticas que el personal sanitario y el paciente tienen como, por ejemplo, sobre el modo de entender la enfermedad y la salud, que no solamente son diferentes, sino que a veces

son incompatibles. El segundo tipo es directo y se refiere a las diferencias en los estilos de la comunicación y el proceso de interpretar los significados (Qureshi et al., 2009: 57).

Entre los tipos de dificultad, sean directos o indirectos, el más habitual indudablemente es malentendido entre las dos partes indicadas. Las causas más frecuentes del malentendido entre personal sanitario y pacientes procedentes de diferentes contextos socioculturales son varias, tales como que el paciente no conoce la cultura del país en el que se ha asentado, en este caso, nos referimos al funcionamiento tanto de los centros sanitarios como de los sistemas sanitarios, y el médico, por su parte, desconoce la cultura del paciente.

Con respecto a los malentendidos, cabe mencionar que aquellos que son provocados por factores culturales pueden llegar a tener efectos más negativos sobre los contactos y las relaciones entre las personas que los puramente lingüísticos, debido a que, como afirma Müller (1991: 31; cf. también Müller-Jacquier, 2003), "los aspectos relacionados con la cultura y la mentalidad afectan de un modo directo a la personalidad del actante".

A continuación, enumeraremos más problemas culturales que se pueden encontrar en el ámbito sanitario. El primero se trata del estereotipo cultural, un fenómeno que ocurre con frecuencia en la comunicación intercultural, en particular, ante colectivos pertenecientes a culturas lejanas a causa de la falta de similitud y del desconocimiento. Además del estereotipo cultural, pueden darse problemas más graves, por ejemplo, las contradicciones e incluso los conflictos sobre las culturas sanitarias y comunicativas entre el PS y el paciente que provienen de distintos contextos culturales.

Bajo estas circunstancias, en algunas ocasiones la significativa variedad cultural en el ámbito sanitario puede obstaculizar una relación efectiva entre los usuarios y el PS. Seppilli sostiene que:

En situaciones caracterizadas por una gran diversidad en las concepciones relativas a las causas y la naturaleza misma del "estar mal", y por una más general y significativa heterogeneidad en los horizontes culturales de amplios estratos populares y del propio personal sanitario, se observa la imposibilidad de una articulación efectiva entre la oferta de servicios sanitarios y las expectativas de los posibles usuarios (Seppilli, 2000: 34).

Además de los problemas relacionados con la cultura que acabamos de mencionar, García-Beyaert y Serrano (2009: 54) ponen de manifiesto que, "en la provisión de atención sanitaria a las personas inmigradas se tiende a subestimar el impacto de los problemas de comunicación a pesar de que está demostrado que la lista de consecuencias es larga". La omisión de los problemas de la comunicación puede traer consecuencias negativas. Los trabajos de Divi et al., (2007), Cohen et al., (2005), Schyve (2007) y Bowen (2004) sostienen que las barreras lingüísticas limitan el proceso de consentimiento informado y contribuyen a una morbilidad y mortalidad evitables. Otros estudios determinan que las dificultades de comunicación derivadas de la existencia de barreras idiomáticas y culturales se asocian con una amplia variedad de resultados, incluyendo un mal diagnóstico, tratamiento inadecuado, y el uso inadecuado de los medicamentos (Flores et al., 2003; Bowen, 2004; Goldman, 2006; Jacobs et al., 2006; Divi et al., 2007). En Schyve (2007) se concluye que las barreras en la comunicación paciente-proveedor son una de las causas comunes de los eventos adversos en la atención sanitaria.

Ante el surgimiento de los problemas culturales y comunicativos en los servicios sanitarios cada día más numerosos dado el aumento de una sociedad más diversa, nos cuestionamos acerca de cuáles son las causas que ocasionan los problemas a las partes involucradas. Por la parte de los profesionales sanitarios, incluimos una respuesta en la que se atribuye el problema a la incapacidad de la cultura corporativa:

La incapacidad de la cultura corporativa para resolver estas contradicciones nace de su fundamentalismo. Es la consecuencia de las posiciones teóricas con que se construye el discurso médico y cómo éste la escritura, de su falta de autocritica y de la ausencia de instrumentos analíticos que permitan afrontar los problemas y las contradicciones perceptibles en su seno. La cultura corporativa de los servicios no puede proponer alternativas distintas que no la contemplen como al servicio de los intereses de los profesionales. No pueden aceptar esa cultura como una realidad compleja en la que la presencia social del paciente forme parte de la misma (Comelles, 2010: 324).

Ahora, giramos la mirada hacia la parte de los pacientes, ¿cuál es la causa fundamental que provoca estos problemas por su parte? Según Menéndez:

Parto de supuesto que el paciente, aun a nivel de su pertenencia étnica, necesita entrar en relación con procesos, instrumentos, relaciones que reconozco y que, en consecuencia, al menos parcialmente debieran incluirse factores y procesos que recuperen su pertenencia cultural/personal. Pero debemos también asumir que el paciente, por diversas razones, no quiera hablar mucho sobre todo respecto a determinados aspectos que no sólo pueden explicarse por la asimetría de la relación curador/paciente, sino por la existencia de otros tipos de asimetrías, lo cual implica la necesidad de disponer de tecnologías que posibiliten la producción de la palabra o de otras formas de expresión (Menéndez, 2000: 183).

En conclusión, los problemas culturales, tales como la incomprensión, el malentendido, el estereotipo cultural, y los problemas comunicativos en el ámbito sanitario se atribuyen tanto al PS como al paciente. Hoy en día, aún se presta poca atención a dichos problemas y no se da una solución eficaz a los mismos. En este sentido, debemos adoptar medidas para intentar acabar con ellos, con la intención de establecer una comunicación eficaz y adecuada, y de mejorar la calidad de los servicios sanitarios respetando las culturas de los pacientes. Antes de dar soluciones a los problemas, lo más esencial se centra en conocer los orígenes y las causas de la aparición de estas divergencias culturales y comunicativas. En el siguiente apartado, ofreceremos una panorámica de la evolución de la Antropología Médica, una disciplina que resulta útil y beneficiosa para obtener informaciones más concretas sobre lo cultural y lo comunicativo en el campo de la medicina.

1.2 Una breve presentación sobre la Antropología Médica.

En este apartado trataremos la Antropología Médica como disciplina, y abarcaremos cuestiones como la emergencia de la disciplina, sus definiciones, sus objetivos, sus aplicaciones, su desarrollo en España, junto con la articulación que se da entre esta disciplina y la cultura.

1.2.1 La emergencia de la Antropología Médica y las definiciones de esta disciplina.

A lo largo de la historia de los seres humanos, la enfermedad y la salud siempre nos han seguido como las experiencias generales de la vida. No obstante, las definiciones de estos fenómenos, las explicaciones en respuesta a sus causas, las maneras de curar enfermedades o las formas para promocionar la salud, y los tratamientos correspondientes, entre otros aspectos, son manifestados de diferente manera por cada cultura. Con esto, nos surgen las siguientes preguntas, ¿cómo consideran la enfermedad y la salud las personas que pertenecen a divergentes colectivos de acuerdo con sus propias culturas? ¿Cuáles son las causas a las que

atribuyen estas consideraciones? Y, ¿a qué recurren las personas de distintos contextos culturales cuando están enfermas? En efecto, todas estas preguntas se relacionan a grandes rasgos con la Antropología Médica.

Antes de adentrarnos en los orígenes de la Antropología Médica, resulta necesario poner de manifiesto la relación que se da entre la antropología y la medicina. Kottow (2005: 43) sostiene que, "la antropología posee las herramientas para comprender las significaciones culturales que la enfermedad y las iniciativas de curación reciben en diversas culturas". En tal sentido, con el objeto de investigar en profundidad estas significaciones culturales nace la Antropología Médica, que intenta ampliar los horizontes para estudiar la cultura en la medicina dedicándose a los temas socioculturales.

En cuanto a la emergencia de esta disciplina, su origen se remonta al siglo pasado. Según Kottow (2005: 180), "es solamente en el siglo XX que se va produciendo una modificación de perspectivas que permitirá el nacimiento de una Antropología Médica indiferentes a los conceptos esquemáticos y especulativos, respetuosa de percibir y describir al enfermo, al terapeuta y su encuentro clínico". Pero en realidad, el comienzo formal de la Antropología Médica ocurre en un Simposio sobre Sistemas Médicos Asiáticos, realizado en Austria en 1971 (Nichter et al., 2002: 112).

No obstante, tras su aparición, la Antropología Médica se encuentra en un territorio de indefiniciones, donde se trata de conciliar áreas del campo de la antropología sociocultural y de la antropología biológica o física, y de estas con la medicina y más recientemente con la salud pública (Díaz Bernal et al., 2015: 657). En aquel entonces, muchas personas tomaban la Antropología Médica como una disciplina que simplemente estudia los contextos culturales y sociales de los problemas de salud humana o los sistemas de salud. Pero, de hecho, la investigación a la que se dedica la Antropología Médica va más allá de esto. A través de las definiciones de esta disciplina presentadas desde distintos puntos de vista, podemos tener más conocimiento sobre esta disciplina y sus objetivos de investigación.

En primer lugar, según Moreno (2010: 4), "la Antropología Médica es un conjunto de una serie de temas, de los cuales destaca la relación entre lo cultural y lo biológico y su énfasis en denotar su plasticidad y capacidad de diferenciación de ser humano". Además, la Antropología Médica, es la subdisciplina que entiende la salud en el ámbito de la cultura, comprende el trinomio salud-enfermedad-atención, como universal, frente al cual cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica, lo que le otorga suficiente variabilidad (Pizza, 2007: 267-87; Suárez, et al., 2004: 42-55). En la opinión de Suárez (2001: 82), "la Antropología Médica es una disciplina que ha permitido demostrar cómo los conceptos de salud, enfermedad, muerte, dolor, prácticas terapéuticas, entre muchos otros, son formas de expresión de la cultura que a su vez se relacionan íntimamente con la organización social, la política, la economía y los sistemas de creencias".

此外，我们也列举几个中国文献中关于医学人类学的定义。首先，医学人类学是医学与人类学相交织的一门边缘学科，将人类学的理念与研究方法应用在疾病认知、治疗实践和健康保健等医学领域 (徐义强, 2011:124-130)。此外，医学人类学是用人类学的观点和方法，从生物学和社会文化的角度，研究人类的疾病和保健问题及其与生物学因素和社会文化因素的相互关系的一门学科 (王天虹，更藏加，降拥四郎，赖先荣，张艺和央嘎，2016: 318)。

De todas las definiciones anteriores concluimos que el núcleo de estudio de la Antropología Médica se concentra en la manifestación de la cultura en el campo de la medicina, teniendo en cuenta varios terrenos, tales como la sociología, la etnografía, la epidemiología, entre otros.

En el siguiente apartado, ahondaremos en la relación se da entre la Antropología Médica y la cultura.

1.2.2 Una descripción acerca de la relación entre la Antropología Médica y la cultura.

Por regla general, al hablar de la Antropología Médica, es indispensable conectarla con la antropología, dado que se trata de una subrama de esta última. Así que antes de acercarnos a la vinculación indicada, resulta trascendente que estemos informados de la articulación entre la antropología y la cultura. He aquí, presentaremos dos explicaciones.

La antropología enseña que una cultura no es un escenario de conceptos canónicos compartidos, sino un conjunto vivo de significaciones utilizadas con variaciones de género, edad, perspectiva política, conceptos que se actualizan diversamente en la interacción social cotidiana. Con todo esto la antropología enfatiza el pluralismo, pero también da la voz de alarma acerca de las consecuencias que tendrá no respetar ese pluralismo y empecinarse en ejercer la autoridad, poder y discriminación (Sakamoto: 2002).

A tenor de la primera perspectiva, concluimos que la antropología hace énfasis en el pluralismo de la cultura, mientras da la alarma sobre la posibilidad de que se ocasionen consecuencias negativas en el caso de que no se respete la diversidad cultural y se persista en el ejercicio de autorización, poder y discriminación.

Para la antropología, la cultura son las formas de vivir, pensar y sentir de los distintos individuos y grupos sociales, que incluye tanto lo consciente como lo inconsciente y conjuga el objeto de la cultura con sus sujetos, el individuo con su sociedad -lo común y lo individual-, las formas de vida con los sistemas ideaciones y emocionales, lo particular con lo general. La cultura se encuentra tanto en el mundo como en la mente y los sentidos de las personas, no es sólo un modo de vida, también constituye un sistema de ideas y sentimientos (Anrubia, 2008).

La segunda opinión destaca que la cultura puede ser reflejada por los sistemas ideaciones y emocionales de los distintos individuos y grupos sociales, tanto de forma consciente como inconsciente. En conclusión, a través de las dos citas anteriores, se demuestra de manera clara que la antropología está muy ligada a la cultura. Desde el punto de vista de la antropología, la cultura es un conjunto de conceptos que se actualizan diversamente en la interacción social cotidiana y las formas de vivir, pensar y sentir de los distintos individuos y grupos sociales, incluido su sistema de ideas y sentimientos. Además, debemos respetar el pluralismo de la cultura, de lo contrario se puede desembocar en consecuencias negativas.

La relación entre la Antropología Médica y la cultura queda clara en la labor de dicha disciplina. Su labor en conformidad con las palabras de Kottow:

La labor de la Antropología Médica consiste en reconocer y llamar la atención sobre la complejidad cultural y valórica que la enfermedad toma para los afectados, conminando a la medicina a hacerse cargo de una realidad válidamente más multifacética de lo supuesto por las ciencias duras. La Antropología Médica ha de preocuparse por indicar lo relevante y constitutivo del quehacer terapéutico frente a lo que diversas culturas denominan y reconocen como enfermedad (Kottow, 2005: 44; 177).

Esta cita pone de manifiesto que la Antropología Médica se dedica a estudiar la complejidad cultural en el campo de la medicina y las diferencias de los pacientes al valorar la enfermedad, con la finalidad de indicar lo importante y constitutivo del tratamiento ante lo que diversas culturas denominan y reconocen como enfermedad.

此外，据徐义强(2012: 9)所述：“医学人类学的文化论者即认为文化系统的信仰、价值与习俗是疾病与治疗的根本因素。作为文化的重要组成部分，医疗体系与疾病认知是社会文化的适应策略，与文化的其他部分紧密相关”。

En conclusión, la relación entre la Antropología Médica y la cultura no es sino que esta disciplina sitúa la estrecha vinculación de antropología y la cultura en el panorama de la medicina. En otras palabras, se trata de una disciplina que conecta la medicina, la humanidad y la cultura, estudia la cultura subyacente de tanto los comportamientos de curar la enfermedad y promocionar la salud, como los conceptos y significaciones que otorgan las personas a los fenómenos, tales como, la enfermedad, la salud y la atención sanitaria, y el proceso sanitario, en concreto, la consulta médica, el examen diagnóstico y el seguimiento, así como las ideas y sentimientos de los pacientes sobre los aspectos mencionados, a fin de aclarar el pluralismo cultural en el ámbito sanitario. Por lo tanto, la Antropología Médica y la cultura son dos facetas con un vínculo estrecho e inextricable.

1.2.3 Los objetivos y las aplicaciones de la Antropología Médica.

Según las definiciones de la Antropología Médica, se ven entrelazadas varias disciplinas. En primer lugar, empezamos por la explicación de los objetivos. En la opinión de Salaverry:

La Antropología Médica es una disciplina cuyo objeto ha estado cercano a la práctica médica desde la antigüedad, y que con la actual globalización y la mayor visibilidad de la cultura adquiere una renovada importancia, especialmente para la salud pública, pese a lo cual es prácticamente desconocida para amplios sectores de la medicina contemporánea (Salaverry, 2017: 165).

En cuanto a los estudios iniciales de la Antropología Médica, Good (1994) afirma que la Antropología Médica se inicia con estudios en culturas distantes: Ries y luego Leslie investigan en la India, Good lo hace en Nigeria, Kleinman en China, conformando un cuerpo de conocimientos que iluminaron el saber y las tradiciones terapéuticas en muy diversas partes del mundo, permitiendo dar inicio a las teorías antropológicas sobre enfermedad, terapéutica y conocimiento médico. En contraste con los inicios de Antropología Médica, su posterior desarrollo muestra, de forma paulatina, lo cultural tanto de la corporeidad humana como la variabilidad cultural en el proceso salud-enfermedad-atención. Según Pizza:

Si bien al inicio, la Antropología Médica le hizo el juego al paradigma positivista propio de las ciencias biológicas, poco a poco fue contribuyendo a mostrar la construcción cultural de la corporeidad humana, y la variabilidad cultural de la universalidad del proceso salud-enfermedad-atención. Por otro lado, fue transformando su interés sobre las “concepciones compartidas” hacia las prácticas en salud y sus ejecutores, como expresiones concretas de dichas concepciones (Pizza, 2007: 267-287).

García y Díaz (2009) afirman que, “la Antropología Médica se dedica al estudio de las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven sus problemas de salud, así como la organización de los sistemas de atención y el análisis de las creencias y prácticas respecto al proceso salud-enfermedad en cualquier tipo de sociedad”.

同样，我们也例举几个在中国文献中对医学人类学研究内容的说明。研究内容包括：跨文化医疗系统（如不同民族、不同历史之间）的比较研究，与人类学有关的营养、人口、出生、年龄、药物滥用、社会流行病学等问题，以及人种心理学、生物医学的文化分析，

还包含古病理学和疾病人种历史学研究及临床应用人类学(Kleiman,若水(编译), 1995: 275)。

Mediante la evolución de la Antropología Médica, su estudio también ha experimentado cambios y modificaciones. Sobre todo, en las últimas décadas, la considerable movilidad demográfica a escala global ha dejado grandes repercusiones en la disciplina. En función de lo que demuestra Salaverry (2017: 165), “este tema se enmarca en una perspectiva mucho más amplia que incluye las migraciones internas, lo que es una constante que ha cambiado la composición social de nuestras ciudades y constituye uno de los temas que la Antropología Médica tiene como pendiente”.

A continuación, hacemos alusión a las aplicaciones de la Antropología Médica. Aquí cabe indicar que se trata de una disciplina aplicada. Según Junge (2001: 18-19), “la consideración de los aspectos psicosociales y culturales de procesos vitales y biográficos, altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas, tales como la sexualidad, embarazo y parto, toda la amplia gama de “enfermedades mentales”, se incluyen entre los ámbitos de acción y reflexión que enfatizan a la Antropología Médica como una ciencia aplicada”. En efecto, las mejores justificaciones para la aplicación de la Antropología Médica en espacios concretos, considerados antropológicos, se basan en los siguientes puntos. Según Vargas y Casillas:

- la existencia de diferencias o distancias socioculturales entre los gestores de la actividad vinculada a la salud y al proceso salud-enfermedad-atención, y los beneficiarios de ella;
- aquellas acciones que involucren la alteración de hábitos y conductas humanas ancladas en el acervo sociocultural de las colectividades;
- las actividades de investigación o acción, que se producen en los ámbitos de interacción, entre el personal de salud y la población usuaria o diana (Vargas et al., 2007: 79-110).

Finalmente, haremos alusión a las contribuciones de la Antropología Médica. En la opinión de Díaz, Aguilar y Linares:

La Antropología Médica aplicada a la salud en definitiva podría contribuir, a la adecuada atención a las necesidades y exigencias de la población en cuanto a los servicios de salud que se le brindan. En este sentido la salud pública requiere la comprensión antropológica de la diversidad cultural, para entender cómo se estructura el sistema de relaciones que cada grupo humano establecerá con sus pares y con los otros, como parte esencial de la complejidad del mundo social, sobre el que se habría de actuar desde cualquier tipo de actividad salubrista (Díaz et al., 2015: 661).

Desde el reconocimiento de la variabilidad biológica, la antropología también ha contribuido a ponderar la individualidad del ser humano, a través del entendimiento de la respuesta absolutamente personal ante cualquier intervención, ya sea de tipo orgánica o no (Vargas et al., 2007: 79-110).

Tomando en consideración los objetivos y las aplicaciones de la Antropología Médica, en primer lugar, podemos resumir que los enfoques dentro de la Antropología Médica han venido a completarse con una dimensión aplicada en dar soluciones a los problemas socioculturales concretos en el campo de la medicina. Así, por un lado, las aplicaciones nos ayudan a tener más entendimiento con respecto a la interculturalidad en el proceso salud-enfermedad-atención y comprender mejor los diferentes comportamientos y pensamientos de los pacientes que provienen de distintos contextos socioculturales; por otro lado, las aplicaciones y aportaciones multifacéticas, tanto teóricas como pragmáticas, de la Antropología Médica resultan de gran utilidad para satisfacer las necesidades y satisfacer las expectativas de los pacientes en cuestión. De hecho, por el cambio, la renovación, la amplitud

de los temas que han desarrollado la Antropología Médica, podemos considerar que se han abierto más horizontes referentes al pluralismo cultural en el campo de la medicina.

1.2.4 El desarrollo de la Antropología Médica como disciplina en España.

El inicio de desarrollo de la Antropología Médica en España se puede remontar a un viaje de George Foster, acompañado por Julio Caro Baroja en 1949, quien se interesó por las relaciones entre la medicina española del Siglo de Oro y los saberes médicos de la Nueva España. Durante las dos décadas siguientes, un grupo de norteamericanos y británicos realizará trabajo de campo en España, pero con escaso interés por la salud y la enfermedad. Algunos mostraron interés en la brujería y la Inquisición, por ejemplo, Caro Baroja (Martínez et al., 2015: 211).

Después, los estudios de los años cincuenta cumplieron un papel esencial al desarrollar una preocupación sobre la cultura española, incluyendo a veces temas de salud y enfermedad (Kenny et al., 1980: 38). Sin embargo, en aquel entonces aún no existía la antropología española que emerge en los años sesenta, década en la que se publican las obras de Julio Caro Baroja, Claudio Esteva Fabregat y Carmelo Lisón Tolosana, entre otros autores. A partir de 1971 aparecieron una serie de libros sobre medicina popular, sin embargo, estos trabajos aparecen bajo la influencia de las publicaciones de los autores extranjeros de los años cincuenta y sesenta (Kenny et al., 1980: 40).

A principios de los años ochenta, la publicación de un libro llamado *La Antropología Médica*, compilado por el antropólogo Michael Kenny y el sociólogo Jesús de Miguel supone la primera publicación formal de la Antropología Médica. Este libro, de acuerdo con Peidiguero, Comelles y Erkoreka (2000: 353), se proponía presentar en España el punto de vista de la antropología social y cultural sobre los fenómenos sociales y culturales relacionados con la salud y la enfermedad. Después, ya surgieron muchas publicaciones que contribuían a la puesta en marcha de la aplicación de la antropología en el medio clínico. En la misma época de los años 80, cabe mencionar las Primeres Jornades d'Antropología de la Medicina, impulsadas por Josep Ma. Comelles, que se celebraron en septiembre de 1982 con la participación de doscientos investigadores e hicieron muchas aportaciones teóricas a la Antropología Médica.

A continuación, concretaremos la institucionalización de la Antropología Médica en España. A finales de los setenta la publicación de algunos estudios sobre medicina popular en el País Vasco da pie al inicio de la institucionalización definitiva de la Antropología Médica en España (Kenny et al., 1980: 40). No obstante, el proceso de la institucionalización de la Antropología Médica está bastante retrasado en la actualidad tanto en las estructuras universitarias como en los servicios sanitarios, aunque se advierte cierta apertura en sectores médicos tradicionalmente interesados en lo social (la salud pública, la psiquiatría, y la educación para la salud) (Seppilli, 2000: 43). Desde mediados de los años ochenta hasta los años noventa del siglo pasado, la Antropología Médica empezó a ocupar su presencia tanto en los Congresos de Antropología del Estado Español como en reuniones celebradas en distintas zonas de España, e incluso tuvo su institucionalización académica en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, lo cual luego se convirtió en 2007 en Máster de Antropología Médica y Salud Internacional.

En definitiva, hablaremos del desarrollo de las referencias bibliográficas en el campo de la Antropología Médica en España. La publicación de dichos materiales aumentó mucho a partir

del año 2000, según Martínez et al. (2015: 216), el año 2000 se inventariaron unas 1.600 referencias bibliográficas en este campo. La producción posterior ha triplicado probablemente esa cifra. No obstante, existían deficiencias en estas referencias bibliográficas, por ejemplo, la dificultad de localizar los libros al respecto por su mezcla con las publicaciones de otras disciplinas, la definición difícil de este campo, el acceso limitado de las publicaciones ya existentes, entre otros aspectos.

Como solo han pasado unos decenios desde la formación oficial de la Antropología Médica en España hasta el día de hoy, esta disciplina aún está en proceso de evolución. En la actualidad, existen muchos debates relacionados con esta especialidad. Por ejemplo, a su vez, desde la Antropología Médica, resulta necesario un referente operativo y vinculante que oriente, articule y optimice sus aportes a la salud pública (Hersch-Martínez et al., 2007). Con excepción de los debates, la globalización y la consiguiente multiculturalidad han producido una nueva fase en el proceso de medicalización, lo cual trae como consecuencia una transición en la nueva agenda de la Antropología Médica, este cambio también tiene efecto en España.

2. Capítulo 2 Una propuesta para la formación en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario: la inclusión de la Antropología Médica.

En el primer capítulo se ha puesto de manifiesto la existencia de problemas tanto culturales como comunicativos en el ámbito sanitario, a fin de acabar con estos problemas resulta imprescindible la mediación interlingüística e intercultural. En este presente capítulo, desarrollaremos los conocimientos básicos de los MILICS, entre los cuales, enfatizamos la necesidad de la incorporación de la Antropología Médica.

2.1 Contexto

2.1.1 Una breve panorámica del perfil de MILICS.

En las últimas décadas, España se ha convertido en una tierra receptora de una considerable cantidad de inmigrantes extranjeros, estos nuevos ciudadanos traen consigo sus propias lenguas, creencias y pautas culturales que, en ocasiones, generan una serie de problemas en los servicios públicos de este país. Los problemas no son sólo para los servicios públicos y sus profesionales, sino que los usuarios de origen extranjero encuentran dificultades y barreras lingüísticas y culturales para acceder a unos servicios a los que tienen derecho y que financian también con sus impuestos. Actualmente, las modificaciones del Real Decreto Ley 16/2012 limitan el acceso de la población extranjera a los servicios sanitarios, el derecho universal a la asistencia sanitaria de dichas personas ahora depende de sus circunstancias laborales y económicas. Según Sánchez (2015: 15), "se trata de un criterio que deja fuera del Sistema Nacional de Salud a los colectivos más desfavorecidos y vulnerables, especialmente a ciudadanos sin recursos económicos y a los extranjeros sin permiso de residencia que difícilmente podrán hacer frente al pago de la contraprestación requerida por la atención sanitaria recibida".

Por la parte de los extranjeros que tienen acceso a los servicios sanitarios, los problemas que surgen en el ámbito sanitario suelen derivar de la limitación de comunicación interlingüística y, en particular, del desconocimiento de las diferencias culturales entre PS nativo y pacientes de origen extranjero. En estas situaciones, se requiere de la intervención de una tercera parte para facilitar la comunicación y llegar al entendimiento mutuo de las dos partes indicadas. Por el momento, dentro de los servicios públicos nos podemos encontrar con dos figuras: MI y ISP (5). A pesar de que las similitudes entre MI y ISP son evidentes, existen diferentes posturas ante estas dos disciplinas (6) y el debate sobre ellas sigue abierto. En realidad, uno de los ámbitos donde el debate es más controvertido es el ámbito sanitario, puesto que es donde los perfiles de los profesionales de ambas disciplinas están menos claramente delimitados (Raga, 2014: 10). Sin embargo, en el campo de actuación de las intervenciones en casos concretos, los informes laborales en los que se registran las actividades de los ISP y de los MI parecen indicar que el perfil de ISP o de MI no se asocia a un diferente desempeño de su labor (Raga, 2014; Muñoz, 2010). Teniendo en cuenta la información que revelan los informes, parece que el debate sobre la diferenciación entre ISP y MI en el ámbito sanitario se da más en el plano teórico que en la práctica profesional (Sánchez, 2015: 128).

En la actualidad en los centros sanitarios hay pocos servicios activos tanto de MI como de ISP. En lo concerniente al origen de la MI, Giménez (2007) sitúa el inicio de la MI en España en torno al año 1995, y, aunque actualmente ya existen definiciones y caracterizaciones

explícitas sobre esta disciplina (7) e incluso pese al "boom" que vivió la profesión desde 2003, la realidad es que en ciertos ámbitos su actividad se encuentra escasamente delimitada y legitimada (Grupo CRIT, 2014: 133). Tras la época del boom, la MI se vio fuertemente afectada por la crisis económica mundial y gran parte de los servicios de MI que existían desaparecieron (8).

Al mismo tiempo, ante las barreras lingüísticas y, sobre todo, culturales cada vez más patentes y polifacéticas, aparecen cada día más necesidades de la emergencia de un nuevo perfil, que tenga capacidad de solucionar los problemas lingüísticos, y lo más crucial, de romper el desconocimiento, la incomprensión y el malentendido que se originan debido a las diferencias culturales entre las partes involucradas. En tal sentido, algunos autores han propuesto la denominación "mediador interlingüístico e intercultural en el ámbito sanitario, MILICS" (Grupo CRIT, 2014) para hacer referencia a esta nueva figura profesional. Siendo los MILICS mediadores en el ámbito sanitario, en primer lugar, han de conocer la labor de los mediadores en este ámbito. Giménez sintetiza el conjunto de tareas realizadas por estos mediadores de la siguiente forma:

La labor de los mediadores en este terreno se está dirigiendo fundamentalmente a ayudar a los usuarios a acceder a los recursos sanitarios mediante derivaciones, acompañamientos y seguimientos, pero también, y de manera especial, a apoyar a los profesionales con el asesoramiento que demandan en forma de sesiones informativas y formativas sobre claves culturales, readaptación del material divulgativo para prevención mediante la traducción y adaptación de folletos, para conectar con población inmigrante para que asista a charlas y cursos, etc. (Giménez, 2002: 170).

En realidad, conseguir realizar con éxito las tareas y funciones del mediador intercultural es complejo puesto que requiere integrar conocimientos sobre sanidad e interculturalidad, desarrollar habilidades comunicativas y empáticas para ambas culturas y un nivel de reflexión de las actitudes que se tienen frente a temas tabú y un manejo de aquellas actitudes que resulten proclives a involucrarse de forma personal en los casos atendidos (Qureshi et al., 2009: 62).

Sin embargo, hay distintos factores que dificultan la realización de las tareas de los MILICS. Varias son las causas que subyacen a dicha dificultad, entre otras, la ingente variabilidad casuística, la laxa descripción existente en los documentos que regulan el ejercicio de la profesión o la confluencia con las competencias de otros profesionales que también intervienen en la atención sanitaria (Grupo CRIT, 2014: 170). Esto se debe a que los MILICS es una ocupación relativamente nueva que todavía está en construcción. Y lo cierto es que sigue siendo un perfil profesional cuya inestabilidad e indefinición aún es patente. Dichas dificultades implican la existencia de dos grandes grupos que actúan como MILICS en la actualidad. Mikkelson (2014: 13) afirma que, "de un lado, se distinguen profesionales con distintos grados de conocimiento y formación impartida por entidades diversas y, de otro lado, personal improvisado (trabajadores bilingües, voluntarios, familiares e incluso niños) que carecen de formación específica en el campo". En la opinión de Sales (2008: 2), "a pesar de que muchos países europeos reconocen sin ambages la importancia de la figura mediadora interlingüística e intercultural, lo cierto es que no existe un título oficial, ni un sistema de formación y acreditación estable". Además, Hale (2010: 35) y Raga (2014: 17) subrayan que los MILICS trabajan en una gran variedad de contextos, desde consultas de carácter más general en centros de salud y hospitales, hasta aquellas de carácter más especializado. Esta variedad de contextos y grados de especificación genera mayor complejidad a la tarea de los MILICS.

Con respecto a la formación de los MILICS, se trata de un tema recurrente en investigaciones desarrolladas por intérpretes y mediadores. La bibliografía existente resalta la importancia de

la formación para garantizar que se lleven a cabo actuaciones profesionales de calidad a través de la adquisición de competencias, la anticipación a posibles dificultades y la previsión de errores (Aranda, 2016: 154). Muchos autores son conscientes de la importancia de la posesión de conocimientos lingüísticos y culturales (Valero, 2003c; Bischoff et al., 2009; Baraldi, 2009; Abril, 2006), técnicas concretas y habilidades imprescindibles para garantizar un desempeño y una comunicación con éxito (Llevot, 2002; Sales, 2005; Sales, 2008; Jiménez et al., 2009; Navaza, Estévez y Serrano, 2009; Guerrero, 2011; Vargas Urpi, 2012). Sin embargo, a pesar de la existencia de programas de formación, esta profesión aún no está establecida ni regularizada de forma suficiente y tampoco está reconocida oficialmente por parte de las autoridades sanitarias. El mayor problema de los actuales MILICS consiste en la carencia de un sistema oficial de formación y acreditación. A continuación, enumeraremos algunos programas de formación de la MI o de la ISP e indicaremos sus carencias.

2.1.2 Programas de formación de la MI o de la ISP.

En España ya se ha prestado atención a la formación en mediación intercultural. En este sentido se ofertan programas y cursos de formación. Y también se han publicado una serie de materiales destinados a mejorar la formación de los MILICS. Entre estos programas destaca la organización del Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá de Henares (9), coordinado por la profesora Carmen Valero Garcés. En cuanto a los cursos, no solo las universidades ofrecen cursos de la mediación intercultural como, por ejemplo, el curso online superior en mediación intercultural de la Universidad Nebrija (10) y el máster oficial en traducción y mediación intercultural de la Universidad de Salamanca (11), sino también las entidades tanto gubernamentales como no gubernamentales ofrecen los cursos al respecto, tales como el curso de mediación intercultural celebrado por la comunidad de Madrid (12) y el curso online Mediador Intercultural que proporciona divulgación dinámica, un Club de Formación (13). Con respecto a las publicaciones sobre formación, cabe mencionar *la práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* editada por el grupo CRIT que surge a partir de un proyecto de investigación-acción desarrollado entre los años 2010 y 2012, cuyas recomendaciones son especialmente útiles para programas de formación de los MILICS.

En nuestra opinión, siendo los MILICS una combinación de interpretación interlingüística y mediación intercultural, es indispensable que los MILICS posean un buen dominio del español y de la lengua del usuario extranjero. En cuanto a los conocimientos relacionados con la cultura, mejor dicho, con la interculturalidad, a los MILICS se les exigen habilidades relacionadas con el entendimiento intercultural, los factores contextuales y el conocimiento de hábitos y conductas (Taft, 1981; Hale, 2007; Guerrero, 2012; Raga, 2006). La mayoría de los recursos sobre este tema se concentran en la alusión de la diversidad cultural en la sanidad, los diferentes patrones comunicativos en la consulta médica de los pacientes que provienen de diferentes países o regiones, junto con los códigos deontológicos de los MILICS, pero hay pocos recursos y obras que incluyan tal variedad cultural como una disciplina en la formación de los mediadores indicados. La disciplina que queremos destacar es la Antropología Médica, cuya importancia en la medicina y estrecha vinculación con la cultura ya hemos aludido en el primer capítulo. Por lo demás, dentro de esta disciplina podemos encontrar materiales que se refieren a las características culturales de la atención sanitaria en los diferentes países de origen los usuarios extranjeros. Estos materiales resultan de gran utilidad para los MILICS, ya

que es su conocimiento sobre las diferencias culturales lo que les va a permitir mediar en aquellas situaciones interculturales en el ámbito sanitario.

Aunque los programas de formación han avanzado mucho desde la situación que mencionaba Sales (2005: 525) según la cual dichos programas partían de unas serias carencias documentales con respecto a lo que se había publicado en este ámbito formativo en países con mayor tradición y experiencia en ISP y MI, todavía queda bastante por hacer. En realidad, una formación por excelencia se basa, en gran medida, en suficientes y adecuados acopios bibliográficos que hacen referencia a los conocimientos necesarios para los MILICS.

En cuanto a los existentes acopios bibliográficos para los MILICS, existen numerosos materiales y recursos en materia de los códigos deontológicos sobre ISP en el ámbito sanitario (IMIA, CHIA, NCIHC) (14) y no así tantos en MI (Kantara), cuyo objetivo es servir de guía a los MILICS en el desempeño de su trabajo (Sánchez, 2015: 146). Aunque ya existen muchos casos y temas como referencia de la diversidad cultural en el ámbito sanitario, la mayoría de ellos son dispersos y reducidos sin una forma sistemática ni mencionan mucho los campos concretos dentro del ámbito sanitario. La mediación intercultural se considera hoy una especialidad interdisciplinaria combinando cuestiones relacionadas con la sociología, la mediación, la interpretación y la antropología, entre otras disciplinas. Sin embargo, a pesar de que se considera la mediación intercultural una disciplina interdisciplinaria, no se hace suficiente hincapié en la formación en antropología médica que, en nuestra opinión, es una formación fundamental para entender mejor la interculturalidad en el campo de la medicina, que facilita la descodificación de claves culturales en dicho ámbito y ayuda a explicitar de forma precisa y clara las diferencias culturales.

A pesar de que anteriormente los acopios bibliográficos resultaban limitados y las necesidades bibliográficas y documentales eran enormes, cuya no actualización suponía un gran problema para el avance investigador del campo de la mediación intercultural; en estos últimos años, aunque sigue sin haber servicios de mediación en hospitales y centros de salud en general, en el campo de la investigación los recursos orientados a los MILICS han avanzado mucho, en concreto los que los trabajos sobre la disciplina han proliferado mucho, en especial las tesis y los trabajos fin de máster. Aunque en los acopios se apunta mayoritariamente a la traducción y la interpretación y la mediación intercultural, la Antropología Médica en la que queríamos hacer hincapié en este trabajo, empieza a asomarse.

A continuación, por un lado, presentaremos una relación de los conocimientos básicos para los MILICS, por otro lado, destacaremos la inclusión de la Antropología Médica como conocimientos complementarios e interdisciplinarios en dichos saberes.

2.2 Los conocimientos básicos para los MILICS.

Como su propio nombre indica, la mayor tarea de los MILICS se centra en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario. Antes de hablar de los conocimientos necesarios para dichos mediadores, es preciso conocer qué es la mediación intercultural. Ortí, Sánchez y Sales (2006: 117) sostienen que, "a grandes rasgos, se habla, de mediación intercultural cuando la comunicación entre dos partes no puede llevarse a cabo sin el puente de una tercera persona". Aquí ponemos una definición más explícita.

[...] entendemos la Mediación Intercultural como un recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre varias personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas. Supone la intervención

imparcial de una tercera parte, en el desarrollo de una negociación entre otros dos, que puede intervenir en las discusiones, hacer sugerencias o propuestas e incluso formular recomendaciones con vistas a un acuerdo. En este sentido, es importante resaltar que el mediador intercultural no tiene el poder de decisión, sino que son las partes que toman las decisiones. Es simplemente un asistente al servicio de las partes en litigio que son las únicas que pueden resolverlo (Bermúdez et al., 2002: 101).

Al realizar la mediación intercultural, cabe mencionar la importancia del autoconocimiento cultural. Evidentemente, nuestras conceptualizaciones están mediatizadas por nuestros conocimientos y, sobre todo, por nuestras peculiaridades y modelos profesionales (Alluè, 2000: 67). En consecuencia, en la atención sociosanitaria intercultural es muy común que el PS y el paciente reaccionen, sin darse cuenta, según sus preconcepciones, prejuicios y experiencias previas del otro (Blue et al., 1992: 73-84). No obstante, los MILICS no deberían dejarse influidos por su propia cultura, puesto que las actitudes del mediador intercultural hacia su propia cultura, la cultura mayoritaria, y la cultura sanitaria pueden afectar a su trabajo, por lo que es esencial que se preste atención al autoconocimiento cultural (Qureshi et al., 2006: 50-57). En consecuencia, los MILICS han de prestar mucha atención al desarrollo de su papel, minimizando su presencia e influencia en la realización de su trabajo.

A pesar de que hacemos hincapié en la mediación intercultural, no debemos desestimar la interpretación lingüística. La parte lingüística también forma parte esencial para una asistencia sanitaria de calidad. Dado que la interpretación constituye una de las funciones más esenciales de los MILICS, un alto nivel bilingüe de dicho profesional resulta evidentemente básico y fundamental. No obstante, recordamos que el conocimiento de ambos idiomas no es suficiente. Según Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers Würth y El Harrak (2009: 61), "la interpretación lingüística siempre implica aspectos culturales, dado que los significados en cualquier idioma van mucho más allá de lo que está reflejado en un diccionario. El desarrollo de listas de vocabulario médico bilingües constituye una parte clave de una buena formación en mediación intercultural".

Además, en la mediación intercultural la interpretación lingüística se convierte con mucha frecuencia en la interpretación de la cultura, puesto que tras percibir las diferencias culturales entre el PS y el paciente y confirmar las causas subyacentes de los problemas, llega la hora de aclarar y explicitar dichas divergencias a ambas partes. Por lo tanto, saber cómo descodificar de forma correcta los mensajes que dice el orador, sobre todo, las claves culturales y cómo aclarar y explicitar los problemas ocasionados por las diferencias culturales, dejando la intervención e interferencia de su propia posición cultural aparte, también forman parte de los conocimientos básicos que deben dominar los MILICS.

En realidad, utilizamos una metáfora del "puente" para describir el mediador intercultural, puesto que su tarea, como destacamos en las primeras líneas de las anteriores palabras, se centra en contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre partes procedentes de diferentes culturas. Este punto coincide con lo que afirma Guerrero (2012: 3), "el hecho de contar con un mediador intercultural podría contribuir a establecer acciones y estrategias más adecuadas en la realidad sociosanitaria". Para esto los MILICS debe contar con una buena formación y manejar unos conocimientos y técnicas específicas (Navaza, Estévez y Serrano, 2009: 152).

Como hemos señalado en el contexto de este capítulo, a pesar de la existencia de diversas propuestas formativas, aún no hay un consenso sobre la formación que deben recibir los MILICS. En nuestra opinión, la formación de base conveniente para dicho profesional podría ser un licenciado en traducción e interpretación, ya que la interpretación consiste en una de las tareas principales de los MILICS en su trabajo. En cuanto a los conocimientos básicos en

materia de medicina, aunque no se pretende que los MILICS expliquen temas médicos a los pacientes, competencia ésta del personal sanitario, todo resulta más fluido si los MILICS tienen una comprensión básica de dicha especialidad. De acuerdo con Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers Würth y El Harrak (2009: 60), "el aprendizaje del vocabulario médico en ambas lenguas forma una parte importante de los conocimientos de esta figura".

Sin embargo, la formación más especializada en el campo de la MILICS no sólo se centra en la interpretación en el ámbito sanitario, sino también en la comunicación intercultural, la mediación y la antropología, mejor dicho, la Antropología Médica, que siempre destacamos en este trabajo. En definitiva, los MILICS deben tener un sistema de conocimientos completo y global en relación con todas las facetas que se pueden encontrar en su trabajo (15). En el siguiente apartado, aludiremos a la pertinencia de incorporar esta disciplina en los conocimientos básicos en los que deben formarse los MILICS.

2.3 La indispensabilidad de la inclusión de la Antropología Médica en la formación de los MILICS.

Ser bilingüe no supone ser un buen intérprete; en igual sentido, ser bicultural no implica ser culturalmente competente. En las palabras de Campos (2004: 4), "es muy importante que el mediador sea una persona formada no sólo en traducción e interpretación, pues su tarea no es sólo la comunicación interlingüística, sino sobre todo intercultural". Con más detalle, a tenor de la afirmación de Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers Würth y El Harrak (2009: 64), "ser experto en una cultura no es lo importante en la mediación intercultural, sino ser experto en la interculturalidad".

Entonces, ¿qué es la interculturalidad? La interculturalidad es una realidad que va más allá de la multiculturalidad, plantea las relaciones interétnicas, interlingüísticas e interreligiosas basadas en la convivencia de la diversidad, pone el énfasis en no olvidar lo que se tiene en común, y compartirlo, de la misma manera insiste en el diálogo, el conocimiento mutuo y el aprendizaje entre culturas. La Organización Panamericana de la Salud (2008: 10) define la interculturalidad como "un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional".

Sin embargo, ¿por qué resaltamos la trascendencia de la interculturalidad? En primer lugar, lo intercultural puede ser también una metodología que permita el estudio, la descripción y el análisis de la interacción dada entre diferentes culturas (Onghena, 2002: 86). En lo que concierne a su intención según Vicente (2017: 95), "la interculturalidad se encamina hacia el encuentro y el diálogo horizontal, buscando el respeto, y no la tolerancia, para crear un espacio donde la diferencia sea valorada". Por último, lo prioritario de acercarnos a los pacientes y ofrecerles servicios sanitarios de forma adecuada y eficaz se centra en abordar los problemas relacionados con su cultura, es decir, la interculturalidad en el ámbito sanitario.

En realidad, la interculturalidad tiene una vinculación estrecha tanto con la Antropología, como con la Antropología Médica. Con respecto a su articulación con la antropología, la interculturalidad asume diferentes acepciones y trayectorias; es entendida como el núcleo de la especificidad inicial de la disciplina antropológica, por ser el elemento metodológico que la distingue, puesto que el trabajo de campo se desarrolla en términos de interculturalidad, en particular al tratarse del estudio de la otredad, hasta el desarrollo de la antropología *at home* (Menéndez, 2006: 51).

En cuanto a la conexión entre la interculturalidad y la Antropología Médica, cuando el PS autóctono y un paciente de origen extranjero se encuentran, no sólo se ponen en liza diferencias lingüísticas y terminológicas evidentes, sino también divergencias culturales en la forma que ambos conciben salud, enfermedad, atención sanitaria o tratamientos, entre otros aspectos, que en realidad está todo incluido en la interculturalidad en el ámbito sanitario y que nos llevan al terreno de la Antropología Médica, que aborda cuestiones como las diferentes concepciones del cuerpo humano y de su funcionamiento, el origen y naturaleza de las enfermedades, la alimentación, los ritos curativos, los ciclos vitales, etcétera (Ortí et al., 2006: 118). Según esta descripción, se desprende que la Antropología Médica, en cierto sentido, es una disciplina que se dedica a la investigación en relación con la interculturalidad en el ámbito sanitario.

Pues, ¿por qué resulta indispensable la inclusión de la Antropología Médica en los conocimientos necesarios para los MILICS? En la opinión de Qureshi, Revollo, Collazos, Visiers Würth y El Harrak (2009: 59), "los mediadores interculturales conocen la situación de la inmigración y la multiculturalidad del contexto en el que trabajan, basados en los principios de la Antropología Médica para poder así examinar los aspectos culturales de la enfermedad, la salud, y la curación". Ortí, Sánchez y Sales sostienen que:

Un mediador intercultural en el ámbito sanitario -figura que reivindicamos hoy por hoy- necesita saber no sólo lenguas extranjeras sino conocer los fundamentos de los patrones comunicativos de las distintas culturas y desde luego adentrarse en la Antropología Médica, de forma especializada según sus necesidades y teniendo acceso a una documentación rigurosa, contrastada, actualizada y fiable (Ortí et al., 2006: 136).

De hecho, la mediación intercultural es una especialidad interdisciplinaria. La MILICS se vincula con la interpretación en los servicios sanitarios, la medicina, junto con la mediación intercultural. Pero en realidad, los conocimientos necesarios para dicho profesional no solo se limitan a las disciplinas que acabamos de mencionar, sino a muchas especialidades más. Dentro de los cuales, sobresale la Antropología Médica. En tal sentido, cuando más conocimientos antropológicos médicos tengan los MILICS, más situaciones y circunstancias con respecto a la interculturalidad sabrán abordar de forma adecuada con lo que se minimizarán la aparición de problemas culturales. En base a estos conocimientos, se formalizan las experiencias para tratar con los problemas interculturales, o sea, la interculturalidad.

Aquí merece la pena referirnos a una capacidad en relación con la interculturalidad. Se trata de la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a los procesos bioculturales salud-enfermedad, vida-muerte, y los conceptos sobre el cuerpo y la espiritualidad propios y ajenos (Vargas, 2004: 266). Como ya hemos indicado la estrecha vinculación entre la interculturalidad y la Antropología Médica, la capacidad de la interculturalidad también debe formar parte en los conocimientos necesarios para los MILICS.

Por lo tanto, con respecto a la formación específica de los MILICS, hay que poner énfasis en tanto la teoría como la capacidad de abordar la interculturalidad. Consiguientemente, la inclusión de la Antropología Médica en dicha formación parece ser clave e indispensable, dado que dicha disciplina, por un lado, aporta más conocimientos sobre la interculturalidad en el ámbito sanitario, intensificando su entendimiento sobre tanto los comportamientos como los pensamientos, junto con los contextos socioculturales de los pacientes; por otro lado, aumenta su capacidad de descifrar las claves culturales, interpretar de forma adecuada y precisa las diferencias culturales, así como ayudar al PS para ofrecer asistencias y tratamientos eficaces y exactos.

2.4 Conclusión

Cada día se vuelve más patente la interculturalidad en el ámbito sanitario. Con esto, se pone de manifiesto la necesidad creciente de la mediación intercultural en este campo con el objetivo de mejorar los servicios asistenciales al atender a los pacientes de origen extranjero dando soluciones a los problemas interculturales. No obstante, la mediación intercultural es un fenómeno bastante reciente y la figura del MILICS todavía no está del todo definida, ni regularizada profesionalmente. En consecuencia, insistimos que en el campo de la mediación intercultural hace falta una progresiva capacitación y profesionalización, junto con el reconocimiento institucional (Ortí et al., 2006: 116-118). Dado que hoy por hoy seguimos sin poseer un sistema unificado de formación para los MILICS, existe un debate en relación a los conocimientos que este perfil tiene que disponer.

Por la parte de los MILICS, lograr realizar con éxito las tareas y desplegar de manera adecuada la función de la mediación intercultural resulta complicado, dado que se requiere la integración de conocimientos polifacéticos que hemos mencionado anteriormente, tales como, la T&ISP, la medicina, la mediación intercultural, entre otras disciplinas. Otra de las dificultades características de esta profesión deriva del hecho que los MILICS desempeñan varios papeles, según Guerrero (2012: 5-6), "se podría señalar que el mediador intercultural en este ámbito es la persona especialista y responsable del asesoramiento, información, interpretación, intermediación y acompañamiento, individual o grupal, a personas pertenecientes a una o varias culturas, con el objetivo de facilitarles su adecuada atención sanitaria y su acceso a los servicios y recursos públicos".

En tal sentido, en este marco hemos presentado los conocimientos básicos que deberían poseer los MILICS, haciendo hincapié en la indispensabilidad de la inclusión de la Antropología Médica, disciplina que permite a los MILICS profundizar sus conocimientos sobre la interculturalidad en el ámbito sanitario descifrando las claves culturales para alcanzar el entendimiento recíproco culturalmente entre el PS y los pacientes y ayudar al PS a prestar servicios sanitarios adecuados y eficaces que corresponden a las expectativas de los pacientes.

En suma, vista la importancia de la Antropología Médica para la formación en mediación interlingüística e intercultural, en el siguiente capítulo, presentaremos la metodología para ahondar en los conocimientos tanto acerca de esta disciplina como de la interculturalidad del ámbito sanitario y justificaremos la importancia y la necesidad de incorporar esta especialidad en la formación específica de los MILICS.

2.4 总结

医疗领域的跨文化现象日趋显著。在这一背景下，人们对医疗领域跨文化调解的需要也日益增加，希望能在为外国患者提供医疗救治时优化医疗服务并解决跨文化相关问题。然而，跨文化调解目前仍是新兴发展领域，因此跨语言与跨文化医疗调解员这一职业尚未被明确界定与规定。因此，我们坚持认为跨文化调解领域需要持续及专业化的培训与相应机构的认可（Ortí et al., 2006: 116-118）。鉴于目前针对跨语言与跨文化医疗调解员没有统一的培训系统，因此对于这些调解员需要具备的相关知识也仍然存在争议。

对跨语言与跨文化医疗调解员而言，正确并顺利开展跨文化调解工作较为复杂，不但需要综合我们此前提到的多方面的知识，例如公共服务领域的口译及笔译、医学、跨文化调解等。另一显著困难在于该职位需同时担任多重角色。据 Guerrero (2012: 5-6) 所述，医疗领域的跨文化调解员是既是专家又是负责人，为来自一个或多个文化的个人或团体提供咨询、信息、口译、调解和陪同服务，旨在为其提供恰当的医疗服务以及助其获得公共服务和资源。

鉴于此，本节内容指出了跨语言与跨文化医疗调解员需要掌握的基本知识，其中强调了医学人类学相关知识的不可或缺性。因为这一学科有助于上述调解员深入了解跨文化现象、破译文化密码，从而实现医护人员和患者在文化层面的相互理解，并帮助医护人员提供符合患者预期且正确有效的医疗服务。

综上，考虑到医学人类学相关知识对跨语言和跨文化调解培训的重要性，在下一章中，我们将介绍本文的方法论。用以深入了解该学科及医疗领域的跨文化现象，并通过该方法论证将医学人类学纳入跨语言和跨文化调解培专业培训计划的重要性的必要性。

3. Capítulo 3 La metodología.

En lo siguiente se expondrá la metodología de este trabajo que está compuesta por el objetivo, el instrumento, la justificación de la selección del instrumento de estudio y las etapas de estudio.

1) El objetivo:

En este capítulo abordaremos ocho temas recurrentes y representativos dentro de la Antropología Médica, reflejando la interculturalidad en el ámbito sanitario, y, además, a través del análisis de los temas, basado en el marco antropológico médico, señalaremos las repercusiones tanto teóricas como empíricas de esta disciplina en el ámbito sanitario, contribuyendo a justificar la indispensabilidad de incorporar esta disciplina para la formación en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario.

2) El instrumento:

Para llevar a cabo el objetivo nos basaremos en la presentación y el análisis de ocho temas claves de la Antropología Médica. Para el desarrollo de los temas utilizaremos una serie de situaciones simuladas, que ocurren entre un PS autóctono y un paciente de origen extranjero que pueden plantear dificultades para los MILICS y para cuya resolución se necesita de la aplicación de los conocimientos que proporciona la Antropología Médica.

3) La justificación de la selección del instrumento de estudio:

La simulación de situaciones resulta una forma directa e intuitiva para reflejar la diferencia cultural en relación con dichos temas entre las partes involucradas y nos puede dejar un espacio para imaginar qué pasaría sin la intervención de los MILICS, y si están en presentes dichos mediadores, cómo podrían solucionar los problemas que se producen en las situaciones expuestas.

4) Las etapas de estudio:

1. La etapa inicial: la selección y la decisión de temas.

a. La selección de temas.

Iniciamos esta etapa por seleccionar temas en 10 artículos especializados y una página web en el campo de la Antropología Médica y la atención sanitaria. Se tratan de Vargas (2004), Boccara (2017), Marnpae (2011), Marnpae (2004), Ortí, Sánchez y Sales (2006), Ospina y Bellamy (2011), Nichter y Vuckovic (1994), Bonnet (2013), Castro, Cepeda, Flórez y Vásquez (2014) y Sathiankoset (1996), y la página web: saludycultura.uji.es. Tras la selección inicialmente agrupamos los casos según las siguientes maneras: lo ideológico, lo conceptual y lo práctico relacionado con la cultura.

b. La decisión de temas.

Tras la selección inicial, revisamos los artículos con el fin de decidir si la información que contiene está o no relacionada con nuestro objetivo y si puede convertirse en situaciones simuladas entre un PS autóctono de España y un paciente de origen extranjero en que la diferencia cultural obstaculiza la comunicación, la relación y el entendimiento entre las dos partes. Nos centramos en cuatro grandes grupos culturales que engloban a su vez diferentes culturas: la africana, la asiática, la europea oriental y la latinoamericana, que incluyen más de 10 países y regiones, por ejemplo, Magreb, Senegal, China, Tailandia, India, Pakistán, Ucrania, Rumania, Colombia, México. Por lo demás, los temas abarcan diversos campos,

tales como la sociología, la etnografía, la biología, entre otras. En definitiva, decidimos tratar ocho temas que presentaremos en el siguiente apartado. Con todas las situaciones simuladas esperamos destacar que los conocimientos de la Antropología Médica resultan de gran utilidad para los MILICS en identificar e indicar los orígenes y las causas de las discrepancias culturales, así como para buscar soluciones a los problemas relacionados con la interculturalidad que surgen en el ámbito sanitario, explicitando de forma precisa y clara las concepciones y los fenómenos culturales y realizando con éxito la mediación intercultural.

2. La etapa intermedia: el orden y la presentación de los temas.
 - a. El orden de los temas.

Dado que nos dedicamos a reflejar la interculturalidad en el ámbito sanitario a través de la presentación de los temas, y que los principales componentes de dicho ámbito consisten en la enfermedad, la salud y el proceso de atención se desplegarán los temas en torno a los aspectos mencionados. Empezaremos por un tema relativo a la cosmovisión, porque la cultura se basa en los pensamientos y los valores que las personas conceden al mundo. A continuación, abordaremos los temas que presentan la definición de enfermedad y salud, y los vinculados con la cultura tradicional y la comunicativa, porque la cultura se refleja por las definiciones y concepciones que otorgan las personas a la sanidad. Además, añadiremos uno ligado a la cultura alimentaria. En lo siguiente, pasaremos a la presentación de los temas en vinculación con los aspectos concretos dentro del proceso curativo, es decir, las medidas que toma la gente para curar la enfermedad o promocionar la salud. Dentro del tema dedicado al proceso curativo introduciremos un tema en relación con el dolor, y luego otro que se centra en el tratamiento del dolor, que es la autoatención. Por último, agregaremos otro tema representativo de la atención y que constituye uno de los temas más valorados en la Antropología Médica, la salud reproductiva.

- b. La presentación de los temas.
 - Tema 1: La cosmovisión.
 - Tema 2: La definición de salud y enfermedad.
 - Tema 3: Las medicinas tradicionales.
 - Tema 4: Los patrones comunicativos en la consulta médica.
 - Tema 5: La alimentación y la dieta.
 - Tema 6: El dolor.
 - Tema 7: La autoatención.
 - Tema 8: La salud reproductiva.
3. La etapa final: el análisis de los temas recogidos.

En general, el fundamento teórico del análisis de los temas proviene de la Antropología Médica. Dentro de este marco, el análisis también incluye los siguientes contenidos:

- El ahondamiento de la demostración de los problemas que ocurren en cada situación, tanto por la parte del médico como por la de paciente;
- La explicitación de los orígenes o las causas detrás de la aparición de la diferencia cultural, sobre todo, en el lugar del paciente;
- Los conocimientos que deberían poseer los MILICS para abordar los problemas;
- La aplicación de la Antropología Médica por parte de los MILICS para descodificar la clave cultural de la situación y dar soluciones a los problemas.

Con todo, la metodología planteada de este apartado se centra en la presentación de temas actuales y recurrentes de la Antropología Médica y su análisis desde las perspectivas teóricas de dicha disciplina. Para la realización del estudio y su consiguiente análisis, hemos

experimentado tres etapas principales: la inicial, la selección y la decisión de temas, quedando seleccionadas 10 publicaciones y una página web con un total de ocho temas por considerarse que cumplen los criterios de inclusión y están relacionadas con el objetivo del estudio; la intermedia, el orden y la presentación de los temas, iniciando por lo ideológico, en concreto, la cosmovisión, luego lo conceptual con respecto a la definición de enfermedad y salud, la cultura tanto tradicional, como comunicativa, junto con la alimentaria, a continuación lo práctico, o sea, lo curativo, de lo cual concretando el dolor y la autoatención, por fin, agregando la salud reproductiva; la final, el análisis de los temas recogidos, indicando los problemas que surgen, explicitando las causas, destacando la posesión de conocimientos de los MILICS en lo relativo a cada tema, junto con las aportaciones de la Antropología Médica para dar solución a los problemas, con la ayuda de las situaciones simuladas, fundamentadas en la información recogida anteriormente entre el PS autóctono español y el paciente de origen extranjero en las que surgen problemas ocasionados por la diferencia cultural, tales como, la incomunicación, el malentendido, o incluso, el conflicto. Se trata de una forma que resulta directa e intuitiva para reflejar la interculturalidad y la diferencia cultural en relación con dichos temas entre las partes involucradas, y dejarnos un espacio de imaginación pensando los posibles desenlaces de las situaciones y cómo los MILICS pueden solucionar los problemas que se producen en las situaciones. A través de la presentación de los temas, por un lado, esperamos ampliar nuestro conocimiento sobre los temas actuales y recurrentes de la Antropología Médica, por otro lado, llegar a un mayor entendimiento en lo concerniente a las diferencias culturales en dicho ámbito. Por su parte, el análisis de los temas nos sirve para obtener información y ejemplificación de cada tema dentro del marco teórico de la Antropología Médica y para justificar la importancia de la posesión de los conocimientos de esta disciplina para resolver los problemas culturales en el ámbito sanitario, con la finalidad de alcanzar el objetivo de destacar la influencia teórica y pragmática de la Antropología Médica en el estudio de la interculturalidad en el ámbito sanitario y justificar la necesidad de incluir esta disciplina para la formación en interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario. Igualmente, deseamos que tanto los temas como su análisis en concreto puedan servir como una referencia para los MILICS y las personas que tengan interés en este campo.

3.第3章 方法论。

接下来将介绍本文的方法论。由研究目标、借助工具、选择该工具的理由阐述以及研究阶段组成。

1) 研究目标:

本章将探讨八个医学人类学中具有代表性的典型案例，通过所选案例反映医疗领域中的跨文化现象。此外，通过案例分析，基于医学人类学的理论依据阐明该学科对医学领域产生的理论和实证影响，从而证实将该学科纳入医疗领域跨语言和跨文化调解培训计划的必要性。

2) 借助工具:

为实现上述目标，我们将以模拟情景的形式介绍所选案例并展开分析。模拟当地医护人员和外国患者之间出现的一系列因文化差异为跨语言与跨文化医疗调解员的工作带来困难的情景，以便说明为解决问题调解员需要应用医学人类学的相关知识。

3) 选择该工具的理由阐述:

模拟情景可直接且直观反映当事双方之间出现的文化差异，并为读者留下想象空间，去设想如果调解员未加干预可能会导致的后果以及在场的调解员应如何解决情景中发生的问题。

4) 研究阶段:

1. 初期阶段：案例的选择和确定。

a. 案例的选择。

我们从与医学人类学和医疗服务领域相关的 10 篇专业刊物和 1 个网站中着手选择案例。这 10 篇刊物分别为 Vargas (2004), Boccara (2017), Marnpae (2011), Marnpae (2004), Ortí, Sánchez y Sales (2006), Ospina y Bellamy (2011), Nichter y Vuckovic (1994), Bonnet (2013), Castro, Cepeda, Flórez y Vásquez (2014) y Sathiankoset (1996); 网站为: saludycultura.uji.es。经选择，我们初步按照以下方式对案例进行分类：与文化相关的意识形态、概念及实践。

b. 案例的确定。

在初步选定材料之后，我们对所选文章和网站进行检查，以确定其内容是否与我们的研究目标相吻合，并且便于转换为发生在西班牙当地医护人员与外国患者之间因文化差异而阻碍当事双方之间的沟通、关系和理解的模拟情景。所选案例涉及四大文化群体：非洲，亚洲，东欧和拉丁美洲，共包括 10 多个国家和地区，例如马格里布、塞内加尔、中国、泰国、印度、巴基斯坦、乌克兰、罗马尼亚、哥伦比亚，墨西哥等。此外，所选案例还涵盖多个领域，如社会学、民族学、生物学等。最终，我们确定了八个案例，在下一小节中我们将详细介绍所选案例。借由一系列模拟情景，我们希望突出医学人类学对跨语言与跨文化医疗调解员在识别和解释文化差异根源方面的贡献，从而助其寻找解决问题的方案并对相关文化概念或现象加以准确、清晰的解释，最终顺利开展跨文化调解任务。

2. 中期阶段：案例的展示顺序与最终呈现。

c. 案例的展示顺序。

鉴于医疗领域由疾病和健康发生及治疗过程组成，并且我们希望通过案例反映医疗领域的跨文化现象，因此所选案例将反映与上述三个部分有关的跨文化现象。因文化基于人们的意识形态以及看待世界的观念，首先我们将介绍一个与世界观相关的案例。又因文化通过人们赋予医疗的定义和概念反映出来，接下来我们将介绍与疾病和健康的定义、传统文化及交际文化相关的案例。此外，我们还将补充一个与饮食文化相关的案例。之后，我们将介绍与治疗过程，即人们为治愈疾病或促进健康所采取措施的相关案例。其中，我们会讲述一个与疼痛有关的案例，其次是一个有关治疗疼痛，确切来说是自我治疗的案例。最后，我们将补充另一个在治疗过程中具有代表性，也是医学人类学认为最具研究价值的案例之一：生殖健康。

d. 案例的最终呈现。

- 案例 1：世界观。
- 案例 2：对疾病和健康的定义。
- 案例 3：传统医学。
- 案例 4：医患沟通模式。
- 案例 5：饮食。
- 案例 6：疼痛。
- 案例 7：自我治疗。
- 案例 8：生殖健康。

3. 后期阶段：案例分析。

总体而言，案例分析的理论基础源自医学人类学。基于此框架，案例分析还包括以下内容：

- 分别从医生和患者的角度出发详细阐述各情景中出现的问题；
- 主要立足于患者的文化背景解释当事双方产生文化差异的根源；
- 跨语言与跨文化医疗调解员处理相关问题应该具备的知识；
- 上述调解员为破译情景背后的文化密码及解决问题可利用的医学人类学相关知识。

综上，本文采取的方法论为展示医学人类学中具有代表性的典型案例并以该学科作为理论依据对案例展开分析。为开展相关研究及后续分析，共经历了三个主要阶段：初期阶段为案例的选择和确定，最终我们选定 10 篇专业刊物和 1 个网站共计八个案例，因其符合纳入标准及研究目标；中期阶段为案例的展示顺序与最终呈现，首先介绍与意识形态相关，确切来说是与世界观有关的案例，其次介绍与概念相关的案例，包括对疾病和健康的定义、传统文化、交际文化以及饮食文化，接下来介绍与实践，即与治疗过程相关的具体案例：疼痛和自我治疗，最后补充一个有关生殖健康的案例；最终阶段为案例分析，包括阐述情境中出现的问题、解释问题出现的根源、强调为解决跨语言与跨文化医疗调解员需要具备的的相关知识以及突出医学人类学对提供解决方案的贡献。案例由一系列根据之前所选信息模拟的情景组成，发生在西班牙当地医护人员和外国患者之间，因文化差异导致双方无法沟通、相互误解甚至产生冲突。情景模拟可直接且直观反映案例中出现的跨文化现象及产生的文化差异，并给读者留下想象空间，去思考可能出现的结果以及调解员应如何解决相关问题。一方面希望所示案例能够增进我们对医学人类学具有代表性案例的了解，另一方面希望我们对医疗领域的文化差异有更加深刻的理解。同时，也希望基于医学人类学理论框架的案例分析有助于我们获知更多与案例有

关的信息和例证、证明具备该学科的知识对于解决医疗领域文化问题的重要性、强调医学人类学对医疗领域跨文化现象研究的理论和实践贡献，并证实将这一学科纳入医疗领域跨语言和跨文化培训计划的不可或缺性。除此之外，我们还希望不论是所示案例还是案例分析都能为跨语言与跨文化医疗调解员以及对该领域感兴趣的人士提供参考。

4. Una presentación de ocho temas claves de la Antropología Médica y su análisis: una propuesta de incluir esta disciplina para la formación en la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario.

En este apartado presentaremos ocho temas recurrentes y representativos en la Antropología Médica, que están compuestos por situaciones simuladas que ocurren entre el PS autóctono y el paciente de origen extranjero sin la intervención de los MILICS, para cuya resolución se necesita de la aplicación de los conocimientos que proporciona la Antropología Médica. Los temas seleccionados se basan en 10 artículos especializados y una página web en el campo de la Antropología Médica y la atención sanitaria, cuya información está relacionada con nuestro objetivo y sirve para crear situaciones simuladas que reflejan la diferencia cultural entre las partes involucradas en relación con los temas mencionados en el apartado anterior. A continuación, realizaremos un análisis de cada tema que se dividirá en dos partes, la primera se basará en la explicación de los problemas que ocurren en cada situación, la demostración de los orígenes y las causas de los problemas desde la perspectiva de la cultura del paciente, junto con las posibles consecuencias que se pueden generar en el caso de que los MILICS no intervengan o no cuenten con los conocimientos al respecto o, por el contrario, las ventajas que puede tener que los MILICS posean dichos conocimientos y los expliciten en la intervención; la segunda hará hincapié en las aportaciones de la Antropología Médica para los MILICS cuando aborden situaciones similares a las presentadas o las conveniencias de tener más conocimientos sobre esta disciplina. En resumen, el objetivo de este apartado se centra en destacar la importancia de incluir la Antropología Médica en la formación interlingüística e intercultural a través de la presentación de temas claves de esta disciplina y su análisis.

4.1 Tema 1: La cosmovisión.

Antes de presentar este caso nos detendremos a explicar en qué consiste la cosmovisión. En virtud de las palabras de Vargas (2004: 255), "se trata de una forma de entender el mundo donde se engloba más que la religión y la filosofía". La cosmovisión puede ser una imagen o una figura general sobre el "mundo" en la que la cultura forma una parte indispensable, ya que dicha visión suele estar compuesta por determinadas concepciones, percepciones y valores que se consideran válidos entre la gente que pertenece a un grupo social bajo la influencia de la cultura. En este tema, presentaremos la cosmovisión de dos madres de origen mexicano y de una madre tailandesa para tratar un poco la diferencia en materia de este tema entre América Latina, Asia y Europa.

Situación 1:

Un niño de 5 años, que se muestra inquieto, con febrícula y narra que duerme mal y es frecuente que despierte dando de gritos y manifestando miedo, es llevado a consulta por su madre de origen indígena mexicano. El médico del sistema biomédico procede a elaborar una historia clínica completa y busca explicación para la febrícula y el estado de inquietud del niño. Sus hallazgos clínicos le confirman la existencia de un foco infeccioso y considera haber hallado una explicación satisfactoria para el cuadro clínico y le atribuye la inquietud y el insomnio a la fiebre. Luego prescribe el tratamiento que juzga adecuado. No obstante, le resulta extraño que la madre le manifieste la posibilidad de que el niño padezca de susto, ya que esta palabra solamente evoca una impresión, generalmente repentina causada por la sorpresa, el miedo o el temor. Pero el médico no quiere reparar ni comentar esta situación con la madre.

Explicación de la situación 1 (16)

En la situación 1, por la parte del médico, la febrícula y el estado de inquietud del niño se atribuye a la fiebre, porque tras el examen se confirma la existencia de un foco infeccioso dentro del cuerpo del niño. Sin embargo, por la parte de la madre, considera que los síntomas de su hijo parecen causados por el "susto" lo que le resulta incomprensible al médico.

De hecho, el susto es una entidad nosológica concreta y real dentro de la cosmovisión indígena. En este caso, el susto tiene que ver con Teyolía, que está asociada con los procesos emotivos y ubicados en el corazón (Vargas, 2004: 265). En esta situación se dan dos posibles desenlaces: una de ellas es que la incomprensión del médico puede ocasionar la incomunicación entre el médico y la madre durante la consulta médica, actitud que molesta mucho a la madre, porque cree que el médico no respeta su cultura y no tiene ganas de atender a su niño. Otra posibilidad consiste en que la madre no entiende por qué el médico le prescribe medicamentos contra la fiebre, ya que en su consideración no sirven para curar el susto, por tanto, no seguirá el tratamiento prescrito por el médico y el niño seguirá teniendo fiebre o incluso empeorará.

Si los MILICS están en presentes y conocen la cultura de la madre, le pueden explicar el significado del susto en la cosmovisión indígena al médico: aunque para la mayoría de nosotros la palabra susto siempre nos deja una impresión relacionada con la sorpresa, el miedo o el temor, en la cosmovisión indígena se trata de algo asociado con los procesos emotivos y ubicados en el corazón. De esta manera, el médico tomará en serio el susto que refiere la madre y la madre se sentirá respetada y otorgará más confianza al médico narrando más cosas sobre lo que le ha pasado al pequeño. Al mismo tiempo, dichos mediadores también pueden recordarle que respete la cultura indígena y que ofrezca más información a la madre sobre el diagnóstico, el resultado y el tratamiento del niño para que ella comprenda las razones de la prescripción del tratamiento y la importancia de seguirlo para aliviar los síntomas y mejorar el estado de salud de su hijo. Así, el médico conocerá la cosmovisión de la madre y la madre, enterada de que de verdad su hijo padece infección y el tratamiento prescrito por el médico sirve para curar esta enfermedad, seguirá el tratamiento y su niño se recuperará.

Situación 2:

Una madre de procedencia mexicana lleva a su hijo al hospital para una revisión. Todos los valores resultan estar bien controlados y en rango normal. La última vez que ingresó el pequeño en el hospital casi se murió. Tras el seguimiento del tratamiento oportuno y el excelente efecto de los medicamentos prescritos por el médico, se ve al niño mucho mejor. Así que la madre está tan agradecida por la asistencia del médico que persiste constantemente en entregarle un mazo de papeles de colores. El médico rechaza una y otra vez porque, a tenor de la normativa hospitalaria, no se puede recibir ni dinero ni regalos de la parte de los pacientes. Sin embargo, la madre se empeña en hacerlo.

Explicación de la situación 2 (17)

En la situación 2, por la parte del médico, según las normas del hospital, el PS no puede aceptar ni dinero ni regalos del paciente, así que rechaza una y otra vez la aceptación del mazo de papeles regalado por la madre. Por la parte de la madre, el ofrecimiento de papeles de colores al médico resulta importante e indispensable tras las consultas médicas en su pueblo, por tanto, insiste en hacerlo.

En realidad, en maya yucateco, el dinero del diablo es el dinero que el paciente ofrece al médico o al h-men. Mientras más enfermo se esté, más dinero ha de entregarse, y más la familia se agota para encontrar ese dinero y echarlo en un pozo sin fondo que también pertenece al diablo. Así toda "curación", todo esfuerzo para reencontrar la salud pasa por una circulación de ese dinero diabólico, que se volvió diabólico porque se desconectó de su valor de uso, que ya no es comida o bebida para compartir, sino más bien moneda de papel que hoy tiene todos los colores del arco iris (Boccaro, 2017: 438).

En este caso, sin la intervención de los MILICS, pese a las reiteradas solicitudes de la madre, el médico se negará a aceptar los papeles e incluso es posible que se enfade con la madre por la incomprensión de esta conducta, mientras que la madre no entenderá el rechazo del médico hacia el dinero del diablo, porque en su cosmovisión el dinero del diablo es un componente esencial del tratamiento tanto en la medicina tradicional como en la medicina alopática y está relacionado con la curación. Si los MILICS conocen el significado cultural del dinero del diablo en maya yucateco, pueden explicar al médico el motivo por el que para la madre es importante regalar el mazo de papeles al médico puesto que, desde su cosmovisión, para la curación de un paciente es indispensable que el curador reciba este regalo, cuya cantidad depende de la gravedad de la enfermedad que sufre el paciente, cuando más grave más dinero del diablo, monedas de papel de colores. Y como anteriormente el niño casi se murió, su curación requiere de la entrega de más papeles. Además, también hay que informar a la madre que la no aceptación de los papeles por la parte del médico se debe a la obediencia de la normativa del hospital según la cual no puede aceptar ni dinero ni regalos de los pacientes. Así, el médico conocerá el motivo de la mujer y no se molestará, mientras que la madre entenderá la causa del rechazo del médico hacia la aceptación de los papeles y no se mostrará tan preocupada.

Situación 3:

En una consulta médica, una madre tailandesa lleva a su niño de pocos meses al médico. Tras el diagnóstico, el médico decide hospitalizar al pequeño. Un día, cuando un personal de enfermería pide a la madre que bañe a su pequeño, esta sigue sus instrucciones, pero insiste en no quitar el collar de su niño diciendo que se lo pidió a un templo budista y le dijo que el niño debe llevarlo todo el tiempo el niño para protegerlo de peligro y de enfermedades. Esto le parece muy raro al personal sanitario.

Explicación de la situación 3 (18)

En la situación 3, por la parte del personal sanitario, no entiende por qué la madre no quiere quitar el collar de su niño ni tampoco su creencia de que esto puede proteger al niño del peligro. Sin embargo, por la parte de la madre, según su cosmovisión la curación está mezclada por la magia y el uso de collar, mejor dicho, el amuleto sí que hace efecto en la protección de la gente.

En realidad, en el ámbito sanitario en Tailandia se practican la biomedicina, la medicina tradicional (de carácter holista y ayurvédico) y las prácticas mágicas-religiosas. Se cree que la curación a través de muchas maneras diferentes les ayudará a mejorar la eficacia de los tratamientos, por tanto, algunas personas mezclan el uso de la medicina moderna con otras formas de tratamiento como complemento o alternativa: la medicina tradicional tailandesa, las hierbas tailandesas y chinas, la práctica de magia, por ejemplo, el uso de amuletos de los monjes budistas que en su consideración puede proteger a los portadores de la mala suerte o

de peligros y enfermedades. En esto también se basa la creencia de los tailandeses, según la cual las causas de enfermedades podrían provenir del poder supernatural, de la naturaleza, del universo, aparte del motivo según la diagnosis de la biomedicina (Marnpae, 2011: 136; Marnpae, 2004: 162).

En este caso, si el PS intenta quitar el collar al pequeño, esta acción podría ofender a la madre. En el caso de que nadie explicite al PS las causas de la necesidad de llevar el collar en la cultura tailandesa, el PS no comprenderá esta costumbre y a lo mejor no atenderá la exigencia de la madre de mantener el amuleto, pudiendo incluso considerarla una loca. En este sentido, parece importante que los MILICS conozcan esta costumbre de Tailandia. En consecuencia, con su explicación relacionada con la cosmovisión tailandesa, al PS no le parecerá extraño la insistencia de la madre y no se empeñará en quitar el collar, así no le ofenderá. La madre, como se siente respetada y protegida, podrá bañar a su niño y seguir las instrucciones del personal de enfermería tranquilamente. Si el PS conoce la costumbre y la importancia que el amuleto tiene para la madre, en caso de que fuera estrictamente necesario quitárselo, las dos partes podrían llegar a un acuerdo intermedio que respete la normativa y la cosmovisión de la madre.

Análisis general

Ante el susto, el dinero de diablo y el uso de amuletos, tal vez no podemos llegar al entendimiento de la importancia de estos valores, creencias y prácticas culturales porque nunca han surgido en nuestro entorno, así que nos cuesta comprender el planteamiento mental en el que se basan estas cosmovisiones. Las diferencias con respecto a la cosmovisión en muchas ocasiones interfieren y obstaculizan la comunicación y el entendimiento entre un médico y un paciente que disponen de distintas visiones de mundo. En particular, si un médico español se encuentra con pacientes cuya cosmovisión se fundamenta en lo sobrenatural, dichas divergencias se volverán más significativas.

La Antropología Médica a día de hoy ha concedido mucha importancia al estudio de la cosmovisión, con el deseo de poder intensificar el conocimiento sobre dos enfoques referentes, la ciencia y la creencia, dicho de otro modo, lo científico y lo sobrenatural de modo que seamos capaces de comprender mejor la compleja naturaleza de los pacientes. Las investigaciones y publicaciones relativas a la cosmovisión dentro de la Antropología Médica suponen una vía para que los MILICS aumenten sus conocimientos con respecto a este tema en diversas culturas. En este sentido, los mediadores pueden aprovechar dichos materiales para abordar bien los casos relacionados con la diferencia de la cosmovisión entre el PS y el paciente de diferente origen cultural.

4.2 Tema 2: La definición de salud y enfermedad.

La enfermedad y la salud constituyen dos polos entre los cuales se mueve la medicina. No obstante, es difícil encontrar una definición uniforme sobre estos dos fenómenos debido a sus distintas versiones de definición en diferentes contextos socioculturales. Mayarí (2003: 134) sostiene que, "la enfermedad es la expresión y la toma de conciencia personal de una alteración psicósomática vivida como desagradable e incapacitada, cada enfermedad reflejará un tipo de conducta y de actitud que dé respuesta al dolor y al sufrimiento". Mientras en la opinión de Kottow (2005: 188), "la enfermedad ha recibido una diversidad de sentidos desde las culturas, desde los pacientes y desde los terapeutas ante todo cuando éstos han sido impotentes para detener, paliar o erradicar el proceso mórbido". En cuanto a la salud, en la

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) se considera que, "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Flores (2004: 1-8) afirma que, "en un sentido amplio la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad, se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia sin sintomatología". Efectivamente, la diferencia en la percepción de dichos fenómenos se produce con frecuencia en el ámbito sanitario, sobre todo, entre el PS y el paciente provenientes de diferentes culturas. Algunas veces en la consulta médica lo que narra el paciente se relaciona con lo que percibe la enfermedad o la salud y revela cierta información sobre sus síntomas. No obstante, debido al desconocimiento de dicha percepción es posible que el PS no se dé cuenta de algunos puntos importantes en la narración del paciente. A continuación, trataremos la definición al respecto de tres grupos de población diferente: el magrebí, el senegalés y el chino.

Situación 4:

Durante una consulta médica entre un paciente de origen magrebí, que es musulmán, y un médico de España, cuando el médico pregunta sobre los síntomas que presenta el paciente, este le contesta muchas cosas, desde sus hábitos diarios, las cosas que anteriormente ha experimentado hasta sus emociones recientes. Por la parte del médico, parece que el paciente está andándose por las ramas sin responder los puntos claves, así que le pide que solamente le explique los síntomas. El paciente, aturdido, cree que todo lo que narra se relaciona con los síntomas, por tanto, vuelve a hablar de las mismas cosas. Ante la misma respuesta, el médico se siente un poco impaciente. Tras escucharla, el profesional hace un diagnóstico muy rápido y le indica al paciente que su enfermedad es grave y que necesita un tratamiento inmediato. Sin embargo, al informar del resultado, el paciente no dice nada ni se muestra muy preocupado por su estado de salud. Ante esta actitud, el médico le destaca al paciente que siempre que siga el tratamiento prescrito, mejoraría. Sin embargo, el paciente no tiene ningunas ganas de contraer compromisos sobre su salud en el futuro. No afirma que seguirá el tratamiento ni se muestra contenta al saber que va a mejorar.

Explicación de la situación 4 (19)

En la situación 4, por la parte del médico, se siente confundido por varias razones: primero, las vueltas que ha dado el paciente sin decir lo importante cuando le explica los síntomas; segundo, ya enterado de que la enfermedad que padece es grave, el paciente no muestra nada de preocupación, actitud contraria a la inicial en la que ofrecía una larga narración sobre su rutina diaria, sus hábitos, entre otras cosas; tercero, el paciente se muestra reticente a contraer compromisos sobre su salud en el futuro. Parece que no le importa si se va a recuperar y no está dispuesto a seguir el tratamiento. Por la parte del paciente, no entiende la poca importancia que otorga el médico a su narración y la petición de hacerle explicar otra vez los síntomas. Además, la impaciencia del médico le resulta al paciente un poco molesta.

En realidad, el relato de tantos detalles del paciente en relación con la vida diaria se debe a la definición de enfermedad en la cultura magrebí. En su cultura el modo de vida y, sobre todo, las emociones son las causas principales de las enfermedades. Así que el ofrecimiento de excesivos detalles de su vida diaria se atribuye a la búsqueda de la mejor explicación de la enfermedad que padece. En este caso, la actitud de indiferencia y despreocupación del paciente magrebí han sido malinterpretadas por el médico. De acuerdo con la religión musulmana, se cree que todas las personas tienen escrito el destino, ante determinadas

enfermedades se reacciona con resignación y se considera que ésta es la voluntad de Dios y no se puede hacer nada para cambiarla. Además, la razón por la que el paciente no quiere contraer compromisos sobre su salud en el futuro también se atribuye a dicha creencia. Los musulmanes creen que el destino viene determinado por Dios, entre las normas de cortesía del musulmán se incluye no realizar afirmaciones sobre el futuro. En consecuencia, los musulmanes pueden sentir que es inadecuado o una invitación al desastre realizar afirmaciones rotundas referidas al futuro sobre la salud (20).

En este caso, si no hay intervención de los MILICS, el médico, ya un poco impaciente, al notar la despreocupación del paciente por su estado de salud, se enfadará con él lo que repercutirá en un empeoramiento de la relación médico-paciente. Además la impaciencia y el enojo implicarán la pérdida de confianza del paciente hacia el médico, como consecuencia, este no querrá aludir u ocultará alguna información importante para que no se aumente la impaciencia del médico. En consecuencia, el tratamiento que prescriba el médico a lo mejor no será el más apropiado y eficaz para curar la enfermedad del paciente. Si los MILICS conocen la definición de enfermedad y salud y las causas de la formación de dichas conceptualizaciones en la cultura magrebí, en especial, en la religión musulmana, les facilita dar la explicitación al respecto al médico para que este comprenda que la actitud indiferente del paciente se atribuye a la creencia de los musulmanes, no se debe a que el paciente no otorgue importancia a su salud. Por lo demás, hay que recordar al médico la tendencia de los pacientes magrebíes a hacer referencia a muchas cosas de la vida cotidiana y la importancia del proceso de recogida de información desde su narración. Así, el médico no se pondrá impaciente cuando el paciente narra. Antes de la consulta, los MILICS también pueden advertir al paciente que no hace falta relatar demasiados detalles sino los más importantes y más relacionados con sus síntomas a fin de que el médico no disperse su atención y facilite la recopilación de la información más relevante en relación con la enfermedad que sufre.

Situación 5:

Le toca a un paciente de origen senegalés consultar al médico español. Después de sentarse, el médico le pregunta donde le duele al paciente. Sin mirar al médico, el paciente le enseña una mano que presenta unas erupciones. El médico le pregunta cómo se ha hecho las erupciones. Contesta el paciente: " No sé. Creo que ha entrado un viento rojo por mi cabeza". Al escuchar esto, el médico se sorprende y sospecha que el paciente ha cogido un resfriado. Pero el paciente insiste en que las erupciones se deben a la entrada de viento, una explicación que le resulta incomprensible al médico. Le realiza una exploración al paciente. Al poco rato reciben el resultado de las pruebas, según lo cual el médico define el diagnóstico como erupciones ocasionadas por el resfriado y se lo indica al paciente. Sin embargo, el paciente se muestra desconfiado sobre el resultado y desea que se le haga más exámenes, pero el médico lo considera innecesario.

Explicación de la situación 5 (21)

En la situación 5, por la parte del médico, la entrada de viento por la cabeza resulta increíble y no tiene nada que ver con las erupciones que ha sufrido el paciente. Otra cosa que no entiende el médico consiste en la desconfianza del paciente hacia el resultado de la exploración. Por la parte del paciente senegalés, de acuerdo con su cultura sanitaria es frecuente que aires o vientos procedentes del exterior afecten al buen funcionamiento del organismo. Además, en su cultura no se da mucha confianza a los resultados rápidos, así que pone en duda la certitud del resultado.

De hecho, en la concepción propia de la sanidad tradicional senegalesa, el funcionamiento del cuerpo humano se centra en que los canales o conductos energéticos conectan orgánicamente las diferentes partes del cuerpo por los que circulan flujos o humores. Sin embargo, aires o vientos procedentes del exterior, debido a su recorrida por los diferentes canales del organismo, pueden afectar al funcionamiento del organismo y causar enfermedades. Además, no se considera que esté enfermo un determinado órgano, está enfermo el cuerpo en su conjunto, con su sistema de equilibrio, y está enfermo el espíritu, y las relaciones familiares y sociales, y las relaciones con los entes espirituales: los antepasados y sus preceptos, los genios, los dioses. En tal sentido, en líneas generales, se observa una cierta desconfianza de los senegaleses hacia los diagnósticos rápidos de la sanidad occidental, centrados en el mal funcionamiento de un determinado órgano, y que ignoran otras dimensiones del ser humano, tales como los factores físicos, sociales, espirituales, entre otros, que influyen la salud de los individuos (22).

En el caso de que no esté presente un MILICS, es posible que el médico rechace la petición del paciente de hacer más exploraciones, dado que, por un lado, sus erupciones no resultan muy graves, por otro lado, no resulta conveniente perder el tiempo haciéndolo porque hay muchos pacientes que están esperando en la consulta. El paciente, ya desconfiado por el resultado del diagnóstico, ante la impaciencia y el rechazo del médico, se molestará. O incluso se producirán tensiones o conflicto entre el médico y el paciente. En este sentido, para dar soluciones a esta situación, los MILICS deben conocerla definición de enfermedad y salud de la sanidad tradicional senegalesa y sus costumbres habituales en la consulta médica. Y luego, ya pueden indicar al médico que la entrada de viento rojo por la cabeza del paciente se atribuye a la definición de enfermedad y salud en la sanidad tradicional senegalesa, y que la desconfianza del paciente hacia el resultado rápido también está influida por su cultura. Además, los MILICS pueden ayudar al médico a explicar las razones de no hacerle más exploraciones al paciente. Si el paciente todavía se muestra inseguro, entonces los MILICS pueden aconsejarle que primero sigan el tratamiento que prescribe el médico, y si después de unos días no mejoran las erupciones, podrá pedir otra cita con el mismo médico o si quiere cambiar de médico, también lo podrá hacer. Así, se aliviará la preocupación e inseguridad del paciente y se evitará un conflicto entre el médico y el paciente.

Situación 6:

Un paciente de origen chino asiste a una consulta sanitaria con un médico español. Al ser preguntado por los síntomas, el paciente contesta al médico: "Creo que se han acumulado humedades en mi cuerpo por el flujo de viento y así se me ha causado el frío". Tras escuchar la descripción del paciente, el médico, se siente confundido y no entiende la relación entre estas palabras con la enfermedad que sufre el paciente, decide entonces realizar al paciente un análisis de sangre para ver el resultado. Al principio, el paciente lo acepta. Sin embargo, cuando se le informa de que se le va a extraer seis tubos de sangre, el paciente se muestra reticente. Como no entiende el relato anterior del paciente, y ante su rechazo hacia la extracción de sangre, el médico no sabe cómo abordar este caso.

Explicación de la situación 6 (23)

En la situación 6, por la parte del médico, no conoce a qué se refiere el paciente cuando explica su malestar en términos de las humedades, el viento y el frío, así que no puede diagnosticar su enfermedad. Aparte de esto, tampoco entiende por qué el paciente no quiere realizarse el análisis de sangre. El médico, como no puede juzgar nada según el relato del paciente y este niega a realizarse el análisis, no sabe cómo tratar este caso. Por la parte del

paciente, en la medicina tradicional china las palabras como las humedades, el viento, el frío y el calor resultan muy frecuentes en la explicitación de los síntomas en las consultas médicas (Kaptchuck, 1995; Xie, 1995; Raga (e.p.); Sánchez, 2009), así que no sabe por qué el médico no lo entiende. Además, en su cultura la realización de demasiadas extracciones de sangre es inaceptable, por tanto, se muestra reticente a hacer la extracción de sangre de seis tubos.

En efecto, la utilización de terminologías tales como las humedades, el viento y el frío del paciente, que se vincula con la definición de enfermedad y salud que se observa entre la medicina tradicional china, es muy diferente de la occidental, porque la concepción del funcionamiento del cuerpo en la medicina tradicional china es de carácter holista, lo que realmente interesa es el equilibrio entre el funcionamiento de los diferentes órganos. En este caso, las humedades, el flujo de viento y el frío son las causas que pueden romper el equilibrio del funcionamiento del cuerpo y consiguientemente ocasionar enfermedades. Con respecto al rechazo del paciente hacia el análisis de sangre también se atribuye a la concepción holista de la salud en la medicina tradicional china. Como ya hemos indicado que dicha concepción se caracteriza por la integridad, en la cultura china se evita, en principio, cualquier práctica que implique la “fragmentación” del cuerpo humano, porque se cree que la extirpación de alguna de estas partes puede suponer la imposibilidad de restablecer el equilibrio corporal y afectar a la salud, lo cual provoca una cierta reticencia de los pacientes chinos a que se les realicen excesivas extracciones sanguíneas, puesto que consideran que esta práctica puede debilitar seriamente al cuerpo (24).

En este caso, si no están presentes los MILICS, el médico no podrá hacer nada para curar la enfermedad del paciente. Además, el rechazo hacia el análisis en la opinión del médico se podrá traducir como la despreocupación del paciente por su salud. Mientras que el paciente, como no quiere meterse en un conflicto con el médico, decidirá no explicar nada más y se marchará sin recibir el tratamiento. Y es posible que se sienta discriminado por la no atención del médico. Por la parte de los MILICS, en vista de la considerable diferencia entre la medicina tradicional china y la occidental, resulta esencial que los MILICS tengan conocimientos sobre ambas medicinas. Lo más fundamental sería realizar una explicación sobre la concepción relacionada con la enfermedad y la salud, el funcionamiento del cuerpo, junto con las formas influidas por dicha concepción de cuidar la salud en la cultura, mejor dicho, en la medicina tradicional china para dar una explicación sobre las palabras como las humedades, el viento y el frío que menciona el paciente. Así, el médico podrá tener conocimientos sobre lo que le pasa al paciente y tener un juicio preliminar, y entenderá su rechazo hacia la extracción de sangre. Y a lo mejor no será necesario que el paciente realice tantas extracciones de sangre, en consecuencia, el paciente reducirá el rechazo y la reticencia hacia la realización de este análisis. En el caso de que el paciente aún tenga que hacerlo tantas veces, los MILICS podrán explicarle que hay que hacerlo para obtener un resultado preciso, y si no, el médico no podrá tener un diagnóstico exacto, lo que podrá afectar a su salud. Con esta explicación, el paciente podrá aceptar la realización del análisis de sangre.

Análisis general

Todo ser vivo es susceptible de enfermar, experiencia que el lenguaje cotidiano ha integrado fluidamente como un conjunto de hechos naturales. En reacción a esta posición, la sociología y la Antropología Médica han desarrollado una investigación complementaria a los criterios médicos (Bustos, 2005: 219). La Antropología Médica se está dedicando a la recuperación del protagonismo del enfermo en vez de las enfermedades. Según Kottow (2005: 187), “dicha disciplina hace a su vez una semiología fina de las vivencias acompañantes del enfermar, pues son ellas las que otorgan espesor a la dimensión existencial de la enfermedad, debiendo ser

abordadas por el terapeuta si la práctica médica ha de ser más que solo reparadora de cuerpos disfuncionales”.

Como se indica en esta cita, en la actualidad la Antropología Médica se está dedicando a la recuperación del protagonismo del enfermo en vez de las enfermedades. En este sentido, con objeto de comprender mejor a los pacientes de diferentes orígenes, resulta fundamental conocer cómo éstos definen o contextualizan los fenómenos médicos (Mayarí, 2003; Flores, 2004; Kottow, 2005), aspectos que conectan de forma estrecha con la investigación la Antropología Médica. Por lo tanto, parece necesarios que los MILICS se acerquen a esta disciplina a fin de aumentar sus conocimientos en materia de las definiciones de enfermedad y salud, las causas de definir así dichos fenómenos sanitarios, junto con las prácticas y conductas relacionadas e influidas por las mismas, así pueden interpretar mejor al médico las informaciones ofrecidas por los pacientes.

4.3 Tema 3: Las medicinas tradicionales.

En virtud de la perspectiva de Mayarí (2003: 67), “en los diferentes grupos de población se encuentran formas particulares de percibir y manejar la salud, la enfermedad y el dolor y sus prácticas de curación van de la mano con la cultura de las personas”. Este punto coincide en las siguientes palabras: en el caso de la salud existen modelos médicos que explican la salud, la enfermedad y el dolor, todos estos modelos o formas de hacer medicina, son productos históricos y cambiantes de una determinada cultura (Almaguer et al., 2003: 35). Así, se concluye que las medicinas de diferentes grupos, incluidas las medicinas tradicionales, son productos de sus propias culturas. Dado que la medicina tradicional se puede basar en principios naturales, mágicos y religiosos. A continuación, enumeramos dos casos, uno en relación con la medicina tradicional china, basado en el principio natural, con el fin de mostrar la considerable divergencia entre la medicina oriental y la occidental; otro de la medicina magrebí, fundamentado en los principios de la magia y la religión.

Situación 7:

Durante una consulta médica entre una mujer procedente de China y un médico autóctono, el médico pregunta a la paciente sobre qué le ha pasado. Esta le contesta: “Hoy a las dos siento dolores en el estómago. Suelo caminar un par de horas al día, pero ahora cuando he caminado media hora me canso mucho. Las dos últimas noches me he despertado varias veces, con sudores y olores agrios, y he soñado que me caía a un río y me ahogaba y que...”. Al médico las cosas que relata la mujer le parecen de poca importancia. El médico le interrumpe y le deja explicar solo los síntomas no los detalles de su vida. Luego, cuando le realiza un examen corporal a la paciente, el médico encuentra que la mujer tiene muchas marcas en los brazos y las piernas, ante lo cual sospecha que la mujer está sufriendo maltrato de su marido o de sus otros familiares. Sorprendido y con prudencia, el médico le pregunta si su marido o alguien le ha golpeado, la respuesta de la paciente siempre es no. Así, el médico decide que la paciente tiene que hospitalizarse y necesita la ayuda del trabajador social. Sin embargo, desde el primer día que se hospitaliza la mujer, todos los días recibe el personal de enfermería quejas hacia la mujer por el mal olor de su habitación. Cuando el personal entra en la habitación, la mujer está haciendo infusiones que nadie sabe de qué son y que sale un olor maloliente. El personal se lo reprocha a la mujer.

Explicación de la situación 7 (25)

En la situación 7, por la parte del médico, tiene varias dudas hacia la paciente china. Primero, el ofrecimiento de demasiada información inútil, por ejemplo, los paseos, los sueños, entre otras cosas, en la consulta. Segundo, las marcas dejadas en la piel de la paciente parecen indicar el sufrimiento de maltrato. Pero al ser preguntada por esto, la mujer siempre lo niega diciendo que no ha sido maltratada. Tercero, aunque está recibiendo el tratamiento prescrito por el médico, la mujer está consumiendo otros medicamentos a escondidas, cuyo olor es desagradable e insoportable para los demás. Por la parte de la paciente, anteriormente cuando tuvo consultas médicas en China, el médico siempre le preguntó sobre los detalles de su vida. Y no sabe por qué el médico se muestra tan sorprendido al ver las marcas en su piel. Además, el tomar infusiones es muy frecuente en China. Como ya sabe que no le van a hacer daño, no entiende por qué el personal se lo reprocha.

En realidad, el intento de ofrecer una información muy completa e integral del estado de salud de la paciente está influido por la medicina tradicional china, en la que se establecen unas claras equivalencias entre la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, el cosmos (o entorno físico), y la sociedad (Kaptchuck, 1995; Xie, 1995; Sánchez, 2009; Casas et al., 2009). Para su correcto funcionamiento, el cuerpo humano debe mantener su equilibrio interno y el equilibrio con el entorno físico y social. Esta concepción holista se refleja de una forma muy evidente en el tipo de diagnóstico, *kanbing*, que se basa en las informaciones del paciente sobre las preguntas relacionadas con la dieta, temperaturas, hábitos laborales, sociales y sexuales, excrementos, partes del cuerpo, entre otros aspectos (Sánchez, 2009; Casas et al., 2009). Así que la paciente hace referencia a los paseos, los sueños y los hábitos diarios para ofrecer una información muy completa e integral de su estado de salud. En la medicina tradicional china, existen muchas formas de curación, este caso las marcas se relacionan con la aplicación de ventosas, una práctica cutánea que puede dejar marcas en la piel sin tener relación con el maltrato. En cuanto a las infusiones, los tratamientos de la medicina tradicional china se basan en gran medida en el consumo de infusiones o cocciones de mezclas de plantas medicinales, de difícil elaboración y sabor bastante desagradable. Las infusiones o cocciones suelen ser bastante prolongadas y de acción lenta, pero tienen pocos efectos secundarios nocivos (26).

En este caso, durante la consulta, cuando el médico interrumpe las palabras del paciente, si los MILICS conocen la medicina tradicional china, pueden explicársela al médico para que tenga un conocimiento básico sobre dicha medicina, así le facilitará la comprensión del relato de la mujer sobre tantos detalles de la vida, según lo cual, puede obtener alguna información importante relacionada con la enfermedad de la paciente. Al mismo tiempo, los MILICS también pueden indicar a la paciente que como en España no se aplica una medicina como la tradicional china, será mejor que ofrezca información concreta y más estrechamente relacionada con sus síntomas para que el médico entienda mejor y juzgue de forma precisa y adecuada lo que le ha pasado. Con respecto a las marcas, una vez que los MILICS confirman que son consecuencia de la aplicación de remedios tradicionales chinos, pueden recordar al médico que están vinculadas con la terapia tradicional de China y no tienen nada que ver con el maltrato ni hace falta la intervención del trabajador social. Aquí se trata de la aplicación de ventosas, una práctica cutánea que es habitual en China y que siempre deja marcas en la piel de la gente que recibe dicha terapia. Así, las marcas no serán malinterpretadas por el médico y no pedirá la ayuda del trabajador social. Ante el reproche del personal sanitario, la paciente se sentirá confundida y ofendida, porque no comprende las causas de ser regañada. Los MILICS pueden explicar al PS que las infusiones hechas por la paciente también se vinculan estrechamente con la medicina tradicional. Así, el personal sanitario puede entender las conductas de la paciente, en vez de reprocharla, le dará una explicación concreta sobre por

qué sí o no puede consumirlas. Es aconsejable que los MILICS hablen con la paciente para que deje de consumirlas durante su estancia en el hospital puesto que, por un lado, el olor desagradable puede causar molestia tanto a otros enfermos como al PS, por otro lado, cabe la posibilidad de que las infusiones interactúen de manera poco saludable con los medicamentos de la medicina occidental. Por la parte de la mujer china, enterada de que el olor puede causar molestia a los demás y que el consumo simultáneo de medicina china y occidental puede ocasionar consecuencias negativas, lo más probable es que las dejará de consumir.

Situación 8:

Llevada por una ambulancia, una paciente de origen marroquí que necesita asistencia sanitaria urgente e inmediata llega a Urgencias del hospital. Tras ser salvada y reposar unas horas, una médica le visita para observar su estado y recoger más información sobre la enfermedad que sufre la paciente. Con unas preguntas, la médica sabe que la paciente ha padecido esta enfermedad por un largo plazo de tiempo sin consultar al médico. Confundida, la médica le pregunta por las medidas que tomó para mejorar la salud, esta le contesta que ha visitado a tumbas de santos musulmanes, y un sanador le ha celebrado ritos para protegerla de enfermedades, respuesta que aumenta la confusión de la médica, porque las medidas tomadas por el paciente no sirven para nada en curar su enfermedad. Como la paciente está muy débil, la médica deja de hacer más preguntas y se marcha con muchas dudas. Durante el período de hospitalización, el personal de enfermería también pone en duda ciertas conductas de la paciente: a pesar de que está muy débil y casi no puede levantar las manos, todos los días intenta abrir una lectura en su propia lengua para leerla con la voz. Además, siempre lleva una bolsita, que lleva algunas hierbas, y nunca se la quita.

Explicación de la situación 8 (27)

En la situación 8, por la parte del médico, no puede entender las medidas que adoptó el paciente para curar la enfermedad, ya que desde su perspectiva la visita de tumbas y los ritos no hacen ningún efecto en mejorar su estado de salud. Y si ha sufrido una enfermedad tan grave, tiene que acudir al médico en lugar de al curador que celebra ritos. En su opinión, los ritos no sirven para nada en evitar enfermedades. Por la parte del personal de enfermería, tampoco comprenden las actuaciones del paciente. Primero, pese a la debilidad y poca fuerza, todos los días intenta leer un libro escrito en árabe en voz alta. Segundo, todo el tiempo la paciente lleva una bolsita que lleva hierbas y nunca se la quita. Por la parte de la paciente, todo lo que ha hecho según sus creencias y su cultura sanitaria ayuda a curar la enfermedad.

De hecho, en el Magreb se entremezclan ideas paganas con las religiosas. Existen métodos religiosos de curación que incluye la lectura del Corán, mediante lo cual se aporta sosiego y tranquilidad al paciente, y las visitas o peregrinaciones a tumbas de santos musulmanes, que en la creencia de los magrebíes pueden ocasionar curas milagrosas. En relación con la medicina magrebí, podemos encontrar sanadores o curanderos, tales como Hamdcha, Aissawa, Gnawa, cuyas prácticas sanitarias, que abarcan la celebración de ritos, en la mayoría de los casos están relacionados con su devoción y religiosidad. Mediante estos ritos de carácter mágico se tratan más los problemas espirituales cuyas causas se relacionan con la posesión, la brujería y el mal de ojo. En cuanto al mal de ojo, en todos los países árabes y en el Magreb se cree en el mal de ojo, que puede provocar todo tipo de desgracias: enfermedades, muertes, destrucción, etc. Se trata de una creencia en relación con lo sobrenatural y la magia que son de origen preislámico. Existen personas que se dedican a evitar el mal de ojo, para ello manejan

tanto talismanes, amuletos y fetiches como hierbas y especias (28).

Ante tanta diferencia entre la cultura sanitaria del médico y la paciente, si nadie le explica al PS las causas por las que la paciente actúa de este modo, es posible que ellos impidan a la paciente que lea el libro en vista de la debilidad de su estado de salud. Por la misma razón, como la paciente no consigue limpiarse por sí misma, cuando alguien le ayude para hacer la higiene, le quitará la bolsita. En estos casos, la paciente entenderá la ayuda que se le presta como una ofensa o falta de respeto porque, en su cultura, las prácticas que está haciendo son necesarias para favorecer la curación de la enfermedad. En este sentido, resulta de suma importancia que los MILICS expliquen a la médica estas cuestiones de la medicina magrebí, sobre todo, los principios mágicos y religiosos que conlleva dicha medicina, y la creencia sobre el mal de ojo de los magrebíes. La lectura del Corán y la visita a tumbas de santos musulmanes también han de ser explicadas. Así, no le parecerá extraño al médico las medidas tomadas por la paciente para la curación de la enfermedad. Por lo demás, hay que recordar al PS que como dicha creencia es arraigada y común, será mejor respetarla, dejar a la paciente leer la lectura y llevar su bolsita de hierbas en todo momento le ayudarán. Si siente que es respetada, la paciente recibirá el tratamiento de forma más tranquila y le otorgará más confianza al PS. De lo contrario, se sentirá ofendida y dado que la paciente está en una situación muy débil, la sensación de ofensa le afectará considerablemente en su estado de ánimo, agravando así su enfermedad.

Análisis general

En comparación con el tratamiento occidental, la terapéutica oriental se focaliza más en los enfermos que en las enfermedades. Dicha diferencia se pone de manifiesto en las palabras de Aparicio:

Teniendo en cuenta que la terapéutica oriental prefiere hablar de enfermos más que de enfermedades, no existe un catálogo amplio, como en Occidente, que defina desequilibrios concretos (manifestaciones, expresiones patológicas a la occidental) susceptibles de ser observados en toda la población. Se habla más bien de síndromes o categorías amplias en las que podemos incluir los males observados individualmente, correspondientes a procesos básicos y principales en el funcionamiento del cuerpo, alterados, cuyas expresiones patológicas (en la forma de clasificar y entender occidental) pueden ser muy diversas (Aparicio, 2007: 1).

Otra diferencia consiste en la divergencia sobre el eje central durante el proceso de tratamiento y curación. A diferencia de la medicina occidental, las medicinas tradicionales y los sistemas naturales de cuidado de la salud, más que "atacar al malo", intentan "defender al bueno", potenciar su fuerza vital, mejorar su sistema inmunológico, aportarle ayudas que le permitan dar la vuelta a la situación y curarse (Aparicio, 2007: 4).

La medicina tradicional relacionada con saberes populares se cimienta en principios naturales, mágicos y religiosos, en los cuales, desde la perspectiva de Suárez, Wiesner, González, Cortés y Shinchí (2004: 48), "la experimentación no es una condición necesaria y en los que la tradición tiene como función la legitimación de un respaldo social a las creencias culturales, expresadas no sólo en prácticas médicas particulares sino en variados aspectos de la vida individual y social".

En efecto, las medicinas tradicionales y los terapeutas tradicionales, según Carranza (2001: 14), "pueden ser complementarias, conflictivas o incluso contradictorias, pero coexisten y tienen una coherencia interna, son operativas, pragmáticas y funcionales; reflejan una síntesis de saberes que corresponden a diferentes modelos médicos relativamente diferenciados entre sí, en particular de la biomedicina y de la llamada "medicina tradicional".

Las medicinas tradicionales hoy en día están saliendo de sus contextos originarios y, como le ocurre a la medicina tradicional china, al contactar con culturas diferentes, se están convirtiendo en medicinas interculturales (Aparicio, 2004: 67). La medicina china no es una excepción, de hecho, la mayoría de las medicinas tradicionales están experimentando la transformación de volverse cada vez más interculturales conservando lo esencial y lo fundamental de sí mismas mientras que al mismo tiempo se nutren de lo ventajoso y lo beneficioso que puedan ofrecer otras formas de entender la medicina.

En cuanto a la relación entre la medicina tradicional y la antropología, Aparicio (2007: 2; 6) pone de relieve que, "la mayoría de las medicinas tradicionales son medicina antropológica y son utilitaristas y pragmáticas". Dicho punto como pone de manifiesto Bartoli (2005: 86), "si se observa de cerca y, sobre todo, desde el punto de vista de los distintos actores sociales, la presunta homogeneidad y coherencia de la llamada medicina tradicional se descompone y divide en un calidoscopio de diversidad, que constituye propiamente el objeto que el antropólogo tiene que registrar e interpretar". En este sentido, por la parte de los MILICS, dada la importancia que otorga la Antropología Médica al estudio de la diversidad de la medicina tradicional y el sentido intercultural hacia el que se está inclinando dicha medicina, parece recomendable que se incluya esta disciplina en su formación específica puesto que así obtendrán más conocimientos del estudio con respecto a las medicinas tradicionales dentro de la antropología.

4.4 Tema 4: Los patrones comunicativos en la consulta médica.

Actualmente los servicios sanitarios se caracterizan por una convergencia de múltiples culturas. Como consecuencia, en las consultas médicas existen considerables diferencias culturales que en algunas ocasiones obstaculizan la comunicación médico-paciente. De acuerdo con Ortí, Sánchez y Sales (2006: 133), "al analizar los conflictos de comunicación intercultural, es necesario tener en cuenta dos parámetros: el cultural y el comunicativo. En temas anteriores hemos abordado la medicina y las terapias tradicionales". En este caso, veremos el parámetro comunicativo, que siempre está presente durante las consultas médicas y cuya importancia no debemos desestimar.

Cada cultura tiene su forma de establecer los patrones comunicativos entre sanadores y pacientes. En cuanto a la interacción comunicativa cara a cara entre PS y paciente, lo primero que cabe destacar es que los patrones comunicativos que esperan encontrar estas dos partes indicadas en la consulta médica pueden diferir enormemente, tanto o más que los comportamientos relacionados con las diferentes concepciones de la salud, la enfermedad y la atención. Esto implica una considerable diferencia concerniente a la comunicación verbal y no verbal entre el PS y el paciente de diferente origen cultural, tales como la observación de gestos y silencios, el control de los ritos de comunicación, la distribución del turno de palabras, entre muchos aspectos. En algunas ocasiones dicha diferencia puede consistir en sutiles matices comunicativos que las partes involucradas ni siquiera saben que están sujetos a variabilidad cultural. A este respecto, las expectativas del PS y las del paciente extranjero pueden diferir de manera profunda o sutil, llegando a generar graves problemas en la comunicación en la consulta médica (Grupo CRIT, 2003; Raga, 2005; Ortí et al., 2006; Raga et al., 2014).

A continuación, mostraremos un esquema, que incluye los patrones comunicativos en la consulta médica entre médico y paciente de diferentes orígenes, tales como España, Europa del Este, India y Pakistán, Magreb y Senegal.

Patrón comunicativo	Contenido	Veracidad	Manera	Paralenguaje	Turnos de palabra	Comunicación no verbal
Médico (España)	Poca información y comprometida	Casos de insinceridad	Lenguaje directo y a veces ininteligible	Ceremonial en ocasiones	Dirige e interrumpe	Dirige y muy próximo
Paciente (España)	Mucha información y comprometida	sinceridad	Lenguaje directo e ininteligible	coloquial	Es dirigido y no interrumpe	Es dirigido y distante
Médico (Europa del Este)	Mucha información y si cabe comprometida	Tanta sinceridad como se pueda	Lenguaje directo y tan inteligible como se pueda	No muy ceremonial	Dirige y a veces interrumpe	Dirige y es distante
Paciente (Europa del Este)	Mucha información y comprometida	sinceridad	Lenguaje directo e ininteligible	coloquial	Es dirigido pero puede interrumpir	Es dirigido y distante
Médico (India y Pakistán)	Mucha información y si cabe comprometida	Tanta sinceridad como se pueda	Lenguaje directo y a veces metafórico	En ocasiones ceremonial	Dirige pero no suele interrumpir	Dirige y es distante, con mucho contacto
Paciente (India y Pakistán)	Mucha información y si cabe comprometida	Sinceridad en general	Lenguaje directo e ininteligible	formal	Es dirigido y no interrumpe	Es dirigido y distante
Médico (Magreb)	Poca información y no comprometida	Casos de insinceridad	Lenguaje directo y a veces ininteligible	Ceremonial en ocasiones	Dirige e interrumpe	Dirige y distante
Paciente (Magreb)	Mucha información y comprometida	Casos de insinceridad	Lenguaje no siempre directo	formal	Es dirigido y no interrumpe	Es dirigido y distante

(Fuente: Ortí et al., 2006: 134)

Como en este tema abordaremos las consultas sanitarias entre médicos de España y pacientes de origen extranjero, en base a la diferencia comunicativa que se ha mostrado en el esquema, en lo siguiente, hablaremos de los posibles conflictos que se puedan dar entre estas dos partes con tres casos, en los que el PS de España, un paciente de Bulgaria, un paciente de Pakistán y una pareja de Marrueco son los protagonistas. Después de la presentación de los conflictos, indicaremos la importancia de la presencia de los MILICS y las funciones que deberían asumir dichos trabajadores.

Situación 9: El caso de un paciente de Bulgaria.

Hace unos días un médico español recetó unas pastillas a un paciente búlgaro para curar su dolor de estómago que no estaba muy grave. Sin embargo, luego el paciente pide otra cita con el mismo médico. Al reconocer al paciente, el médico le invita a entrar al paciente hablando en un tono algo elevado y pronunciando rápido. El paciente, aunque siente un poco ofendido, no dice nada y se sienta. El médico, al ver que la cara del paciente no está tan pálida como antes, le dice: "Ya le dije que tomara las pastillas. ¿Lo ha hecho?. Parece que tiene mejor aspecto". El paciente lo afirma pero agrega: "Ayer y hoy no las ha tomado. Pero yo no estoy bien, quería saber si podría ser...". El médico le interrumpe y dice: "Bueno, sólo han pasado tres días". El paciente quiere continuar su narración y dice: "Pero no me encuentro bien, no sé qué podría ser...". Pero otra vez es interrumpida por el médico. El médico toma el turno y sigue diciendo: "Sigue con esta medicación y ya verás, lo importante ahora es que se te pase el dolor", una explicación que no corresponde a las preguntas del paciente. El paciente piensa que sin saber qué causó la enfermedad ¿cómo puede el médico saber qué la curará? En consecuencia, pide que se le haga pruebas para aclarar el origen de la enfermedad. El médico no entiende que el paciente le está pidiendo una explicación sobre el origen de la enfermedad, insiste en la validez del tratamiento que ha propuesto y rechaza la petición del paciente con tono enfático. Ante el rechazo del médico el paciente se levanta y dice que va a cambiar de médico. El médico se enfada después de escuchar las palabras del paciente.

Explicación de la situación 9 (29)

En la situación 9, por la parte del médico, como ya observa que la cara del paciente no está tan pálida como antes, considera que las pastillas recetadas sí que hacen efecto. Además, cree que lo importante es seguir la medicación prescrita y atacar los síntomas de la enfermedad, así que no da mucha importancia a la preocupación del paciente sobre el origen de la enfermedad. En cuanto a la petición de hacer pruebas del paciente, parece que no hace falta dado a la mejora de la salud del paciente, y así le rechaza. Sin embargo, no entiende por qué su rechazo a la petición se convierte en la causa de la presentación del paciente de cambiar de médico. En este sentido, se enfada con él. Por la parte del paciente, el tono elevado y enfático del médico y las repetidas veces de la interrupción del mismo le suponen conductas ofensivas. Además, siempre quiere informarse del origen de la enfermedad para poder así adecuar el tratamiento a la enfermedad, pero el médico nunca le dan respuestas directas, sino destaca una y otra vez la eficacia del tratamiento prescrito anteriormente. Sin obtener una explicación pedida, el paciente considera que unas pruebas le ayudarían en aclarar el origen de la enfermedad, pero el médico lo rechaza sin darle más explicaciones. Todo esto constituye los motivos del paciente de intentar cambiar de médico.

En realidad, para un ciudadano de Europa de Este, en la cultura eslava, es normal exigir al médico que les dé suficiente información con palabras claras y que diga toda la verdad, a petición del paciente. El médico no debe ser excesivamente rápido con sus preguntas y debe dejar tiempo para que el paciente responda. De hecho, la cultura eslava es una cultura asimétrica preocupada por el conflicto. En este contexto, el médico tiene una posición social más elevada que la del paciente, así que los pacientes de forma habitual intentan evitar conflictos con los médicos. Durante la consulta, los pacientes esperan que le presten atención y los médicos le dedican tiempo haciéndoles preguntas y explicándoles las diversas posibilidades que ofrece su sintomatología. La relación de confianza es fundamental, si el médico es insincero o poco informativo, el paciente se puede sentir discriminado y mal atendido. Con respecto a la manera de expresión, el médico suele ser directo y procura

explicar las terminologías que no entiende el paciente y este le podrá pedir explicaciones o aclaraciones. Sobre el paralenguaje, el médico habla con voz suave, relajada, transmitiendo serenidad y confianza. En los turnos de palabras, el médico debe preguntar lo que necesite saber, pero ha de escuchar también al paciente respetando sus turnos (Ortí et al., 2006: 125-128).

En este caso, los MILICS han de conocer la relación médico-paciente y los patrones comunicativos en la cultura eslava. La labor más importante de los MILICS consiste en la advertencia al médico para que tenga en cuenta algunos puntos importantes al tratar con el paciente eslavo: cuando está hablando de sus cosas el paciente, será mejor que le deje tiempo para terminar su narración y también para hacer preguntas, así no lo ofenderá o molestará; en el caso de se muestra insincero o poco informativo, el paciente perderá interés e intentará tal vez cambiar de médico como ocurre en esta situación, puesto que una relación de confianza es clave para los pacientes eslavos, así que será conveniente darle el máximo de información posible para así establecer la confianza con el paciente y explicará con detalle de su rechazo a la petición del paciente y este, enterado de suficiente información aportada por el médico, se sentirá respetado, otorgará más confianza al médico; un tono suave y relajado y la paciencia ante la petición de aclaración y explicación del paciente también resultan importante, dado que la confianza se transmite de esta manera, así que el médico evitará hablar con el paciente con un tono enfático y el paciente se sentirá relajado y tranquilo. De esta manera, las formas de expresar y el rechazo del médico no serán malinterpretados por el paciente y se facilitará el establecimiento de confianza entre ellos evitando tensiones o conflictos.

Situación 10: El caso de un paciente de Pakistán.

Un paciente pakistaní llega al hospital para hacer una revisión y tiene una cita con el mismo médico español con que tuvo una consulta médica hace una semana. El médico saludó al paciente con muy pocas palabras leyendo la historia clínica del paciente. El paciente aprovecha este momento para empezar su larga narración: "Estos días todavía me duele ..., he comido mucho, por ejemplo ..., y trabajo muchas horas al día ...". Lo que relata el paciente parece poco importante en ese momento y el médico le interrumpe tomando el turno de palabra. Luego, cuando el paciente intenta continuar con la interacción anterior, el médico también le interrumpe y con prisa le da una pregunta directa: "¿Has seguido el tratamiento que te receté?" El paciente mantiene silencio sin decir nada. El médico, confundido, le cuestiona otra vez al paciente. Esta vez, este mismo mueve su cabeza de forma ondulante de lado a lado, movimiento que supone negación en la cultura del médico. Cree que el paciente no ha seguido sus instrucciones, el médico está muy preocupado por la salud del paciente, lo pide que realice unas pruebas más con tono un poco enfático y volumen alto. El paciente, aunque no quiere hacerlo, afirma que sí. El médico no dice nada más y apresura al paciente a hacer las pruebas. El paciente, pensando que el médico quiere terminar la consulta con mucha prisa y no atenderlo, se marcha sin hacer nada de las pruebas.

Explicación de la situación 10 (30)

En la situación 10, por la parte del médico, la larga narración sobre la vida cotidiana del paciente no tiene mucho que ver con la enfermedad, así que lo interrumpe varias veces a pesar de que el paciente no ha terminado su narración y directamente le pregunta si ha seguido el tratamiento recetado. Además, el silencio y el movimiento de la cabeza del paciente implica

negación en su cultura, en consecuencia, considera que el paciente no ha seguido sus instrucciones y debido a la preocupación por la salud del paciente, habla con él con tono enfático y volumen alto, y quiere que haga las pruebas lo más antes posible para confirmar cómo está su estado físico. Por la parte del paciente, es habitual que los pacientes narren mucho en la consulta médica en su país, porque así el médico puede obtener más información sobre la enfermedad que padecen ellos. Las interrupciones de forma brusca y constante del médico le parecen conductas descorteses y el tono enfático y volumen alto también. Por lo demás, el silencio y el movimiento de su cabeza indica que ha seguido las instrucciones del médico, así que no entiende porqué necesita hacer más pruebas. Pero dado a la tendencia general de evitar conflictos, no rechaza al médico. Sin embargo, lo más inaceptable se centra en la prisa con que el médico quiere terminar la consulta lo que supone la falta de respeto y el desinterés de hacerle la atención, así que se marcha el paciente.

En efecto, en la medicina tradicional de India y Pakistán, el diagnóstico se basa tanto en un profundo análisis físico de naturaleza holística como en la narración pormenorizada que incluye mucha información sobre diversos aspectos, tales como el origen de su dolencia, su estado físico, cómo comen, cómo trabajan, qué les preocupa, entre otros aspectos (Subbarayappa, 2001; Ortí et al., 2006; Casas et al., 2009). En ocasiones al paciente le sorprende la escasa información que le piden y le ofrecen el médico español y las escasas opciones que les dan para explicar los síntomas en profundidad. De hecho, se considera poco respetuoso darse prisa en la entrevista con el médico porque creen que por la prisa el médico no se esfuerza por entender la información que se está pidiendo. Además, tomando al médico como un perfil jerárquicamente superior, los pacientes de India y Pakistán siguen el principio de no confrontación directa con el médico. Bajo esta influencia, los modos de expresión de los pacientes en las consultas médicas son muy respetuosos y es poco frecuente que le digan al médico que no han entendido alguna terminología o expresión. Por lo general, los médicos son quienes dirigen la conversación desde su posición de superioridad. Sin embargo, cuando los pacientes están explicando los aspectos relacionados con los síntomas, la interrupción brusca y constante supone una conducta descortés. Además, el paralenguaje de los pacientes suele ser muy poco enfático, con un volumen bajo, y un tempo lento. Un gesto que es habitual que sea malentendido consiste en que para ellos un movimiento de cabeza ondulante de lado a lado puede indicar afirmación o duda, el silencio por lo general significa aprobación y aceptación también significa lo mismo, mientras que un movimiento de arriba abajo que indica negación, falta de acuerdo, pero reconocimiento acerca de lo que se dice (Ortí et al., 2006: 120-124).

En este sentido, los MILICS han de conocer la cultura comunicativa de los pacientes de origen de India y Pakistán y los posibles conflictos que se pueden dar con los médicos de España. En este caso, los MILICS deben recordar al médico las siguientes cosas: el largo tiempo que dedica el paciente a explicar lo vinculado con sus síntomas y la evitación de interrumpir de repente o de forma constante cuando está narrando, así el médico no interrumpirá de manera brusca y constante al paciente cuando esté hablando, y en caso necesario, le explicará el porqué de la interrupción para no ofender al paciente; la importancia de la narración aun larga dado a la existencia de alguna información importante relacionada con la enfermedad que padece el paciente, y del ofrecimiento de la mayor cantidad de información posible como respuesta a los síntomas del paciente sin mucha prisa, así el médico tendrá más paciencia al escuchar las palabras del paciente intentando obtener más información importante en relación con la enfermedad y el paciente, como se siente respetado concederá más confianza al médico; la confirmación de si de verdad el paciente quiere o ha seguido ciertos tratamientos o pruebas dado la posible insinceridad de los pacientes de origen de Pakistán por la no evitación del conflicto y la interpretación correcta del silencio y los

gestos, como el movimiento de cabeza que hemos mencionado en esta situación, así en este caso el médico no malinterpretará el gesto y el silencio del paciente y, enterado de que el paciente ha seguido el tratamiento, no se preocupará tanto y consiguientemente no le pedirá hacer pruebas con tanta prisa. Al paciente también los MILICS hay que explicar la prisa del médico se atribuye a la preocupación por su estado de salud, así el paciente no lo malinterpretará ni se marchará enfadado. En vez de esto, estará agradecido al médico. De esta forma, se facilitará la comunicación entre las dos partes y se aumentará el clima de confianza entre ambos.

Situación 11: El caso de una pareja de Marruecos.

Entra una pareja marroquí en la consulta médica española. El médico le pregunta qué les han pasado. El marido contesta que a su mujer le duele mucho la barriga. El médico mira a la mujer, pero esta se baja su cabeza y evita el contacto visual con él. El médico, confundido, pregunta directamente a la mujer dónde le duele. Esta mira a su marido quien repite otra vez que le duele la barriga a la mujer. Esto sorprende un poco al médico que no acaba de entender quién es su interlocutor. A continuación, el médico cuestiona los síntomas que presenta la mujer. El marido sigue toma el protagonismo y los explica con muy breves palabras. El médico está un poco desconcertado y se dirige a la mujer para que diga algo más en concreto, esta mantiene el silencio. Como no puede definir dónde le duele exactamente la paciente, el médico dice que necesita presionar por las diferentes zonas del abdomen de la mujer para localizar el origen del dolor. No obstante, el marido se muestra renuente a que le toque a la mujer y dice que hay que cambiar el médico por una médica para hacer esto. El médico está muy desconcertado pero lo admito. Sin embargo, cuando la médica le pide a la mujer que levante un poco la camisa hacia arriba para mostrar su barriga y facilitar la localización del dolor, la mujer parece que no tiene ningunas ganas de hacerlo. Ante la renitencia de la mujer, la médica se muestra un poco impaciente. Al notar la impaciencia de la médica, la mujer decide seguir la instrucción. Después de definir la enfermedad, la médica le receta algunos medicamentos a la paciente. Antes de salir, la mujer intenta coger la mano de la médica, y esta, dado que no sabe qué quiere hacer la mujer, encoge su mano y se pone un poco enfadada.

Explicitación de la situación 11 (31)

En la situación 11, por la parte del médico, lo más extraño consiste en el protagonismo que siempre ha adquirido el marido y el papel pasivo de la mujer. Además de esto, la poca información que ofrece la pareja sobre los síntomas y el rechazo del marido a que le toque a la mujer. Por la parte de la médica, le sorprenden dos cosas. Se tratan de la reticencia de la mujer a mostrar su cuerpo y el intento de esta misma de coger la mano de la médica. Por la parte del marido, cree que en su país la toma del protagonismo es la mejor manera de proteger a su mujer y que es general que no se ofrezca mucha información personal en la consulta médica. Además, los médicos masculinos raras veces tocan a las pacientes. En consecuencia, quiere cambiar de médico por una médica para realizar el examen. Por la parte de la mujer, el marido es quien lleva la iniciativa en la consulta, así que siempre está al margen la mujer. Por lo demás, en su país las mujeres incluso algunos hombres no muestran su cuerpo a los médicos, pero debido a su preocupación por ocasionar un conflicto con la médica, ha seguido la instrucción médica. En cuanto a la cogida de la mano de la médica, se trata de una manera de manifestar el agradecimiento: el besar la mano, así que no entiende por qué se enfada la médica.

De hecho, la cultura árabe, y concretamente la magrebí, se puede caracterizar por seguir un modelo comunicativo asimétrico y poco preocupado por el conflicto (Grupo CRIT, 2003: 89-122). Puesto que estos pacientes le conceden al médico un papel jerárquicamente superior puede que no se atrevan a preguntarle sobre algún aspecto que no han entendido. Y para no provocar conflictos, recurre a la mentira y a la ocultación de información. Por ejemplo, al ser cuestionado por el médico si ha seguido un tratamiento, el paciente, aunque no lo ha hecho afirma que sí. Normalmente los pacientes magrebíes dan escasa información personal e irrelevante al médico. El magrebí en general se muestra pudoroso para mostrar su cuerpo, incluso con personas de su mismo sexo, es posible que la religión juegue un papel importante en este aspecto. La situación puede resultar tensa cuando el sexo del PS y el paciente es diferente. En cuanto a las interacciones con el médico, los pacientes se inclinan a manifestar de manera reiterada excesivos agradecimientos y muestras de respeto, por ejemplo, el besar la mano es un gesto que muestra el agradecimiento y respeto. En cuanto a las pacientes magrebíes, el PS constata que ellas hablan en voz baja, rehúyen la mirada directa y parecen más pasivas. Cuando está presente el marido es éste quien lleva la iniciativa que deja a la mujer a la margen (Ortí et al., 2006: 129-133).

En este caso, los MILICS necesitan tener conocimientos sobre el contexto cultural, en especial, la cultura comunicativa de Magreb, así pueden recordar al médico las cosas que hay que tener en cuenta: será mejor, siempre que sea posible, que el sexo del PS y del pacientes sea el mismo, así se evitará las potenciales tensiones entre el PS y el marido o los familiares de la paciente magrebí; durante una consulta médica con una mujer magrebí acompañada por su marido o familiares, es muy normal que el marido o los familiares toman el protagonismo y dejar a la mujer al margen, pero dado que la mujer es la verdadera protagonista de la consulta, será mejor que el médico hable tanto con el marido como con la mujer para conseguir que esta participe activamente y tenga un mayor empoderamiento en el presente y en el futuro, así podrá obtener información más adecuada y correspondiente a la enfermedad que padece la mujer; dado a la tendencia de evitar conflictos con el PS de los pacientes magrebíes, al preguntarles si quieren seguir o si han seguido un tratamiento, hay que confirmar varias veces para que digan la verdad, por ejemplo en este caso la mujer de verdad no quiere hacer la prueba y será mejor que el médico lo confirme; debido a la escasa información que ofrece los pacientes magrebíes en general, el médico necesitará hacer más preguntas a la pareja pero de forma moderada para poco a poco conseguir la confianza de ellos; es habitual que los pacientes magrebíes muestren demasiado agradecimiento, por ejemplo, el besar de la mano es una forma de hacerlo, así la médica sabrá que el motivo de la paciente de coger su mano es para mostrar el agradecimiento y no se enfadará con ella.

Análisis general

Tanto la cultura comunicativa, como los factores al respecto, tales como las formas de comportarse del paciente, las costumbres comunicativas, las creencias y los valores que influyen las formas y costumbres, entre otros, se han convertido en el enfoque de estudio de la Antropología Médica. En definitiva, no existen problemas con los pacientes de origen extranjero sino el desconocimiento con respecto a sus patrones comunicativos y su cultura. Dado que la diferencia cultural comunicativa entre el PS y el paciente pueden dar lugar a problemas sin que ellos se den cuenta, tales como los conflictos que hemos mencionado en las explicaciones de casos, con la finalidad de romper el desconocimiento entre el PS y el paciente, evitar dichos problemas mencionados y facilitar la comunicación médico-paciente, los MILICS, como puente entre ellos, han de tener los conocimientos necesarios para adelantarse y/o explicitar los problemas que puedan derivar de las diferencias comunicativas de las culturas de médicos y pacientes. Para obtener más información sobre la cultura comunicativa, además de acudir a las publicaciones referentes a este tema en la mediación

intercultural, los MILICS también pueden aprovechar las investigaciones en materia de la cultura comunicativa en el ámbito de la Antropología Médica, que les resultan de utilidad para intensificar los conocimientos sobre las causas detrás de la diferencia en los patrones comunicativos de diferentes culturas. Con estos conocimientos, se favorece que los MILICS detecten la variabilidad cultural, adviertan a las dos partes, sobre todo al médico, para que satisfaga las necesidades del paciente, alcance las expectativas del mismo respetando su forma de hablar y su cultura.

4.5 Tema 5: La alimentación y la dieta.

La alimentación y la nutrición son áreas influenciadas por aspectos económicos, sociales, políticos y culturales (LéviStrauss, 1958; Sahlins, 1980; Romero, 1990). En la opinión de Good (1994: 53), " las condiciones nutricionales y de salud son el resultado de la interacción de las fuerzas ecológicas, biológicas, económicas, sociales y culturales". A continuación, ahondaremos en el factor cultural referido a la cultura alimentaria. Hoy en día, se considera cada vez más necesario estudiar la diversidad de las prácticas y las ideas alrededor de la cultura alimentaria, en la que están incluidas tanto la alimentación como la dietética. Según Suárez, Wiesner, González, Cortés y Shinci (2004: 50), "en la cultura alimentaria se expresan atributos sociales, culturales y psicológicos que se le otorgan a la comida y que definen las funciones y significados de los hábitos de alimentación en cada contexto". Con respecto a la comida, a partir de la consideración de Herrera (1996: 2), "la comida forma parte de la identidad de un grupo social, que expresa las relaciones que ocurren entre unas y otras personas, entre los grupos humanos y su medio ambiente, entre el mundo natural y el sobrenatural". En este tema, abordaremos tres casos que respectivamente son un paciente magrebí, uno senegalés y uno chino para reflejar un poco la cultura alimentaria asiática y africana, que difieren considerablemente de la europea occidental.

Situación 12:

Tras el parto una parturienta de Magreb se queda hospitalizada en España. Dado a la debilidad de su cuerpo, el hospital le ofrece un menú nutritivo, que conlleva carne de cerdo y una variedad de verduras. Sin embargo, la mujer lo rechaza. Después de saber que los musulmanes no comen carne de cerdo, se le proporciona la ternera en vez de cerdo a la mujer. Lo raro es que la mujer se niega a comer esta comida y solo se come comidas hechas por sus familiares, que incluyen unas especias. Además, todos los días pide agua caliente para preparar té caliente. Un día, cuando entra una enfermera para realizar revisiones tanto a la mujer como al bebé, ocurre algo que le parece más inaceptable. La madre está proporcionando al bebé, aún tan pequeño, elementos sólidos. Preocupado por el daño que pueden hacer al pequeño los elementos sólidos, la enfermera regaña a la madre por hacer cosas tan peligrosas.

Explicación de la situación 12 (32)

En la situación 12, por la parte de la enfermera, encuentra raros o poco aceptables la actitud de la mujer en cuanto a varias cuestiones: su rechazo hacia la comida que ofrece el hospital, aunque se le ha cambiado el menú; el consumo de especias y té caliente que le traen sus familiares; la introducción de elementos sólidos al bebé. Por la parte de la mujer magrebí, en primer lugar, el rechazo de la comida que ofrece el hospital de la paciente se relaciona con la religión de los musulmanes. En segundo lugar, el consumo de especias y té caliente se debe a

la medicina islámica. Por último, en cuanto a la introducción de elementos sólidos en la dieta de bebé, se atribuye a la tendencia general de las madres magrebíes.

En realidad, los musulmanes comen la carne halal, aquella que procede del animal sacrificado siguiendo los ritos islámicos. Se prohíbe a los musulmanes la carne de cerdo y todos sus productos derivados. Es posible que rechacen comer carne, aunque no sea de cerdo, si no tienen seguridad de que es carne halal. Incluso algunos pueden rechazar la comida si tienen duda de que se han utilizado utensilios de cocina o cacerolas que han cocinado la carne de cerdo. Como la medicina islámica en la que se cree que una enfermedad se puede describir como un exceso de “calor” o “frío” que ha invadido un órgano, las recetas curativas se basan en la ingestión de determinadas comidas, especies y té caliente para restablecer el equilibrio en el sistema. Por lo demás, las madres magrebíes suelen proporcionar a los niños en una edad temprana alimentación más propia de los adultos como los elementos sólidos lo que a veces resulta más problemático (33).

En este caso, los MILICS deben conocer las comidas prohibidas en la cultura musulmana y los orígenes de la prohibición para poder explicarlo al PS. Antes de ser hospitalizada la paciente, será mejor que los MILICS informen al hospital para que se tenga cuidado cuando preparen la comida de la mujer, sobre todo para que no se utilicen para preparar su comida los utensilios de cocina que habrán cocinado la carne de cerdo. También es conveniente decirle a la madre que se preparan todas las carnes que le ofrecen sin usar los utensilios que han tenido contacto con la carne de cerdo, así le hacen confiar en la comida que ofrece el hospital. Si sigue rechazando la comida, entonces sería necesario recordar al PS que respeten su cultura. Al contrario, las repetidas veces del rechazo de la mujer hacia la comida que ofrece el hospital pueden causar la molestia del PS, ya que han respetado su cultura musulmana y se ha cambiado el menú para ella ofreciendo la ternera en vez de cerdo. Además de tener conocimientos sobre la religión musulmana, también es de suma importancia conocer la medicina musulmana porque el consumo de especias y té caliente se relaciona con dicha medicina. Ante la confusión que muestra el PS, los MILICS pueden dar una explicación pertinente. Con respecto a la dieta del bebé, que ha causado el regaño de la PS hacia la mujer, los MILICS necesitan explicar al PS la tendencia mencionada de las mujeres magrebíes sobre la administración de alimentos sólidos a los bebés. También sería conveniente explicar a la madre que el regaño de la PS se debe a su preocupación por el daño que pueden hacer los elementos sólidos al bebé y que no coincide con las prescripciones de la sanidad española. Así, la madre y el PS podrán entenderse mutuamente y se evitará el conflicto entre ellos.

Situación 13:

Un paciente senegalés es atendido en una consulta por un médico español. Como no está muy grave, el médico le indica que debe tomarse los comprimidos después de comer y tiene que hacer una revisión cada semana dentro de un mes, el paciente lo afirma. Tras una semana, el paciente viene al hospital para hacer la revisión. Sin embargo, no está mejor e incluso se le ve más débil. Esto le parece muy extraño al médico. Sospechando que el paciente no ha tomado los medicamentos prescritos, le pregunta al paciente si ha seguido las instrucciones. El paciente lo confirma. Sin embargo, cuando el médico se pone un poco serio y le hace la misma pregunta otra vez, el paciente, un poco dudoso, ofrece la misma respuesta. En la opinión del médico, si el paciente ha seguido el tratamiento, no se pone así, más débil. Como siente ser engañado por el paciente, el médico se enfada con él.

Explicación de la situación 13 (34)

En la situación 13, por la parte de médico, lo más inaceptable consiste en el engaño del paciente. Si no ha tomado los medicamentos, no hace falta ocultarlo ni engañarlo. Por la parte del paciente, existen dos probabilidades: que realmente el paciente no haya tomado los comprimidos y la contraria. En el primer caso, la no ingesta de los comprimidos podrá deberse al seguimiento del Ramadán de los musulmanes. Con respecto a la segunda posibilidad, el paciente sí que ha consumido los medicamentos, pero está más débil. Esto se puede atribuir al empleo de remedios basados en plantas medicinales.

De hecho, el Ramadán de los musulmanes supone estar en ayuna desde la salida hasta la puesta del sol durante un mes, cuyo principio y final varían cada año. Durante el ayuno está prohibido ingerir alimentos, beber líquidos, fumar o, en los casos más extremos, tragar saliva. El seguimiento del Ramadán puede afectar al consumo de medicamentos, en especial de los que no están graves, ni hospitalizados pero que durante las horas del día deben tomar algunos medicamentos, porque pueden tener efectos perjudiciales si se consumen en ayunas. Los pacientes hospitalizados están exentos de seguir el ayuno, pero es posible que algunos pacientes sean especialmente sensibles a estas prácticas. En cuanto al empleo de remedios, se basan en plantas medicinales de los pacientes de origen senegalés, especialmente cocciones de cortezas de determinados árboles. Aunque en principio los remedios basados en plantas medicinales no suelen tener excesivos efectos secundarios, lo cierto es que pueden contener ciertos principios activos susceptibles de interactuar de forma negativa con la medicación suministrada en los centros de salud europeos. Y lo normal es que un paciente que esté consumiendo este tipo de remedios tradicionales no lo comunique de manera espontánea a su médico (35).

En este caso, resulta crucial que los MILICS conozcan las dos posibilidades existentes en relación a este caso. Es decir, resulta conveniente conocer tanto el Ramadán como el hábito de emplear de remedios medicinales de los pacientes senegaleses. Ante todo, hay que confirmar si el paciente está en período de Ramadán. Si lo confirman, los MILICS necesitan explicar al médico que durante este período el paciente tiene que estar ayunas lo que puede afectar al consumo de medicamentos, porque la administración en ayunas puede perjudicar el cuerpo del paciente y causar la debilidad. Si la respuesta es que no, entonces los MILICS necesitan verificar si el paciente está siguiendo los remedios tradicionales de su país y comunicar esta posibilidad al médico. En ambas situaciones, los MILICS deben recordar a los pacientes que necesitan decir toda la verdad al médico, porque si no le dificultará la búsqueda de un tratamiento adecuado y eficaz para curar su enfermedad. En el caso de que los MILICS no dispongan de conocimientos sobre estas dos probabilidades, no pueden dar explicaciones adecuadas a ambas partes. Como consecuencia, el médico se sentirá engañado por el paciente lo que perjudicará la relación de confianza entre las dos partes. Por la parte del paciente, por un lado, el enfado del médico le causará una sensación de desconfianza o incluso de discriminación; por otro lado, empeorará su enfermedad y tal vez la próxima vez cuando esté enfermo el paciente, no recurrirá al médico español.

Situación 14:

En un hospital de España una mujer de origen chino va a dar a luz muy pronto. Antes del alumbramiento, pide agua caliente al PS y bebe abundante agua. El parto se realiza a través de la cesárea. Tras el parto, la mujer se queda hospitalizada. En los primeros días de la hospitalización, el hospital le ofrece carne de vacuno o mariscos para complementar la nutrición de la mujer. No obstante, siempre rechaza la comida del centro y solamente come aquellos alimentos que le preparan sus familiares, que son ricos en carne y huevos. Y todos los días ingiere mucho arroz, comida que tiene muchos carbohidratos.

Explicación de la situación 14 (36)

En la situación 14, por la parte del PS, tiene varias dudas hacia la mujer: el beber mucha agua caliente antes de dar a luz, el rechazo hacia la comida que le ofrece el hospital, la sola aceptación de las comidas que le traen sus familiares. El PS considera que el menú que proporciona el centro es más variado y nutritivo para las mujeres que acaban de alumbrar, no entiende por qué la mujer china siempre lo rechaza. Por la parte de la mujer, todo lo que pide e ingiere resulta muy común y habitual en su país, así que no sabe el porqué del PS intenta impedirle comer las comidas traídas por sus familiares.

En efecto, como ya hemos comentado en el tema de las medicinas tradicionales, la china se basa en gran medida en el concepto de equilibrio. Este equilibrio se establece fundamentalmente sobre los principios complementarios de yin y yang, dos factores que juegan un papel fundamental en la alimentación de los chinos. Así, se distingue entre alimentos yin y alimentos yang, también llamados alimentos “fríos” y “calientes” (son yin, o “frías”, por ejemplo, la mayoría de fruta y verduras. Son yang, o “calientes”, por ejemplo, la carne y los huevos. El arroz es neutro respecto al dualismo yin y yang), en un sentido no estrictamente térmico de los términos. La ingestión de alimentos de uno u otro tipo depende de las características de la enfermedad o del estado general del cuerpo. La costumbre de beber abundantes líquidos calientes antes del parto es una forma de mantener el equilibrio entre yin y yang, ya que se considera que la pérdida de sangre durante el embarazo provoca un estado yin, frío. Es por esta razón que las parturientas chinas deben evitar comer alimentos yin e ingerir alimentos yang, que es rica en carne y huevos se mantiene durante varias semanas después del parto, hasta que se recupera el equilibrio entre yin y yang. Por tanto, es normal que, si las mujeres deben quedarse en el hospital después del parto, rechacen la comida del centro y sólo coman aquellos alimentos que les preparan sus familiares. Por lo demás, si ha habido cesárea se evita la carne de vacuno y los mariscos, ya que se considera que alargan los procesos de cicatrización (37).

Ante tanta diferencia en la cultura alimentaria entre China y España, antes de llevar a cabo la labor de mediación intercultural, los MILICS han de tener suficientes conocimientos sobre la cultura alimentaria china, que en gran medida está influida por la medicina tradicional de este país. Así, cuando el PS se muestra confundido ante la petición de la mujer de agua caliente, le pueden explicar las razones. O incluso, pueden recordarle con anticipación para que se lo prepare en adelante, por si acaso no se lo puede encontrar cuando la mujer se lo pide. Así, la mujer podrá dar a luz con más tranquilidad. Los MILICS también deben informar al PS las razones del rechazo de la carne de vacuno y los mariscos y el consumo de comidas traídas por los familiares de la mujer. Así, se evitará la incompreensión del PS hacia la mujer china, el consiguiente enfado del PS ante los múltiples rechazos de la mujer hacia la comida ofrecida por el hospital, así como el consiguiente conflicto entre las dos partes. Pero dado que el consumo de demasiado arroz puede afectar a la salud de la mujer, por ejemplo, causar la

hiperglucemia y diabetes gestacional, será mejor que los MILICS lo explique a la mujer que el intento del PS de impedirla que coma las comidas traídas por sus familiares se atribuya a la preocupación hacia ella. Así, enterada de que lo que hace el PS es por su bien, la mujer aceptará el menú del hospital o reducirá la cantidad de arroz que ingiere. De esta manera, se aumentará la confianza de la mujer hacia el hospital y hará lo que beneficie a su cuerpo.

Análisis general

Cuando hacemos alusión a la alimentación o la dietética, es preciso tener en cuenta que ésta depende en gran medida de los distintos contextos socioculturales de las personas. Los factores que interfieren en la opción de alimentos son los siguientes:

Los cognoscitivos (establecimiento de alimentos preferidos, desconocidos, desagradables o prohibidos), hedonistas (gusto, sabor, textura, olor), preferenciales (recelo por algún alimento, apetitos inespecíficos), las influencias sociales (cultura, religión), ambientales (clima, temperatura), metabólicas (necesidades calóricas, micronutrientes), los factores económicos (nivel de ingreso, gastos, salarios), el acceso a alimentos (ubicación, transporte), las influencias marcadas por una patología (diabetes, obesidad, cáncer) y los apetitos inespecíficos (adición de sal, condimentos), que definen la cantidad de alimentos disponibles para un grupo limitado (Anderson, 1997: 8-14; Catonguay, 1991: 18-24).

Hoy en día, la antropología ha prestado mayor atención hacia los factores que afectan a la alimentación de diferentes culturas. Por ejemplo, en cuanto a la dieta, dentro de los factores de riesgo que se consideran tanto biológicos como culturales se encuentra la dieta, que ha sido objeto de numerosos estudios epidemiológicos (WCRF, 1997) y antropológicos (Sydney, Mintz, Du Bois, 2002: 21-31). En consecuencia, con objeto de solucionar los problemas ocasionados por las diferencias de la cultura alimentaria, los MILICS necesitan conocer dicha cultura, sobre todo, la del paciente, para que, en caso necesario, puedan explicarlo al PS y evitar la aparición de problemas relacionados con las prácticas alimentarias. Para aproximarse a dicha cultura, los MILICS tienen que partir desde varias perspectivas, en las que se encuentra a la cabeza la cultural, lo que hoy en día es más estudiada por los antropólogos médicos, pero al mismo tiempo no pueden pasar por alto la dieta como un factor de riesgo, que quizá causa una cierta enfermedad (38), y otros factores no menos importantes, tales como lo social, lo ecológico, lo económico, entre otros, vinculados tanto con las prácticas alimentarias como con los sistemas de creencias y valores asociados y orientados a estas conductas.

4.6 Tema 6: El dolor.

A continuación, enumeraremos las opiniones referentes al dolor desde varios puntos de vista. En primer lugar, el dolor, como fenómeno primariamente subjetivo, puede variar entre diferentes poblaciones, la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos influyen en la percepción del dolor (Sherwood et al. 2003: 364-377). Según Aldana (2003: 1-6), "el dolor es un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales". Vargas (2004: 257) considera que, "el dolor, como experiencia humana, no es un simple hecho de la naturaleza, sino más bien una experiencia altamente simbólica, un hecho de la cultura". En palabras de Otegui:

El dolor constituye uno de los elementos que conforman nuestra identidad como sujetos humanos y toda la sociedad articula sistemas de cognición, comprensión y acción ante este fenómeno. Imprescindible para la existencia humana, el dolor requiere y demanda unas

coordinadas culturales que lo doten de sentido y permitan su reubicación en un sistema de explicación que oriente el tratamiento (Otegui, 2000: 227).

De hecho, también existen diferencias en lo relativo a las formas de manejar y curar el dolor entre las personas pertenecientes diferentes grupos culturales. Dicha diversidad no solo se produce entre grupos sino también se manifiesta en los individuos, puesto que cada persona da una diferente respuesta frente a una herida o a una afección, aunque en algunas ocasiones sus reacciones sean idénticas (Bustos, 2005: 149-151). En otras palabras, según Vargas (2004: 257), "entendemos por padecer la forma absolutamente personal e individual que cada paciente tiene para vivir e interpretar su problema de salud".

En la totalidad de las definiciones sobre el dolor que hemos expuesto, siempre se vincula el dolor con la sociedad y la cultura. Por lo tanto, concluimos que el dolor no solo se refiere a un hecho natural o una simple experiencia humana, sino se trata de un hecho cultural, puesto que la cultura lo dota de sentido y le otorga una explicación orientada al tratamiento. Pero la percepción de este fenómeno varía entre diferentes poblaciones, ya que la modelación social, junto con otros factores, influyen dicha percepción. En este caso, presentaremos una situación simulada en relación con el dolor del parto en la que están presentes tres parturientas, una senegalesa, una ucraniana y una china. Derivado de esta situación, al final de este tema agregaremos un caso: el consentimiento informado.

Situación 15:

Tres parturientas extranjeras ingresan en un centro de salud de España, procedentes de Senegal, China y Ucrania respectivamente, que dentro de poco van a dar a luz.

[Antes del parto] La matrona les pregunta si quieren que se les dispense la anestesia durante el parto y les informa que ser así hay que firmar el consentimiento informado. Sin embargo, para su sorpresa, las tres prefieren parir de forma natural sin la intervención de inyecciones epidurales u otros paliativos del dolor. [Durante el parto] Otra cosa que sorprende y confunde a la matrona consiste en el bajo nivel de expresión de dolor y la expresión de forma poca enfática durante el parto de las tres mujeres.

Explicación de la situación 15 (39)

En la situación 15, por la parte de la matrona se dan una serie de cuestiones que le resultan incomprensibles: la coincidencia del rechazo hacia la anestesia, el bajo nivel de expresión de dolor y la expresión de forma poca enfática de las tres parturientas a pesar del diferente origen cultural. Por la parte de las parturientas, las concretaremos una por una.

En primer lugar, en cuanto a la senegalesa, los datos estadísticos apuntan que las mujeres de origen subsahariano son las que menos inyecciones epidurales u otros paliativos del dolor reciben durante los partos en los centros de salud europeos. Esto puede deberse, en parte, a que las mujeres africanas presentan en general un nivel de expresión del dolor bastante bajo. A los niños se les educa para soportar estoicamente el dolor. El hecho de que la mujer se queje en exceso durante el parto puede ser considerado incluso como una ofensa para la familia. Con respecto a la china, los partos se suelen llevar a cabo de manera tradicional en China, sin anestesia, ni otros tipos de ayudas médicas. Las mujeres de origen chino suelen dar expresión a su dolor de una forma llamativamente poco enfática. De hecho, en la cultura china puede llegar a estar socialmente mal considerado que la mujer se queje demasiado durante el parto. En lo concerniente a la de Ucrania, en algunas mujeres existe la convicción de que no pueden tomar medicación contra el dolor durante el parto porque podría dañar al bebé, por tanto, puede haber reparos en aceptar la anestesia epidural u otro tipo de anestésicos. Como la

eslava valora positivamente el autocontrol, la contención, la no expresión de las emociones en espacios públicos, la mujer esclava, si puede, aguanta, no expresa dolor durante el parto, se controla, sin dar grandes gritos y siguiendo las instrucciones que se le den. Si se les pregunta, los esclavos tenderán a minimizar o quitar importancia a esas sensaciones de dolor, aunque sean grandes (40).

En este caso, es conveniente que los MILICS conozcan la cultura detrás de la percepción y la expresión de dolor, junto con las formas de tratar el dolor. Así, ante las conductas de las parturientas, tales como el rechazo hacia la anestesia, el bajo nivel de expresión de dolor y la expresión de forma poca enfática, pueden explicar las causas de dichas conductas al PS de forma apropiada, y luego les pueden ayudar a indicar las ventajas de aceptar la anestesia o en el caso de que las parturientas no la aceptan recordar al PS que respete su cultura. Otro punto de suma importancia consiste en que la no expresión abierta del dolor puede llevar a una valoración errónea por parte del PS, así que será mejor que los MILICS lo explique al PS para que el bajo nivel de dolor no sea interpretado erróneamente.

He aquí, merece la pena mencionar el consentimiento informado. A continuación, concretaremos este tema con una situación adaptada de acuerdo con una situación en la tesis de Sánchez (2015: 263).

Situación 16:

Una paciente de origen chino lleva un día de parto, el PS opina que es conveniente administrarle la anestesia epidural para aliviar su dolor y facilitar que pueda descansar un poco antes del parto. El PS entrega a la paciente el consentimiento informado para que la paciente lo firme. El documento está redactado en español y bastante largo. La paciente coge el documento y lo hojea, pero no sabe de qué se trata este documento.

La presente situación es compleja para los MILICS porque necesitan transmitir a la paciente la información y las consecuencias que conlleva firmar el consentimiento informado. Se trata de un documento específico y bastante largo y complejo. Su firma supone que el paciente acepta el procedimiento indicado en el documento y su reconocimiento de que ha sido informado y ha entendido totalmente sobre el procedimiento que se va a seguir y los posibles efectos secundarios. Hay un debate con respecto a la tarea de los MILICS en este caso, en otras palabras, si su trabajo solo se limita a la traducción a la vista o deben hacer más explicitaciones. En este caso, recomendamos la posterior opción, puesto que según Querol (2014: 139), la decisión de no realizar la traducción a la vista de este documento se puede oponer al principio de priorizar la salud y bienestar de la paciente. Sin embargo, ¿cómo explican el consentimiento informado a la paciente? Antes de la intervención de los MILICS, proponemos la siguiente forma de proceder (Sánchez, 2015: 265): "en cualquier caso, los MILICS deberían en un primer momento haber sugerido al PS que explicarse a la paciente en voz propia en qué consistía el documento y haberle recordado que su tarea es facilitar la comunicación entre las partes sin suplantar a ninguna de ellas ni erigirse en coautor privilegiado" (41).

En este caso, en primer lugar, los MILICS necesitan animar al PS para que explicita el consentimiento informado en su propia voz y que desde el objetivo hasta los riesgos que puede conllevar la realización del mismo. A la paciente los MILICS hay que añadir que es necesario firmar el consentimiento informado para que el PS pueda administrarle la anestesia. Si la paciente se preocupa por los posibles riesgos, para calmar y consolarla los MILICS le

pueden comentar que es un trámite habitual antes de realizar el procedimiento, que el procedimiento es altamente seguro e incluso cotidiano y que prácticamente se administra en todos los partos. Lo más importante consiste en dejar a la paciente a tomar su propia decisión. Si tras escuchar las explicaciones, la paciente aún no quiere aceptar la anestesia, entonces han de respetar su decisión.

Análisis general

De todo lo mencionado anteriormente, nos queda claro que cada población tiene su propia percepción y actitud frente del dolor y opta por distintas maneras de comportarse ante el dolor en conformidad con sus experiencias previas y características colectivas. Según Maestre (2003: 63), "la percepción y experiencia del dolor se ven afectados por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables en las diversas personas y aun en el mismo individuo en circunstancias diferentes". En realidad, la mayoría de los factores no son mecánicos o fisiológicos, sino que están mediatizados por la cultura tanto personal como grupal. Así, se explica la variabilidad de respuestas frente al dolor.

Pues también resulta imprescindible que partamos desde la perspectiva de la antropología al investigar el dolor, porque a tenor de las palabras de Vargas:

Bajo la perspectiva antropológica también es fundamental que se aprende de los problemas de salud y los padeceres, ya que estos también deben ser objeto de análisis, atención y tratamiento. Son la manifestación concreta del conjunto de problemas y vivencias y, por lo tanto, debe aprenderse a interpretarlos y ofrecer apoyo para resolver o sobrellevarlos (Vargas, 2004: 258).

此外，医学人类学家进行日常经验的人类学研究和苦痛文化分类的具身化研究，这两方面的研究都关注疼痛，旨在理解身体经验与意义体系、关系结构和社会组织的关联性(夏懿，2016: 17)。

Además, en base a la perspectiva antropológica médica, podemos afirmar que los problemas de salud y los padeceres manifiestan de forma concreta el conjunto de problemas y vivencias de los pacientes. En consecuencia, cuando los MILICS quieren enterarse de los diferentes sentidos de dolor por la parte de los pacientes y los factores subyacentes, en especial, el sociocultural, los estudios referentes a este tema dentro de la Antropología Médica les resultan aconsejables y útiles para que, por un lado, intensifiquen sus conocimientos sobre cómo piensan y actúan ante el dolor los pacientes; por otro lado, les ayudan en interpretar los sentidos que implica el dolor en diferentes culturas de forma adecuada y correcta al PS.

4.7 Tema 7: La autoatención.

Una vez que la gente ha interpretado su problema de salud, da inicio a la búsqueda de asistencia y tratamiento y se le abren una serie de alternativas entre las que elegir, que incluyen la autoatención, cuya definición según Vargas:

La modalidad de autoatención es aquella que ejercen circunstancialmente personas que no se dedican habitualmente a la atención de problemas de salud, sino que lo hacen solamente en apoyo de personas cercanas y en casos concretos. Estos son los recursos caseros de atención, que pueden estar influidos por la experiencia personal dentro de las modalidades hegemónica y subordinada (Vargas, 2004: 259).

Dicha explicación sitúa como protagonista a las personas que realizan la autoatención. La siguiente definición que aporta Menéndez con respecto a la autoatención enfatiza los saberes en vez de los actores:

La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2018: 106).

En efecto, tanto las medidas que practica la gente para abordar los problemas de salud como los saberes en relación a la autoatención están sustentadas en nociones y experiencias elaboradas socioculturalmente. Aquí merece la pena concretar la relación entre la cultura y el cuidado. Duque (2005) afirma que, "el cuidado de la salud como práctica social ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas. [...] En los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud-enfermedad". De hecho, en la mayoría de los casos, existe una gama variada, sea de personas, instituciones o sistemas médicos, que las personas pueden elegir. Por su parte, el tratamiento propuesto tanto por los médicos como por los curanderos viene acompañado por la autoatención a fin de colaborar o autonomizar la curación. A continuación, presentaremos tres casos en relación con la autoatención cuyos protagonistas son una indígena colombiana, un asiático y un europeo oriental.

Situación 17:

Una madre yanacona (Colombia) lleva a su bebé de ocho meses, que padece una diarrea incesante, a un hospital de España. El pequeño ya se encuentra en un estado extremadamente débil por la deshidratación. Tras la exploración, el médico encuentra que el niño presenta caries graves y supone que la diarrea se relaciona con una infección gastrointestinal provocada por la caries. Pero cuando el pediatra le pregunta a la madre por qué ha tardado tanto tiempo en llevar a su hijo al hospital y qué medidas ha adoptado para la mejora de dichos síntomas, esta le responde que ha hidratado al pequeño con infusiones de plantas medicinales obtenidas en la huerta de su casa. El médico queda sorprendido por la explicación y le interroga para saber por qué el pequeño presenta tantas caries dentales. No obstante, la madre considera de poca importancia las caries de su hijo y nunca las toma en serio. Ante una actitud desatenta y despreocupada, el médico no puede aguantar más y regaña a la mujer, mientras que la madre, asustada, no sabe nada sobre de dónde viene el enfado del médico, solo le explica una y otra vez: " No es nada importante, la diarrea se debe al nacimiento de dientes de leche del niño que le dan rasquiña". Sin embargo, la explicación resulta inútil para obtener la comprensión del médico.

Explicación de la situación 17 (42)

En la situación 17, por la parte del médico, le sorprenden la tardanza en llevar a su niño al hospital, la hidratación al pequeño con infusiones de plantas medicinales como tratamiento, la actitud desatenta y despreocupada de la madre ante tantas caries dentales que presenta el bebé, así como su atribución al nacimiento de dientes de leche, por tanto, se enfada con la mujer y la reprocha. Por la parte de la madre colombiana, como en su pueblo nadie otorga importancia a la cavidad oral y existe la creencia generalizada de que el nacimiento de dientes de leche del niño puede ocasionar la diarrea, no comprende de dónde viene el enfado del médico.

En realidad, para los comuneros Yanaconas, la cavidad oral solo sirve para masticar y comunicar, dos funciones específicas, pero no esenciales. Las dolencias relacionadas con esta no implican la pérdida de capacidad laboral, así que no se las considera de suma importancia. En su opinión, los dientes no sirven para toda la vida, no vienen en el nacimiento y seguramente no estarán presentes en la muerte. Además, es necesario subrayar que generalmente se brindan tratamientos simultáneos cuando hay más de una situación anormal de la cavidad oral. Las plantas como la yerbamora pueden cumplir esta función o sencillamente se aplican tratamientos diferenciados para cada uno de los síntomas. Cabe añadir que en este escenario las mujeres protagonizan este modelo médico de atención. Sus conocimientos les permiten reconocer un origen biológico a la caries dental e inferir las condiciones sociales para su aparición, interpretación un tanto diferente a lo analizado en otros pueblos indígenas del país. Consideran algunas enfermedades derivadas de la cavidad oral como fenómenos mágicos, o sea, no parten de una perspectiva científica sino de una mágica. El nacimiento de dientes de leche del niño que le dan rasquiña no es sino un ejemplo de esto (Ospina et al., 2011: 89-98).

En este caso, los MILICS han de conocer el contexto sociocultural de los comuneros Yanaconas, sobre todo, la poca importancia que conceden a la cavidad oral, la aplicación de las plantas medicinales para curar los problemas orales, y especialmente las razones referentes. Así, podrán explicarlo adecuadamente al PS para evitar el malentendido o el conflicto causados por la malinterpretación de la actitud indiferente y despreocupada de la madre hacia su hijo y la tardanza en llevarlo al médico. Por otro lado, los MILICS podrán informar a la madre sobre la gravedad de las caries que presenta el niño, cuyas causas consisten su tardanza de llevar al niño al médico y la poca atención que se presta a su cavidad oral; y el motivo del enfado del médico, que se debe a la preocupación hacia el niño y el malentendido sobre la actitud de su madre hacia este mismo. Además, los MILICS necesitan explicar también al médico que la explicación que da la mujer sobre la diarrea, es decir, la atribución al nacimiento de dientes de leche está relacionada con la creencia de la madre en que se considera esta enfermedad como un fenómeno mágico en su cultura. De este modo, el médico no se enfadará tanto con la madre, en vez de esto, explicará con más claridad el origen de la diarrea, las consecuencias negativas que puede traer y el tratamiento que hay que seguir para curar la enfermedad para que la madre entienda tanto la gravedad de la diarrea como la de las caries de su niño. Por lo demás, se puede informar al médico sobre las hierbas que la madre ha proporcionado al niño para comprobar si la diarrea se debe, precisamente, a un efecto secundario de las mismas y es conveniente no volver a dárselas.

Situación 18:

Un paciente de origen de la India pidió una consulta médica con un médico español. Durante la consulta al ser preguntado por lo que le ha pasado, el paciente contesta que siente un poco de incomodidad, pero no es nada grave, solo quiere pedir una prescripción de vitamina B12. El médico no entiende para qué sirve la vitamina. Le pregunta al paciente por qué y para qué la quiere. Este le contesta que teme que los polvos y sustancias de su ambiente laboral le puedan ocasionar enfermedades como la tuberculosis y esta vitamina resulta útil para prevenir esta enfermedad, una explicación aparentemente inaceptable para el médico. Así que rechaza la petición del paciente y le cuestiona antes de la consulta qué medicamentos ha tomado para mejorar su salud. Le contesta que está tomando unos preparados de su país, que sirven para la digestión. Cuando el médico pregunta en por la consistencia de los preparados el paciente dice que se llaman *dasamulla aristha* pero no sabe sus principios exactos. Preocupado por la reacción adversa entre la vitamina y los preparados desconocidos, el médico ignora la petición del paciente respecto a la dispensación de la vitamina B12 y le aconseja que deje de consumir los preparados si no sabe exactamente cuáles son los principios. El paciente mantiene silencio sin contestar nada al médico.

Explicación de la situación 18 (43)

En la situación 18, por la parte de médico, resulta inaceptable la petición del paciente de prescribir la vitamina B12, porque desde su perspectiva para una incomodidad nada grave no hace falta administrarla. Otra preocupación del médico se centra en la creencia de que la administración de la vitamina y los preparados a la vez puedan generar una reacción adversa. Además, el desconocimiento de los principios exactos de los preparados del paciente aumenta la preocupación del médico. Por tanto, rechaza la petición del paciente. Por la parte del paciente, en su país la vitamina B12 sí que suele administrarse y resulta eficaz para prevenir las enfermedades como la tuberculosis. Él ha tomado este medicamento por mucho tiempo ya y nunca le ha generado consecuencias negativas, así que no sabe por qué ante sus varias peticiones el médico sigue negándose a hacer la prescripción. Por lo demás, es muy habitual que los indios tomen los preparados de medicinas tradicionales, como consecuencia, el paciente no quiere seguir el consejo del médico de parar el consumo de los preparados.

De hecho, en la consideración de los indios, la vitamina B12 puede disminuir la debilidad y proteger contra enfermedades como la tuberculosis. En cuanto a la ingestión de preparados ayurvédicos, los problemas vinculados con la sangre y la digestión constituyen dos de las causas primarias de muchos padecimientos, así que los indios toman ciertos remedios para prevenir enfermedades asociadas con conductas consideradas dañinas para el cuerpo. En algunas regiones de la India la gente ingiere preparados ayurvédicos para purificar la sangre y mejorar la digestión. Y el llamado *dasamulla aristha* es un tónico ayurvédico conocido por mejorar la digestión (Nichter et al., 1994: 509-525).

En este caso, los MILICS deberían conocer la automedicación en la India, en especial, los medicamentos que habitualmente toman los indios y la relación que se da entre la automedicación y la medicina tradicional, junto con las causas detrás de este fenómeno. Así, en primer lugar, ante la petición de la vitamina B12 del paciente, podrán explicarle al médico para qué sirve esta medicación en la India y las posibles enfermedades relacionadas con la presentación de esta petición del paciente a fin de que el médico entienda la petición del paciente y tenga más información para juzgar la enfermedad que padece este mismo. En segundo lugar, al médico también le hace falta una explicación sobre los preparados que está

consumiendo el paciente y sus funciones. De lo contrario, se preocupará por la mala reacción causada por la administración simultánea de la vitamina y los preparados, y el daño que puede hacer al paciente. Al paciente los MILICS necesitan explicar que el rechazo del médico viene de su preocupación por las consecuencias negativas que puede generar el consumo simultáneo de los dos medicamentos y que el consejo de dejar de tomar los preparados también se debe a su preocupación por los malos efectos que pueden causar estos medicamentos. Y le pueden aconsejar determinar los principios que forman los preparados para que el médico lo sepa y le prescriba una receta adecuada y eficaz para curar su incomodidad o prevenir algunas enfermedades sin nada de preocupación. De este modo, se aclarará la petición, el rechazo y el consejo y favorecerá el entendimiento entre las dos partes evitando incompreensión e incomunicación entre ellos.

Situación 19:

Un paciente de Rumania consultó una vez al médico en España. En esa consulta el médico le recetó unos medicamentos para tratar su dolor de cabeza. Sin embargo, después de unos días el paciente pide otra cita con el mismo médico. Esta vez se ve más grave el resfriado del paciente que está acompañado por fiebre. Tan confundido, el médico sospecha que el paciente no ha seguido sus instrucciones o ha ingerido otras medicinas que no son las recetadas. Por la parte del paciente, insiste en que la gravedad de su enfermedad se debe a los tratamientos farmacológicos químicos que le ha prescrito el médico. El médico, un poco molesto, lo considera increíble y le explica al paciente que es imposible porque las medicinas que le recetó se utilizan de forma común para tratar el resfriado. Así, cada uno persiste en su opinión.

Explicación de la situación 19 (44)

En la situación 19, por la parte del médico, se siente un poco molesto porque el paciente le culpa de la gravedad del resfriado y sospecha que no ha ingerido los medicamentos recetados o ha tomado otros no recetados a la vez pero que el paciente no lo admite. Por la parte del paciente, como ha padecido una enfermedad crónica, siempre consume hierbas medicinales de su país que son muy eficaces y nunca le han causado efectos secundarios. Así que parece poco importante decirlo al médico y atribuye la gravedad del resfriado a los medicamentos que conllevan sustancias químicas que le recetó el médico.

En efecto, las personas eslavas creen que es más práctico y rápido el recurso a la automedicación. En la medicina popular de los países de Europa del Este para las enfermedades menores o crónicas se utilizan hierbas y plantas que abundan en los bosques eslavos: el roble y el serbal son, por ejemplo, eficaces árboles medicinales, y se consideran menos lesivos para el cuerpo que los tratamientos farmacológicos químicos. Estos remedios de origen natural son muy apreciados y usados por los eslavos (45).

En este caso, parece conveniente que los MILICS conozcan la tendencia de automedicarse de los eslavos y los remedios naturales que toman, en esta situación se trata de la utilización de las hierbas medicinales para tratar las enfermedades menores o crónicas. Así que, frente a esta situación, los MILICS pueden confirmar si el paciente ha tomado los remedios naturales de su país. En el caso de que el paciente sí lo haya hecho, los MILICS deberían explicar al médico la medicina natural del paciente y la costumbre de automedicarse de los eslavos, mientras al paciente hay que recordarle que tienen que decir la verdad de lo contrario afectará al diagnóstico adecuado del médico y causará la desconfianza del médico hacia él, y que los remedios naturales pueden interactuar con la medicación recomendada por el médico como lo que le ha pasado ahora. Así, después de dar una explicación adecuada a ambas partes, el

paciente sabe que la gravedad de su enfermedad se debe a la administración simultánea de los medicamentos recetados y las hierbas medicinales y no culpará al médico. Mientras el médico, enterado de la tendencia de la automedicación del paciente, le enfatizará las inconvenientes de esta costumbre y la forma más adecuada de tomar las medicinas.

Análisis general

En realidad, la autoatención depende de varios factores, tales como el costo de los servicios, el conocimiento de determinadas personas o instituciones, la percepción personal de la naturaleza del propio problema de salud, entre otros, pero siempre ligados a la cultura del paciente respecto a sus creencias. Aunque en los casos anteriores hemos mencionado algunas cuestiones problemáticas de la autoatención, por ejemplo, la posibilidad de reaccionar con las medicinas recetadas, no debemos solamente pensar en los términos negativos de la autoatención, porque según Menéndez (2018: 108), "la autoatención, debe estudiarse como estructura y como proceso, no sólo por las razones señaladas, sino porque implica, desde la perspectiva de los sectores sociales subalternos, la acción más racional en términos socioculturales y de costo beneficio, no sólo económico, sino también del uso del tiempo".

En este sentido, parece importante tener conocimientos sobre tanto las fortalezas como los puntos débiles de la autoatención. A través del estudio y las publicaciones con respecto a este tema en la Antropología Médica, los MILICS pueden tener más entendimiento de este fenómeno en las diversas culturas. Lo más vital para los MILICS consiste en, por un lado, conocer las diferencias culturales relacionadas con la autoatención de los pacientes, tanto manifestadas por sus conductas como por sus ideologías sobre este proceso; por otro lado, tener en cuenta los factores que conducen la autoatención de los pacientes para aclarar detalladamente y adecuadamente las causas al respecto cuando el PS desconoce o no comprenden la selección, las formas y las causas de la autoatención de los pacientes.

4.8 Tema 8: La salud reproductiva.

Cuando descendemos a ámbitos culturales tan concretos, y tan apegados al día a día, como es el de la atención sanitaria, afloran las diferencias de manera llamativa. Se observan las diferencias en uno de los aspectos profundamente imbricados con la realidad sociocultural: la salud reproductiva, cuyo proceso abarcan el embarazo, el parto y el posparto. Hoy en día, ya no se puede tomar dicho fenómeno como un asunto meramente biológico. De hecho, Blázquez y María sostienen que:

La reproducción humana, no es un asunto meramente biológico, sino que es una actividad social, que está determinada por diferentes condiciones como son políticas, materiales y socioculturales, que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos como el embarazo, parto, puerperio, y produce unas determinadas ideologías de la maternidad y la paternidad (Blázquez et al., 2005: 4).

Dado que la reproducción humana está determinada por diversas condiciones, se presenta diferencia en dicho fenómeno entre diferentes comunidades. En la opinión de Nevado:

Las distintas comunidades pueden presentar diferencias culturales en relación con las creencias, comportamientos y actitudes durante todo el proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio), y las expectativas, decisiones y obstáculos que las familias perciban durante dicho proceso estarán condicionadas, además, por sus circunstancias materiales de vida, por el tipo de relaciones y el apoyo de redes sociales con los que cuenten, por las

oportunidades que tengan de acceder a los servicios de salud y, especialmente, por su bagaje cultural (Nevado, 2013: 151).

En línea con las opiniones anteriores a pesar de que la gestación, el parto, el embarazo, entre otros procesos son fases universales, estas se encuentran culturalmente moldeadas, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales (Blázquez, 2005: 2). Por lo tanto, cuando hablamos de la reproducción humana, hay que reconocer el protagonismo de la cultura que contextúa este proceso y conocer los factores socioculturales subyacentes de las respuestas planteadas por las distintas culturas. En ocasiones el desconocimiento del PS sobre la diversidad cultural con respecto a dicho fenómeno complica y añade dificultad en su comunicación con el paciente.

Situación 20:

En un hospital de España una madre de origen los países Andes dio a luz hace una semana. Cuando el médico desarrolla el seguimiento al feto, muchas veces ocurre algo que le parece muy extraño. Por ejemplo, cada vez llora el niño, la madre se muestra muy severa y lo regaña. Aunque parece que no le hace caso y no ama mucho al pequeño, la madre siempre está muy preocupada por los movimientos de este. Además, pese a la insistencia de los personales sanitarios, la madre retrasa el dar pecho al niño. Como consecuencia, el feto empieza a ponerse flaco, sin embargo, a la madre no le llama atención este cambio y no le importa la pérdida de peso de su niño. Ante tantas cosas confusas e incomprensibles, el médico se enfada con la madre por el descuido de su bebé, pero la madre no sabe por qué se enoja el médico.

Explicación de la situación 20 (46)

En la situación 20, por la parte del médico, se enfada con la madre por varias causas: su severidad con el niño, su regaño con la voz, el retraso de dar pecho al pequeño, y su actitud indiferente ante la pérdida de peso de su hijo. Además, también le parece incomprensible la preocupación de la madre sobre los movimientos de este. Por la parte de la madre, como en su cultura las madres tratan a los neonatos de esta forma, no entiende por qué se enoja el médico.

En realidad, la gente de origen de los Andes considera de un modo diferente la gestación que la de otras regiones porque, en su opinión, la gestación es percibida como el proceso de absorción “devoradora” de la sangre de la madre por el feto, quien es percibido como poseído por una entidad ancestral, peligrosa y agresiva, con quien la madre debe “luchar” hasta el momento del parto. Desde el nacimiento, la madre retrasa la hora de dar pecho al niño para subordinar su actitud “devoradora” y disciplinarlo; incluso, la madre puede mostrarse severa con respecto al llanto del niño, y regañarlo con la voz. Con respecto a la concentración en los movimientos del niño, esta preocupación se debe a que, durante todo el periodo de lactancia hasta el destete, se considera al niño vulnerable a todo tipo de espíritus malhechores capaces de llamarlo al otro mundo a través de las enfermedades o la muerte, por lo que la madre está atenta a ver si el niño levanta y sostiene la cabeza, puede sentarse, caminar y alimentarse. Por lo demás, las madres saben que a partir del sexto mes los niños enflaquecen, por lo que una baja de peso o talla por separado no es considerada como un signo de alarma (Bonnet, 2013: 13-14).

En este caso, lo más importante que deben conocer los MILICS se centra en la opinión sobre la gestión de las personas originarias de los Andes. Así, cuando el médico no entiende la severidad, el regaño y el retraso del amamantamiento de la madre, se lo pueden explicar al médico para que entienda que la forma por la que trata así la madre al niño no es porque no

ama al niño sino que está relacionado con su cultura. Ante la confusión del médico sobre la concentración de la madre en los movimientos del niño, los MILICS necesitan decir al médico que se relaciona con la creencia de la mujer y que está conectada con lo mágico. En cuanto a la pérdida de peso de niño, en el caso de que esto no afecte a la salud del niño, los MILICS pueden recordar al médico que respete la cultura de la madre. Sin embargo, en el caso contrario, los MILICS han de ayudar al médico a advertir a la madre que el adelgazamiento de su hijo pueda causar consecuencias negativas al bebé y que tenga que prestar atención a este fenómeno. A la madre también los MILICS necesitan explicar que el enfado del médico se atribuye a tantas confusiones sobre sus formas de cuidar al pequeño y su actitud indiferente y desocupada hacia este mismo. Una vez aclarado todo, el médico no se enfadará con la mujer. Enterado de tanta diferencia entre la percepción de la gestión, el médico le explicará a la madre con más detalle lo que hay que hacer y tener en cuenta para que cuide bien a su niño.

Situación 21:

A un médico español le sorprende la presentación de petición de ser masajeadas de una madre embarazada de origen colombiano. Lo más extraño para el médico consiste en el rechazo de la mujer hacia el recorte del ombligo de su bebé con los instrumentos médicos como escalpelo y su deseo de guardar la placenta. A diferencia de la madre originarias de los Andes, esta madre amamanta al pequeño a partir de su nacimiento. No obstante, la madre posterga una y otra vez el bañar al bebé. Esto también le provoca la perplejidad al médico.

Explicación de la situación 21

En la situación 21, por la parte del médico, le sorprenden varias cosas: la petición de masaje, la postergación de bañar al bebé y, sobre todo, el rechazo hacia el recorte del ombligo de su bebé con los instrumentos médicos y el deseo de guardar la placenta de la mujer colombiana. Por la parte de la madre, está haciendo lo que hacen todas las mujeres de su pueblo, así que no se da cuenta de que sus conductas provocan la perplejidad al médico.

De hecho, en el pueblo guambiano de Colombia, el cuidado del bebé comienza en el embarazo, cuando por ejemplo a la madre se le hacen masajes para que no tenga dificultades durante el parto. Al niño se le corta el ombligo con una caña de *maia* para que sea ágil y liviano; en ningún momento se usan cuchillas o instrumentos cortantes, pues se cree que por esto sufrirá enfermedades. Durante el parto, los cuidados que se proporcionen al ombligo son de trascendencia para el futuro del bebé. La placenta se entierra en un lugar seco, poco profundo y cerca de la casa, pues esto tiene relación con la salida de los dientes. El baño en el recién nacido es una actividad que se debe postergar debido a que el niño viene del vientre (útero materno), lugar que las madres consideran un sitio caliente. Mojar al bebé los primeros días después del nacimiento puede ser causa de que padezca enfriamiento y enfermedades en el futuro. Esta consideración cultural es una razón de peso para aplazar el baño hasta el tercer o cuarto día (Castro et al., 2014: 119-121).

Ante todo, los MILICS deben disponer de los conocimientos sobre la cultura del pueblo guambiano, en este caso, sobre lo relacionado con la salud reproductiva de esta cultura. Así, se lo pueden explicar al médico quitando todas sus dudas sobre las peticiones, los deseos y las conductas de la mujer. Como la gente del pueblo otorga mucha importancia al recorte del ombligo y al enterramiento de la placenta, los MILICS deberían hacer hincapié en transmitir al PS la importancia de esta práctica cultural para la familia del bebé para que respete la cultura de la familia y se busque la viabilidad de satisfacer las peticiones presentadas por la

mujer. De esta forma, se evitarán conflictos ocasionados por el desconocimiento de la cultura. Así, la mujer se sentirá respetada y dará más confianza al médico y podrá dar a luz tranquilamente.

Situación 22:

La petición de masaje no solamente se plantea por parte de la mujer colombiana, sino también otra madre de origen mexicano pide lo mismo, pero tras su parto. Después del alumbramiento de la mujer, viene el médico para examinar el estado corporal tanto de la madre como de su bebé. Para su sorpresa, cuando el médico le expresa su alabanza al pequeño, parece que esta acción moleste a la mujer y en seguida se enfada mucho. Lo cual por la parte del médico es difícil de comprender.

Explicación de la situación 22

En la situación 22, por la parte del médico, la petición de masaje de la mujer mexicana tras su parto le resulta un poco extraño al médico. Pero lo más incomprensible para el médico consiste en el enfado de la mujer por la alabanza a su bebé. Por la parte de la madre, es una costumbre hacer masaje a las mujeres recién alumbradas. Además, la alabanza al bebé implica una conducta peligrosa en su cultura, así que se enoja con el médico.

En efecto, para las mujeres mayas de Yucatán, en los momentos posteriores al parto, algo que puede llamar la atención y generar malentendidos es la prohibición de alabar al neonato. Esto tiene como objetivo evitar el secuestro del recién nacido por parte de los espíritus y cualquier consecuencia mala que pudiera suceder por culpa de obras llevadas a cabo por los espíritus como, por ejemplo, la enfermedad y la muerte. Por lo demás, entre los mayas de Yucatán el masaje abdominal posparto es fundamental para esta sociedad para reubicar al órgano en su lugar y volver a unir a las vísceras evitando así problemas futuros (Sathiankoset, 1996: 8; Vargas, 2004: 257).

En este caso, ante la confusión del médico hacia la petición de la mujer, los MILICS han de explicar al médico las funciones de masaje del postparto en la cultura yucataná. Así, si las condiciones corporales de la mujer lo admiten, el médico admitirá su petición. Por lo demás, también necesitan recordar la prohibición de alabar al neonato y sus causas en dicha cultura. De este modo, el médico no lo hará y así se evitará el malentendido por la alabanza.

Análisis general

Según Castro, Cepeda, Flórez y Vásquez (2014: 121), "la significativa divergencia entre la cultura de las madres y la de los profesionales sanitarios junto al desconocimiento de conductas e ideas de las madres para cuidar al recién nacido por parte de dichos trabajadores abre una brecha entre el saber científico y el cultural. Los saberes culturales no deberían jerarquizarse, pues eso limita el diálogo intercultural". Con todo esto, queremos subrayar que las distintas maneras de cuidar el bebé, cuyo propósito consiste en la promoción del bienestar tanto del niño como de la madre y la evitación de complicaciones en su salud, son importantes de ser estudiadas desde el punto de vista de la cultura.

En realidad, cuando nos referimos a la salud reproductiva, además del cuidado al neonato, hay que tomar en cuenta otras facetas al respecto, tales como la representación del embarazo y el modelo de maternidad y paternidad, entre otras, ya que todo constituye las interpretaciones tanto sociales como culturales de una sociedad y que todos los aspectos vinculados con la salud reproductiva se han convertido en un enfoque clave dentro de la Antropología Médica. En este sentido, puede resultar útil que los MILICS tomen como referencia los estudios

realizados en materia de la salud reproductiva por los antropólogos médicos, como una herramienta para enriquecer sus conocimientos . Si ellos conocen bien este tema, cuando los personales sanitarios encionadas, les podrán presentar explicaciones correctas y advertirán el respeto necesario a determinadas culturas. Al mismo tiempo, también podrán indicar a las madres que sus conductas puedan ocasionar consecuencias negativas a sí mismas o a los neonatos para que acepten las prescripciones y los consejos del PS.

4.9 Reflexión y conclusión

En el presente capítulo hemos presentado diversas situaciones simuladas relativas a ocho temas actuales y recurrentes dentro de la Antropología Médica. Estos temas nos permiten identificar que la cultura juega un papel de suma importancia en las formas de definir, abordar y curar los problemas de salud; del mismo modo, hemos puesto de manifiesto algunas diferencias culturales que pueden darse con frecuencia entre el PS y el paciente procedentes de diferentes contextos culturales. En el análisis de cada tema, que se basa en un marco teórico antropológico médico, en primer lugar, hemos concretado los problemas que se producen en las situaciones; en segundo lugar, hemos aclarado los orígenes o las causas que ocasionan los problemas, en especial, desde el punto de partida de los pacientes; por último, hemos destacado la importancia de la presencia de los MILICS y de que estos dispongan de los conocimientos relativos a cada tema para dar solución a los problemas y conseguir una comunicación médico-paciente efectiva que repercuta en el establecimiento de una relación de comprensión y respeto mutuo.

Sin embargo, los temas que hemos abordado en este capítulo no abarcan todo el abanico de los temas claves de la Antropología Médica. Se trata de un ramillete de temas que sí que nos sirven para, por un lado, poner de relieve la interculturalidad en el ámbito sanitario y resaltar la importancia y la indispensabilidad de incorporar la Antropología Médica en la formación específica de los MILICS; por otro lado, para aportar una serie de temas y sus respectivos análisis que pueden resultar de utilidad para los MILICS y las personas que tengan interés en este terreno. Deseamos, con la presentación de temas y el análisis de los mismos, incidir en la transcendencia de incluir la Antropología Médica en la formación específica de los MILICS dado que esta disciplina les resulta útil y aprovechable para tener más conocimientos en materia de la interculturalidad en el campo de la medicina y les ayuda a descifrar las claves culturales, facilitando así su labor de mediación intercultural.

Cabe recordar que no todas las personas pertenecientes a un mismo colectivo se comportan y piensan de igual manera, porque en este mundo globalizado las culturas cambian constantemente y cada persona cambia constantemente de culturas, en especial aquellas que se han visto envueltas en largos y complejos procesos migratorios. Así que los MILICS necesitan enriquecer y renovar sus conocimientos sin cesar con el cambio y el avance del mundo.

En conclusión, a través de la presentación de los temas relacionados con la Antropología Médica y su análisis a partir del fundamento antropológico médico, nos parece de vital importancia la posesión de conocimientos en torno a la Antropología Médica de los MILICS y la participación de esta disciplina en el diseño de una formación específica orientada a los MILICS.

4.9 反思和总结

本章共介绍了八个医学人类学中的典型案例。案例由一系列模拟情景组成，揭示了文化在定义、对待和治疗健康问题的方式中发挥着至关重要的作用；同样，也例举了医护人员和患者之间因文化背景不同而经常产生的文化差异。在以医学人类学作为理论框架分析各案例时，我们首先具体说明了案例中出现的问题；其次，我们主要站在患者的角度阐述了问题产生的根源；最后，我们强调了跨语言与跨文化医疗调解员加以干预的需要以及上述调解员为解决问题、实现有效医患沟通应具备相关知识以便当事双方互相理解和彼此尊重的重要性。

虽然本章所示案例无法囊括医学人类学中所有关键案例，但足以揭示医疗领域的跨文化现象并证实将医学人类学纳入跨语言与跨文化医疗调解员专业培训计划的重要性和不可或缺性。此外，我们希望不论是案例展示还是案例分析都能为跨语言与跨文化医疗调解员以及对该领域感兴趣的人士提供参考。借由案例展示及案例分析，本文旨在强调将医学人类学纳入跨语言与跨文化医疗调解员专业培训计划的重要性，因为该学科有益于上述调解员了解更多医疗领域跨文化现象的相关知识、帮助其破译文化密码，从而便于其开展跨文化调解工作。

值得一提的是，并非所有属于同一群体的人都以同样的方式行事和思考。因为在这个全球化的世界中，文化在不断变化，每个人也在不断改变自身的文化，特别是那些参与了漫长而复杂移民过程的人。因此，跨语言与跨文化医疗调解员需要跟随世界的变化和发展不断丰富和更新其知识储备。

总之，通过对医学人类学相关案例的介绍以及以该学科作为理论依据对案例展开的分析，我们认为医学人类学的相关知识对于跨语言与跨文化医疗调解员而言至关重要，并且该学科在针对上述调解员的培训设计中也不可或缺。

5. Conclusión

El mundo en que vivimos en la actualidad está inclinándose hacia un sentido multicultural. En tal sentido, entre los países occidentales se encuentra, por ejemplo, España que se ha convertido en un país donde se convergen múltiples culturas. De acuerdo con las cifras aportadas por INE en el anexo 2, a partir del año 2013, se ve un aumento continuo y progresivo de la llegada de inmigrantes a España, especialmente en estos últimos años, tratándose de una tendencia que resulta cada día más obvia.

A su llegada, al igual que los locales, estos nuevos habitantes también forman parte de usuarios de la sanidad y traen al ámbito sanitario sus propias culturas. Por lo tanto, hoy por hoy, al centrarnos en los servicios sanitarios, ya no los podemos separar de la diversidad cultural, en concreto, la interculturalidad. En el ámbito sanitario la cultura influye en la forma en que la persona percibe, experimenta y afronta la enfermedad, la salud y la atención o la curación. Todas estas cuestiones dependen de la experiencia personal, interpersonal y social, y las creencias e ideologías relacionadas con estos fenómenos, tanto individuales como colectivas. En este sentido, sobresale la Antropología Médica que se revela aquí como una interpretación de las dimensiones culturales en el ámbito sanitario.

Con el fin de acercarnos a la Antropología Médica, en el primer capítulo, hemos presentado una introducción con respecto al factor cultural en el terreno médico y una panorámica de la evolución de la Antropología Médica, que también constituye el marco teórico de este trabajo. En realidad, la Antropología Médica nos permite observar más allá de lo evidente al explicitar las causas del pensamiento y del comportamiento individual y social, porque se dedica a la búsqueda de una comprensión completa sobre los problemas de salud en diferentes sociedades, proponiendo una serie de temas típicos que manifiestan la interculturalidad en el ámbito sanitario desde un punto de vista interdisciplinar e integral que aúna diferentes perspectivas, tales como, la social, la biológica y la epidemiológica, entre otras. En otras palabras, esta disciplina plantea desentrañar cómo se entrelazan en la cotidianidad las relaciones entre movilidad social, cultura, relaciones de poder, relaciones interculturales, ortodoxias culturales e ideologías dominantes para generar sentido a los procesos de salud y enfermedad en un contexto marcado por la crisis constante (Suárez et al., 2004: 47).

De hecho, cada cultura constituye respuestas distintas ante el binomio salud-enfermedad, insertando interpretaciones y actuaciones singulares que determinan la vivencia de la enfermedad y el cuidado (Jiménez, et al., 2014: 631-638). No obstante, las diferencias entre los mundos valorativos de la salud y la enfermedad entre usuarios y prestadores constituyen una barrera que limita el acceso sanitario (García, 2010: 14). Con más detalle, los encuentros y choques culturales en el ámbito sanitario traen como consecuencia la aparición de problemas derivados de las diferencias culturales entre el PS autóctono y el paciente extranjero, tales como la incomunicación, el malentendido o incluso el conflicto. Según Haffner (1992; citado en Samovar et al. 2007: 285), "una comunicación ineficaz puede generar múltiples inconvenientes sobre la atención de la salud, como, por ejemplo, un diagnóstico equivocado, procedimientos arriesgados, tratamientos innecesarios, sufrimientos innecesarios e incluso la ineficacia de los tratamientos".

En este sentido, la intervención de una tercera parte, mejor dicho, del perfil de los MILICS a fin de reestablecer un puente comunicativo entre el PS y el paciente provenientes de distintos contextos culturales resulta extremadamente crucial. En el segundo capítulo de este trabajo nos referiremos al perfil de los MILICS y hemos enumerado, de manera crítica, unos programas de formación de los MILICS y también acopios bibliográficos al respecto. Ha de

ser particular importancia que los MILICS tengan una formación específica, porque un mediador carente de formación podría cometer errores en interpretar el mensaje recibido, seleccionar incorrectamente las estrategias comunicativas, ser incapaz de atribuir los motivos de fallo que ha cometido, entre otros, lo que resulta inútil en hacer la comunicación médico-paciente eficaz e incluso esta podría empeorar.

Por lo demás, hemos propuesto los conocimientos básicos para los MILICS. Dentro de los cuales, hacemos hincapié en la inclusión de la Antropología Médica, puesto que de acuerdo con las palabras de Campos (2004: 9), "como ya se ha destacado, el mediador va más allá de las barreras lingüísticas, pues su formación incluye de forma muy importante la competencia intercultural y el conocimiento antropológico de las culturas implicadas, pues eso le posibilita el reconocer las pistas informativas que le ayudarán en su tarea mediadora". De esta manera, se considera la posesión de los MILICS de conocimientos acerca de la antropología, más concretamente, la Antropología Médica como un paso clave para alcanzar una comunicación o una interacción eficaz y adecuada entre el PS y el paciente.

El tercer capítulo constituye la metodología de este trabajo, que están incluidos el objetivo, el instrumento, la justificación de la selección del instrumento de estudio y las etapas de estudio. A través de la metodología podemos facilitar el ahondamiento de los temas claves de la Antropología Médica y sus análisis respectivos en el siguiente capítulo.

En el último capítulo, hemos desarrollado una presentación de ocho temas claves de la Antropología Médica y elaborado un análisis de cada tema bajo un marco teórico de la misma disciplina. En estos temas se abordan situaciones simuladas entre PS español y paciente de origen extranjero en las que las diferencias culturales obstaculizan la comunicación y la comprensión entre las dos partes y complican la labor de los MILICS. Posteriormente hemos analizado los problemas que se producen en las situaciones expuestas, explicitando los orígenes y las causas y los problemas, así como enfatizando las aportaciones de la Antropología Médica en descodificar las claves culturales para resolver los problemas indicados. Aunque los temas que hemos abordado no pueden representar todos los temas claves de la Antropología Médica, consideramos que ya son suficientes para, por un lado, poner de manifiesto la interculturalidad en el ámbito sanitario y destacar las aplicaciones de esta disciplina para dar solución a los problemas culturales en el ámbito sanitario. Por tanto, con el objetivo de desplegar de forma satisfactoria la labor y optimizar la calidad de la atención sanitaria, los MILICS han de tener más conocimientos de Antropología Médica.

En definitiva, desde nuestro punto de vista, como conclusión de este trabajo, deseamos que tanto la introducción acerca de la evolución de la Antropología Médica, como la panorámica de la figura de los MILICS y los conocimientos necesarios para esta figura profesional, junto con la presentación de ocho temas claves de la Antropología Médica y el análisis con detalle de los mismos resulten aprovechables para subrayar la importancia y la indispensabilidad de la inclusión de la Antropología Médica para la formación en la mediación interlingüística e intercultural, y que todos estos materiales les sean de utilidad a los actuales y futuros MILICS, así como a aquellas personas que tengan interés en este campo.

5.结论

当今，我们生活的世界正朝着多元文化方向发展。受这一影响，在西方国家中西班牙已经成为一个多元文化融合的国家，这归因于其他国家或地区的移民为这片土地植入的新文化。根据附件二中西班牙国家统计局提供的数据显示，自 2013 年，到达西班牙的移民数量不断增加，该趋势在近几年来尤为明显。

这些新成员到达西班牙后与当地居民一样需要使用医疗服务，并在就诊时将自己的文化带入当地医疗领域。因此，现在当提及医疗服务事，再也不能将其与文化多样性，特别是与跨文化现象区分开来。在医疗领域，文化影响着人们对疾病、健康及治疗的感知、经历和应对方式，而以上都取决于个人、人际和社会经验以及与这些现象有关的个人或集体的观念或意识形态。在这一背景下医学人类学应运而生，揭示医疗领域的文化维度并对其作出相应解释。

为进一步了解医学人类学，本文第一章介绍了医学领域的文化因素和医学人类学的发展状况，同时这也是本文的理论框架。事实上，医学人类学在向我们解释个体或社会的思想及行为产生的根由时，不仅仅只停留在表面浅显的部分，而是从多个角度出发，例如社会学、生物学和流行病学等，致力于寻求对不同社会对待健康问题的充分理解。同时，该学科还立足于跨学科和综合视野提出一系列反映医疗领域跨文化现象的典型案例。换言之，医学人类学致力于研究社会变动、文化、权力关系、跨文化关系，正统文化和主流意识形态之间的关系以及在日常生活中它们如何交织在一起，在危机不断蔓延的背景下赋予健康和疾病意义（Suárez et al., 2004: 47）。

事实上，各文化都是对健康与疾病这一二项式作出的不同回应，其中包括对疾病和护理相关生活经验的特有解释和措施（Jiménez, et al., 2014: 631-638）。然而，医疗服务的使用对象和提供者赋予健康和疾病的不同价值差异阻碍了医疗服务的获取（García, 2010: 14）。确切来说，医疗领域的文化融合和碰撞导致当地医护人员和外国患者之间因文化差异无法沟通、相互误解甚至产生冲突。据 Haffner (1992; citado en Samovar et al. 2007: 285) 所述，医患无效沟通可能会对治疗带来诸多不良影响，例如，误诊、进行风险手术或不必要的治疗、使患者承受不必要的痛苦，甚至是提供无效治疗。

因此，第三方尤其是跨语言与跨文化医疗调解员的介入，对帮助生活在不同文化背景下的当地医护人员和外国患者重建沟通桥梁起着举足轻重的作用。据此，本文的第二章介绍了跨语言与跨文化医疗调解员这一行业。之后，我们指出了当前对针对上述调解员的培训项目和相关书目储存存在的缺陷。接受专业培训对跨语言与跨文化医疗调解员来说至关重要，因为缺乏培训可能会导致调解员错译接收到的信息、错选沟通策略，无法查明所犯错误的原因等，以上都对促进使医患沟通毫无作用，甚至还可能会恶化医患沟通。

此外，我们还阐述了跨语言与跨文化医疗调解员需要掌握的基础知识，其中我们强调医学人类学的相关知识，因为根据 Campos (2004: 9) 所述，正如所强调的那样，调解员的职责不仅仅是解决交流问题，其培训应重点包括跨文化能力和相关文化所涉及的人类学知识，以便调解员辨认有助其开展调解工作的信息线索。综上，跨语言与跨文化医疗调解员具备人类学的知识，更具体地说，掌握医学人类学的相关知识是实现医患之间有效充分交流或互动的关键步骤。

第三章介绍了本文所采用的的方法论，包括研究目标、借助工具、选择该工具的理由阐

述以及研究阶段。该方法论便于我们在本文最后一章深入研究及分析医学人类学的典型案例。

本文最后一章介绍了医学人类学中的八个典型案例，并在该学科的理论框架下对各案例展开分析。这些案例由模拟情景组成，其中西班牙医护人员与外国患者为主角，文化差异阻碍了双方的沟通和理解，并且给医疗调解员的工作带来困难。随后，我们阐述了情景中出现的问题、解释了产生该问题的根源、并强调了医学人类学对破译文化密码及解决相关文化问题的贡献。虽然所示主题无法囊括医学人类学的所有关键案例，但足以反映医疗领域的跨文化现象，并证实该学科对解决医疗领域相关文化问题的作用。因此，为实现成功开展调解工作和优化医疗质量的目标，跨语言与跨文化医疗调解员需要具备充分的医学人类学的相关知识。

总而言之，作为本文的结论，我们希望借由医学人类学的发展概述、跨语言与跨文化医疗调解员这一行业及其必备知识的简要介绍、八个医学人类学关键案例的展示以及相关案例的详细分析强调将医学人类学纳入医疗领域跨语言和跨文化调解培训计划的重要性和不可或缺性。同时，我们也希望上述信息能为跨语言与跨文化医疗调解员以及对该领域感兴趣的人士提供参考。

Notas:

- (1) Léase a partir de ahora PS y entiéndase que se refiere al personal sanitario.
- (2) Léase a partir de ahora IS y entiéndase que se refiere a la disciplina o bien a los profesionales de la misma, es decir, los intérpretes en el ámbito sanitario.
- (3) Adoptamos estas siglas porque el Grupo CRIT utiliza esta denominación.
- (4) Léase a partir de ahora MI y entiéndase que se refiere a la disciplina o bien a los profesionales de la misma, es decir, los mediadores interculturales.
- (5) Léase a partir de ahora ISP y entiéndase que se refiere a la disciplina o bien a los profesionales de la misma, es decir, la interpretación en los servicios públicos o los intérpretes en los servicios públicos.
- (6) Para más información sobre las diferentes posturas ante ISP y MI véase Sánchez (2015: 122-127).
- (7) Por ejemplo, Bermúdez et al., (2002), Giménez (2002).
- (8) Para más información sobre los servicios de MI/ISP implementados en los centros sanitarios en la época del boom de la disciplina véase Abril (2006) y Sánchez (2011).
- (9) Para más información véase la página web: <https://www.uah.es/es/estudios/Comunicacion-Intercultural-Interpretacion-y-Traduccion-en-los-Servicios-Publicos/>.
- (10) <https://www.inefso.com/producto/curso-mediacion-intercultural-online/>.
- (11) <https://diarium.usal.es/mastertrad/>.
- (12) <https://www.comunidad.madrid/actividades/2018/mediacion-intercultural>.
- (13) <https://divulgaciondinamica.info/promos/curso-mediador-intercultural/>.
- (14) IMIA (International Medical Interpreters Association), CHIA (California Healthcare Interpreters Association), NCIHC (National Council on Interpreting in Health Care).
- (15) Para más información sobre las competencias profesionales de los MILICS, véase Sánchez (2015: 135-146).
- (16) Para ver el origen de la situación 1 véase Vargas (2004: 264-265).
- (17) Para ver el origen de la situación 2 véase Boccara (2017: 438).
- (18) Para ver el origen de la situación 3 véase Marnpae (2004: 162).
- (19) Para ver el origen de la situación 4 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb.php>.
- (20) La explicación de esta cuestión se encuentra en las siguientes páginas web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb5.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/magreb8.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta página web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb10.php>.
- (21) Para ver el origen de la situación 5 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/africa.php>.
- (22) La explicación de esta cuestión se encuentra en la siguiente página web: <http://www.saludycultura.uji.es/africa2.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/africa9.php>.
- (23) Para ver el origen de la situación 6 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/china.php>.
- (24) La explicación de esta cuestión se encuentra en la siguiente página web: <http://www.saludycultura.uji.es/china2.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/china9.php>.
- (25) Para ver el origen de la situación 7 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/china.php>.
- (26) La explicación de esta cuestión se encuentra en la siguiente página web: <http://www.saludycultura.uji.es/china2.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/china9.php>.

- (27) Para ver el origen de la situación 8 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb.php>.
- (28) La explicación de esta cuestión se encuentra en la siguiente página web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb10.php>.
- (29) Para ver el origen de la situación 9 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/europaeste.php>.
- (30) Para ver el origen de la situación 10 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/indiopakistani.php>.
- (31) Para ver el origen de la situación 11 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb.php>.
- (32) Para ver el origen de la situación 12 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb.php>.
- (33) La explicación de esta cuestión se encuentra en las siguientes páginas web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb4.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/magreb6.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/magreb11.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/magreb10.php>.
- (34) Para ver el origen de la situación 13 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/afrika.php>.
- (35) La explicación de esta cuestión se encuentra en las siguientes páginas web: <http://www.saludycultura.uji.es/afrika2.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/afrika4.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/afrika9.php>.
- (36) Para ver el origen de la situación 14 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/china.php>.
- (37) La explicación de esta cuestión se encuentra en las siguientes páginas web: <http://www.saludycultura.uji.es/china4.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/china5.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/china9.php>.
- (38) Por ejemplo, la ingesta de hidratos de carbono por parte de las mujeres embarazadas chinas se cuenta entre una de las causas de la alta incidencia de la diabetes gestacional que se da entre las mujeres de origen chino (Sánchez, 2015: 313).
- (39) Para ver el origen de la situación 15 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/afrika.php>.
- (40) La explicación de esta cuestión se encuentra en las siguientes páginas web: <http://www.saludycultura.uji.es/afrika9.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/europaeste9.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/china9.php>.
- (41) Autores como Casas, Collazos, y Qureshi (2009: 84), Raga (2014) coinciden en la importancia de que los MILICS fomenten la comunicación directa entre las partes y no sustituya al PS.
- (42) Para ver el origen de la situación 17 véase Ospina y Bellamy (2011: 89-98).
- (43) Para ver el origen de la situación 18 véase Nichter y Vuckovic (1994: 509-525).
- (44) Para ver el origen de la situación 19 véase la página web: <http://www.saludycultura.uji.es/europaeste.php>.
- (45) La explicación de esta cuestión se encuentra en las siguientes páginas web: <http://www.saludycultura.uji.es/europaeste1.php>; <http://www.saludycultura.uji.es/europaeste2.php>, para más información al respecto véase la bibliografía aportada por esta web: <http://www.saludycultura.uji.es/europaeste9.php>.
- (46) Para ver el origen de la situación 20 véase Bonnet (2013: 13-14).

6. Bibliografía

- Abril Martí, M. I. (2006). La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Departamento de Traducción e Interpretación, España. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences. Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Almaguer, J. A., Vargas, V. & García, J. (2003). Relación Intercultural con la medicina tradicional: Manual para el personal de salud. *Secretaría de Salud*. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/index_anterior.html. [Consulta: 28.07.2019]
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, K. B. (2002). *Mediación intercultural: una propuesta para la formación*. Madrid: Editorial Popular.
- Anruba, E. L. (2008). *La versión de nosotros mismos: Naturaleza, Símbolo y Cultura en Clifford Geertz*. Granada: Editorial Comares, SL.
- Aparicio Mena, A. J. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gazeta de Antropología*, 23(14), 1-6. Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G23_14AlfonsoJulio_Aparicio_Mena.html. [Consulta: 28.07.2019]
- Aranda, C. Á. (2016). Formación, Perfiles Profesionales y Grupos de Trabajo en Entornos Sanitarios Multiculturales. *FITISPos International Journal*, 3, 154. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/29640>. [Consulta: 28.07.2019]
- Baraldi, C. (2009). Forms of mediation: the case of interpreter-mediated interactions in medical systems. *Language and intercultural communication*, 9(2), 120-137. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14708470802588393>. [Consulta: 28.07.2019]
- Barañano, A. (2010). Introducción a la antropología social y cultural: materiales docentes para su estudio. Materiales de enseñanza, no publicado. Departamento de antropología social. Madrid: Universidad Complutense. Disponible en: https://eprints.ucm.es/11353/1/Introducci%C3%B3n_a_la_Antropolog%C3%ADa_Social_y_Cultural.pdf. [Consulta: 28.07.2019]
- Bartoli, P. (2005). ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Waiting for the doctor? Reflections on a medical anthropological research in Mexico* ¿Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca. *Revista de Antropología Social*, 14, 86. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110071A>. [Consulta: 28.07.2019]
- Beyaert, S. G., & Pons, J. S. (2009). 4 Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. Manual de atención al inmigrante, *Ergon*: Barcelona, Madrid, 53-57. Disponible en: <http://www.l-in-k.org/Garcia-Beyaert-2009-Recursos-para-superar-barreras-ling-cult-en-salud.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]

- Bischoff, A., Loutant, L., & García-Beyaert, S. (2009). Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud. Universal Doctor Project. Hôpitaux Universitaires de Genève. Disponible en: http://www.universaldocotor.com/EnOtrasPalabras/En_otras_palabras.pdf. [Consulta: 28.07.2019]
- Blue, H. C. & Gonzalez, C. A. (1992). The meaning of ethnocultural difference: Its impact on and use in the psychotherapeutic process. *New directions for mental health services*, 1992(55), 73-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1454052>. [Consulta: 28.07.2019]
- Boccaro, M. (2017). Tradición, improvisación y modernidad en el chamanismo maya yucateco: El arte suhuy de Juan Cob, h-men de Yaxcabá. *Salud colectiva*, 13(3), 429-442. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6556177>. [Consulta: 28.07.2019]
- Bonnet D. (2003). Prefacio: argumentos para un enfoque global de la pediatría: salud, crecimiento y desarrollo del niño. En: Lefevre, P., Rubín de Celis, E., & Sejas, E. (ed.), *Miradas cruzadas en el niño: un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*, 8-14. Bolivia: Plural editores.
- Bowen, S. (2004). Language barriers within the Winnipeg regional health authority: Evidence and implications. Toronto: *Winnipeg Regional Health Authority*. Disponible en: http://torontohealthequity.ca/wpcontent/uploads/2013/02/Language_Barriers_within_the_Winnipeg_Regional_Health_Authority_Evidence_and_Implications.pdf. [Consulta: 28.07.2019]
- Burckhardt, A. Q. & Sánchez, F. C. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 50-57. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1284.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Burckhardt, A. Q., Revollo, H. W., Sánchez, F. C., Würth, C. V. & El Harrak, J. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*, 8(35), 56-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830258.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Casas, M., Collazos, F., & Qureshi, A. (2009). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona, Obra Social La Caixa.
- Campos López, J. G. (2004). Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. *Universitat Jaume I*, 4;9. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/79128>. [Consulta: 28.07.2019]
- Carrera, J. M. (2010). La salud en la mujer inmigrante. El concepto de salud en su contexto cultural. *Mujer inmigrante y asistencia sanitaria*, 20-32. Disponible en: <http://www.serretllibres.com/documents/productes/am01.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Castro, C., Cepeda, C., Flórez, V. & Vásquez, M. (2014). Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres. *Avances en Enfermería*, 32(1), 114-123. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46069>. [Consulta: 28.07.2019]
- Catonguay, T., & Stern, J. (1991). *Hambre y apetito. Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington: OPS, 18-24.

- Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients?. *Pediatrics*, 116(3), 575-579. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16140695>. [Consulta: 28.07.2019]
- Comelles, J. M., Allué, X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J., & Mascarella, L. (Eds.). (2010). Migraciones y salud (Vol. 1). *Publicaciones Universitat Rovira i Virgili*. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/33/33/78-1?inline=1>. [Consulta: 28.07.2019]
- Díaz Bernal, Z., Aguilar Guerra, T., & Linares Martín, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2015;41(4):657,661. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400009. [Consulta: 28.07.2019]
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International journal for quality in health care*, 19(2), 60-67. Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/19/2/60.full.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Duque Páramo, M. C. (2002). Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. *Actual. enferm*, 5(2), 12-16. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1590/1014>. [Consulta: 28.07.2019]
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14. Disponible en: http://www.unige.ch/presse/archives/unes/2007/pdf/Pediatrics_Interpreter_Errors_%20Article.pdf. [Consulta: 28.07.2019]
- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista Mad*, 10: 21-29. Disponible en: <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/10/paper03.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- García, D. M. (2010). Antropología Médica. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 1(4). Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/52/50>. [Consulta: 28.07.2019]
- García-Jordá, D., & Díaz-Bernal, Z. (2009). Apuntes teóricos para un estudio de la reproducción humana desde la Antropología aplicada a la salud. *Catauro*, (23).
- Giménez Romero, C. (2002). *El corazón de Madrid. El servicio de mediación social intercultural SEMSI 1997-2002*, Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Giménez, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, (2), 125-159. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4888/4712>. [Consulta: 28.07.2019]
- Gimeno, F. R. (2006). Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario. *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. monográfico(1), 217-230. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2199406>. [Consulta: 28.07.2019]

- Goldman, R. D., Amin, P., & Macpherson, A. (2006). Language and length of stay in the pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*, 22(9), 640-643. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16983248>. [Consulta: 28.07.2019]
- Good, B. (1994). *Medicina, Rationality, and Experience an Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grupo, CRIT & Gimeno, F. R. (2006). *Culturas cara a cara: relatos y actividades para la comunicación intercultural*. Madrid: Edinumen.
- Grupo, CRIT (2003). *Claves para la comunicación intercultural (Vol. 11)*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, 89-122.
- Grupo, CRIT (2014). *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares.
- Guerrero, C. (2012). El mediador intercultural en el ámbito sociosanitario. *Revista de Educación Social*, 14, 3-6. Disponible en: http://www.eduso.net/res/pdf/14/mediadorinter_res_%2014.pdf. [Consulta: 28.07.2019]
- Haffner, L. (1992). Translation is not enough. Interpreting in a medical setting. *Western Journal of Medicine*, 157(3), 255. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011272/>. [Consulta: 28.07.2019]
- Hale, S. (2007). *Community interpreting*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Hale, S. B. & Garcés, C. V. (2010). *La interpretación comunitaria: la interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Granada: Comares.
- Herrera, X. (1996). El alimento de los pueblos. *Salud Culturas de Colombia*, 16, 2-3.
- Hersch Martínez, P., & Haro, J. A. (2007). ¿Epidemiología sociocultural o antropología médica? Algunos ejes para un debate disciplinar. ponencia para VII Coloquio REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente, Tarragona, 6. Disponible en: <http://www.colson.edu.mx:8080/portales/portales218/epidemiologia%20sociocultural.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Jacobs, E., Chen, A. H., Karliner, L. S., Agger-Gupta, N. I. E. L. S., & Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*, 84(1), 111-133. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690153/>. [Consulta: 28.07.2019]
- Jaspers K. Citado en: Canguilhem G. (1977). *Das Normale un das Pathologische*, Frankfurt a. M.: Ullstein.
- Jiménez, J., Navarro, M. A., Belda, M.A., Mota J.A., Hernández, S. & Guerrero, C. (2009). ¿Mediador o Intérprete Socio Sanitario?: Proyecto o realidad en el servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez del Area III del Servicio Murciano de Salud, *Paraninfo digital*, 7, 110. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/110o.php>. [Consulta: 28.07.2019]
- Jordá, D. G. (2010). Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. (Tesis doctoral). Universidad de La Habana, Facultad de Biología, La Habana. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=279>. [Consulta: 28.07.2019]
- Junge, P. (2001). Nuevos paradigmas en la antropología médica. *Cuarto Congreso Chileno de*

Antropología; 2001 Nov. Disponible en: <https://csociales.uchile.cl/antropologia/docs/congreso.zip>. [Consulta: 28.07.2019]

KAPTHUCK, Ted J. (1995). *Medicina china. Una trama sin tejedor*. Traducción de Fernando Pardo. Barcelona: Los libros de la Liebre de Marzo.

Kenny, M., & de Miguel, J. M. (Eds.). (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.

Kleiman, A. (1995). *医学人类学——一门新兴的社会医学学科*. *医学与哲学*, 5. 网址: www.cnki.com.cn/Article/CJFDTotat-YXZX199505025.htm.

Kottow, M., & Bustos, R. (2005). *Antropología médica* (No. 306.46 K6). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda, Santiago, Buenos Aires, Motevideo.

Lévi-Strauss, C. (1958). *Antropología structural*. Buenos Aires: Eudeba.

Llevot Calvet, N. (2002). *Els mediadors interculturals a les institucions educatives de Catalunya*. (Tesis doctoral). Universitat de Lleida, Departament de Pedagogia i Psicologia, España. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/8300>. [Consulta: 28.07.2019]

Llopis, A. N. (2013). *La comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Propuestas de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural. Estudio de caso de un hospital aragonés* (Doctoral dissertation). Universitat Jaume I. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10803/396350>. [Consulta: 28.07.2019]

Lozano, E. J. O., & Ortíz, C. B. (2011). Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los Andes del sur de Colombia. *Acta Odontológica Colombiana*, 1(2), Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/28467>. [Consulta: 28.07.2019]

Maestre, J. A. (2001). El dolor en el adulto mayor. *Colombia Médica*, 32(4):184-188. Disponible en: <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/283/28332406/1>. [Consulta: 28.07.2019]

Marnpae, M. (2011). *Una aproximación descriptiva a la medicina tradicional tailandesa: aspectos culturales de interés para la traducción y la interpretación*. Memoria del máster, Universidad de Alcalá.

Marnpae, M. (2014). Competencia intercultural en el ámbito sanitario: el caso del nacimiento tailandés. *FITISPos International Journal*, 1, 162. Disponible en: http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos/article/view/18. [Consulta: 28.07.2019]

Martín, P. V. (2017). Los estudios de salud materna intercultural en Bolivia: de la teoría a la praxis. *Boletín americanista*, (74), 95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5975860>. [Consulta: 28.07.2019]

Martínez Hernáez, Á. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Martínez-Hernáez, Á., Gil, E. P., & Comelles, J. M. (2015). Genealogía de la antropología médica en España. *Disparidades. Revista de Antropología*, 2015, 70(1), 205-233. Disponible en: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/download/473/478>. [Consulta: 28.07.2019]

- Mayarí, A. (2003). La enfermedad adaptada a la cultura. Universidad San Carlos de Guatemala. Disponible en: http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/mayari_diaz.doc. [Consulta: 28.07.2019]
- Mena, A. J. A. (2004). Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. *Gazeta de Antropología*, 20, 67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=824472>. [Consulta: 28.07.2019]
- Menéndez, E. L. (2006). Interculturalidad, "diferencias" y Antropología "at home". *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*, 1760, 51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2273420>. [Consulta: 28.07.2019]
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es. [Consulta: 28.07.2019]
- Mikkelsen, H. M. (2014). Evolution of public service interpreter training in the US. *FITISPos International Journal*, 1, 13. Disponible en: http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos/article/view/6. [Consulta: 28.07.2019]
- Mintz, S. W., & Du Bois, C. M. (2002). The anthropology of food and eating. *Annual review of anthropology*, 31(1), 99-119. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.anthro.32.032702.131011>. [Consulta: 28.07.2019]
- Moreno, M. E. R. (1990). *Antropología de la nutrición entre los grupos indígenas de Colombia*. Unicef.
- Müller-Jacquier, B. (2000). *Linguistic awareness of cultures: Grundlagen eines Trainingsmoduls*. Leipzig: Popp.
- Muñoz Martínez, R. (2010). El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural: mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental, estudio de caso en Bélgica y España. (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Filosofía y Letras, España. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/4602>. [Consulta: 28.07.2019]
- Navaza, B., Estévez, L., & Serrano, J. (2009). Saque la lengua, por favor. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panace*, 10(30), 141-156. Disponible en: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf. [Consulta: 28.07.2019]
- Nichter, M., & Lock, M. M. (Eds.). (2002). *New horizons in medical anthropology: Essays in honour of Charles Leslie*. London: Routledge.
- Nichter, M., & Vuckovic, N. (1994). Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science & Medicine*, 39(11), 1509-1525. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694900035>. [Consulta: 28.07.2019]
- Onghena, Y. (2002). Interculturalael. Balance y perspectivas. Encuentro internacional sobre interculturalidad. (en línea). 2001 noviembre. Disponible en:

www.cidob.org/content/download/2852/25592/version/1/file/04_lineas_cast.pdf. [Consulta: 28.07.2019]

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (Documento en línea). Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. [Consulta: 28.07.2019]

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: Pan-American Health Organisation, 10.

Ortí, R., Sánchez, E., & Sales, D. (2006). Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural. *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*, 3, 116-133. Disponible en: [https://www.uv.es/perla/3\[08\].OrtiSalesySanchez.pdf](https://www.uv.es/perla/3[08].OrtiSalesySanchez.pdf). [Consulta: 28.07.2019]

Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. DF: Instituto Nacional Indigenista, México: CIESAS.

Perdiguero, E., & Comelles, J. M. (2000). *Medicina y cultura*. Barcelona: Ediciones Bellaterra 2000, s.l.

Pizza, G. (2007). Antropología médica: una propuesta de investigación. En Tolosana, C. L. (ed.). *Introducción a la antropología social y cultural: teoría, método y práctica*, 267-287. España: Ediciones AKAL. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2723540>. [Consulta: 28.07.2019]

Raga Gimeno, F. (e.p.). Atención sanitaria a la población de origen chino. En Grupo CRIT, *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Barcelona: Octaedro, S.L.

Raga Gimeno, F. (2014). Contextualización cultural en mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario. En Grupo CRIT (ed.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*, 10-17. Granada: Comares.

Rodríguez, M. I. B. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>. [Consulta: 28.07.2019]

Ruiz, I. J., Bravo, M. D. M. P., Martínez, P. A., & Meseguer, C. B. (2014). Men facing the ablation/female genital mutilation (A/FGM): cultural factors that support this tradition. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 631-638. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814032753>. [Consulta: 28.07.2019]

Sahlins, M. (1980). *Au coeur des sociétés: raison utilitaire et raison culturelle*. Paris: Gallimard.

Sakamoto, H. (2002). A new possibility of global bioethics as an intercultural social tuning technology. En Po-wah, J. T. L. (ed.), *Cross-Cultural Perspectives on the (Im) Possibility of Global Bioethics*, 359-367. Springer Science & Business Media. Disponible en: <https://scite.ai/reports/a-new-possibility-of-global-8LN4K9>. [Consulta: 28.07.2019]

Salaverry O. Antropología de la salud: una mirada actual. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 2017;34(2):165-166. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200001. [Consulta: 28.07.2019]

- Sales Salvador, D. (2005). Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. *Translation Journal*, 9(1), 1-15. Disponible en: <https://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/100515.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Sales, D. (2008). Mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos: ¿europa intercultural? *Pliegos de Yuste, Revista de Cultura y Pensamiento Europeos*, 77-82. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2975253>. [Consulta: 28.07.2019]
- Salvador, D. S. (2005). Creación de una base de datos bibliográfica en línea sobre Mediación Intercultural y Traducción e Interpretación en los servicios públicos. *Revista española de documentación científica*, 28(4), 525. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2199420.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]
- Sánchez Pérez, M. I. (2009). La mediación intercultural en el ámbito sanitario. El caso de los pacientes de origen chino. (Trabajo de fin de máster). Universitat Jaume I. Disponible en: http://www.saludycultura.uji.es/archivos/La_mediacion_intercultural_en_el_ambito_sanitario_El_caso_de_los_pacientes_de_origen_chino.pdf. [Consulta: 21.08.2019]
- Sánchez Pérez, M. I. (2015). Mediación Interlingüística e Intercultural en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva: estudio de casos con usuarias de origen chino. (Tesis doctoral). Universitat Jaume I, Departament de Traducció i Comunicació, Castellón de la Plana. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10803/396361>. [Consulta: 28.07.2019]
- Sathiankoset, Y. (1996). *pra-p^he: -ni: kiaw-kab te^hi: -wit pra-p^he: -ni: nu: aṅ-naj ka: n-kx: d* [Las costumbres de vida y las costumbres de nacimiento]. Bangkok: Siam Press.
- Schyve, P. M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *Journal of general internal medicine*, 22(2), 360-361. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078554/>. [Consulta: 28.07.2019]
- Sherwood, G. D., McNeill, J. A., Palos, G., & Starck, P. (2003). Perspectives on pain: A qualitative analysis of the Hispanic pain experience. *NT Research*, 8(5), 364–377. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/136140960300800505>. [Consulta: 28.07.2019]
- Suárez, R. (2001). *Reflexiones en salud. Una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Suárez, R., Wiesner, C., González, C., Cortés, C., & Shinchi, A. (2004). Antropología del cáncer e investigación aplicada en Salud Pública. *Revista de estudios sociales*, (17), 42-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81501705>. [Consulta: 28.07.2019]
- Suárez, R., Wiesner, C., González, C., Cortés, C., & Shinchi, A. (2004). Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública. *Revista de Estudios Sociales*, (17), 42-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000100005&lng=en&tlng=es. [Consulta: 28.07.2019]
- Subbarayappa, B.V. (Ed.) (2001). *Medicine and life sciences in India*. Nueva Delhi: Centre for Studies in Civilizations.
- TAFT, R. (1981). The Role and Personality of the Mediator en Bochner. In Stephen (ed.), *The Mediating Person: Bridges between Cultures*, 53-88. Cambridge: Schenkman.
- Thomas, A. (1993). Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns. En Thomas

Alexander (eds.), *Kulturvergleichende Psychologie*, 377-424. Eine Einfubrung; Gottingen etc.: Hofgreffe.

Valero Garcés, C. (2003). *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares.

Valero Garcés, C., Pena Díaz, C., & Lázaro Gutiérrez, R. (2008). *Investigación y Práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos: Desafíos y Alianzas*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares.

Vargas, L. A. (2004). Perspectiva Antropológica de la Consulta. Médica, entre la Ciencia y el Arte de la Medicina. V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe, pp. 255-266. Disponible en: <https://www.aacademica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/39.pdf>. [Consulta: 28.07.2019]

Vargas, L. A., & Casillas, L. E. (2007). *Perspectiva antropológica de la consulta médica: entre la ciencia y el arte de la medicina. La comunicación humana en la relación médico-paciente*. México, DF: CONAMED.

Vargas, L. A., & Cortés, F. M. (1991). Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. *Gaceta Médica de México*, 127(1), 3-5. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1991-127-1-3-6.pdf. [Consulta: 28.07.2019]

Vargas-Urpi, M. (2012). *La interpretació als serveis públics i la mediació intercultural amb el collectiu xinès de Catalunya*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Traducció i d'Interpretació, Bellaterra. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/96486>. [Consulta: 28.07.2019]

World Cancer Research Fund, & American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective* (Vol. 1). Washington DC: WCRF-American Institute of Cancer.

王天虹, 更藏加, 赖先荣, 张艺, & 央嘎. (2016). 医学人类学视野下的藏医药浴疗法研究初探. 世界科学技术: 中医药现代化, (2), 318-322. 网址: http://www.wst.ac.cn/zyyxdh/ch/reader/create_pdf.aspx?file_no=20160230&year_id=2016&quarter_id=02&falg=1. [Consulta: 28.07.2019]

夏懿. (2016). 透视疼痛: 身体记忆与疗愈--医学人类学视角下的羌族生命文化. 阿坝师范高等专科学校学报 2016年01 (2016): 16-20. 网址: <http://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?docid=absfgdzkxxxb201601003>. [Consulta: 28.07.2019]

XIE, Zhu-fan (1995): *Best of Traditional Chinese Medicine*. Beijing: New World Press.

徐义强. (2011). 近 30 年中国医学人类学研究的回顾与反思. 思想战线, 37(3), 124-130. 网址: <https://wenku.baidu.com/view/e24a03965a8102d276a22fd7>. [Consulta: 28.07.2019]

徐义强. (2012). 医学的文化视角: 基于医学人类学的理念. 南京医科大学学报: 社会科学版, 12(1), 6-9. 网址: http://jnmj.njmu.edu.cn/sk/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=aumnss120102&flag=1. [Consulta: 28.07.2019]

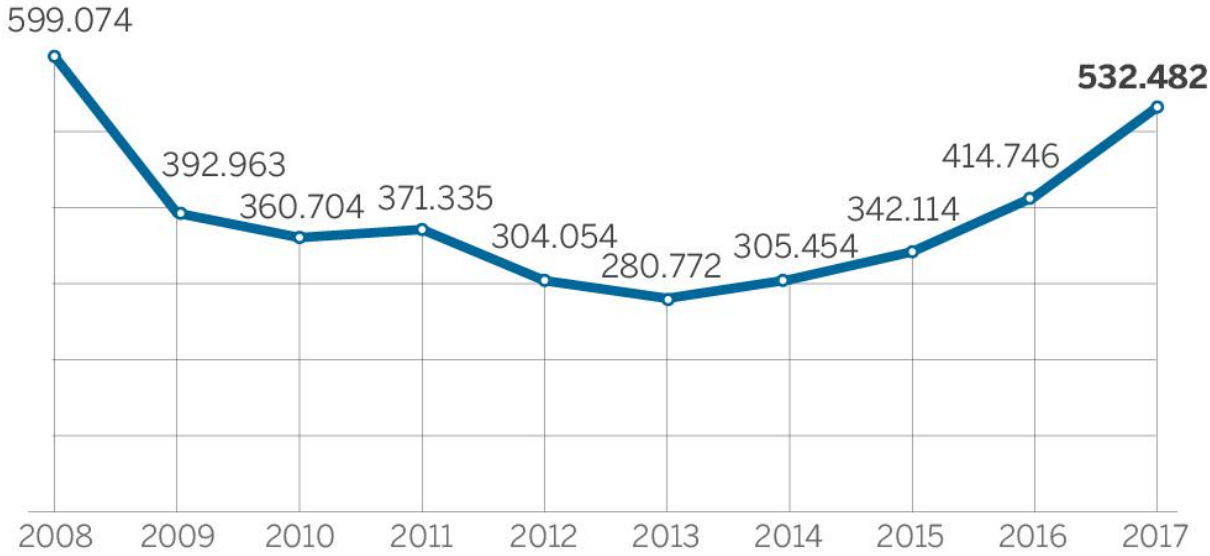
Anexo 1:

TABLA 1. POBLACIÓN EXTRANJERA POR AGRUPACIÓN DE PAÍSES DE NACIONALIDAD			
Continente	País	Extranjeros*	% variac. 2017/2016
Europa Unión Europea	Rumanía	687.733	-4,14
	Reino Unido	240.785	-6,13
	Italia	189.780	4,12
	Bulgaria	127.669	-4,69
	Alemania	111.814	-6,68
	Francia	96.421	-1,19
	Portugal	88.451	-3,20
	Total EU	1.777.989	-3,61
Europa No Unión Europea	Ucrania	103.072	4,05
	Rusia	72.234	1,84
	Moldavia	17.767	0,25
	Total Europa no UE	261.381	1,75
África	Marruecos	749.670	-0,77
	Senegal	63.832	1,78
	Argelia	60.465	-2,75
	Nigeria	39.866	-4,15
	Total África	1.039.973	-0,78
América Central	República Dominicana	69.778	-3,05
	Honduras	58.859	19,29
	Total América Central	220.037	6,32
América del Norte	Estados Unidos de América	32.954	4,43
	México	23.185	3,82
	Canadá	3.993	5,86
	Total América del Norte	60.132	4,29
América del Sur	Colombia	145.358	3,44
	Ecuador	141.810	-10,41
	Bolivia	102.550	-11,27
	Brasil	76.148	3,75
	Paraguay	71.142	2,68
	Argentina	70.221	-2,27
	Venezuela	68.866	26,59
	Perú	64.172	-1,58
	Chile	25.115	-1,15
	Total América Sur	790.310	-1,21
Asia	China	208.075	3,96
	Pakistán	80.181	2,37
	Total Asia	418.602	4,51
Oceanía	Australia	2.327	8,43
	Total Oceanía	3.151	8,36

(Fuente: Elaborado por el Observatorio del SEPE a partir de los datos del INE. Padrón Municipal.1 de enero de 2017)

Anexo 2:

LLEGADA DE INMIGRANTES A ESPAÑA



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). EL PAÍS