



Erasmus+

Inter Health

Intercultural Competences
for Healthcare Professionals

Currículo para las Competencias Interculturales de las y los Profesionales de la Salud



*"For a world where we are socially equal,
humanly different and totally free"*

Rosa Luxemburg

Este proyecto ha sido financiado con el apoyo de la Comisión Europea. La información refleja los puntos de vista de los autores, y la Comisión no se hace responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en ellos.



Referencia del Proyecto No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Proyecto Erasmus+, Alianzas Estratégicas para la Formación Profesional y la Capacitación

INTRODUCCIÓN

El proyecto Interhealth forma parte del programa Erasmus +, financiado con el apoyo de la Comisión Europea, y se enfoca en proporcionar competencias interculturales a profesionales de la salud a través de la capacitación y formación profesional. El proyecto comenzó en octubre de 2016 y finalizará en diciembre de 2018.

El objetivo principal del proyecto Interhealth es capacitar a los profesionales de la salud europeos en las competencias interculturales necesarias para dar una atención médica de alta calidad a personas de cualquier origen y cultura. La formación proporcionada por el proyecto está diseñada para cubrir las necesidades de los beneficiarios finales, es decir, poblaciones culturalmente diversas, como migrantes, refugiados y otras minorías étnicas.

Para ello, los socios de Austria, Francia, Grecia y España han desarrollado el presente plan de estudios teniendo en cuenta que los métodos educativos no formales pueden y deben combinarse con la educación formal para profesionales sanitarios, de manera que se mejore la calidad de la atención prestada en el sistema sanitario de los países europeos.

En este sentido los socios del proyecto han realizado un análisis sobre las condiciones actuales de las competencias interculturales de las y los profesionales de la salud a partir del análisis bibliográfico y entrevistas con profesionales de la salud y beneficiarios finales. Este análisis incluye un análisis del contexto actual y un diagnóstico de las necesidades, además de sugerir unas recomendaciones.¹

Este análisis ha permitido a los socios del proyecto tener una visión general de las necesidades de los profesionales de la salud en los niveles nacional y europeo, y sobre las competencias interculturales actuales; en otras palabras, los problemas que enfrentan los profesionales de la salud en su práctica diaria, así como la oferta de educación intercultural (educación formal y no formal) y los desafíos que se encuentran para desarrollar competencias interculturales.

A partir de este análisis se ha desarrollado en el marco de Interhealth el presente Currículo, que consta de cuatro temas:

- Competencias interreligiosas,
- Comunicación y asesoramiento intercultural,
- Autoconciencia del profesional de la salud, y
- Gestión en entornos sanitarios.

El Currículo de InterHealth está disponible en el sitio web del proyecto: <http://www.interhealth.eu/en/curriculum/>.

Síguenos en Facebook:

<https://www.facebook.com/search/top?q=interhealth%20eu>

¹ <http://www.interhealth.eu/en/forschungsarbeit/>

Módulo 1 : Interculturalidad y religiones



Módulo 1 : Interculturalidad y religiones

Este módulo se concentra en la importancia del impacto cultural y religioso que enfrenta el/la profesional de la salud durante su trabajo diario con pacientes migrantes. El modo trata temas como la relación con el cuerpo, la muerte y cómo se expresa y maneja el dolor en diferentes culturas. Asimismo se señalará el impacto que la propia identidad cultural y religiosa de las y los profesionales de la salud tiene sobre pacientes de orígenes culturales diversos, de manera que se aprenda a desarrollar estrategias que superen esas diferencias culturales y religiosas.

CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	COMPETENCIAS
---------------	-------------	--------------

Al finalizar esta unidad, la persona será capaz de:

<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las manifestaciones sociales, culturales y religiosas del dolor para poder entender mejor a las/los pacientes. • Aprender sobre diversas culturas y cómo pueden influir en la relación con el cuerpo • Distinguir, entre las diferentes prácticas relacionadas con la muerte, lo que es importante o no, la moral que debe respetarse y lo que se debe evitar para evitar generar disputas con las/los pacientes y/o familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender las identidades sociales, culturales y religiosas con respecto a la salud. • Utilizar herramientas de autoevaluación para mejorar la autoconciencia y las habilidades de relación con pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia sobre las propias creencias y prejuicios y trabajar en ellas. • Saber cómo valorar la importancia entre el tratamiento ofrecido y la identidad cultural y religiosa. • Reflexionar sobre las prácticas médicas propias. • Saber lo que puede ser un obstáculo en nuestra relación con los demás. • Tener una mente abierta. • Desarrollar habilidades de comunicación intercultural para mejorar las interacciones con pacientes migrantes. • Ser capaz de autoevaluarse. • Desarrollar habilidades como la empatía, la escucha activa y el respeto
---	--	---

NIVEL EQF	CRÉDITOS ECVET
6	1

HORAS DE APRENDIZAJE

Total = 24	Contacto = 6	Práctico = 4	Estudio = 6	Evaluación = 8
------------	--------------	--------------	-------------	----------------

Esta módulo se desarrolla a través de:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Conversación | <input type="checkbox"/> Presentaciones |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de campo | <input type="checkbox"/> Trabajo en grupo |
| <input type="checkbox"/> Práctica | <input checked="" type="checkbox"/> Autoevaluación/Autodiagnóstico |

Este módulo se evalúa a través de:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación continua | <input type="checkbox"/> Presentación | <input checked="" type="checkbox"/> Autoevaluación | <input checked="" type="checkbox"/> Ejercicio escrito |
| <input type="checkbox"/> Examen oral | <input type="checkbox"/> Proyecto | <input type="checkbox"/> Demostración de habilidades | <input type="checkbox"/> Tarea escrita |
| <input type="checkbox"/> Expediente | <input checked="" type="checkbox"/> Diario | <input type="checkbox"/> Retroalimentación estructurada. | <input checked="" type="checkbox"/> Test escrito |
| <input type="checkbox"/> Práctica | <input type="checkbox"/> Informe | <input type="checkbox"/> Reuniones/debates | |
| | <input type="checkbox"/> Taller | | |

Módulo de formación 1: INTERCULTURALIDAD Y RELIGIONES

Duración de la unidad: 8 horas de formación – 1 actividad al día

1.1. Tema común

Título	Interculturalidad y religiones
Síntesis / Objetivo	<p>Los efectos combinados de los grandes cambios políticos y tecnológicos, y en particular los densos flujos migratorios... llevan a pensar en la importancia de las cuestiones interculturales e interreligiosas en la actualidad.</p> <p>Todos los sectores sociales están preocupados y, obviamente, los profesionales de la salud están directamente involucrados en estas cuestiones, especialmente cuando tienen que lidiar con la emergencia.</p> <p>La existencia de este "otro" que tiene otra cultura y/o religión, que habla otro idioma, nos hace preguntarnos cuál es el papel de cada uno y qué tipo de medios de comunicación (forma o términos) debemos usar. Esto nos lleva a estrategias consideradas para manejar y adaptarse a diferentes situaciones, ya sea que traten la expresión y manejo del dolor, la relación con el cuerpo o la relación con la muerte.</p>
Palabras claves	Identidad corporal; evaluación del dolor; representaciones, diferencias culturales; creencias;
Objetivos de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none">- Reconocer y trabajar sobre creencias y prejuicios.- Evaluar la importancia de la relación entre tratamientos e identidad cultural y religiosa.- Pensar en nuestra propia experiencia de trabajo práctico- Introducir estrategias de yo gano-tú ganas
Consejos	

Referencias / lectura adicional

- **Asociación DSM-IV.** *Manual diagnóstico y estadística de los problemas mentales*, Masson, Paris, 1996. (**Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV** "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales").
- **Augé M. y Herzlich C.,** *Le sens du mal. Antropología, historia, sociología de la enfermedad*, Archivos contemporáneos, 1984. ("El significado de la enfermedad, Antropología, historia, sociología de la enfermedad").
- **Baudry P.,** *La place des morts: enjeux et rites*, París, L'Harmattan, 2006. ("El lugar de los muertos: retos y rituales").
- **Boltanski L.,** *Los usos sociales del cuerpo*, Annales, Économie, Sociétés, Civilization, Vol. 6, 1971, pp2015-233 ("Usos sociales del cuerpo").
- **Bourdieu P.** *Los tres estados del capital cultural*, en Actes de la recherche en Sciences Sociales. Vol. 30, pp. 3-6. 1979. ("Los tres estados del capital cultural en la Ley de investigación en ciencias sociales").
- **Bourdieu P.** *Observaciones sobre la percepción social del cuerpo*, en Actes de la recherche en Sciences Sociales. Vol. 14, Présentation et représentation du corps. pp. 51-54, 1997. ("Observaciones provisionales sobre la percepción social del cuerpo" en "Ley de investigación en ciencias sociales").
- **Côté D.:** *Pensamiento en el encuentro del cultivo y del biológico: repères anthropologique*, Altérités, vol. 6, N ° 2, 2019, 26-47. ("Pensando en el dolor cuando la cultura y la biología se encuentran: hitos antropológicos").
- **Dominicé Dao M.,** *Douleur et culture, quelles spécificités et comment les explorer*, 5e Rencontre francophone Suisse et France, voisine de la douleur chez l'enfant. 2012 ("Dolor y cultura, qué especificidades y cómo explorarlas, 5ª reunión francófona Suiza y Francia, dolor vecino en niños").
- **Eberhard C.,** *Derechos del hombre y diálogo intercultural*, 2011, Paris, Editions Connaissances et savoirs, p. 587. ("Derechos humanos y diálogo intercultural").
- **Faure J.,** *Carnet de santé*, 2008. ("Para un cuidado integral de los pacientes migrantes de África").
- **Grandsard C.,** en Metzger C. et Coll., *Soins infirmiers et douleurs*. Paris, Masson, 2000, págs. 115-119. ("Enfermería y dolor").
- **Guille-Escuret G.,** *Les rendez-vous de la mort et de la culture*, en L'Homme, N ° 215-216, edición del EHESS, 2015 ("Encuentros entre la muerte y la cultura").
- **Dr. Lorin F.,** *Douleur médecine et judaïsme*, www.psychiatriemed.com. ("Medicina del dolor y judaísmo").
- **Lallemann L.,** *Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la maladie dans un pays d'Afrique de l'ouest? Médecine humaine et pathologie*. 2014. ("¿Las representaciones culturales del dolor en Benin

tienen un papel en los sentimientos de la gente, en su expresión, en su alivio? ¿Algunas herramientas para una mejor comprensión de las representaciones de la enfermedad en África Occidental?").

- **Le Breton D.**, Anthropologie de la douleur, París, Métailié, 1995. ("Antropología del dolor").
- **Le Breton D.** Antropología del cuerpo y de la modernidad, PUF, 2008. ("Antropología del cuerpo y la modernidad").
- **Miner H.M.**, Ritual corporal entre los Nacirema, The American Anthropologist, Vol. 58, 1956.
- **Nathan T.**, L'influence qui guérit, Odile Jacob, París, 1994. ("La influencia que cura").
- **Ndiaye L.**, Mort et altérité: Approche socio-anthropologique d'un phénomène indicible, Éthiopiennes, N ° 74, 1er sem 2005. ("Muerte y alteridad: un enfoque socio-anropológico de un fenómeno indescriptible").
- **Pelletier B.**, Pratiques interculturelles en milieu hospitalier, en Gestion des risques interculturels.com, 2012 ("Prácticas interculturales en hospitales").
- **Sargent C.**, "Entre la muerte y la vergüenza: dimensiones del dolor en la cultura de Bariba", en Ciencias Sociales y Medicina, N ° 19, p. 1299 - 1304, 1984.
- **Turner B.S.**, El cuerpo & la Sociedad, Exploración en la teoría social, 3ª edición, Sage, 2008.
- **Ugwu N.U, Kok B.**, Factores socioculturales, roles de género e ideologías religiosas que contribuyen al rechazo de la cesárea en Nigeria. Reprod Health. 12:70. doi: 10.1186 / s12978-015-0050-7, 2015.
- **Zborowski M.**, Gente en el dolor, Jossey-Bass, San Francisco, 1969.

1.2. Expresión y manejo del dolor

Teoría y contenidos	<h3>Expresión y gestión del dolor</h3> <p>Muchos antropólogos y sociólogos destacaron la naturaleza social de la enfermedad. Marc Augé - antropólogo francés - señala que la enfermedad es "lo más individual y social" porque los criterios para identificarla son sociales: "pensar en la enfermedad ya se refiere a los demás". Estas diferentes percepciones del sufrimiento y la enfermedad, de sus causas y sus síntomas definirán el tratamiento que proporcionarán los profesionales de la salud.</p> <p>Aunque el fenómeno del dolor parece ser universal, su expresión no lo es. Todos estos factores contribuyen a la forma en que experimentamos y expresamos el dolor: nuestro género, edad, cultura, religión, el estatus social de la(s) persona(s) que se enfrentan a la expresión de ese dolor....</p> <p>Todos estos factores se exageran cuando no compartimos el mismo idioma.</p> <p>El dolor es, por lo tanto, un fenómeno íntimo que también se combina con factores sociales, culturales y relacionales que son fruto de una educación.</p> <p style="text-align: center;"><u>A) De la religión al dolor</u></p> <p><u>Para una sociedad occidental materialista</u>, el dolor es a menudo percibido como un escándalo, algo que debe eliminarse a cualquier costo, sin importar su causa y sus consecuencias. Su intensidad se evaluará en consecuencia.</p> <p>La religión influye en cómo se siente el dolor, cómo se percibe y cómo se trata.</p> <p><u>Para los cristianos</u>: por lo general no hay renuncia al dolor. Se acepta como parte de la vida y todos los medios para reducirla o eliminarla son bienvenidos. Cabe señalar que esta interpretación del dolor es un fenómeno reciente. De hecho, en el siglo XVII, el sufrimiento era visto como la purificación de los pecados.</p> <p><u>Para el Islam</u>: Dios enseñó a los hombres a perdonar y esperar para sanar el dolor moral, pero también para cuidarse a sí mismos para sanar el dolor físico. Según el Profeta, Dios creó un remedio para todas</p>
----------------------------	---

las enfermedades. Por eso, durante los ritos, se toma en cuenta el estado de salud de los fieles: no hay Ramadán si están enfermos, no hay gestos de oración si causan dolor físico ...

Para el judaísmo: Para resumir, el judaísmo no es una religión de mortificación o ascetismo. A las personas se les permite quejarse y hacer todo lo posible para deshacerse del dolor.

Hacer una lista exhaustiva de todas las religiones existentes y dar consejos sobre cómo actuar con respecto al dolor es una apuesta imposible.

De hecho, lo que es importante entender no es la doctrina en sí, más que la representación que hacemos de ella y la forma en que está integrada a nuestra cultura e historia.

B) De la cultura al dolor

Por lo tanto, la influencia de la afiliación cultural en la gestión del dolor del paciente migrante es muy importante.

De hecho, si el dolor es común a todos los seres vivos, su expresión puede ser muy diferente de una persona a otra y especialmente de una cultura a otra.

Ejemplos:

- Los Baribas (Benin)

Esta tribu es famosa por la ausencia de reacción a cualquier estímulo doloroso cualquiera sea la intensidad (parto, lesiones graves,...). Para estas personas, la demostración del dolor es un signo de cobardía y despierta vergüenza. Según uno de sus lemas *"Para elegir entre la muerte y la vergüenza, la muerte es la mejor opción de lejos"*.

- Expresión del dolor entre pacientes africanos o asiáticos

Para estos pacientes, el dolor es como la quema desde arriba a los pies, como tener gusanos en la cabeza o hormigas repletas debajo de la piel. Pero, según el muy serio manual psiquiátrico DSM-IV, estos síntomas expresados por un paciente occidental evocarían un estado delirante.

- La influencia de pertenecer a la experiencia dolorosa y su expresión.

Comparando varios pacientes que asisten al mismo hospital en los Estados Unidos, el antropólogo M. Zborowski observó diferentes comportamientos en relación con el dolor según los antecedentes

culturales de los pacientes: pacientes "judíos" y pacientes de Italia no dudan en expresar su dolor y buscar su familiares, mientras que los estadounidenses de la vieja cepa y los irlandeses ocultaron su sufrimiento durante el mayor tiempo posible.

Los miembros del personal de salud, cuando se trata de un paciente que sufre, busca las causas del dolor. Más allá del origen fisiológico del dolor, el paciente trata de entender su significado respondiendo a las siguientes preguntas: ¿por qué me sucede a Mí? ¿Por qué ahora? Obviamente para algunas culturas: ¿De dónde viene mi dolor? ¿Quién me lo ha enviado?

Este cuestionario puede ser el primer paso de posibles malentendidos entre los profesionales de la salud y los pacientes. Según el psicólogo Nathan T., esos malentendidos pueden crear un verdadero traumatismo infligido por los formadores.

Para disminuir los malentendidos, se pueden introducir diferentes soluciones, como la creación de asociaciones entre hospitales y asociaciones de migrantes (como ya existe en Bélgica, Francia, Suiza, Estados Unidos ...)

Esta asociación se basa en:

- apoyo comunitario (visita a la cabecera del paciente en el hospital, en casa, servicio de comidas sobre ruedas ...)
- mediación cultural (para facilitar la comunicación entre el paciente y el cuidador)
- consulta etnomedicina: un cuidado transcultural
- formación mutua: intercambio de conocimientos entre los miembros de la asociación y el personal miembro de la salud.

Conclusión

Cuando tratamos el dolor dentro de un enfoque intercultural / religioso, lo que es importante para el profesional de la salud es entender la estructura social y cultural del dolor en lugar de tener un conocimiento exhaustivo sobre el tema.

De hecho, la atención debe centrarse en la intimidad del que sufre para comprender cómo integra datos fisiológicos a través de su historia (cultural, religiosa,...) para apropiarse de su dolor y darle un significado aceptable.

Actividades	Título: Identidad
	Objetivo: - Ser conscientes de los obstáculos en la relación con los demás
	Palabras clave: conciencia de sí mismo
	Contenido: <p>La persona que usted es hoy se ha construido a través de la trayectoria de su vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El país en el que nació, - La cultura en la que te criaste, la que construiste - La religión (o la ausencia de religión) en la que te criaste, la que has elegido - Tu historia personal, profesional ... <p>¿Hasta qué punto estos componentes influyen de manera consciente o inconsciente en cómo aprehenderás el dolor del otro?</p>
	<p>Piensa en quién eres hoy.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cómo afecta tu relación con los demás? ✓ ¿Cuáles son tus límites (lo que no puedes soportar)? ✓ ¿Qué puedes aceptar? ✓ ¿Qué rechazas? <p>Sobre la base de esta reflexión, responda a la siguiente pregunta:</p> <p>En mi vida laboral, sucedió que lo que soy, lo que pienso, ha tenido un impacto negativo en la forma en que entiendo el dolor del otro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si responde que sí, trate de ver lo que le detuvo. Piense en las estrategias que podría haber utilizado para evitarlo. - Si contesta no: anote las estrategias y habilidades que ha utilizado. ¿Son repetibles, transferibles?
Caso de estudio	Título: La parábola del elefante: una ilustración de diferentes puntos de vista en el mundo Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar el punto de vista de uno mismo - Enriquecer la visión del mundo Palabras clave: percepción

Contenido: Parábola de un poeta Islámico

Un elefante había sido traído por los hindúes en un lugar oscuro. Para verlo, varias personas entraron, una por una, en la oscuridad. Como no podían ver con sus ojos, todos lo tocaban en la oscuridad con la palma de su mano. En el caso de la primera persona, cuya mano aterrizó en el tronco, dijo: "Este ser es como una espesa serpiente". Para otro que tenía la mano en la oreja, parecía una especie de abanico. En cuanto a otra persona, cuya mano estaba sobre su pierna, dijo, el elefante es un pilar como un tronco de árbol. El que puso su mano sobre su costado dijo: "El elefante es un muro". Otro que sintió su cola, lo describió como una cuerda. El último sentido su colmillo, afirmando que el elefante es el que es duro, suave y como una lanza. Además, cada vez que alguien escuchaba una descripción del elefante, lo entendía desde la parte que había sido tocada. Según la parte sentida, las afirmaciones diferían y un hombre la llamaba Dal cuando otro la llamaba Alif. Si cada uno de ellos hubiese sostenido una vela, las diferencias habrían desaparecido de sus palabras.

Pregunta de tormenta de ideas

En su actividad, puede haber sucedido que sus colegas o usted solo han visto "una parte del elefante".

- ✓ Piensa en las estrategias que ha adoptado
- ✓ ¿Cuál fue su comportamiento en ese momento?
- ✓ ¿Qué habilidades ha utilizado?
- ✓ ¿Eran relevantes?
- ✓ ¿Podría hacerlo mejor hoy?

Resumen de los puntos clave

La cultura está presente en cualquier momento durante el protocolo del manejo del dolor e influye en:

- ✓ **El nivel tolerado antes de visitar a un profesional de la salud.**
- ✓ **El tipo de queja expresada y su relevancia.**
- ✓ **La expresión de la queja.**
- ✓ **La comprensión de las causas de la enfermedad.**
- ✓ **La percepción de la gravedad y del pronóstico.**
- ✓ **Actitudes y expectativas de los cuidadores.**

- ✓ **Creencias acerca de los tratamientos requeridos.**

Consecuencias si no se tienen en cuenta las diferencias culturales y lingüísticas:

- ✓ **Malos entendidos.**
- ✓ **Juicios negativos, estereotipos, discriminación.**
- ✓ **Inadecuada cooperación terapéutica.**
- ✓ **Calidad de atención no óptima.**
- ✓ **Insatisfacción de los pacientes.**
- ✓ **Frustraciones de los profesionales de la salud.**

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Cuáles son los componentes del dolor?
Respuesta 1	Componentes socio-económicos
Respuesta 2	Componentes afectivo-emocionales
Respuesta 3	Componentes de comportamiento
Respuesta 4	Componentes cognitivos
Respuesta(s) correcta(s)	1,2,3,4

Pregunta 2: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Cuáles son las consecuencias del dolor?
Respuesta 1	Psicológicas: depresión, ansiedad
Respuesta 2	Socia: retiro, aislamiento
Respuesta 3	Espiritual
Respuesta 4	Física
Respuesta 5	Somática: falta de apetito, pérdida de peso
Respuesta(s) correcta(s)	1,2,3,4

Pregunta 2: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Qué factores influyen en el dolor?
Respuesta 1	Valores sociales
Respuesta 2	La historia de cada uno

Respuesta 3	Condiciones de vida
Respuesta 4	Historia individual y colectiva
Respuesta 5	Interacciones familiares
Respuesta(s) correcta(s)	1,2,3,4,5
Pregunta 4: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Qué es lo más importante en el comportamiento de los profesionales de la salud?
Respuesta 1	Empatía y disponibilidad
Respuesta 2	No tener ningún perjuicio
Respuesta 3	Entender / ser respetuoso
Respuesta 4	Crear un clima de confianza
Respuesta 5	Conocer los límites / angustia
Respuesta(s) correcta(s)	1,2,3,4,5

Glosario (si es necesario)

Términos más importantes, específicos para el sub-módulo

Etnomedicina	Medicina con respecto a la etnia
--------------	----------------------------------

1.3. Relación al cuerpo

Teoría y contenidos	Relación con el cuerpo
	<p>Cuidar de los pacientes migrantes que pueden tener diferentes antecedentes o creencias religiosas puede ser un desafío para los profesionales de la salud.</p> <p>Las prácticas y creencias pueden tener una influencia importante en el cuidado del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- en el punto de vista del paciente sobre la calidad del tratamiento que recibe (escuchar, respetar ...)- o sobre las decisiones que debe tomar por sí mismo o su familia con respecto a ese tratamiento. <p>Los profesionales de la salud tendrán una mentalidad abierta y comprensiva sobre las necesidades y la realidad de algunos pacientes migrantes peculiares.</p> <p>Todas las obras existentes, ya sean antropológicas, psiquiátricas o psicológicas... demuestran cómo el cuerpo es construido por contextos culturales, religiosos y geográficos.</p> <p>El cuerpo es, pues, una realidad cambiante y simbólica.</p> <p>Más allá de los factores físicos comunes a todos (cabeza, brazos, piernas, etc.), cada ser humano considera su cuerpo según su educación, experiencia de vida... Algunos factores básicos como el género (masculino / femenino) en cualquier sociedad, están relacionados con comportamientos específicos con el propio cuerpo (o cierta parte del cuerpo).</p> <ul style="list-style-type: none">- Por ejemplo, es aceptable en nuestras sociedades occidentales ver a un hombre sin camisa en la playa. Pero una mujer sin la parte de arriba del bikini puede traer juicios morales. <p>En las sociedades individualistas, donde cada uno está separado del otro y relativamente autónomo en sus iniciativas y valores, el cuerpo se percibe como algo que puede aislarse de una persona a la que da una cara. Por otra parte, en las sociedades tradicionales y comunales, el cuerpo no existe como elemento de individuación.</p>

Estas disparidades de enfoques resultarán en diferencias masivas entre cómo la gente establece si algo es aceptable o no y el contacto físico, el tipo de tratamiento a usar.

Las diferencias culturales y religiosas a veces son difíciles de tener en cuenta en la atención debido a las diversas formas de vivir y de considerar el cuidado.

Algunas comunidades migrantes podrían ser sospechosas acerca de los tratamientos proporcionados y sobre los miembros del personal que les proporcionan:

- el contacto sostenido no puede ser apreciado ni siquiera prohibido;
- el código de vestimenta del personal puede considerarse inadecuado;
- relación con la intimidad;
- causas de enfermedades (por ejemplo, *para la comunidad asiática, la enfermedad puede ser la consecuencia de mal comportamiento*);
- prestar tratamiento por una persona del sexo opuesto;
- posición jerárquica de la persona a cargo del cuidado / tratamiento;
- la autoridad del profesional femenino de la salud para los migrantes que no consideran a las mujeres iguales como los hombres;
- percepción diferente sobre el cuerpo (una madre africana puede considerar que el sobrepeso de su hijo es sinónimo de buena salud)
- percepción diferente sobre la discapacidad física ...

Estas diferencias culturales y religiosas a veces pueden crear relaciones difíciles.

También olvidamos que consideramos estas diferencias por nuestra propia cultura y que por lo tanto juzgamos su comportamiento.

Por lo tanto, es necesario comprender de dónde vienen los malentendidos para adaptar la actitud cuando:

- la forma en que vemos el ciclo de vida (parto, envejecimiento, enfermedades ...) no es compatible con la forma en que algunos inmigrantes pueden percibirla;
- no consideramos el hecho de que las personas de diferentes antecedentes vean las cosas de manera diferente cuando establecemos un plan de tratamiento, cuando lo implementamos o durante el seguimiento;
- les propusimos lo que puede ser considerado tratamientos inusuales (para personas con un fondo diferente) sin explicación;
- el tratamiento propuesto les da miedo según su cultura;

	<ul style="list-style-type: none"> - ignoramos la jerarquía de toma de decisiones que los migrantes pueden tener dentro de su familia o dentro de su comunidad cultural. <p><u>Conclusión</u></p> <p>La respuesta práctica no consiste en conocer en detalle la importante variedad de culturas y religiones en relación con su cuerpo, sino en ser consciente de la existencia de estas variedades y de cómo pueden afectar las prácticas de salud.</p> <p>Conocer no significa entender y no evitar malentendidos.</p> <p>De hecho, es necesario que los profesionales de la salud sean tan sensibles al patrimonio cultural del paciente como su propia herencia, y a ser conscientes de lo que sucede cuando estos diferentes patrimonios están en presencia.</p> <p>Por lo tanto, es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - desarrollar una mentalidad abierta a la diferencia, - para centrarse en la comunicación para construir una buena relación, - aumentar la empatía, la comprensión y las habilidades de negociación.
Actividades	Título: análisis personal
	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Gestionar la interacción con los migrantes - Desarrollar habilidades de comunicación intercultural
	Palabras claves: Observación – pensamiento- implementación
	Contenidos
	<p>Describa una situación específica en la que se ha enfrentado a diferencias culturales en relación con el cuerpo. A continuación, lea la cuadrícula de análisis y analice su situación.</p> <p>1- Describa la situación</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>2- Cuadrícula de análisis de situación difícil</p>

- ¿Cuál fue mi objetivo durante la conversación?
Explica cuál fue el impacto que querías tener en el otro;
Ej: quería que se desvistiera para hacerle un chequeo

- ¿Cuáles fueron mis sentimientos hacia el paciente?
La mayoría de las veces la situación no verbal revela nuestros sentimientos y emociones. El paciente puede entenderlas y cambiar su comportamiento.
Ej: estaba impaciente porque no tenía mucho tiempo.

- ¿Cuándo me di cuenta de que nuestra comunicación estaba empezando a ser difícil?
Las respuestas a esa pregunta son diferentes según el contexto. La situación podría haber sido difícil antes. O puede ser más difícil mientras habla. De hecho, puede parecer que el profesional de la salud y el paciente no estaban en las mismas vías, así que no podían entenderse completamente.
Ej: cuando me dijo que ..., cuando su rostro se mostró ..., Cuando retrocedió ...

- ¿Cómo puedo explicar lo que pasó?
Responder a esa pregunta no significa que debamos culpar a los demás. Porque incluso si consideramos correctamente la situación, condenar al otro no nos ayuda a manejar mejor las relaciones conflictivas dentro del marco intercultural.
Ej: cuando se negó por primera vez, me esforcé más para hacerle entender mi punto de vista.

- ¿Qué podría haber hecho de otra manera?
Es raro encontrar una sola manera de decir las cosas. Debemos evitar decir que no podemos hacer nada más, de lo contrario detuvimos la oportunidad de seguir adelante.
Ej: podría haber tratado de entender por qué estaba dudando.

- ¿Qué aprendo de esa situación?
El hecho de que analicemos una situación inconveniente nos permite entender con eficiencia por qué actuamos de esa manera en una situación inconveniente.
Ej: cuando alguien no está de acuerdo conmigo, me pongo nervioso y me defiendo aún más para defender mi punto de vista.

- ¿Qué puedo hacer para tener en cuenta este aprendizaje en mis futuras interacciones interculturales?

Mejorar nuestras competencias en interacciones interculturales añadiendo nuevos comportamientos y nuevas formas de actuar en la vida cotidiana.

Por ejemplo: *la próxima vez que un paciente rechace mi tratamiento, me concentraré en él / ella para entender su punto de usted tanto como pueda.*

3- Analizar la situación utilizando la cuadrícula superior

¿Cuál era mi objetivo durante la conversación?

¿Cuáles fueron mis sentimientos hacia el paciente?

¿Cuándo me di cuenta de que nuestra comunicación estaba empezando a ser difícil?

¿Cómo puedo explicar lo que pasó?

	<p>¿Qué podía haber hecho de otra manera?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>¿Qué aprendo de esa situación?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>¿Qué puedo hacer para tener en cuenta este aprendizaje en mis futuras interacciones interculturales?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
Caso de estudio	<p align="center">Rituales del cuerpo</p> <p><u>Comportamientos inusuales del cuerpo, Texto de Horace Miner antropólogo</u></p> <p>Material :</p> <p>"Los Nacirema tiene un horror y fascinación casi patológicos con la boca, la cual se cree que tiene una influencia sobrenatural en todas las relaciones sociales. Si no fuera por los rituales de la boca, creen que sus dientes se caerían, sus encías sangrarían, sus mandíbulas se encogerían, sus amigos los abandonarían y sus amantes los rechazarían. También creen que existe una fuerte relación entre las características orales y morales. Por ejemplo, hay una ablución ritual de la boca para los niños que se supone para mejorar su fibra moral. El ritual diario del cuerpo realizado por todos incluye un rito en la boca. A pesar de que estas personas son tan puntillosas sobre el cuidado de la boca, este rito implica una práctica que sorprende al extranjero no iniciado como repugnante. Se me informó que el ritual consiste en insertar en la boca un pequeño paquete de pelos de cerdo, junto con ciertos polvos mágicos, y luego mover el paquete en una serie de gestos altamente formalizados. Además del rito de la boca, la gente busca a un hombre de boca santa una o dos veces al año. Estos</p>

practicantes tienen un conjunto impresionante de parafernalia, que consiste en una variedad de taladros, punzones, sondas... "

Preguntas:

- Trate de averiguar la ubicación geográfica de este grupo étnico.
- ¿Qué dificultades de comunicación podría enfrentar con ese tipo de grupo étnico?
- ¿Puedes ver diferencias entre sus normas de higiene y las tuyas?
- ¿Qué tipo de hábitos alimenticios podría tener este grupo étnico?

Respuestas:

- La palabra "Nacirema" es el anagrama del americano. Horace Miner estudió comportamientos orales de los estadounidenses del siglo XX bajo una visión antropológica. Muestra que nuestros comportamientos pueden parecer una locura incluso a través de nuestros propios ojos. ¿Qué sucede cuando miramos diferentes culturas con nuestros propios valores?

Resumen de los puntos clave

Preguntas: ¿Qué factores pueden interferir en el trato con el paciente migrante?

- ¿Límites lingüísticos?
- ¿Hábitos alimenticios?
- ¿Diferencias entre las normas de higiene?
- ¿Desconfianza del profesional de la salud?
- ¿Qué es lo que se prohíbe y cuáles son las obligaciones religiosas o tradicionales?
- ¿Ignorancia y miedo por los tratamientos?
- ¿Dominación del marido, de los suegros?
- ¿El papel de las mujeres exterminadas en esta sociedad?
- ¿Creencias sobre las enfermedades y sus orígenes?
- ¿Creencia en el cuidado tradicional? ...

Respuestas:

- Escuchar, ser sensible a la vida del paciente, cultura, valores.
- Para entender los signos que muestran lo que el paciente quiere decir (pueden ser verbales o no verbales).
- Saber manejar sus emociones para evitar malentendidos, conflictos.
- Tener un comportamiento adecuado en términos de: gestos, miradas, postura, vestimenta, expresiones faciales.
- Escuchar y valorarse a sí mismo para cambiar, adaptar nuestros comportamientos a la situación y expectativas del paciente.

- Reconocer la autonomía y respeto del paciente que debe recibir.
- Mostrar algunos relacionados con su cultura y religión.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Qué factores pueden interferir con el chequeo de un paciente migrante?
Respuesta 1	Lenguaje
Respuesta 2	La cultura de la comunidad
Respuesta 3	Prohibiciones religiosas
Respuesta 4	El valor social de la persona
Respuesta 5	El lugar de la persona dentro de su familia
Respuesta(s) correcta(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5

Pregunta 2: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Cuáles pueden ser los límites del chequeo corporal del paciente?
Respuesta 1	Prudencia
Respuesta 2	Desconfianza
Respuesta 3	Miedo
Respuesta 4	El hecho de que a veces tienen que desvestirse
Respuesta(s) correcta(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4

Pregunta 3: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Cuáles son las actitudes y los gestos que podrían ayudar con el chequeo de un paciente migrante?
Respuesta 1	Diálogo
Respuesta 2	Escucha
Respuesta 3	Intervención de un mediador
Respuesta 4	Detectar signos de comunicación verbal y no verbal

Respuesta 5	Comprensión
Respuesta(s) correcta(s)
Pregunta 4: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Cuál es el más importante en el cuidado del paciente migrante?
Respuesta 1	Observación
Respuesta 2	Respeto
Respuesta 3	Confianza
Respuesta 4	Comprensión
Respuesta 5	Escucha y diálogo
Respuesta(s) correcta(s)	1; 2; 3; 4; 5

1.4. Relación con la muerte

Teoría y contenidos	Relación con la muerte
	<p>La muerte es una realidad con la que a la gente no le gusta enfrentarse.</p> <p>En la mayoría de las culturas, los hombres temen la muerte, y muchos de ellos quieren creer que hay un después. Dependiendo del período de tiempo, diferentes países o religiones, este "después" tiene varios nombres: "Elysium" en la mitología griega, "Cielo o Infierno" para los cristianos y los musulmanes, o la reencarnación de las almas según el hinduismo.</p> <p>Para la mayoría de las culturas, la importancia de los ritos funerarios es recordarnos la inevitabilidad de la muerte y la necesidad de tener un sistema de regulación social para que sea aceptable para los vivos.</p> <p>Sin embargo, hoy en día, hay una dicotomía entre dos sistemas de pensamiento.</p> <p>La primera, procedente de sociedades individualistas, presenta la muerte como un fenómeno embarazoso, cada vez más técnico y medicalizado. Este sistema pone a distancia a los familiares del fallecido, conduce a la simplificación o retracción de los ritos funerarios y a una sociedad que, según Patrick Baudry, elimina "la muerte, los moribundos y los muertos".</p> <p>La segunda procede de sociedades comunales y tradicionales. Este sistema incluye y celebra la muerte, le da un lugar mucho más explícito</p>

y asigna a los muertos un papel central en la construcción de la sociedad viva.

PAÍS/REGIONES	RITUALES
México	Celebración de los muertos (Día de los Muertos): ofrendas, picnics sobre tumbas.
Madagascar/ Indonesia	La ceremonia de dar la vuelta a los cadáveres: cada 5 años (o cada dos años en Indonesia), los vivos desentierran a sus muertos, los envuelven en nuevos sudarios y caminan por el cementerio con ellos antes de enterrarlos de nuevo.
En la región de los Grandes Lagos (Africa)...	Los muertos son considerados como enemigos, por lo que no están enterrados juntos, pero cada uno de ellos está enterrado junto a su choza.

Esta dicotomía no sólo es observable a través de comportamientos hacia los muertos y caracterización de la muerte, sino sobre la verbalización de la "muerte", que puede conducir a malentendidos.

Ej: En la cultura africana, la gente no tiene miedo de enfrentarse a la muerte. Por lo tanto, el uso de medidas preventivas como paráfrasis en lugar de la palabra "muerto" puede considerarse a veces como una falta de precaución para los africanos, por lo que hay un número considerable de problemas comparados con los trabajadores con la cultura europea (Louis-Vincent Thomas citado por Lamine Ndiaye, alteridad).

Esta dicotomía se puede encontrar también en el estado de la muerte dentro de sociedades diferentes. En una mano, hay una división radical entre ambos estados (vida y muerte), por otra parte, hay una clase de continuidad y permeabilidad entre estos dos estados.

Esta división conducirá a diversas formas de preparar a la gente para su muerte, organizar el momento de su agonía y, finalmente, organizar los rituales después de la muerte.

La integración de esas disparidades puede ser un problema real en el entorno jerárquico, como en los hospitales occidentales. Los

	<p>profesionales de la salud con demasiada frecuencia luchan con el mantenimiento de las reglas del hospital u organizaciones y respetando las diferentes prácticas rituales alrededor de la muerte.</p> <p>Es probable que varias condiciones atenúen estas dificultades y eviten malentendidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilizar la mediación intercultural mediante la participación de una persona que conozca ambas culturas; - diálogo y comunicación con los pacientes y sus familias, siempre que sea posible; - intervención de un intérprete para ayudar a los profesionales de la salud a comprender a las personas involucradas. <p>La idea detrás es identificar en las prácticas migratorias lo que es fundamental y lo que no, qué principios deben ser respetados y qué prácticas pueden ser evitadas o arregladas sin chocar.</p> <p><u>Conclusión:</u></p> <p>La forma en que los profesionales de la salud interactúan con los migrantes en situación de muerte no puede basarse en un conocimiento exhaustivo de todas las culturas y religiones y su relación con la muerte.</p> <p>El respeto, la escucha y la comunicación son las claves para las interacciones pacíficas entre personas de diferentes culturas y religiones.</p>
Actividades	Título: Autoevaluación de las competencias interculturales
	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las competencias propias - Recibir algunos comentarios sobre sus competencias - Establecer objetivos de mejora -
	Palabras clave: autoevaluación - competencias interculturales
	Contenidos: <p style="text-align: center;"><u>Actividad 1: auto-evaluación</u></p> <p>Para cada una de las siguientes afirmaciones, usando la escala propuesta, rellene el siguiente cuestionario (1 si la frase no le corresponde..., 7 si la frase le corresponde). A continuación, rellene</p>

sus respuestas en la primera columna del tercer documento (columna "Yo").

Documento 1

No mucho	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
Trato de entender ideas y puntos de vista diferentes a los míos								
Escucho con atención y rigor								
Soy consciente de las consecuencias de mi comportamiento en los demás								
Cuando alguien discute en contra de mis opiniones, puedo discutir pacíficamente								
Tomo la iniciativa de aclarar malentendidos cuando ocurren								
Respeto a las personas con las que hablo, en cualquier situación								
Propongo información especializada								
Presento mi punto de vista sin provocar hostilidad								
Me importan las preocupaciones de los demás								
Hago el esfuerzo de expresarme de maneras que la gente pueda entender								
No soy ni arrogante ni despreciativo								
Trato de saber qué es lo que la persona con la que hablo piensa o siente								
Digo lo que pienso de una manera aceptable								
Distingo lo esencial y lo que no es								
No tengo prejuicios								
Dentro de un grupo, fomento a todos a expresarse								
Estoy atento al lenguaje corporal de mi interlocutor								
Repaso las palabras de mi interlocutor para asegurarse de que he entendido								

Actividad 2: Buscar retroalimentación

En esta actividad, el objetivo es tener un punto de vista externo: el documento 2 será rellenado por alguien de su entorno profesional o

incluso por sus familiares. Sin embargo, tenga en cuenta que la forma de comunicarse puede ser diferente en el contexto privado.

Se recomienda que un cuestionario deba ser rellenado por la persona que se enfrenta a dificultades para comunicarse.

Si es posible, el cuestionario debe ser completado anónimamente para obtener respuestas directas.

Documento 2:

No mucho	1	2	3	4	5	6	7	Mucho
Trata de entender ideas y puntos de vista diferentes a los suyos								
Escucha con atención y rigor								
Es consciente de las consecuencias de su comportamiento en otros								
Cuando alguien discute en contra de sus opiniones, él / ella puede discutir pacíficamente								
Toma la iniciativa de aclarar malentendidos cuando ocurren								
Respeto a las personas con las que está hablando, en cualquier situación								
Presenta información especializada								
Presenta su punto de vista sin provocar hostilidad								
Se preocupa por las preocupaciones de los demás								
Hace el esfuerzo de expresarse de manera que la gente pueda entender								
No es ni arrogante ni despreciativo								
Trata de saber con qué persona piensa o siente								
Dice lo que piensa de manera aceptable								
Distingue lo esencial y lo que no es								
No tiene ningún sesgo								
Dentro de un grupo, fomenta que todos se expresen								
Está atento al lenguaje corporal de su interlocutor								
Repite las palabras de su interlocutor para asegurarse de que ha entendido								

Para cada declaración, usted llenará la columna llamada "Otros" con las puntuaciones promedio obtenidas.

A continuación, informará de la diferencia entre las dos columnas "Yo" y "Otros" en la tercera columna:

Ejemplo: Yo (5) menos Otros (7) = diferencia -2

Documento 3

Declaraciones	Yo	Otros	DIF
Entender ideas y puntos de vista diferentes de los suyos			
Escuchar con atención y rigor			
Ser consciente de las consecuencias de su comportamiento en los demás			
Aceptar ser disputado			
Para aclarar malentendidos cuando ocurren			
Respetar a las personas con las que está hablando, en cualquier situación			
Presentar información especializada			
Presentar su punto de vista sin provocar hostilidad			
Preocuparse por las preocupaciones de los demás			
Asegurarse de que él / ella es bien entendido			
No ser arrogante ni despreciativo			
Estar atento a lo que la persona con la que está hablando piensa o siente			
Decir lo que él / ella piensa de una manera aceptable			
Distinguir lo que es esencial y lo que no es			
No tener prejuicios			
Fomentar que todos se expresen			
Estar atento al lenguaje corporal			
Reformular las palabras de uno para asegurarse de que se entiende			

En el documento 4 a continuación, anote en la columna de la izquierda las 4 declaraciones con las diferencias más altas. En la columna de la derecha, comente las diferencias.

Si las diferencias entre su autoevaluación y la evaluación del otro es corta, eso significa que usted conoce bien el impacto de su comportamiento cuando interactúa con alguien. Por otro lado, si hay diferencias significativas, reconsidere un poco más su análisis personal y observación acerca de sus comportamientos cuando

interactúe con alguien. Hágalo especialmente cuando las diferencias son positivas porque significa que sobrestima sus habilidades en ese punto.

Documento 4

DECLARACIONES	COMENTARIOS
- ejemplo: no tener parcialidad	Ejemplo: <u>Circunstancias</u> bajo las cuales la parcialidad puede estar demostrada. <u>Estrategias</u> de mente más abierta
-	-
-	-
-	-

Actividad 3

A partir de la información que tiene ahora, trate de responder a las siguientes preguntas para reformular sus objetivos de aprendizaje.

¿Cuáles son sus fortalezas en el campo de las interacciones? Sus puntos fuertes están con la puntuación más alta (entre 5 y 7) y con la diferencia más corta (menos de 2).

¿Qué competencias debe adquirir o desarrollar?

Dadas las dos respuestas anteriores, fijar un objetivo de desarrollo.

Diga los medios que va a utilizar para alcanzar el objetivo.

Actividad 4: Comentarios sobre los resultados del aprendizaje

Aproximadamente 3 meses después de esta autoevaluación, vuelva a realizar las actividades anteriores y responda las siguientes preguntas.

Volver a los comportamientos identificados en la Actividad 3.

¿Las estrategias implementadas le ayudaron a mejorar sus interacciones con los migrantes?

	¿Necesita mejorar las interacciones con los migrantes?
	Si es así, ¿qué medios va a implementar para fortalecer lo que ha aprendido?

Resumen de los puntos clave

- Entender que el luto, la muerte y todo lo que le rodea no tiene el mismo significado de una cultura a otra.
- La empatía, la escucha y el respeto son las claves para las interacciones exitosas con los migrantes.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	Factores que interfieren con la muerte de los pacientes migrantes y sus familiares
Respuesta 1	Creencias y religion
Respuesta 2	Afiliación cultural

Respuesta 3	Integridad física aparente
Respuesta 4	Respeto de rituales
Respuesta 5	Vista personal de la dignidad
Respuesta(s) correcta(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5
Pregunta 2: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	En cuanto a la muerte, ¿cómo acomodar el paciente migrante y las solicitudes de sus familiares con las normas internas del país anfitrión y la organización?
Respuesta 1	Intervención del mediador que conoce ambas culturas
Respuesta 2	Escuchar
Respuesta 3	Respetar
Respuesta 4	Explicar
Respuesta(s) correcta(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4
Pregunta 3: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	En cuanto a la muerte, ¿cómo evitar malentendidos con los pacientes migrantes y sus familiares?
Respuesta 1	Diálogo
Respuesta 2	Escucha y respeto
Respuesta 3	Mediación cultural
Respuesta 4	Tener conciencia de los propios obstáculos
Respuesta(s) correcta(s)	1 ; 2 ; 3 ; 4

Módulo 2 : Comunicación y asesoramiento intercultural



Módulo 2: Comunicación y asesoramiento intercultural

El lugar de trabajo de las y los profesionales de la salud es un entorno multicultural que exige habilidades especiales para la comunicación con las personas hospitalizadas, pacientes y familiares de estas. Este módulo se centra en el desarrollo de las habilidades de comunicación y asesoramiento de los profesionales de la salud, de manera que estén suficientemente cualificados para poder comunicarse, comprender y proveer cuidados a las personas con un origen cultural diferente. Esto significa que necesitan desarrollar una adecuación intercultural.

CONOCIMIENTOS		HABILIDADES		COMPETENCIAS	
Al final de la unidad la persona será capaz de:					
<ul style="list-style-type: none">• Conocer los principios de la comunicación verbal y no verbal.• Definir la comunicación verbal y no verbal y entender la diferencia entre ambas.• Definir la empatía en el cuidado intercultural y ser capaz de usarla en la práctica diaria• Conocer las habilidades requeridas para la escucha activa necesaria en una relación entre el/la profesional de la salud y el/la paciente.• Comprender los aspectos culturales y sus manifestaciones en la vida cotidiana y en el comportamiento.		<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el nivel de comunicación verbal del interlocutor y su comprensión de nuestro idioma.• Observar cuidadosamente y hacer preguntas abiertas para comprender la forma como el interlocutor se comunica.• Ver la coherencia entre los mensajes verbales y no verbales• Usar la empatía en la práctica diaria.• Monitorear el progreso en el uso de la escucha activa.• Aumentar la conciencia sobre nuestros propios prejuicios culturales y cómo afectan estos en nuestros juicios cotidianos.		<ul style="list-style-type: none">• Concentrarse en la persona y en sus características culturales• Tratar al interlocutor con respeto.• Preservar la privacidad de la conversación• Aumentar la autoconciencia y la autorreflexión sobre nuestras habilidades de comunicación y el nivel de escucha.• Autorreflexión sobre nuestra propia identidad cultural y su influencia en la vida cotidiana y el trabajo.• Combinar la autoconciencia con las habilidades de asesoramiento y aplicarlas en la práctica de sanitaria.	
NIVEL EQF			CRÉDITOS ECVET		
6			1		
HORAS DE ESTUDIO					
Total:		Contacto:	Práctica:	Estudio:	Evaluación:
El módulo se desarrolla a través de:					
<input checked="" type="checkbox"/> Conversación		<input checked="" type="checkbox"/> Presentaciones			
<input type="checkbox"/> Trabajo de campo		<input checked="" type="checkbox"/> Grupos de trabajo			
<input checked="" type="checkbox"/> Práctica		<input type="checkbox"/> Otros (especificar)			
El módulo se evalúa a través de:					
<input checked="" type="checkbox"/> Evaluación continua		<input type="checkbox"/> Presentación		<input type="checkbox"/> Autoevaluación	
<input checked="" type="checkbox"/> Examen oral		<input type="checkbox"/> Proyecto		<input checked="" type="checkbox"/> Demostración de habilidades	
<input type="checkbox"/> Expediente		<input type="checkbox"/> Diario		<input type="checkbox"/> Retroalimentación	
<input checked="" type="checkbox"/> Prácticas		<input checked="" type="checkbox"/> Informe		<input type="checkbox"/> Ejercicio escrito	
		<input checked="" type="checkbox"/> Talleres		<input type="checkbox"/> Tareas escritas	
				<input type="checkbox"/> Test por escrito	
				<input type="checkbox"/> Otras (especificar)	

Referencia del Proyecto No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Proyecto Erasmus+, Alianzas Estratégicas para la Formación Profesional y la Capacitación

Módulos de formación 2: COMUNICACIÓN Y ASESORAMIENTO INTERCULTURAL

Duración de la unidad: 1 día de formación (8 horas)

1.1. Tema común

Título <i>El título debe ser uno de los módulos definidos en la tabla a continuación (es decir, las competencias interculturales / interreligiosas)</i>	Comunicación y asesoramiento intercultural
Síntesis / Objetivo <i>(máx 150 palabras – 10 líneas)</i>	<p>El lugar de trabajo de los profesionales de la salud es un entorno multicultural que exige habilidades especiales para la comunicación entre profesionales de la salud y personas hospitalizadas / pacientes / población saludable / usuarios de servicios de salud. Los profesionales de la salud deben estar adecuadamente calificados para poder comunicarse, entender y cuidar a las personas con diferentes antecedentes culturales. Esto significa que necesitan desarrollar una adecuación intercultural.</p> <p>De hecho, las actitudes y comportamientos como el etnocentrismo y los estereotipos constituyen obstáculos muy importantes entre la comunicación y la familiarización con otra cultura. El etnocentrismo se refiere al sentido de superioridad de un grupo étnico contra otro. Los estereotipos se refieren a la creencia de que las características culturales de una persona definen a esa persona. Muy a menudo, el etnocentrismo y los estereotipos contribuyen al desarrollo de prejuicios contra otros grupos culturales, de ahí las actitudes negativas hacia las personas con un trasfondo cultural diferente debido a su identidad cultural.</p> <p>Los profesionales de la salud deben recibir una educación intercultural adecuada para evitar el etnocentrismo y los estereotipos y desarrollar habilidades especiales de comunicación y asesoría, como habilidades de comunicación verbal y no verbal, comunicación empática y escucha activa. Este módulo se centra en el desarrollo de habilidades de comunicación y asesoramiento a través de conferencias, así como técnicas de aprendizaje experiencial tales como informes, estudios de casos, actividades, auto-estudio y autoevaluación.</p>
Palabras clave	comunicación verbal, comunicación no verbal, empatía, comunicación empática, escucha activa, asesoramiento

Objetivos aprendidos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir la comunicación verbal y no verbal y comprender la diferencia entre ellos. • Conocer los principios de comunicación verbal y no verbal y desarrollar las habilidades relativas. • Definir la empatía en el cuidado intercultural y poder utilizarlo en la práctica cotidiana.
Consejos	<ul style="list-style-type: none"> • Centrarse en la persona y luego en sus características culturales • Evaluar, en primer lugar, el nivel de comunicación verbal de su interlocutor, así como su comprensión de su idioma, ya que puede necesitar un mediador o una persona familiar para traducir. • Acercarse a su interlocutor con respeto. • Observe cuidadosamente y haga preguntas abiertas para entender la manera en que su interlocutor se comunica. • Asegúrese de que hay un acuerdo entre sus mensajes verbales y no verbales. • No levante el tono de su voz para que su interlocutor lo entienda. • Trate de encontrar un ambiente tranquilo y mucho tiempo para su comunicación con la persona con diferentes antecedentes culturales. • Tome asiento al mismo nivel que su interlocutor. • Asegurar la privacidad de su conversación.
Referencias / lectura adicional disponible en inglés o en otros idiomas (especificar)	<ul style="list-style-type: none"> • Abu-Ras, W. M. (2007) <i>Creencias culturales y utilización de servicios por mujeres inmigrantes árabes maltratadas</i>. Violencia contra las mujeres, 13, 1002-1028. • Boyle, F.M., Robinson, E., Heinrich, P., Dunn, S. M. (2009). <i>Cáncer: comunicarse en el juego de equipo</i>. Patient Education and Counseling, 74, 295-301. • Back, A.L., Curtis, J.R. (2002). <i>Comunicando malas noticias</i>. West J Med, 176, 177 - 80. • Cabana, M.D., Jee, S.H. (2004). <i>¿La continuidad de la atención mejora los resultados de los pacientes?</i> J Fam Pract, 53, 974 - 80. • Calloway-Thomas, C. (2010) <i>Empatía en el mundo global: una perspectiva intercultural</i>. Los Angeles: Sage. • Abu-Ras, W. M. (2007) <i>Creencias culturales y utilización de servicios por mujeres inmigrantes árabes maltratadas</i>. Violencia contra las mujeres, 13, 1002-1028. • Boyle, F.M., Robinson, E., Heinrich, P., Dunn, S. M. (2009). <i>Cáncer: comunicarse en el juego de equipo</i>. Patient Education and Counseling, 74, 295-301. • Back, A.L., Curtis, J.R. (2002). <i>Comunicando malas noticias</i>. West J Med, 176, 177 - 80. • Cabana, M.D., Jee, S.H. (2004). <i>¿La continuidad de la atención mejora los resultados de los pacientes?</i> J Fam Pract, 53, 974 - 80. • Calloway-Thomas, C. (2010) <i>Empatía en el mundo global: una perspectiva intercultural</i>. Los Angeles: Sage.

- Davies, J. (2003). *Un manual de Atención de Salud Mental en Práctica General*. Canberra: Departamento de Salud y Envejecimiento del Commonwealth.
- D'Ardenne, P. & Mahtani, A. (1999). *Consejería Transcultural en Acción*. EE.UU.: SAGE.
- Dziopa, F. & Ahern, K. (2009). *Lo que hace una relación terapéutica de calidad en enfermería psiquiátrica / salud mental: una revisión de la literatura de investigación, el diario de Internet de la práctica avanzada de enfermería*, 10 (11), 65-69.
- Activadores de la empatía: *Herramientas de enseñanza para mejorar el desarrollo de la empatía en las clases de aprendizaje en servicio*. Virginia Commonwealth University y la Universidad de Richmond, Richmond, VA. Obtenido de Virginia Commonwealth University, Scholars Compass, División de Recursos de Participación de la Comunidad: http://scholarscompass.vcu.edu/community_resources/
- Epstein, R.M., Fiscella, K., Lesser, C.S., y Stange, K.C. (2010) *¿Por qué la nación necesita un empuje de políticas en la atención de salud centrada en el paciente?*. Health Affairs, 29, 8, 1489 - 1495. doi: 10.1377 / hlthaff.2009.0888
- Epstein, R. M., Street, J.R.L. (2007). *Comunicación centrada en el paciente en el cuidado del cáncer: promover la curación y reducir el sufrimiento*. Bethesda, MD: Instituto Nacional del Cáncer.
- Eysenck, M. W. (2015). *Psicología Cognitiva: Manual de un estudiante*. USA: Prensa de Psicología.
- Fuertes, J.N., Mislouack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T.C., Fontan, G., Boylan, L. S. (2007). *La alianza de trabajo médico-paciente*. Patient Educ Couns, 66, 29-36.
- Guerrero, L. y Floyd, K. (2006) *Comunicación no verbal en relaciones cercanas* (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum): 2
- Ha, JG., Longnecker, N. (2010) *Comunicación médico-paciente: una revisión*. 2 Ochsner J, 10, 38 - 43.
- Harmsen, H, Bernsen, R, Meeuwesen, L, Thomas S., Dorrenboom G., Pinto, D., & Bruijnzeels, M. (2005). *Home Idiomas Ingresar a Epistemonikos Búsqueda avanzada El efecto de la intervención educativa en la comunicación intercultural: resultados de un ensayo controlado aleatorio*. El British Journal of General Practice, 55, 514, 343-350.
- Henman, M. J., Butow, P. N., Brown, R.F., Boyle, F. & Tattersall, M.H. (2002). *Las construcciones laicas de la toma de decisiones en el cáncer*. Psychooncology, 11, 295 - 306.
- Hojat, M. (2007) *Empatía en la atención al paciente: Antecedentes, desarrollo, medición y resultados*. Ubicación de la publicación: Springer Science & Business Media.
- Hojat, M., Bianco, J.A., Mann, D., Massello, D., y Calabrese, L.H. (2015). *Superposición entre empatía, trabajo en equipo y enfoque integrador de la atención al paciente*. Profesor de Medicina, 37, 8, 755-758. doi: 10.3109 / 0142159X.2014.971722
- Hojat, M., Louis, D., Mayo, V., & Gonnella, J. (2013) *Editorial: Empatía y calidad de la atención*. American Journal of Medical Quality, 28, 1, 6-7. doi: 10.1177 / 1062860612464731

- Hojat, M., Louis, D., Markham, F., Wender, R., Rabinowitz, C., y Gonnella, J. (2011). *Empatía de los médicos y resultados clínicos para pacientes diabéticos*, Medicina Académica. 86, 3, 359 - 364. doi: 10.1097 / ACM.ob013e3182086fe1
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Gonnella, J.S., y Magee, M. (2005). *Empatía resultados en la escuela de medicina y las calificaciones de comportamiento empático en la residencia de formación 3 años más tarde*. El Diario de Psicología Social, 145, 6, 663-672. doi: 10.3200 / SOCP.145.6.663-672
- Hojat, M., Louis, D., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R. y Gonnella, J. (2010) *Percepciones del paciente de la empatía del médico, satisfacción con el médico, confianza interpersonal y cumplimiento*. Revista Internacional de Educación Médica, 1, 83. Doi: 10.5116 / jime.4d00.b701
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S.K., Isenberg, G.A., y Gonnella, J.S. (2009). *El diablo está en el tercer año: Un estudio longitudinal de la erosión de la empatía en la escuela de medicina*. Academic Medicine, 84, 9, 1182 - 1191. doi: 10.1097 / ACM.ob013e3181b17e55
- James SA. (2017) *El más extraño de todos los encuentros: discriminación racial y étnica en la atención médica de los Estados Unidos*, Cad Saude Publica, 33 Suppl 1 (Suppl1): e00104416. doi: 10.1590 / 0102-311X00104416.
- Kim, S.C., Kim. S., Boren, D. (2008). *La calidad de la alianza terapéutica entre el paciente y el proveedor predice la satisfacción general*. Mil Med, 173,85 - 90.
- Kiosses, V.N. Karathanos V.T. y Tatsion A. (2016) *La empatía que promueve intervenciones para los profesionales de la salud: una revisión sistemática de ECA*, Journal of Compassionate Health Care, 3 (7) <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0024-9>
- Kessler, C. S., Chan, T., Loeb, J.M., Terez, Malka, S. (2013). *Estoy claro, estás claro, estamos todos claros: mejorar las habilidades de comunicación de consulta en la educación médica de pregrado*. Acad Med, 88, 1 - 6.
- Kunyk, D., & Olson, J. (2001) *Clarificación de conceptualizaciones de empatía*. Journal of Advanced Nursing, 35 (3), 317-325. doi: 10.1046 / j.1365-2648.2001.01848.x
- Lovan, S. R. & Wilson, M. (2012) *Comparación de los niveles de empatía en los estudiantes al inicio y al final de un programa de enfermería*. Revista Internacional de Cuidado Humano (16) 3 28-33.
- Lovan, S. R., & Wilson, M. (2012) *Comparación de los niveles de empatía en los estudiantes al inicio y al final de un programa de enfermería*. Revista Internacional de Cuidado Humano, 16 (3), 28.
- Martin J & Nakayama T (2014) *Experimentar la comunicación intercultural*. Mc Graw Hill, Nueva York.

- Martin, R. W., Head, A.J., Rene, J., Swartz, T.J., Fiechtner, J.J., McIntosh, B.A., Holmes, R. M. (2008). *La toma de decisiones de los pacientes relacionados con los fármacos antirreumáticos en la artritis reumatoide: la importancia de la confianza del paciente en el médico*. J Rheumatol, 35, 618 - 24.
- Meina Liu (2016) *Estilos de Comunicación Verbal y Cultural*. Oxford Research Encyclopedias Online Publication.
- Metcalfe, S. & Putnam, A. (2013) *La generación neta de enfermería: Mantener viva la comunicación empática*. Enfermería Creativa 19, 1, 21-25. Nueva York, Nueva York: Springer Publishing Company.
- Mikesell, L. (2013). *Relaciones medicinales: conversaciones afectuosas*. Med Educ, 47, 443-52.
- Moore, P.M., Mercado, S.R., Artigues, M.G. & Lawrie, T.A. (2013). *Capacitación en habilidades de comunicación para profesionales de la salud que trabajan con personas que tienen cáncer*. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.
- Newell S, Jordan Z. (2015) *La experiencia del paciente en la comunicación centrada en el paciente con las enfermeras en el ámbito hospitalario: un protocolo de revisión sistemática cualitativa*. JBI Database System Rev Implementar el Representante 13, 1, 76-87. doi: 10.11124 / jbisrir-2015-1072.
- Neuliep, J. W. (2017) *La comunicación intercultural: un enfoque contextual*. Publicaciones de Sage.
- Niemelä, S. (2014) *Empatía y comprensión intercultural en el contexto de voluntarios internacionales de larga duración*. Tesis de maestría Departamento de Comunicación, Universidad de Jyväskylä, Finlandia.
- *Un estudio de la disminución de la empatía en los estudiantes de cinco disciplinas de salud durante su primer año de formación*. Revista Internacional de Educación Médica, 2, 12-17.
- Nutting, P.A., Goodwin, M.A., Flocke, S.A., Zyzanski, S.J., Stange, K.C. (2003). *Continuidad de la atención primaria: ¿a quién importa y cuándo?* Ann Fam Med, 1, 149 - 55.
- Ogden, J. (1996). *Psicología de la salud, un libro de texto*. EE.UU.: Prensa de la Universidad Abierta.
- *Cuidado de pacientes de rutina, empatía y compasión: definiciones, desarrollo, obstáculos, educación y beneficiarios*. Revista de evaluación en la práctica clínica, 20,6, 872-880.
- Rogers, C. R. (1957) *Las condiciones necesarias y suficientes de cambio de personalidad terapéutica*. Journal of Consulting Psychology, 21, 2, 95 - 103. doi: 10.1037 / 0033-3204.44.3.240
- Rogers, C. R. (1957). *Al convertirse en una persona, la visión de un terapeuta de la psicoterapia*. Boston: La empresa Mifflin.
- Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, Jr. M., Stiles, W., Inui T.S. (1997) *Patrones de comunicación de los médicos de atención primaria*. JAMA; 277: 350 - 6.

- Shalhoub-Kevorkian, N. (2000) *Bloqueando su exclusión: Un modelo contextual de intervención para manejar el abuso femenino*. Social Service Review, 74, 620-634.
- Schouten, B.C., Meeuwesen, L., Tromp F., Harmsen, HAM. (2007) *Diversidad cultural en la participación de los pacientes: La influencia de las características de los pacientes y el comportamiento comunicativo de los médicos*. Educación del Paciente y Asesoramiento, 67, 214-223.
- Smith, M. C. y Parker, M. E. (2015) *Teorías de enfermería y práctica de enfermería*. (4ª edición) Filadelfia, PA: F. A. Davis Company.
- Smith, L.G., Postmes, T. (2011) *El poder de la charla: desarrollo de normas de grupo discriminatorias a través de la discusión*. Br J Soc Psychol, Jun, 50 (Pt2): 193 - 215. doi: 10.1348 / 014466610X504805
- Stewart, M., Belle, J., Wayne, W. W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R. (2003). *Medicina centrada en el paciente. Transformación del método clínico*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Cambiar los códigos culturales Andy Molinsky
http://www.brandeis.net/globalbrandeis/documents/mar2009_ibsnews.pdf, accessed 11/8/2017
- Taylor, C., Lilis C., LeMone P. (1997) *Fundamentos de Enfermería: El arte y la ciencia del cuidado de enfermería*. Lippincott, Filadelfia
- Thorne, S., Hislop, T. G., Kuo, M., Armstrong, E. A. (2006). *Esperanza y probabilidad: perspectivas del paciente sobre el significado de la información numérica en la comunicación del cáncer*. Qual Health Res, 16, 318-36.
- Verlinde E., De Laender N., De Maesschalck S., Deveugele M., Willems S. (2012) *El gradiente social en la comunicación médico-paciente*, Int J Equity Health, 11,12.
- Wang, C.S., Kenneth, T., Ku G., Galinsky A.D. (2014) *Perspectiva-Hablando aumenta la disposición a participar en el contacto intergrupar*. Urgesi C, ed. PLoS UNO, 9, 1: e85681. doi: 10.1371 / journal.pone.0085681.
- Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B. y Hojat, M. (2009) *Confiabilidad y validez de la escala Jefferson de empatía en estudiantes de enfermería de pregrado*. Nueva York, Nueva York: Springer Publishing Company. DOI: 10.1891 / 1061-3749.17.1.73
- Williams, B., Brown, T., McKenna, L., Palermo, C., Morgan, P., Nestel, D. y Wright, C. (2015) *Los niveles de empatía de los estudiantes en 12 profesiones médicas y de salud: estudio intervencionista*. Journal of Compassionate Health Care, 2, 1, 4.doi: 10.1186 /
- Wilby, KJ, Govaerts, MJB, Austin, Z, Dolmans, DHJM. (2017) *Exploración de la influencia de las orientaciones culturales en la evaluación de los comportamientos de comunicación durante las interacciones entre el paciente y el profesional*. BMC Medical Education, 17, 61. doi: 10.1186 / s12909-017-0899-s.
- Whitworth, L., Kimsey-House, K., Kimsey-House, H. y Sandah, P. (2007). *Entrenamiento Coactivo: Nuevas habilidades para entrenar a la gente hacia el éxito en el trabajo y la vida*. EE.UU.: Brealey Publishing.
- Yang, C., Hargreaves, W., y Bostrom, A. (2014) *Asociación de empatía del personal de enfermería con la reducción de reclusión y la restricción*

	<p>en la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. <i>Psychiatric Services</i>, 65, 2, 251 - 254. doi: 10.1176 / appi.ps.201200531</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf • https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Personal_Spaces_in_Proxemics.svg
--	--

1.2. Comunicación verbal

Teoría y contenidos

2-3 páginas

Comunicación verbal

Aunque la comunicación constituye un elemento de cultura, sin embargo, varía según la cultura. A pesar de las diversas similitudes en los contextos de comunicación, la comunicación intercultural verbal está influenciada por las dinámicas culturales (percepciones, valores y opiniones) y parece variar con el tiempo, ya que la cultura no es un concepto estático (Wilby et al, 2017).

Definición de comunicación verbal

La comunicación verbal se define simplemente como compartir información utilizando el habla. Sin embargo, la comunicación verbal intercultural precisa y eficiente implica una amplia gama de habilidades lingüísticas, habilidades humanas, habilidades de escucha, rasgos de personalidad, comunicación no verbal, ajuste psicológico y la combinación de todo lo anterior que debe ser considerado dentro del marco de conciencia cultural ya que los participantes no tienen las mismas experiencias o comprensión de un tema (Harmsen et al, 2005).

Definición de comunicación verbal intercultural

La comunicación verbal intercultural puede ser extremadamente difícil si el comunicador y el receptor comparten pocos símbolos mutuos y reconocibles o si el mensaje recibido puede no coincidir con el mensaje enviado. La familiaridad con las palabras es útil, pero las palabras mismas pueden llevar significados que no siempre se entienden o que su contexto es difícil de interpretar correctamente.

Como consecuencia, la mala comunicación es posible que emerja a la superficie, ya que el contexto cultural tiene diferentes significados para las palabras utilizadas de la fuente que se pretende. Sorprendentemente, el ser más "paciente-orientado", es un elemento clave para reducir la brecha entre las culturas (Newell, et al, 2015).

También cabe destacar que las palabras tienen dos tipos de significados: denotativo, que es el significado que a menudo se encuentra en el diccionario y connotativo que se encuentra en la comunidad de usuarios y no es universal. Por lo tanto, evitar malentendidos o evitar la complejidad es esencial para significar literalmente lo que uno está diciendo o para simplificar conceptos de comunicación verbal.

Características de la comunicación verbal efectiva

Por todas estas razones, la comunicación verbal debe incluir ciertas características. En primer lugar, debe ser clara y coherente, las necesidades del Estado y sentimientos y separar los hechos de la opinión. En segundo lugar, los mensajes verbales y no verbales deben ser congruentes, mientras que la enunciación y el tono de la voz deben estar en concordancia con las palabras. En tercer lugar, la comunicación verbal debe incorporar la claridad del discurso, la cortesía, la calma y el enfoque constante en el tema en discusión.

Maneras formales o informales de comunicación verbal

Las maneras formales o informales de comunicación verbal son esenciales para ser consideradas al interactuar con la población culturalmente diversa. Los individuos

que pertenecen a una cultura en particular se comunican con poca necesidad de que el oyente interprete el mensaje o se comuniquen de tal manera que requiera un alto grado de comprensión de los oyentes por el contexto, tono, etc. Además, la jerarquía tiene un impacto en la comunicación verbal como en algunas culturas, un individuo puede ser mucho más crítico de las ideas o algunos otros pueden dudar en decir lo que realmente significa. En consecuencia, la comunicación verbal debe estar en el nivel de preparación y comprensión del receptor, dada su edad, desarrollo o experiencia (Meina Liu, 2016).

Habilidades de comunicación y pasos para la comunicación verbal efectiva

La comunicación verbal como un comportamiento instrumental incluye técnicas basadas en técnicas que se usan en la resolución de problemas, tales como dar instrucciones, dar información, pedir aclaraciones, hacer preguntas, asesoría, etc (Verlinde et al, 2012).

Más detalladamente, la comunicación verbal puede presentarse como un círculo-procedimiento que tiene un comienzo y un final. Las habilidades básicas de comunicación incluyen lo siguiente: a) habilidades efectivas de hablar y conversar, b) cuestionar habilidades y técnicas y c) reflexionar.

Al abrir una comunicación verbal, el uso de palabras alentadoras y el refuerzo positivo son significativos para satisfacer las expectativas iniciales de cada parte. Igualmente importantes son el estímulo para participar en la discusión, allanar el camino para el desarrollo de la discusión, mostrar la apertura y reducir la timidez o el nerviosismo.

El cuestionamiento es una habilidad esencial para obtener la información apropiada y mostrar interés a la persona que necesita obtener el mensaje. Además, a medida que el proceso está en progreso, los requisitos previos para la comunicación verbal son la escucha activa, concentrándose en la dirección principal del mensaje del locutor y evitando las distracciones. Los mensajes deben ser revisados para asegurarse de que son recibidos tal como fueron planeados por el método de reflexión.

Reflejar es un proceso de retroalimentación de la información ya dada por el hablante y una forma sencilla de comprobar si el mensaje ha sido claramente comprendido. Reflejando: a) anima a los participantes a seguir hablando, b) muestra al locutor que el oyente percibe el significado intencionado de las palabras o al menos trata de entender los mensajes y c) permite al locutor "escuchar" sus propios pensamientos y mensajes. Los dos dominios principales de la reflexión son: a) reflejo que implica repetir precisamente lo que el locutor dijo y b) parafrasear que implica el uso de otras palabras para describir lo que el locutor dijo. Significativamente más paráfrasis muestra el intento de entender lo que dijo el locutor.

Resumir los puntos principales del mensaje o hacer preguntas para evaluar la comprensión permite a ambas partes revisar y aceptar la comunicación ya intercambiada entre ellas. Por lo tanto, resumir es una forma eficaz de minimizar los malentendidos (Smith, et al., 2011). Al final de la interacción, la comunicación verbal debe ser alentadora y permitir arreglos futuros (Neuliep, 2017).

	<p>Por último, una "comunicación centrada en el paciente" requiere estar listo para escuchar a los pacientes e incluye elementos de "autenticidad, calidez y empatía" (Wilby et al, 2017 y Ha et al, 2010).</p> <p>La comunicación verbal efectiva aumenta la disponibilidad para hablar con otros o para entrar en contacto, reduciendo así los estereotipos, prejuicios y sesgos (Wang et al., 2014 & James, 2017) y crea una relación terapéutica que a su vez mejora la satisfacción (Verlinde et al, 2012).</p>
Actividades	<p>Actividad de comunicación verbal:</p> <p>Crear un anuncio de TV</p>
	<p>Objetivos</p> <p>Comprender la importancia de la comunicación verbal efectiva</p>
	<p>Palabras claves</p> <p>Comunicación verbal, comunicación efectiva</p>
	<p>Contenidos: DE Guía de Práctica</p> <p>Guía de práctica del Colegio de Enfermeras de Ontario: Cuidado culturalmente sensible (2009). Disponible en http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</p> <p>Accedido 3/7/2017</p> <p>NOTA: Este ejercicio no requiere cámaras ni grabación multimedia. Si está disponible puede ser utilizado, pero el propósito del ejercicio es centrarse en la idea de por qué la empatía es importante en lugar de habilidades técnicas de producción.</p> <p>Los estudiantes son colocados en grupos de cuatro a seis. Su tarea es diseñar un anuncio "de televisión" de hasta 1 minuto de duración. El propósito del anuncio es promover el valor de la comunicación verbal efectiva en la asistencia sanitaria a su audiencia. Los estudiantes son responsables de escribir y actuar en el anuncio para su presentación al resto del grupo.</p>
Caso de estudio	<p>CASO DE ESTUDIO 1</p> <p>Las mujeres inmigrantes árabes son reacias a buscar o aceptar una intervención externa después del abuso de pareja, como lo indica la baja tasa de denuncias de violencia doméstica a la policía. La actitud de las mujeres y su comportamiento en la búsqueda de ayuda está influenciada por las creencias culturales y religiosas. Desafortunadamente, muchas mujeres árabes deciden no romper un matrimonio abusivo o evitar la búsqueda de ayuda por varias razones, tales como ser socialmente</p>

inaceptable, revelar privacidad familiar, tener bajo o ningún apoyo financiero y la custodia de sus hijos y varias otras razones. Tanto las mujeres inmigrantes árabes como las árabes que viven en países de Oriente Medio comparten las mismas actitudes, creencias y pensamientos al rechazar revelar el abuso o la intervención de las autoridades. (Abu-Ras, 2007 y Shalhoub-Kevorkian, 2000).

INFORME

Era casi medianoche cuando una inmigrante árabe ingresó en el Servicio de Urgencias de un hospital público acompañada de una amiga suya. La mujer reportó un fuerte dolor de cabeza y afirmó haberse caído de las escaleras en su casa. Durante el examen físico, se observaron moretones extendidos en el brazo izquierdo y en la espalda, así como marcas de manos en su piel. Parecía aterrorizada y apenas hablaba. En la historia médica también informó de dolores de cabeza crónicos y dolor de estómago. El mecanismo de lesión como fue informado por ella, no podía explicar los signos en su cuerpo. Posiblemente, la mujer había sido víctima de violencia doméstica. A pesar de las señales obvias, trató de ocultar el abuso posiblemente debido al miedo o a la vergüenza sobre el abuso.

Inicialmente, la comunicación verbal con los profesionales de la salud era limitada ya que la mujer se negaba a hablar o dar más detalles. Además, la mujer rechazó cualquier contacto con intérpretes de idiomas. Aunque no estaba hablando griego con fluidez, logró contestar preguntas sobre su estado de salud y describió su estado de ánimo, triste y desalentador.

Las enfermeras intentaron :

- crear un ambiente seguro, tranquilo y acogedor que promueva el respeto compartido,
- hacer preguntas de una manera respetuosa tratando de evitar cualquier malestar,
- admitirla en una sala médica separada (sin embargo disponible por no demasiado tiempo) para sentirse más relajada o evitar a cualquier paciente curioso,
- no comunicarse en voz alta pero mostrando aprensión de sus palabras, sentándose frente a ella pero en el mismo nivel,
- asegurarle que su comunicación era confidencial.

Como se sospechaba por la posible lesión intracraneal, se sometió a una tomografía computarizada craneal que no mostró signos o síntomas neurológicos. Antes del alta hospitalaria, las enfermeras proporcionaron información elaborada usando términos simples y no médicos sobre el régimen terapéutico.

Por último, las enfermeras se sintieron obligadas a asegurarse de que la mujer comprendía plenamente el estado de su salud repitiendo los puntos más importantes de su discusión y proporcionando tiempo para expresar sus sentimientos u otros malentendidos.

Además, las enfermeras declararon su disposición a proporcionar ayuda psicológica en caso de que deseara revelar sus problemas.

La mujer inmigrante árabe, sin embargo, que no era muy habladora al principio, poco a poco se sintió más segura para pedir información acerca de los servicios de atención

de salud que se ocupan de este tema sensible en el ambiente culturalmente apropiado.

Caso de estudio 2

Se le pide a una enfermera que enseñe a una mujer de 60 años de origen chino cómo realizar una diálisis peritoneal ambulatoria autocontenida. La mujer no tiene familia, habla sólo mandarín y vive en un entorno chino. La enfermera que le visita identifica la barrera del idioma y crea un plan con el objetivo de promover la comunicación. La paciente identifica a su vecina de al lado como un intérprete con el que se sentiría cómoda. La enfermera le pregunta a la vecina si está dispuesta a ayudar en este papel. La vecina está de acuerdo, y la enfermera revisa con la vecina la necesidad de mantener la confidencialidad del paciente. Una lista escrita de las fechas y horarios de la visita se da a la vecina, quien acepta estar disponible para las visitas programadas de enfermería. El plan de atención indica que la enfermera llamará a la puerta de la vecina al comienzo de cada visita, la vecina acompañará a la enfermera al apartamento del paciente y la enfermera usará a la intérprete para promover la comunicación durante la visita.

Discusión

La planificación del cuidado demuestra un proceso reflexivo, sensible a las necesidades del paciente. Hay evidencia de que la enfermera consulta con el paciente y apoya la elección del paciente de un intérprete. La enfermera enfatiza la confidencialidad y respeta el horario de la vecina proporcionando una lista de visitas planificadas.

http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf

Resumen de los puntos clave

- La comunicación intercultural verbal está influenciada por la dinámica cultural (percepciones, valores fundamentales y puntos de vista) y no es un concepto estático.
- La comunicación verbal constituye una parte integral de otras dimensiones como la personalidad, la comunicación no verbal, el ajuste psicológico de escucha, etc.
- Estar más "orientado al paciente" es un elemento clave para reducir la brecha entre las culturas.
- La comunicación verbal debe ser clara, consistente, las necesidades del estado y sentimientos y separar el hecho de la opinión.
- Los mensajes verbales y no verbales deben ser congruentes
- El enunciado, el estrés y el tono de la voz deben estar en concordancia con las palabras, mientras que la comunicación verbal intercultural exige claridad en el habla, cortesía, calma y concentración en el tema en discusión.
- La comunicación verbal debe estar en línea con el nivel de preparación y comprensión del receptor, dada su edad, desarrollo o experiencia.
- El procedimiento de comunicación consiste en los siguientes elementos: hablar eficazmente, conversar, dar voz, cuestionar habilidades y técnicas, y reflexionar.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Question 1: Comprensión comunicación verbal

Contenido de la pregunta	Demandas de comunicación verbal
Respuesta 1	Habilidades lingüísticas
Respuesta 2	Habilidades humanas y ajuste psicológico
Respuesta 3	Habilidades de escucha
Respuesta 4	Comunicación no-verbal
Respuesta 5	Todo lo anterior
Respuesta(s) correcta(s)	5

Question 2: Características de la comunicación verbal

Contenido de la pregunta	¿Cuáles de las siguientes características son necesarias para una comunicación verbal efectiva?
Respuesta 1	Claridad y consistencia
Respuesta 2	Necesidades y sentimiento del estado
Respuesta 3	Claridad de la palabra y cortesía
Respuesta 4	Calma y corta duración
Respuesta 5	Enfoque en el tema de discusión
Respuesta(s) correcta(s)	1 & 2 & 3 & 5

Question 3: Resumiendo

Contenido de la pregunta	La principal ventaja de resumir es :
Respuesta 1	Ofrecer de nuevo al portavoz el significado inicial de lo que se dijo
Respuesta 2	Significando interés por lo que otras personas tienen que decir
Respuesta 3	Entender toda la comunicación verbal del oyente
Respuesta 4	Revisión de ambas partes y acuerdo a la comunicación ya intercambiada
Respuesta 5	1 & 4
Respuesta(s) correcta(s)	5

Question 4: Habilidades de comunicación para la comunicación verbal

Contenido de la pregunta	¿Cuáles son las habilidades en la comunicación verbal?
Respuesta 1	Habilidades efectivas de hablar y conversar
Respuesta 2	Cuestionar habilidades y técnicas
Respuesta 3	Reflejando
Respuesta 4	Centrarse principalmente en mensajes visuales
Respuesta 5	Todo lo anterior
Respuesta(s) correcta(s)	1 & 2 & 3

Question 5: Reflejando

Contenido de la pregunta	Reflejar se define como
Respuesta 1	Memorias e impresiones del alumno de otros idiomas
Respuesta 2	Actitudes basadas en experiencias con familiares y / o amigos de otra cultura
Respuesta 3	Experiencias de aprendizaje
Respuesta 4	Creencias y suposiciones sobre mensajes
Respuesta 5	Ninguno de los anteriores
Respuesta(s) correcta(s)	5

Glosario *Términos más importantes, específicos para el sub-módulo.*

<i>Comunicación verbal</i>	La comunicación verbal se define simplemente como compartir información usando el habla
<i>Reflejar</i>	Reflejar es un proceso de retroalimentación de la información ya dada por el hablante y una forma sencilla de comprobar si el mensaje ha sido claramente comprendido.
<i>Espejo</i>	<i>El espejo es un dominio de la reflexión que implica repetir precisamente lo que el locutor dijo ...</i>

1.3. <Comunicación no-verbal>

Teoría y contenidos

2-3 páginas

Comunicación no verbal

La comunicación no verbal es la comunicación a través de medios distintos del lenguaje. Por ejemplo, el silencio, el espacio personal, el contacto visual, el tacto y otros. También incluye el concepto de espacio cultural, que nos da nuestra identidad, por lo tanto es muy importante para los profesionales de atención de la salud para abordar las diferencias culturales de la comunicación no verbal para evitar malentendidos. Se suele afirmar que la comunicación no verbal expresa el verdadero significado del mensaje en comparación con la comunicación verbal (Taylor et al, 1997), transmite mensajes sobre las emociones de las personas, indica su estatus social, pero también da mensajes de engaño si alguien está mintiendo (Martin & Nakayama, 2014).

Principios de la comunicación no verbal

La comunicación no verbal transmite importantes mensajes interpersonales y emocionales. Se afirma que el 65-90% de nuestro significado se deriva de señales no verbales (Guerrero et al, 2006).

1. La comunicación no verbal es más involuntaria que la verbal. La comunicación no verbal siempre muestra nuestros pensamientos o sentimientos subyacentes.
2. La comunicación no verbal es más ambigua. La mayoría de las señales no verbales pueden estar relacionadas con múltiples significados. Pocas señales no verbales tienen significado universal.
3. La comunicación no verbal es más creíble que la comunicación verbal porque es innata.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

Funciones de la comunicación no verbal

1. La comunicación no verbal cambia el significado reforzando, sustituyendo o contradiciendo la comunicación verbal. Por ejemplo, los gestos pueden ayudar al profesional de la salud a pedirle al paciente que abra su boca.
2. La comunicación no verbal influye sobre otros. La comunicación verbal y no verbal se contradice a menudo.
3. La comunicación no verbal regula el flujo conversacional.
4. La comunicación no verbal afecta a las relaciones. Nuestros mensajes no verbales influyen en nuestras relaciones de manera positiva y negativa.
5. La comunicación no verbal expresa quiénes somos. Nuestra identidad se comunica a través de la forma en que nos vestimos, estamos, el tono de nuestra voz, etc.

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

¿Cómo influencia la cultura en los patrones de la comunicación no verbal?

Las emociones básicas como la felicidad, la tristeza, el disgusto, el miedo, la ira, la sorpresa, se comunican utilizando la comunicación no verbal en muchas culturas de la misma manera. El estímulo que causa este comportamiento no verbal varía de una cultura a otra. Por ejemplo, sonreír es un comportamiento no verbal internacional, pero lo que está causando la sonrisa varía entre diferentes culturas (Martin & Nakayama, 2014).

Tipos de comunicación no verbal

Tocar. Tocar tiene un significado diferente para cada persona y su experiencia es el resultado de características culturales. En general, se considera como una forma no verbal para comunicar amor, seguridad, afecto, simpatía y también la ira y la agresividad (Taylor y col., 1997).

Maneras de tocar que deben evitarse:

- Evite tocar a personas que no conoce a menos que se les presente o que esté ofreciendo asistencia.
- Evitar los toques dañinos y disculparse si ocurren, incluso si ocurren accidentalmente.
- Evite sorprender a otra persona tocándola.
- Evite interrumpir el contacto físico, como abrazar a alguien mientras están hablando con otra persona.
- Evite mover a la gente fuera de su sitio con solo tocar – deberá usar un mensaje verbal como "perdón".
- Evite el tacto excesivamente agresivo, especialmente cuando se disfraza de tacto juguetón (por ejemplo, un juego de caballos demasiado lejos).
- Evite combinar el tacto con la crítica negativa; una mano en el hombro durante una declaración crítica puede aumentar la actitud defensiva de una persona y parecer agresivo

<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

Sonidos (paralingüísticos)

Los comportamientos vocales durante la comunicación incluyen mensajes importantes. El tono de voz, el volumen, la velocidad, llorar, el gemido, el suspiro y la dificultad para respirar podría explicarse de una manera diferente. Por ejemplo, alguien llorando porque es feliz o triste, dificultad para respirar indica dolor, miedo o sorpresa. (Taylor y col., 1997).

Silencio

¿El silencio podría significar comprensión, vergüenza o enojo!

Contacto visual

El contacto visual se considera una dimensión del espacio personal, ya que organiza el espacio personal. El contacto visual directo disminuye la distancia entre dos personas. Las creencias sobre el contacto visual varían entre las diferentes culturas (Martin y Nakayama, 2014). El contacto visual en el oeste y la cultura americana significa prestar atención y respeto. En Kenia y China se muestra como grosería y falta de respeto. En los países árabes, el hijab es un pañuelo para la protección del cuerpo de las mujeres de los ojos de los hombres. Quitar el hijab a alguien equivale a ver su verdadera identidad (Martin & Nakayama, 2014).

Expresiones faciales

Las expresiones faciales pueden expresar muchas emociones (disgusto, felicidad, miedo). Los profesionales de la salud deben prestar atención a las expresiones faciales de los pacientes y a sus propias expresiones faciales al cuidar a las personas. Los chinos no usan este tipo de expresiones.

Gestos

Los gestos (brazos y movimientos de las manos) se usan muy a menudo cuando dos personas hablan un idioma diferente. Algunos gestos son percibidos de la misma manera por diferentes culturas, mientras que otros gestos tienen un significado diferente en cada cultivador. Por ejemplo, tocar el pie generalmente significa enojo y estrés.

Además, el gesto de "pulgar hacia arriba" significa "uno" en Europa continental, pero también significa "el tuyo" en Grecia (cuando se empuja hacia delante) y es reconocido como una señal para hacer autostop o "bueno", "buen trabajo / ir ", o " OK "en muchas otras culturas.

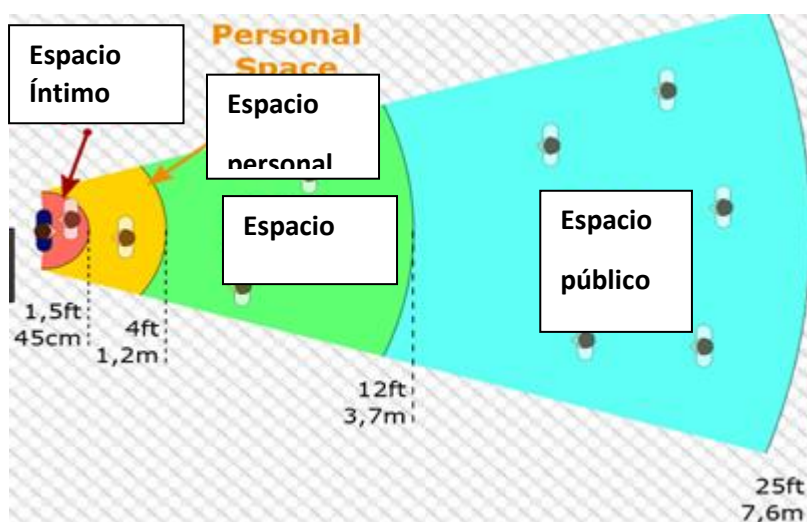
<https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-on-communication-studies.pdf>

Espacio personal

El espacio personal es un círculo alrededor de nosotros que marca la distancia segura entre nosotros y los demás (figura 1). El espacio que nos rodea está dividido en zonas / espacios, y cada uno de ellos tiene un rango diferente de privacidad. 30 cm de nuestro cuerpo es considerado como el espacio de intimidad y sólo los amigos más cercanos, la familia y los socios románticos / íntimos están permitidos en ella. Espacio personal, (30 cm a 150 cm de nuestro cuerpo) está reservado para amigos, conocidos cercanos, y otras personas significativas. Su violación produce sentimientos de incomodidad y trastornos. El espacio social (1,5 m a 3,5 m de nuestro cuerpo) está reservado para gente desconocida entre sí y es en el contexto de una interacción profesional o casual. En la zona pública, (3,5 a 7,5 m de nuestro cuerpo) la comunicación es formal y muchas veces no estamos obligados o esperamos reconocer o interactuar con las personas que entran en nuestra zona pública <https://2012books.lardbucket.org/pdfs/a-primer-en-comunicación-estudios.pdf>

Si el paciente vuelve durante nuestra comunicación significa que la zona íntima fue violada. Si el paciente se acerca al profesional de la salud significa que necesita proximidad. Para los profesionales de la salud, la zona personal se considera como la zona óptima durante la comunicación con los pacientes (Taylor et al, 1997).

Algunos grupos culturales se definen como culturas de contacto y otras como culturas sin contacto. Las culturas de contacto son personas de países como los países mediterráneos, el norte de África, Europa Oriental, Indonesia, América Latina, América del Sur. En estas culturas, las personas están de pie más cerca durante la comunicación, y con frecuencia el contacto directo con los ojos, tocar y hablar en voz alta. Las culturas sin contacto son personas de China, Tailandia, Japón, Filipinas, Corea, Alemania, Noruega, Finlandia, Suecia, Noruega (Martin & Nakayama 2014). En esta cultura la gente se mantiene alejada de la otra persona durante la comunicación, mantiene menos contacto táctil y visual.



	<p>Figura 1. Espacio personal.</p> <p>https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Personal_Spaces_in_Proxemics.svg</p>	
<p>Actividades</p> <p>1 actividad máxima 4 páginas</p> <p>- Título</p> <p>- Objetivos</p> <p>- Palabras clave (máx 5)</p> <p>- Contenidos (por favor cite siempre la fuente y añada las referencias en los espacios del módulo dedicados a las referencias)</p> <p>- Material (el material puede ser también multimedia, como imágenes, videos, dibujos, material impreso por los alumnos ...)</p>	<p>Título: Actividades de la comunicación no verbal</p>	
	<p>Objetivos: Entender su propia cultura y analizar su propio lenguaje corporal</p>	
	<p>Palabras claves: lenguaje corporal, comunicación no verbal</p>	
	<p>Contenidos: DE Guía Práctica del Colegio de Enfermeras de Ontario: Cuidado culturalmente sensible (2009)</p> <p>Diponible en</p> <p>http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf</p> <p>Acceso 3 /7/2017</p>	
	<div></div>	<p>Estas sugerencias se han desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a comprender sus culturas individuales. Considere cuidadosamente la pregunta antes de escribir su respuesta. Además, considere cómo alguien de otra cultura podría responder a la misma pregunta.</p> <p>■ Piense en una época en que estuviste con un grupo de personas de otro país, o incluso de otra parte de Canadá. ¿Cuáles fueron las similitudes y diferencias en la cultura?</p> <p>■ ¿Qué describirías como su cultura?</p> <p>¿Cómo clasificaría lo siguiente en orden de importancia: etnia, familia, trabajo, futuro, dieta y religión?</p> <p>¿Cree usted que sus pacientes tienen las mismas prioridades?</p>

	<p>su postura, contacto visual y el tono de su voz? ¿Podría su lenguaje corporal estar comunicando algo diferente de sus palabras?</p> <p>■ Como individuo, ¿cómo valora la independencia personal, la familia, la libertad, el trabajo significativo, la espiritualidad, etc.? ¿Qué impacto tiene esto en las relaciones con sus pacientes?</p> <p>Reflexionar continuamente sobre sus reacciones a las culturas de sus pacientes y le ayudará a proporcionar atención culturalmente aceptable.</p>
<p>Caso de estudio</p> <p>1 o 2 (no más que 1 página en formato de historia)</p>	<p>Caso de estudio 1:</p> <p>Un paciente, que no habla su idioma, es hospitalizado después de una cirugía en el hospital donde usted trabaja. La comunicación es muy difícil y un colega suyo afirma que su dolor es de 10 en la escala de dolor de 10 °. Cuando usted lo visita a su habitación lo encuentra en cuclillas, hablando al teléfono y riéndose.</p> <p>¿Qué pasa con sus mensajes verbales y no verbales?</p> <p>¿Qué está pasando en su opinión?</p> <p>¿Cómo cree que debería ser el lenguaje corporal si el dolor es de 10?</p> <p>¿Qué va a hacer para manejar la situación?</p> <p>Caso de estudio 2</p> <p>Una mujer de una cultura diferente es hospitalizada en la unidad donde trabaja después de un incidente de colapso. Está sola sin su familia. Los profesionales de la salud son muy curiosos acerca de esta mujer. Ella parece saber y entender el lenguaje porque responde a las preguntas y responde bien cuando alguien le</p>

	<p>pide que haga algo. Sin embargo, se sienta en silencio en su cama, no mira a su alrededor, y no se comunica con nadie en su habitación.</p> <p>Por la tarde, tiene visitas de diferentes edades. A ella se la ve feliz y se comunica con ellos. La mujer y sus visitas se sientan en el suelo en una esquina tranquila del salón de la unidad. Ellos comen comida que han traído de casa, hablan su propio idioma y se divierten juntos.</p> <p>¿Cuáles son las posibles explicaciones del comportamiento de la mujer?</p> <p>¿Cuáles son las posibles explicaciones del comportamiento de las visitas?</p> <p>¿Cuál es el comportamiento posible de los profesionales de la salud en esta reunión?</p> <p>http://rcnhca.org.uk/top-page-001/communication-methods/non-verbal-communication-2/</p>
Resumen de los puntos clave	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación no verbal es la comunicación a través de medios distintos al lenguaje, por ejemplo, el silencio, el espacio personal, el contacto visual, el tacto y otros. • La comunicación no verbal transmite importantes mensajes interpersonales y emocionales. Se afirma que el 65-90% de nuestro significado se deriva de señales no verbales. • Es muy importante que los profesionales de atención sanitaria aborden las diferencias culturales de la comunicación no verbal para evitar malentendidos. • La comunicación no verbal cambia el significado reforzando, sustituyendo o contradiciendo la comunicación verbal. • El espacio personal es un círculo alrededor de nosotros que marca la distancia segura entre nosotros y los demás. Para los profesionales de la salud, la zona personal se considera como la zona óptima durante la comunicación con los pacientes. • Algunos grupos culturales se definen como culturas de contacto (países mediterráneos, África septentrional, Europa oriental, Indonesia, América Latina y América del Sur). • Algunos otros grupos culturales se definen como culturas sin contacto (China, Tailandia, Japón, Filipinas, Corea, Alemania, Noruega, Finlandia, Suecia y Noruega).

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta: señales no verbales

Contenido de la pregunta	Un profesional de la salud informa a un paciente con una cultura diferente sobre su condición. Durante su conversación, el profesional
--------------------------	--

Referencia del Proyecto No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Proyecto Erasmus+, Alianzas Estratégicas para la Formación Profesional y la Capacitación

	de la salud presenta un patrón de comunicación no verbal. ¿Cuál es la respuesta correcta con respecto al patrón de comunicación no-verbal? ¿Qué tipo de mensajes da el profesional de la salud en la respuesta 1 y la respuesta 2?
Respuesta 1	El profesional de la salud está parado en la puerta, hay alimento y bebida fuera de la habitación del paciente, está guardando algunos medicamentos en sus manos y está hablando al mismo tiempo con sus colegas que están caminando en el pasillo.
Respuesta 2	El profesional de la salud está sentado cerca del paciente al mismo nivel, teniendo contacto visual, la puerta está cerrada, el ambiente está tranquilo y parece estar allí sólo para el paciente.
Respuesta(s) correcta(s)	2
Pregunta 2: Título de la pregunta: Comunicación y espacio personal	
Contenido de la pregunta	Una mujer china quiere preguntarle sobre sus medicinas. Ella está de pie unos 3,5 metros (zona social) lejos de ti y ella está hablando en voz baja. No puedes escuchar su pregunta. ¿Qué haces?
Respuesta 1	Dile que hable en voz alta y repita la pregunta.
Respuesta 2	Muévete junto a ella a unos 0,5 metros de distancia y dile que repita su pregunta.
Respuesta 3	Acérquese a ella, sosténgala y díglele que repita su pregunta.
Respuesta 4
Respuesta 5
Respuesta(s) correcta(s)	La cultura china se define como una cultura sin contacto que significa que las personas se alejan de la otra persona durante la comunicación; mantener menos contacto táctil y visual.
Pregunta 3: Título de la pregunta: ¡Se flexible!	
Contenido de la pregunta	Una mujer de un país árabe visita el centro de salud donde usted está trabajando. Debe administrarle una inyección intramuscular. La mujer rechaza la inyección. Su sexo es masculino. ¿Qué hace?
Respuesta 1	Usted no le pone la inyección y la mujer deja el centro de salud.
Respuesta 2	Insiste más en ponerle la inyección para aliviarla el dolor.
Respuesta 3	Pida a una colega mujer que le ponga la inyección cuando termine su trabajo.
Respuesta(s) correcta(s)	3.
Pregunta 4: Título de la pregunta: cultura árabe	

Contenido de la pregunta	En los países árabes, la hijab es
Respuesta 1	Una auténtica delicadeza
Respuesta 2	Una especie de protección para el cuerpo de la mujer de los ojos de los hombres
Respuesta 3	Un período de fijación
Respuesta 4	Compromiso entre una niña y un hombre mayor
Respuesta(s) correcta(s)	2

Pregunta 5: Título de la pregunta: Comunicación y espacio

Contenido de la pregunta	El espacio social está reservado a personas desconocidas entre sí y se encuentra en el contexto de una interacción profesional o casual. El espacio social se refiere a:
Respuesta 1	30 cm alrededor de tu cuerpo
Respuesta 2	De 1,5 m a 3,5 m alrededor de tu cuerpo
Respuesta 3	De 30 cm a 150 cm alrededor de tu cuerpo
Respuesta 4	De 3,5 m a 7,5 m alrededor de tu cuerpo
Respuesta(s) correcta(s)	2

Glosario

Términos más importantes, específicos para el sub-módulo

Comunicación no verbal	La comunicación no verbal es la comunicación a través de medios distintos del lenguaje.
Espacio personal	El espacio personal es un círculo alrededor de nosotros que marca la distancia segura entre nosotros y los demás. El espacio que nos rodea se divide en zonas / espacios, y cada uno de ellos tiene diferente rango de privacidad.

1.3 <Comunicación empática>

Teoría y contenidos

2-3 páginas

Comunicación empática

Las profesiones de salud combinan la evidencia del conocimiento científico con la habilidad de cuidar a otro ser humano. El arte de cuidar implica acciones y actitudes de virtud incluyendo compasión, respeto y empatía (Lovan & Wilson, 2012).

Una explicación clásica de la empatía es la capacidad de percibir el marco interno de referencia de otro con exactitud, manteniendo un sentido de sí mismo (Rogers, 1957 p.95).

Los profesionales de la salud deben tener conocimientos sobre la práctica basada en la evidencia, así como ser competentes en las relaciones humanas. Interactúan con personas que están en sus momentos más débiles de una manera íntima; por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud estén equipados con la habilidad de la empatía. La capacidad de expresar empatía fomenta un sentimiento de confianza que, por lo tanto, profundiza el nivel de comunicación con los pacientes (Nunes, et al, 2011).

De acuerdo con la definición de empatía dentro del marco del enfoque centrado en la persona, la empatía es la capacidad de comprender más profundamente el marco de referencia de los demás e implica ser capaz de ponerse en la posición del otro.

Cuando un profesional de la salud es empático, él o ella empiezan a ver más allá del comportamiento de un paciente y entienden la experiencia interna del paciente en ese momento. La empatía permite al profesional comprender realmente por lo que el paciente está pasando porque la empatía implica la comprensión intelectual y emocional de otra persona (Smith & Parker, 2015). Más importante aún, la empatía no es sólo la capacidad de percibir el significado y los sentimientos de otro, sino también de comunicar esos sentimientos a la otra persona (Stein-Parbury, 2013). La experiencia interna de entender la perspectiva de otra persona es sólo parte de lo que se entiende por empatía. Para ser empático, una persona no sólo debe comprender, sino expresar su comprensión al otro y validar esa comprensión.

Así, la empatía es la capacidad de una persona para entender lo que está experimentando el otro desde la perspectiva del receptor y la capacidad de comunicar esa comprensión al receptor. La naturaleza recíproca de la relación profesional-paciente se basa en la idea de que los pacientes tienen su propia interpretación de su situación y por lo tanto los profesionales deben validar las inferencias hechas antes de sacar conclusiones.

La empatía implica la comprensión intelectual y emocional del profesional. El profesional que emplea la empatía es capaz de reunir la perspectiva de la experiencia del paciente desde un punto de vista cariñoso e imparcial, comunicar esa interpretación al paciente para su validación y luego actuar en nombre de las necesidades del paciente en ese momento (Smith y Parker, 2015).

La empatía cultural significa conciencia y comprensión de los valores, creencias y opiniones de las personas de una cultura diferente a la propia. La empatía hacia las personas de la misma cultura se ha caracterizado como más fácil, mientras que cuanto mayor es la diferencia en el fondo cultural, más esfuerzos se requieren para la empatía (Hoffman, 2000; Howe, 2013).

Calloway-Thomas (2010), una especialista en comunicación intercultural, afirmó que *"la empatía es la habilidad imaginativa para entrar y participar en el mundo cognitivo, afectivo y conductual del otro"* (p 8).

Según Kiosses et al (2016), la empatía se describe a veces como un atributo cognitivo que incluye la comprensión de las experiencias de otros, a veces como un estado emocional de la mente que comparte sentimientos y otras veces como un concepto que involucra cognición y emoción.

Según Everhart et al (2016) junto con los elementos de autoconciencia, el manejo de las relaciones, el manejo de los sentimientos y la motivación, la empatía forma parte de la Inteligencia Emocional.

La empatía contiene dos componentes distintos: un componente cognitivo y un componente emocional. La toma de perspectiva que es el componente cognitivo de la empatía es importante para el proceso de desarrollar empatía para entender cómo otras personas pueden verse afectadas por una situación, así como comprender que puede haber otras perspectivas a una situación, mientras que compasión es el componente emocional de la empatía, significa que un individuo a menudo siente compasión por otro y se vuelve motivado para entender a esa persona de una manera nueva.

En conjunto, estos dos componentes crean empatía y capacidad empática. Además, los dos componentes de la empatía - la compasión y la capacidad de entender cómo una persona puede verse afectada por su situación - es a menudo lo que lleva a los individuos a querer ayudar a los demás y actuar para ayudarlos (Everhart et al, 2016).

Everhart et al (2016) plantean que debemos reconocer la empatía como una habilidad, más que como un rasgo de personalidad o virtud, la empatía debe ser vista como una habilidad de aprendizaje, una habilidad o conjunto de habilidades que pueden desarrollarse, enseñarse, practicarse, y cultivarlas.

Una forma en que se puede aprender es a través de las relaciones que se mantienen entre la enfermera y el paciente (Metcalf & Putnam, 2013).

Sin embargo, se ha demostrado que el uso de estilos de aprendizaje experiencial es más efectivo que otros estilos de aprendizaje en el aumento del conocimiento y el cambio de comportamiento de la enfermera expresó empatía con los estudiantes de enfermería de pregrado (Brunero et al, 2010). Williams et al (2015) demostraron la efectividad de un enfoque experiencial del aprendizaje a través de los casos de estudios, el juego de roles y la reflexión con 293 estudiantes de enfermería en Australia en la mejora de los niveles de empatía auto informados.

La evidencia sugiere que el papel de la educación de los profesionales de la salud debe ser examinado para saber cómo los educadores pueden promover el desarrollo de la empatía en los estudiantes y que existen varias estrategias para mejorar la capacidad de la enfermera para usar la empatía (Ward et al, 2012). Ejemplos de estas estrategias incluyen el uso de pacientes estandarizados para el juego de roles, la provisión de simulación de experiencias de pseudo-hospitalización, la exposición a modelos empáticos y dando a los estudiantes la oportunidad de escuchar atentamente las narrativas de los pacientes de su enfermedad (Ward et al, 2012).

Las escuelas médicas y otras escuelas de profesionales de la salud han incluido intervenciones educativas para mantener y mejorar la empatía en estudiantes de pregrado (Kiosses et al, 2016).

Empatía y resultados clínicos

Existe una relación entre la empatía y los resultados clínicos positivos, ya que se demuestra que los resultados clínicos mejoran con un aumento en la empatía de los profesionales de la salud (Hojat, Gonnella, & Maxwell, 2009). El uso de la empatía se documenta más como un vehículo para los profesionales de la salud para involucrar a los pacientes (Brunero et al, 2010). También hay evidencia que demuestra que los pacientes experimentan menos angustia con las enfermeras que expresan empatía (Lelorain, Brédart, Dolbeault, & Sultan, 2012). Además, la empatía se ha vinculado a un mejor trabajo en equipo y a la atención integral del paciente (Hojat, Bianco, Mann, Massello, & Calabrese, 2015). Los pacientes que perciben la empatía de sus profesionales son más propensos a comprometerse y a cumplir con el tratamiento (Hojat et al, 2010).

Otro estudio encontró que la expresión de empatía de la enfermera, cuando estaba presente, resultó en una reducción del 33% en las restricciones o reclusión (Yang et al., 2014). La comunicación empática eficaz que se basa en la percepción de los pacientes de la experiencia debe conducir a mejores resultados de los pacientes en general, reduciendo así los costos en el

	<p>sistema de salud. Los encargados de la formulación de políticas que luchan por la calidad de la asistencia sanitaria y los costos, reconocen que la toma de decisiones compartida y la participación de los pacientes son importantes mecanismos para mejorar la atención y reducir los costos (Bernabeo y Holmboe, 2013).</p> <p>Hoy en día, sin embargo, se ha observado una disminución en los niveles de empatía de los profesionales de la salud. La razón para explicar la declinación de la empatía se especula que es la de varios factores que contribuyen como la falta de tiempo para participar en la comunicación empática, la falta de apoyo o actitudes negativas de la facultad clínica y personal sanitario y las prioridades en competencia dentro del entorno sanitario (Ward et al, 2012).</p> <p>La razón por la cual la empatía clínica ha sido introducida en los currículos de atención médica está relacionada con los atributos positivos esperados de la empatía, incluyendo la obediencia, el comportamiento prosaico, el razonamiento moral, la reducción de los litigios de negligencia profesional, la mejor toma de historia clínica, el examen físico, la satisfacción del paciente y los resultados clínicos generales mejorados (Kiosses et al, 2016).</p> <p>Como Papadopoulos y Pelezzia (2015) señalan que las sociedades modernas se vuelven cada vez más multiculturales, los profesionales sanitarios y los administradores de los equipos de atención sanitaria deben ser conscientes de la necesidad de habilidades empáticas interculturales.</p>
Actividades	Título: Actividades de empatía
	Objetivos: Para asegurar que el grupo tiene el mismo entendimiento cuando usan el término 'empatía'
	Palabras claves: empatía, comunicación empática
	Contenidos: actividad de empatía en la Universidad Monash
	<p>1. Romper el hielo: Se les pide a los estudiantes que continúen esta frase en su nota post-it:</p> <p>"La empatía es ...". Las notas post-it se recogen y se leen en voz alta individualmente o en temas, ej. los zapatos del paciente o la distancia emocional, etc. (10 minutos).</p> <p>2. Tarjetas de emparejamiento de empatía (vea en la conclusión del Apéndice 3): Cada carta (término y definición) se coloca aleatoriamente en una tabla. Los participantes deben coincidir con cada término con su definición. La intención es que los participantes consideren los matices de los diferentes términos y consideren lo que esto podría significar para las diferentes profesiones de salud y el cuidado de la salud integral y el trabajo en equipo.</p>

	También asegura que el grupo tiene el mismo entendimiento cuando usan el término 'empatía'. (10 minutos).	
	Cartas de emparejamiento de empatía (Diccionario Fuente Macquarie): Condiciones: Empatía Simpatía Compasión Cuidado Emoción Compenetración Lástima Afinidad	Definiciones: Entrar en el sentimiento o el espíritu de una persona o cosa; percepción apreciativa o comprensión. El hecho o el poder de entrar en los sentimientos de otro, especialmente en la tristeza o el problema. Una sensación de dolor por los sufrimientos o desgracias de otro. Intercambios de confidencias, particularmente en relación con alguna experiencia angustiosa, que están destinados a promover la curación emocional. Cualquiera de los sentimientos de alegría, tristeza, miedo, odio, amor, etc. Conexión, especialmente relación armoniosa o simpática. Un gusto natural por, o atracción hacia, una persona o cosa. La tristeza compasiva o bondadosa excitada por el sufrimiento o la desgracia de otro, conduciendo a menudo a dar alivio o ayuda o para mostrar misericordia.
	RESPUESTAS (Diccionario de Fuente Macquarie)	
	Empatía	

	<p>Entrar en el sentimiento o el espíritu de una persona o cosa; percepción apreciativa o comprensión.</p> <p>Simpatía</p> <p>El hecho o el poder entrar en los sentimientos de otro, especialmente en la tristeza o problemas; compasión, o consideración.</p> <p>Compasión</p> <p>Un sentimiento de dolor o compasión por los sufrimientos o desgracias de otro.</p> <p>Cuidado</p> <p>Intercambios de confidencias, particularmente en relación con alguna experiencia angustiosa, que están destinados a promover la curación emocional.</p> <p>Emoción</p> <p>Cualquiera de los sentimientos de alegría, tristeza, miedo, odio, amor, etc.</p> <p>Compenetración</p> <p>Conexión, especialmente relación armoniosa o simpática.</p> <p>Afinidad</p> <p>Un gusto natural por, o atracción hacia, una persona o cosa.</p> <p>Lástima</p> <p>El dolor simpático o amable excitado por el sufrimiento o la desgracia de otro, a menudo llevando a uno a dar alivio o ayuda o para mostrar misericordia.</p>	
Caso de estudio	<p>Objetivos: Aumentar el conocimiento de las interpretaciones y explicaciones culturalmente determinadas de otros comportamientos culturalmente influenciados</p>	
	<p>Escenario 1</p> <p>El paciente es una mujer que ha desarrollado una relación muy buena con la enfermera en la clínica de salud de su comunidad. En una visita, le pide a la enfermera cómo organizar la extirpación de los genitales femeninos para un miembro de su comunidad.</p>	<p>Discusión 1</p> <p>Independientemente de sus sentimientos personales sobre la escisión genital femenina, la enfermera necesita entender el significado de esta costumbre para el paciente, que está vinculada a valores sobre la pureza de la familia y el honor de la familia. La enfermera, sin</p>

	<p>embargo, también sabe que la práctica es ilegal en Canadá. La enfermera debe informar al paciente, de una manera no crítica, de los riesgos potenciales y los daños asociados con la práctica y de las implicaciones legales. Al explorar la costumbre y proporcionar educación y apoyo a la mujer, la enfermera tiene una mejor oportunidad de prevenir una práctica que conlleva un considerable riesgo de daño.</p>
--	---

http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf

Escenario 2

Una enfermera, trabajando como un administrador de casos de la comunidad, visitó la casa de un niño con graves retrasos físicos y de desarrollo. Explicó a los padres que con su consentimiento se enviaría al niño a un programa de fisioterapia y terapia ocupacional que le ayudaría a ser más independiente. Los padres se negaron, diciendo que era su deber cuidar de su hijo porque la condición del niño es castigo por haber concebido antes de casarse. No apoyaban un programa para aumentar la independencia. La enfermera se molestó y sintió que los padres no estaban actuando por el mejor interés del niño.

Discusión 2

La enfermera no comprendía el rechazo inicial del tratamiento. Después de reflexionar y discutir con sus colegas, se dio cuenta de que sus valores personales y profesionales de independencia le estaban causando que se sintiera molesta con la negativa de los padres. Decidió explorar con la familia las metas para su hijo. Al hacerlo, aprendió que los padres querían que su hijo se hiciera más fuerte y tuviera menos infecciones. Cuando los mismos tratamientos se describieron como un medio para cumplir con estos objetivos, los padres estaban dispuestos a participar. El programa fue desarrollado para cumplir con las metas que la familia identificó como importantes.

http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf

Escenario 3

http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf

Escenario 3

Un paciente de una comunidad de un país desarrollado solicita que se realice una ceremonia con hierbas dulces en el hospital como parte del tratamiento. La ceremonia consiste en cantar y quemar algunas sustancias, lo que dará lugar a pequeñas cantidades de humo (similar a la de quemar un palo de incienso). La reacción inicial de la enfermera es que algo así nunca se ha hecho, y que está en contra de la política hospitalaria. Sin embargo, también entiende la importancia de este ritual para el paciente. La enfermera plantea el problema con la administración de la unidad y, con el apoyo de colegas, explora el impacto potencial en otros pacientes. La enfermera también revisa las políticas de incendios relevantes y consulta con el personal apropiado en otros departamentos. Se determina que cualquier riesgo a otros pacientes se puede quitar transfiriendo el paciente a una sala privada. Esto se hace, y se realiza la ceremonia.

Discusión 3

El compromiso de la enfermera con el cuidado centrado en el paciente le induce a explorar formas de satisfacer las necesidades del paciente dentro de los límites del entorno hospitalario. La falta de experiencia y el miedo son dos de las barreras más comunes para proporcionar atención culturalmente sensible. Mediante la colaboración con otros colegas, la enfermera puede abordar la suposición de que no se puede hacer y determinar maneras de satisfacer las necesidades del paciente sin exponer a otros pacientes a la incomodidad o el riesgo. La enfermera logra satisfacer las necesidades de su paciente, no sólo por su creatividad, sino porque se responsabiliza de influir en las políticas y procedimientos en el entorno de la práctica.

Resumen de los puntos clave

- Las sociedades modernas se vuelven cada vez más multiculturales, por lo que los educadores de las profesiones sanitarias y los gestores de los equipos de atención de la salud deben ser conscientes de la necesidad de habilidades empáticas interculturales.
- Las profesiones de la salud combinan la evidencia del conocimiento científico con la habilidad de cuidar a otro ser humano. El arte de cuidar implica acciones y actitudes de virtud incluyendo compasión, respeto y empatía.

- La empatía cultural significa conciencia y comprensión de los valores, creencias y opiniones de las personas de una cultura diferente a la propia.
- La capacidad de expresar empatía fomenta un sentimiento de confianza que, por lo tanto, profundiza el nivel de comunicación con los pacientes
- Los resultados clínicos positivos que se han documentado son menos angustiosos para los pacientes con profesionales que expresan la empatía, el trabajo en equipo mejorado y la atención integrada del paciente, la reducción de las restricciones o reclusión, los mejores resultados del paciente y la reducción de costos en el sistema sanitario.
- Se ha demostrado que el uso de estilos de aprendizaje experiencial tales como la simulación, la exposición a modelos empáticos y la escucha activa de los estudiantes a las narrativas de los pacientes es más efectivo que otros estilos de aprendizaje en la ganancia de conocimiento y el cambio de comportamiento de la empatía expresada por los profesionales de la salud.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Comprensión del término empatía

Contenido de la pregunta	Empatía se define como
Respuesta 1	Un sentimiento de dolor o compasión por los sufrimientos o desgracias de otro.
Respuesta 2	"La capacidad imaginativa de entrar y participar en el mundo de la otra cultura cognitiva, afectiva y conductual"
Respuesta 3	El hecho o el poder de entrar en los sentimientos de otro, especialmente en la tristeza o problemas; compasión, o consideración.
Respuesta 4	La tristeza compasiva o bondadosa excitada por el sufrimiento o la desgracia de otro, conduciendo a menudo a dar alivio o ayuda o para mostrar misericordia.
Respuesta 5	Conexión, especialmente relación armoniosa o simpática.
Respuesta(s) correcta(s)	2

Pregunta2: Disminución en empatía

Contenido de la pregunta	Se ha observado una disminución de los niveles de empatía en los profesionales de la salud. Esto es debido a:
Respuesta 1	Falta de tiempo para participar en la comunicación empática
Respuesta 2	Falta de apoyo o actitudes negativas por parte del profesorado clínico y del personal sanitario
Respuesta 3	Prioridades en competencia en el ámbito de la atención de la salud
Respuesta 4	Todas las anteriores
Respuesta 5	1,2
Respuesta(s) correcta(s)	4

Pregunta3: Atributos positivos de la empatía

Contenido de la pregunta	La empatía clínica se ha introducido en los currículos de atención de salud y está relacionada con los atributos positivos esperados de la empatía, incluyendo:
Respuesta 1	Mejora de las relaciones terapéuticas
Respuesta 2	Razonamiento moral
Respuesta 3	Mejor toma de la historia y examen físico
Respuesta 4	Satisfacción del paciente
Respuesta 5	Todas las anteriores
Respuesta(s) correcta(s)	5

Pregunta 4: Técnicas de educación empática

Contenido de la pregunta	Ejemplos de estrategias para promover el desarrollo de la empatía en los estudiantes incluyen:
Respuesta 1	Uso de pacientes estandarizados para el juego de roles
Respuesta 2	Provisión de simulaciones de experiencias de pseudo-hospitalización
Respuesta 3	La exposición a modelos empáticos,
Respuesta 4	Dar a los estudiantes la oportunidad de escuchar atentamente las narrativas de los pacientes sobre su enfermedad

Respuesta 5	Todas las anteriores
Respuesta(s) correcta(s)	5
Pregunta 5: Componentes de la empatía	
Contenido de la pregunta	La empatía contiene los siguientes componentes:
Respuesta 1	Un componente cognitivo para comprender cómo otras personas pueden verse afectadas por una situación,
Respuesta 2	Compasión que es un componente emocional y significa que un individuo a menudo siente compasión por otro
Respuesta 3	Relación que es conexión, especialmente relación armoniosa o simpática.
Respuesta 4	1 y 2
Respuesta 5	1,2,3
Respuesta(s) correcta(s)	4
Glosario	
Empatía	La empatía es la capacidad de una persona para entender lo que está experimentando el otro desde la perspectiva del receptor y la capacidad de comunicar esa comprensión al receptor.
Empatía cultural	La empatía cultural significa conciencia y comprensión de los valores, creencias y opiniones de las personas de una cultura diferente a la propia.
Comunicación empática	Las profesiones de la salud combinan la evidencia del conocimiento científico con la habilidad de cuidar a otro ser humano. El arte de cuidar implica acciones y actitudes de virtud incluyendo compasión, respeto y empatía
Compasión	Un sentimiento de dolor o compasión por los sufrimientos o desgracias de otro.

1.4. <Escucha activa>

Teoría y contenidos	<p data-bbox="507 331 691 365">Escucha activa</p> <p data-bbox="507 443 1372 969">La escucha activa es una habilidad esencial en las consultas de práctica general y en la vida cotidiana. Puede mejorar los resultados de los contextos sanitarios y merece la misma importancia que el desarrollo del conocimiento clínico y las habilidades de procedimiento (Davies, 2003). Los pacientes con frecuencia sufren de angustia psicológica y requieren una comunicación altamente cualificada. Investigaciones anteriores demostraron que la mayor calidad de los servicios prestados en los centros de salud estaba altamente relacionada con la comunicación y la escucha activa (Dziopa & Ahern, 2009). El arte de la comunicación es el desarrollo de varias habilidades, algunas de las cuales están muy cubiertas en las subunidades anteriores. Aumentar la conciencia sobre la importancia de la comunicación y la escucha activa produce beneficios para el paciente y la relación profesional de la salud. La comunicación efectiva se logra mediante la escucha activa (Davies, 2003).</p> <p data-bbox="507 1115 826 1149">Niveles de escucha activa</p> <p data-bbox="507 1227 1372 1653">Hay dos aspectos en la escucha activa, la conciencia y la escucha. La conciencia ha sido descrita como un estado intuitivo en el cual los individuos están atentos tanto a la información externa como a la interna recibida (Feltham, & Horton, 2001). Eso podría ser, el aporte ambiental, lo que ven, oyen, sonidos potenciales, imágenes, emociones, así como sentido y energía. La información siempre se recibe como seres humanos que somos por naturaleza, a través de miles de receptores y procesadores (células, nervios, sistema nervioso, órganos de los sentidos y funciones cognitivas) (Eysenck, 2015). Sin embargo, si el individuo se vuelve consciente de la información recibida -el estado de la conciencia- es una cuestión de habilidades y atención entrenadas.</p> <p data-bbox="507 1731 1372 1977">El segundo y principal aspecto de la escucha activa es cómo los individuos escuchan. La conciencia parece ser un requisito previo para la escucha activa, como el primer paso que proporciona la información fundamental para efectuar la escucha. Claramente, la escucha activa es parte de un proceso que el individuo está llevando activamente. Durante este proceso, se han propuesto tres niveles de audición (Whitworth et al., 2007).</p>
----------------------------	---

	<p>El primer nivel es la "escucha interna" o "la conciencia del yo". Por ejemplo, mientras escucha una conversación el foco está en lo que estas palabras significan para el individuo. Una conversación interna tiene lugar y se centra en el yo. El individuo se está volviendo consciente acerca de los sentimientos, pensamientos e información general.</p> <p>El segundo nivel de escucha activo es "escucha focalizada". En contraste con el primer nivel de escucha, esta vez, el foco está en el locutor. Se presta atención adicional a las palabras mencionadas, a las expresiones, el tono de voz, el ritmo y el volumen; escuchando las interpretaciones subjetivas de los hablantes sobre la experiencia. En este punto, el oyente actúa como un espejo de lo que está diciendo el locutor y está pidiendo aclaraciones y colaborando para la discusión adicional que es dirigida por el locutor.</p> <p>El tercer nivel de escucha activo es "escucha global". Como este es el último nivel de escucha activo, combina los dos niveles anteriores. El individuo recibe información de cada fuente a la vez. Este nivel incluye información de los sentidos, lo que se habla y lo no hablado, alteraciones en la energía y las emociones. La información recibida forma la respuesta. En otras palabras, el nivel tres incluye acción, inacción e interacción. Entonces, el individuo está actuando / comportándose en elecciones informadas, está observando el impacto de su respuesta y es capaz de ajustar su comportamiento en consecuencia.</p>
Actividades	Título: Ser un oyente activo
	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Esbozar las habilidades esenciales necesarias para la escucha activa que se necesita dentro de la relación médico-paciente. • Aumentar la conciencia de los alumnos sobre sus propias habilidades comunicativas y nivel de escucha. • Supervisar el progreso del aprendiz en el uso de la escucha activa.
	Palabras claves: escucha activa, conciencia, comunicación
	Contenidos: <p>Marco de actividades: Se trata de una actividad individual de autoaprendizaje basada en la evidencia y construida en seis etapas. Los pasos deben ser seguidos en orden jerárquico, comenzando desde</p>

el primer paso y completando la actividad en el sexto paso. Se pide al individuo que realice la actividad en un contexto natural, en su entorno cotidiano. Cinco conversaciones diferentes deben tener lugar en cinco días. La actividad debe tener lugar en cinco días seguidos. Después del quinto día se pide al individuo que haga un informe de la reflexión final. Las conversaciones proporcionarán la base para la autorreflexión. Se le pide al individuo que preste atención a las cuatro conversaciones cambiando el enfoque atencional cada vez. Las conversaciones deben involucrar sólo a dos miembros, el oyente y el locutor y ser cortos (no más de 20 minutos). Se pide al individuo que se comporte naturalmente en cada conversación, sintiéndose cómodo y libre para responder de acuerdo a su voluntad. Después de cada conversación, se le pide al individuo que registre sus observaciones en el diario de reflexión de la actividad libremente en informes reflexivos diarios. No hay preguntas específicas que responder en cada proceso reflexivo, ya que las directrices se proporcionan dentro de cada paso de la actividad. El sexto paso es la redacción de un informe de reflexión general basado en los informes reflexivos anteriores.

La actividad involucra habilidades de atención selectiva, auto-conciencia y reflexión.

- **Primer paso:**

La primera conversación tiene lugar el primer día. Al individuo se le pide que preste atención en el flujo de la conversación y su papel y su impacto en la respuesta con el otro miembro de la conversación. Después de la conversación que se lleva a cabo, al individuo se le pide que anote sus observaciones en el diario de reflexión de la actividad.

- **Segundo paso:**

Antes de la segunda conversación, se le pide al individuo que lea el fondo teórico de habilidades de escucha activa proporcionado. Luego, la segunda conversación tiene lugar el segundo día. El enfoque atencional de esta conversación refleja el primer aspecto de la escucha activa que es la "conciencia". El individuo presta atención a los insumos ambientales, sonidos, imágenes, emociones, así como al sentido y la energía durante la conversación. Después de la conversación que se lleva a cabo, al individuo se le pide que anote sus observaciones en el diario de reflexión de la actividad. También se le pide que note cualquier diferencia en la conversación / auto / impacto comparado con la conversación del día 1.

- **Tercer paso:**

Antes de la segunda conversación, se le pide al individuo que lea el fondo teórico de habilidades de escucha activa proporcionado. La tercera conversación tiene lugar el tercer día. El enfoque de atención

de esta conversación refleja el primer nivel de escucha activa que es la "escucha interna". Al individuo se le pide que preste atención a sus sentimientos, pensamientos e información general (medioambiental, conversacional, y el yo). Después de la conversación que se lleva a cabo, al individuo se le pide que anote sus observaciones en el diario de reflexión de la actividad.

- **Cuarto paso:**

Antes de la segunda conversación, se le pide al individuo que lea el fondo teórico de habilidades de escucha activo proporcionado. La cuarta conversación tiene lugar el cuarto día. El enfoque atencional de esta conversación refleja el segundo nivel de escucha activa que es la "escucha centrada". Se pide al individuo que se centre en el locutor. La atención se da en la información que viene del locutor durante la conversación, por ejemplo, expresiones faciales / corporales, palabras, tono de voz / volumen, ritmo, etc. En este punto, el oyente es un observador activo, reflejando la información al locutor y preguntando para aclaraciones. La discusión es liderada principalmente por el locutor. Después de la conversación, se pide al individuo que registre sus observaciones en el diario de reflexión de la actividad.

- **Quinto paso:**

Antes de la segunda conversación, se le pide al individuo que lea el fondo teórico de habilidades de escucha activo proporcionado. La quinta conversación tiene lugar el quinto día. El enfoque atencional de esta conversación refleja el tercer nivel de escucha activa que es "escucha global". Se le pide al individuo que preste atención a la información general de entrada (externa, interna, conversacional y ambiental). De acuerdo con esta información, se pide al individuo que forme una respuesta y responda al hablador. A él se le pide que preste atención al impacto de su respuesta y observe la interacción con el otro miembro de la conversación. También se le pide que realice cualquier alteración en su comportamiento / respuesta de acuerdo con el impacto observado. Después de la conversación, se pide al individuo que registre sus observaciones en el diario de reflexión de la actividad.

- **Sexto paso:**

El sexto paso es un proceso auto-reflexivo que implica la lectura individual, la autorreflexión y la creación de significado. No se produce ninguna conversación en este paso. Se le pide al individuo que lea los informes reflexivos diarios previamente escritos. Se le pide enfocar las posibles diferencias en las conversaciones observadas antes y después de leer el material teórico. También se le pide que reflexione sobre el proceso general y el impacto de la escucha activa en la comunicación y cree un informe final reflexivo.

	<p>Material:</p> <p>El material utilizado para el proceso de reflexión diaria después de las conversaciones realizadas es el "diario de reflexión de la actividad". El diario proporciona el espacio para que el individuo registre sus observaciones y haga la autorreflexión sobre las conversaciones. Las observaciones escritas para las cinco conversaciones deben ser escritas por separado. El informe de reflexión final también debe escribirse por separado. Por ejemplo:</p> <p>Conversación 1-Día 1:</p> <p>Conversación 2-Día 2:</p> <p>Conversación 3-Día 3:</p> <p>Conversación 4-Día 4:</p> <p>Conversación 5-Día 5:</p> <p>Informe final de reflexión-Día 6:</p>
<p>Caso de estudio</p>	<p>Sam es una mujer de 35 años que sufre de una enfermedad crónica en la piel, la psoriasis. Recientemente, observó nuevos síntomas de psoriasis en particular, nuevas pápulas y placas aparecieron en el área de su cara. Visitó a un médico en la clínica de dermatología porque no ha podido mejorar. La siguiente conversación tuvo lugar durante la reunión con el médico.</p> <p>Diálogo 1:</p> <p>Sam: Tengo estas nuevas placas en mi cara. Esto es muy difícil para mí, todo el mundo ve que estoy enfermo. Por lo menos antes en mi cuerpo yo era capaz de ocultarlos.</p> <p>Doctor: Más de 10 pacientes llegaron hoy con síntomas similares de psoriasis. Es importante mantener la calma.</p> <p>Sam: Parece raro porque he estado tomando mi medicina correctamente y a pesar de eso, aparecieron nuevas placas. Es como si no tuviera control sobre ello.</p> <p>Doctor: Hay una explicación para ello, en la psoriasis los factores emocionales y ambientales tienen un impacto crucial en la etiología de la enfermedad y la exacerbación de los síntomas. Comencemos con la evaluación de la gravedad.</p> <p>Sam: Está bien...</p>

Diálogo 2:

Sam: Tengo estas nuevas placas en mi cara. Esto es muy difícil para mí, todo el mundo ve que estoy enfermo. Al menos antes, en mi cuerpo, yo era capaz de ocultarlos.

Doctor: ¿Es importante lo que otras personas pueden pensar cuando te miran? ¿Por qué conjeturas automáticamente que van a pensar que estás enfermo y no que están buscando tus ojos azules?

Sam: Sí, pero también me estoy mirando a mí mismo, estoy enfermo ... Es difícil para mí acercarme a la gente o abrir una conversación con un tipo interesante ...

Doctor: ok. Intentemos buscar alternativas en el tratamiento médico.

Sam: Oh, bueno, así que hay algo que podría ayudarme.

Diálogo 3:

Sam: Tengo estas nuevas placas en mi cara. Esto es muy difícil para mí, todo el mundo ve que estoy enfermo. Al menos antes, en mi cuerpo, yo era capaz de ocultarlos.

Doctor: ¿Es importante lo que otras personas pueden pensar cuando te miran? ¿Por qué conjeturas automáticamente que van a pensar que estás enfermo y no que están buscando tus ojos azules?

Sam: Sí, pero también me estoy mirando a mí mismo, estoy enfermo ... Es difícil para mí acercarme a la gente o abrir una conversación con un tipo interesante ...

Doctor: Puedo ver que estos nuevos síntomas son muy difíciles de tratar. Parece que, por los síntomas que aparecieron en la cara son siempre visibles, recordándole que están allí. La cara es la parte de nuestro cuerpo que se relaciona con el mundo.

Sam: sí, así que no puedo volver a la normalidad. Quiero ser yo mismo y sentirme cómodo hablando con la gente. Así que por eso vine aquí hoy, ¿hay algún tratamiento médico alternativo? ¿Qué puedo hacer?

Doctor: Así que vamos a tratar de buscar alternativas en el tratamiento médico. Además, podría ser útil considerar también el apoyo psicológico.

Sam: Sí, creo que esto podría ayudarme mucho.

Preguntas reflexivas:

¿Cuál es el nivel de escucha activa en el diálogo 1?

¿Cuál es el nivel de escucha activa en el diálogo 2?

¿Cuál es el nivel de escucha activa en el diálogo 3?

Considere el objetivo de la discusión médico-paciente que es la evaluación y la intervención. ¿Cuál de los tres diálogos fue, según usted, general y cumplió con los objetivos de la discusión?

Resumen de los puntos claves

- La actividad está basada en la evidencia y el autoaprendizaje
- Esta actividad se construye en seis pasos.
- Los pasos deben ser seguidos en un orden jerárquico.
- La actividad se desarrolla en condiciones naturales y cotidianas.
- Cinco conversaciones diferentes deben tener lugar en cinco días consecutivos.
- Las conversaciones proporcionarán la base para la autorreflexión.
- Se le pide al individuo que preste atención a las cuatro conversaciones cambiando el enfoque de la atención cada vez.
- Las conversaciones deben involucrar solamente a dos miembros, el oyente y el locutor y ser cortas (no más de 20 minutos).
- Después de cada conversación, se pide al individuo que registre sus observaciones en el diario de reflexión de la actividad.
- El sexto paso es redactar un informe de reflexión general basado en los informes reflexivos anteriores.
- La actividad involucra habilidades de atención selectiva, auto-conciencia y reflexión.
- En cada conversación, hay un enfoque adicional para cada nivel de escucha activo.
- El sexto paso es un proceso auto-reflexivo en el que el informe final reflexivo será escrito

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Escucha activa

La escucha activa es -entre otros- una habilidad esencial de comunicación

Respuesta 1	sí
Respuesta 2	no
Respuesta(s) correcta(s)	sí

Pregunta 2: Escucha activa**¿Cuántos aspectos consisten en la escucha activa?**

Respuesta 1	1
Respuesta 2	2
Respuesta 3	3
Respuesta 4	4
Respuesta(s) correcta(s)	2

Pregunta 3: Escucha activa**¿En cuántos niveles divididos hay una escucha activa?**

Respuesta 1	1
Respuesta 2	2
Respuesta 3	3
Respuesta 4	4
Respuesta 5	5
Respuesta(s) correcta(s)	3

Pregunta 4: Niveles de escucha activa**La "escucha interna" y la "conciencia del yo" se refieren al primer nivel de escucha activo**

Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No
Respuesta(s) correcta(s)	Sí

Pregunta 5: Niveles de escucha activa

En el nivel de escucha de "escucha enfocada" el foco está en el locutor

Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No
Respuesta(s) correcta(s)	Sí

Pregunta 6: Niveles de escucha activa

En "escucha global"...

Respuesta 1	... los dos niveles anteriores se combinan
Respuesta 2	... hay un enfoque en la información que viene de los sentidos

Respuesta 3	... el locutor es líder
Respuesta 4	... el oyente se centra sólo en la información ambiental
Respuesta(s) correcta(s)	1,2,3

Glosario (si es necesario)	
<i>Entrada ambiental</i>	<i>Este término se refiere a los recursos / información (sonidos, imágenes, olores, energía, etc.) que están recibiendo los órganos de los sentidos</i>
<i>Funciones cognitivas</i>	<i>Las funciones cognitivas son procesos mentales de orden superior que nos ayudan a recopilar y procesar la información (Eysenck, 2015)</i>

1.5 < Aptitudes para el asesoramiento intercultural >

Teoría y contenidos

Aptitudes para el asesoramiento intercultural

El asesoramiento de los pacientes desempeña un papel muy importante en la atención curativa, preventiva y promocional de la salud. Uno de los hallazgos más interesantes en el asesoramiento de salud es proporcionado por estudios que han establecido una asociación entre la relación clínico-paciente, la comunicación y los resultados de salud del paciente (Mikesell, 2013). En la literatura de la salud, el asesoramiento y la comunicación se utilizan indistintamente a pesar de que la comunicación eficaz es el mediador de la asesoría. El asesoramiento se define como *"un método que se basa en la relación de principios que aplica la escucha activa y la discusión para que la persona sea capaz de gestionar los problemas psicológicos y psicosomáticos y los cambios, incluyendo las condiciones de salud y dolor crónico, crisis y necesidades de desarrollo, como auto-identificación"* (Feltham & Horton, 2001, p.2). La comunicación dentro del contexto de asesoría se encuentra relacionada con la mejora de los resultados de salud (véase la figura 1).

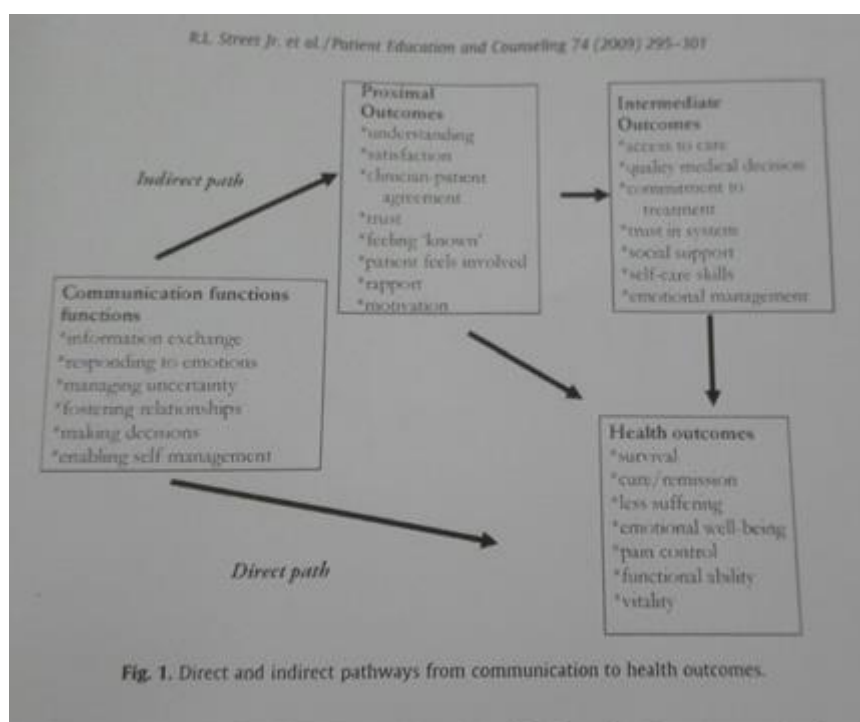


Figura 1: Street et al. (2009) propone que las vías de comunicación afectan los resultados de la salud.

Seguridad, confidencialidad y estabilidad son esenciales en el asesoramiento en el contexto de la atención médica. Según Rogers (1957), la alianza terapéutica entre paciente y asesor es terapéutica por sí misma. El paciente es considerado

como vulnerable o en peligro y el asesor es responsable de facilitar la relación. El respeto, la actitud genuina y la consideración positiva incondicional hacia el paciente están moldeando el contexto de esta relación (Dziopa & Ahern, 2009). La alianza terapéutica incluye las interrelaciones entre el paciente y múltiples profesionales de la salud, amigos, familiares y cuidadores (Fuertes, et al., 2007). Los indicadores de una fuerte alianza terapéutica incluyen la confianza mutua entre todas las partes, la atención sanitaria coordinada y continua y la percepción del paciente de sentirse respetados y cuidados (Epstein & Street, 2007). Estas alianzas son "terapéuticas" porque la calidad de estas relaciones puede afectar los resultados de la salud en dos aspectos. En primer lugar, la percepción de un paciente de que él o ella tiene un buen cuidado, no será abandonada, y se entiende que puede promover el bienestar emocional (Henan et al., 2002; Thorne et al., 2006) (Ogden, 1996). La confianza del paciente en sus clínicos y en el sistema de atención de salud puede tener un efecto indirecto a través de una mejor continuidad de la atención, la satisfacción del paciente con las decisiones y el compromiso del paciente con los planes de tratamiento (Cabana & Jee, 2004; La alianza clínico-paciente se mejora cuando los médicos son óptimamente informativos y muestran empatía con las circunstancias del paciente, cuando los pacientes tienen la oportunidad de expresar sus preocupaciones y cuando el paciente recibe mensajes consistentes y la atención coordinada del equipo clínico (Epstein & Street, 2007).

La importancia de la comunicación y la relación en la práctica general de la salud se ha encontrado más en varios estudios que muestran que casi dos tercios de los problemas gestionados se realizaron sin tratamiento farmacológico (Moore et al., 2013). Una revisión reciente de la literatura encontró que el aumento de la satisfacción de los pacientes y los médicos, una mejor adherencia al tratamiento, un mejor seguimiento y una disminución de los litigios son algunos de los beneficios de una buena relación profesional entre el paciente y la salud (Fuertes et al. El cumplimiento del paciente puede ser predicho por una combinación de satisfacción del paciente con el proceso de consulta, comprensión del paciente de la información y comunicación médico-paciente (Boyle et al., 2009). También hay beneficios para los profesionales de la salud (Nutting et al., 2003). Un estudio de los médicos de atención primaria encontró que emprender un programa de educación intensiva en habilidades de asesoramiento mejoró los resultados de los pacientes, el bienestar personal de los profesionales de la salud y el aumento de la satisfacción en el trabajo (Mikesell, 2013). El asesoramiento puede mejorar aún más el sentido del valor, la confianza y la esperanza del paciente, puede proporcionar el sentido, la motivación y la energía necesaria para llevar a cabo actividades laborales o de ocio y permitir al paciente disfrutar de una mayor calidad de vida a pesar de la enfermedad (Kessler et al. 2013).

Habilidades de asesoría general (Feltham & Horton, 2001)

La literatura divide las habilidades de asesoramiento en general, las habilidades internas y externas. Se consideran las habilidades generales de asesoramiento:

- La capacidad de crear y mantener contacto psicológico con los pacientes
- La capacidad de asegurar un contexto terapéutico estructurado
- El desarrollo y progreso de la relación terapéutica
- La capacidad de autorreflexión durante y después del proceso
- Comprensión empática

Estas habilidades generales están relacionadas con las habilidades de comunicación (que se analizaron en detalle en las subunidades anteriores). La eficacia del asesoramiento depende también de algunas habilidades internas y externas.

Atención

Observaciones (lenguaje corporal / postura, apariencia, expresiones faciales, qué se dice, por qué se dice, cómo se dice)

Escucha activa y sensibilización

Habilidades de respuesta / facilitación

- parafraseando,
- resumiendo,
- pidiendo con preguntas abiertas,
- pidiendo aclaraciones / ejemplos,
- confrontación,
- auto-revelación

Asesoramiento intercultural

El asesoramiento impulsa el proceso de entender las experiencias, podría decirse que los factores culturales son conceptos centrales en la vida de los individuos que deben ser considerados dentro del contexto de asesoría (Feltham y Horton, 2001). D 'Ardenne y Mahtani (1999) describen la cultura como historia común, costumbres y creencias que constituyen la conexión dentro del grupo religioso, racial o geográfico de la gente. Estos grupos compartidos influyen en todos los aspectos de la vida de un individuo, tales como el lenguaje, la percepción, las creencias, los comportamientos y las relaciones. El enfoque de asesoría intercultural requiere de los asesores tener competencias interculturales y sensibilidad cultural, ser conscientes de prejuicios raciales y estereotipos culturales y ser capaces de identificar cómo puede influir en su comportamiento hacia los pacientes de diferentes orígenes culturales. Con el fin de establecer una

alianza terapéutica, los asesores deben ser conscientes de que durante una sesión, traen sus propias historias históricas y culturales.

Un elemento esencial en toda alianza terapéutica es la comunicación (Rogers, 1957). El papel del asesor es entender lo que el paciente dice, verbal y no verbal, consciente e inconscientemente. En una relación intercultural hay mucho espacio para malentendidos y falta de comunicación. Diferentes lenguajes, diferentes posturas en el lenguaje corporal y diferentes expresiones emocionales afecta la relación de asesoría (Feltham & Horton, 2001). Para añadir, la cultura influye profundamente en la forma en que la gente busca el apoyo y también lo que se considera problemático. Los modelos de asesoramiento o terapia se originan en culturas occidentales, por lo tanto, tales construcciones pueden ser desconocidas para otras culturas.

Competencias de asesoramiento intercultural (Feltham & Horton, 2001):

- Conciencia de las creencias, prejuicios, estereotipos y racismo del asesor que afecta el proceso de asesoría.
- Conocimiento de los antecedentes históricos / culturales del asesor, así como el conocimiento de otros antecedentes históricos / culturales.
- Conocimiento de la historia del racismo / prejuicios en el contexto social que afecta al asesoramiento.
- Capacidad para trabajar con personas de diferentes orígenes culturales.
- Flexibilidad y disposición para reevaluar sus propias creencias y actitudes sobre cuestiones culturales y raciales.
- Compromiso con el enfoque intercultural del asesoramiento.

Enfoque de asesoramiento en el contexto de la atención de la salud

La literatura médica también proporciona pruebas tranquilizadoras de que un enfoque centrado en el paciente efectivo no requiere más tiempo que un enfoque centrado en la biomedicina (Dziopa & Ahern, 2009). Los valores y principios del enfoque centrado en el paciente pueden ser aplicados en la práctica diaria de la salud en estos dos pasos:

1. Identificar las necesidades / inquietudes del paciente: Identificar las necesidades se refiere a la discusión primaria con el paciente, con el fin de comprender sus puntos de vista y percepciones sobre su salud y calidad de vida. También se identifica la falta de información de los pacientes (Fuertes et al., 2007). Otro objetivo es fortalecer la capacidad del paciente para manejar su condición, basado en su fijación de metas. También se garantiza el respeto y la confidencialidad del proceso. Los médicos pueden ayudar a los pacientes a manejar su angustia de manera que directa o indirectamente medien en el sufrimiento. Proporcionar claras y detalladas explicaciones sobre la salud y las opciones de tratamiento puede ayudar a los pacientes a obtener un mayor sentido de control, ser más esperanzados y manejar la incertidumbre (Henman

	<p>et al., 2002). Añadir, extraer, explorar y validar las emociones de los pacientes puede reducir la ansiedad y la depresión del paciente (Ogden, 1996). Cuando se logra un éxito, la identificación eficaz de las necesidades del paciente puede aumentar la satisfacción, facilitar la participación en la consulta, aumentar la capacidad del paciente para hacer frente a la enfermedad, promover una mayor confianza en sus médicos, todo lo cual podría aumentar el compromiso del paciente con el tratamiento (Moore et al. 2013).</p> <p>2. Toma de decisiones: El paciente es la persona clave en la toma de decisiones con respecto a su plan de servicios de atención y tratamiento. Profesionales de la salud actúan como proveedores de recursos para los pacientes. Se proporciona información adicional y capacitación para que el individuo pueda identificar adecuadamente sus necesidades (Martin et al., 2008). El apoyo al paciente también se proporciona para tomar sus decisiones de salud. Es más probable que los pacientes experimenten mejor salud cuando ellos y los médicos toman decisiones basadas en la mejor evidencia clínica, son consistentes con los valores de los pacientes, son mutuamente acordados y son factibles de implementar (Stewart et al., 2003).</p>
Actividades	Título: Sensibilización y asesoramiento cultural
	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los alumnos a entender aspectos de la cultura y las manifestaciones en la vida cotidiana y el comportamiento. • Aumentar la conciencia sobre los propios prejuicios culturales y cómo afectan los juicios cotidianos. • Explorar el origen cultural y la influencia en la vida cotidiana y el trabajo. • Combinar el nuevo nivel de concienciación con las habilidades de asesoría y aplicarse en la asistencia sanitaria
	Palabras clave: competencias interculturales, habilidades de asesoramiento, enfoque multicultural centrado en el paciente
	Contenidos: <p>Esta actividad es una simulación de una sesión de asesoría utilizando el método de juego de roles basado en un escenario de paciente. Utilizando el conocimiento sobre las habilidades de asesoría intercultural y las habilidades de asesoría general, se les pedirá a los alumnos que proporcionen respuesta al paciente, en un contexto de simulación de asesoría. Cada sesión debe completarse en 15 minutos y la duración total de la actividad se estima en 60 minutos. El grupo debe estar formado por tres personas. Cada alumno dentro del grupo girará a través de tres roles:</p>

- Un observador que da retroalimentación al asesor / profesional de la salud.
- Un paciente con un problema relacionado con la salud.
- Un asesor / profesional de la salud que está practicando habilidades de asesoría con el fin de identificar las necesidades del paciente y proceder con un proceso inclusivo de toma de decisiones para su plan de tratamiento.

Cada alumno dentro de un grupo practicará cada papel en cada actividad. Después de completar la primera sesión, los miembros girarán los roles y repetirán el juego de roles. Permitir que cada alumno realice los tres roles tiene varias ventajas. Cada alumno llega a practicar las habilidades de asesoría, observar el proceso y estar en la piel del paciente. Este proceso se repetirá tres veces para que todos los aprendices lleguen al juego de rol del observador, paciente y asesor/profesional de la salud. Cuando se ha completado la rotación, se pide a los alumnos que llenen la lista de verificación de la sesión. Debates de discusión dentro de las tres veces se llevarán a cabo para que cada estudiante pueda reflejar y proporcionar retroalimentación sobre el proceso de rol y las habilidades de asesoramiento practicadas.

Material:

Los materiales necesarios para esta actividad son folletos de la lista de comprobación de la sesión y un escenario del paciente.

Comprobación de la sesión

Identificar las habilidades de asesoramiento utilizadas durante este juego de rol:

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Comprobación de la sesión

Reflexione sobre el asesor:

- ✓ Comprender la condición y las necesidades del paciente.
- ✓ Evaluación de las opiniones del paciente sobre el proceso de tratamiento.
- ✓ Exploración/consideración de los antecedentes culturales del paciente.
- ✓ Los prejuicios y supuestos culturales del asesor.
- ✓ Proporcionar la información necesaria sobre la condición.
- ✓ Discutir planes alternativos de tratamiento y toma de decisiones inclusivas.
- ✓ ¿El enfoque del paciente fue general, en un enfoque basado en el paciente?.
- ✓ Actitud general basada en los valores de asesoría (genuinidad, contacto, apertura, consideración positiva incondicional).

Reflexione sobre el paciente:

- ✓ Necesidades / inquietudes y problema de presentación.
- ✓ Respuesta emocional.
- ✓ Colaboración / acuerdo y cumplimiento.
- ✓ ¿Cómo fue la relación asesor-paciente?.
- ✓ ¿Cómo fue la comunicación paciente-asesor?.
- ✓ ¿Se apoyó al paciente?.
- ✓ ¿Se ofreció al paciente alternativas?.

	<div data-bbox="435 338 1401 786"> <p>Escenario de paciente</p> <p>Varya es una joven de 21 años de Latvia que vive sola en Polonia. Ella no habla bien polaco y no tenía trabajo regular. Acaba de ir al hospital porque tiene algunos síntomas raros en su área genital. El ginecólogo diagnosticó a Varya con el virus de transmisión sexual del VPH. Nunca había oído hablar de este virus. Después de hablar con el médico, ella explicó que tuvo relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas. El ginecólogo sugirió que debía esperar más los resultados de la biopsia para evaluar la gravedad del virus y el tratamiento inmediato.</p> </div>
<p>Caso de estudio</p>	<p>Celin es una mujer de 31 años que está en Grecia. Ella es madre de 3 hijos y su marido, también de Irán, vivía y trabajaba en Alemania. Celin no hablaba griego y apenas podía hablar inglés. Ella ha estado enferma últimamente y estaba tomando algunas píldoras que su farmacéutico le sugirió. Celin empeoraba, por lo que visitó el hospital con el fin de obtener alguna ayuda. El médico al que se le ha referido, era un hombre. El médico hizo algunas preguntas introductorias, preguntándole a Celin sobre sus antecedentes y la historia de los síntomas. Celin se negaba a ser examinada por un médico que fuese un hombre sin presencia de su marido. El médico explicó a Celin que el proceso de evaluación es un procedimiento normal que ha estado haciendo para cientos de personas diariamente. Él explicó más los protocolos del hospital y el código ético; sin embargo, Celin estaba insistiendo para ser evaluada por una mujer médica. El médico mostró comprensión y le refirió a Celin a una médica. La doctora se presentó y trató con Celin el asunto. Continúa con el caso de Celin.</p> <p>Preguntas reflexivas:</p> <p>El impacto organizativo y estructural es esencial para la aplicación del asesoramiento sanitario. Las habilidades de asesoría intercultural pueden ser usadas para manejar situaciones similares y ayudar a los pacientes a ganar sentido de control y apoyo. Por ejemplo, un hospital puede no</p>

	<p>tener un médico mujer en ese momento, o las mujeres doctoras/enfermeras pueden estar ocupadas en este momento.</p> <p>¿Y si la petición de Celin pudiera ser satisfecha?</p> <p>Teniendo en cuenta la barrera del idioma, ¿cómo actuaría sobre una comunicación ya difícil con un médico varón de Celin?</p> <p>¿Fue el médico culturalmente sensible?</p> <p>¿Identificó las necesidades de Celin?</p> <p>¿Cómo se sentiría Celin si fuera evaluada por un médico que fuera un hombre?</p> <p>¿Cómo imaginas que el doctor se sintió con la petición de Celin?</p> <p>¿Qué pensaba de los musulmanes o de la cultura iraní?</p> <p>¿El médico proporcionó información adecuada sobre los procesos a Celin?</p> <p>¿Qué factores fueron barreras en la comunicación y la relación Celin-doctor?</p>
--	--

Resumen de los puntos clave

Los puntos más importantes del contenido (máx. ½ página)

- Simulación de una sesión de asesoría.
- Método de juego de rol y escenario de un paciente.
- Aplicar conocimientos adquiridos previamente sobre las habilidades de asesoría intercultural y las habilidades de asesoría general.
- Cada sesión debe completarse en 15 minutos.
- El grupo debe estar formado por tres personas (observador, paciente y asesor/profesional sanitario).
- Cada alumno dentro de un grupo practicará cada papel en cada actividad.
- El rellenado de la lista de verificación de la sesión proporcionará la base para las discusiones de los debates dentro de los grupos.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Definición de asesoramiento

Asesoramiento se define como...	
Respuesta 1	... un método que está basado en la relación de principios
Respuesta 2	... un método que piensa que la escucha activa y la discusión se gestionan significativamente para las personas
Respuesta 3	... comunicación efectiva
Respuesta(s) correcta(s)	1,2
Pregunta 2: Comunicación y efectos en la relaciones	
La comunicación del profesional de la salud con el paciente y su relación tiene...	
Respuesta 1	... mayor satisfacción del paciente y del médico
Respuesta 2	... cumplimiento del paciente
Respuesta 3	... satisfacción laboral de los profesionales de la salud
Respuesta 4	... más tratamiento farmacológico
Respuesta 5	... menor calidad de vida
Respuesta(s) correcta(s)	1,2,3
Pregunta 3: Habilidades de asesoramiento general	
Las habilidades de asesoramiento general son:	
Respuesta 1	Comprensión empática
Respuesta 2	Confrontación
Respuesta 3	La capacidad de crear y mantener contacto psicológico con los pacientes
Respuesta 4	Auto-reflexión
Respuesta 5	Parafraseando
Respuesta(s) correcta(s)	1,3,4
Pregunta 4: Competencias del asesoramiento intercultural	
Las competencias del asesoramiento intercultural son:	
Respuesta 1	Cambiar sus propias creencias y actitudes sobre cuestiones culturales y raciales

Respuesta 2	Ignorancia de los antecedentes culturales y la historia del asesor
Respuesta 3	Conciencia de las creencias, prejuicios, estereotipos y racismo del asesor que afecta el proceso de asesoría
Respuesta 4	Capacidad para trabajar con personas de diferentes orígenes culturales
Respuesta(s) correcta(s)	1,3,4
Pregunta 5: Título de la pregunta	
La literatura sugiere que el enfoque centrado en el paciente requiere en la práctica más tiempo que un enfoque biomédico-centrado ...	
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No
Respuesta(s) correcta(s)	No

Módulo 3: La identidad social e individual fortalece la autoconciencia



Módulo 3: La identidad social e individual fortalece la autoconciencia

En este módulo los participantes explorarán el significado de la identidad, la construcción de la personalidad, su historia y contextos diferentes, vinculándola a los determinantes culturales y sociales de la identidad, explorando el significado de la identidad en conceptos socialmente definidos como salud, bienestar y enfermedad. Estos conocimientos se afianzarán a través del trabajo biográfico tanto en la visión de lo propio como de lo ajeno, así como las opciones para superar barreras y malentendidos en entornos comunicativos.

CONOCIMIENTO		CAPACIDADES		COMPETENCIAS	
Al final del módulo la persona será capaz de:					
<ul style="list-style-type: none">• El término identidad, como base para el desarrollo de la identidad individual y social• Dimensión histórica y conceptos de identidad y desarrollo de su significado• El significado del concepto de nación y su superación en los conceptos de identidad actuales.• Significado de la identidad en la sociedad posmoderna• Conceptos culturales• El trabajo biográfico y su importancia al tratar con personas de otras culturas.		<ul style="list-style-type: none">• Arrojar luz y comprender los fenómenos cotidianos en la vida profesional en el contexto de los conceptos de identidad social, cultural y religiosa.• Utilizar herramientas relacionadas con la autoconciencia y la apreciación de los demás en otras culturas.• Superar las barreras de comunicación en entornos de atención médica.• Aplicar reglas para el trabajo biográfico en un contexto profesional.• Reconocer y usar formas informales para el desarrollo de competencias.• Ampliar la conciencia de la versatilidad y la transferibilidad de las identidades personales.		<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de una actitud apreciativa, tolerante y abierta a la ambigüedad.• Aumentar la capacidad de autorreflexión como un elemento básico para la competencia intercultural.• Tener en cuenta las diferentes expectativas y los diferentes conceptos de salud y enfermedad en otras culturas.• Superar los miedos y prejuicios al contacto.• La seguridad en sí mismo para fortalecer la apertura y la aceptación.• Reconocer los propios límites en la personalidad y lidiar con ellos.• Utilizar el conocimiento biográfico en el ámbito profesional.	
NIVEL EQF			CRÉDITOS EQVET		
6			1 Crédito		
HORAS DE ESTUDIO					
Total:	Contacto	Práctico:	Estudio:	Evaluación:	
Este módulo se desarrolla a través de:					
<input checked="" type="checkbox"/> Conversación <input type="checkbox"/> Trabajo de campo <input checked="" type="checkbox"/> Práctica		<input checked="" type="checkbox"/> Presentación <input checked="" type="checkbox"/> Trabajo en grupos <input type="checkbox"/> Otros (especificar).			
Este módulo se evalúa a través de:					
<input checked="" type="checkbox"/> Evaluación continua <input type="checkbox"/> Examen oral <input type="checkbox"/> Expediente <input checked="" type="checkbox"/> Práctica	<input checked="" type="checkbox"/> Presentación <input type="checkbox"/> Proyecto <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Informe <input checked="" type="checkbox"/> Talleres	<input checked="" type="checkbox"/> Autoevaluación <input type="checkbox"/> Demostración de habilidades <input checked="" type="checkbox"/> Retroalimentación estructurada	<input type="checkbox"/> Ejercicios escritos <input type="checkbox"/> Tareas por escrito <input type="checkbox"/> Test por escrito <input type="checkbox"/> Otras (especificar)		

Módulos de formación: Para resolver problemas de identidad a través de la autoconciencia de la identidad social y personal

Duración de unidad: 1 día de formación (8h)

Título	La identidad social e individual fortalece la autoconciencia
Resumen/Objetivo <i>(máx 150 palabras - 10 líneas)</i>	<p>Una identidad fuerte es necesaria para una actitud de seguridad y confianza en sí mismo y, por lo tanto, esencial para la competencia de los profesionales de la salud. Muchos inmigrantes sufren un calvario de degradación, desarraigo y desestabilización, lo que a menudo conduce a problemas psicosociales. Este curso examina y define el término identidad y su función como núcleo y ancla la personalidad individual, como parte integral de la cualificación en el contexto de la competencia intercultural. La autorreflexión y el fortalecimiento de la identidad individual en el contexto de la vida social están en el centro del proceso de elevar la autoconciencia. Esto también significa la capacidad de mantenerse estable en situaciones de vida inestables, así como hacer que su propia identidad sea negociable y transferible.</p> <p>Estructura de trabajo:</p> <p>El término identidad y la efectividad de los procesos de identidad se tratan en los siguientes segmentos de este curso, principalmente a través de conferencias y debates, estudios literarios, casos de estudio y ejercicios con un fuerte enfoque en el auto-reconocimiento:</p> <p>Sobre el discurso actual de la identidad - Un esbozo del tema</p> <p>Hipótesis de trabajo sobre el significado y la eficacia - Base para la discusión</p> <p>Definición de los términos - Historia y raíces de los contextos semánticos</p> <p>Contextos de identidad:</p> <p>Definiciones personales, políticas, sociológicas y filosóficas de identidad, enfoques psicológicos</p> <p>Importancia de la identidad en</p> <ul style="list-style-type: none">• Democracias liberales postmodernas

	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedades colectivistas <p>Habitus e identidad</p> <p>Negociación de identidad - Opciones de transferencia y reconstrucción</p> <p>Trabajo de Identidad y Biografía</p> <p>Identidad y autoconocimiento - Reflexión sobre su propia historia de identidad - parte de la sección de actividades</p>
Palabras clave	Identidad, autoconocimiento, individualidad versus colectivismo
Objetivos de aprendizaje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia del desarrollo de la identidad <ul style="list-style-type: none"> - Aprendemos cómo la imagen de la identidad ha cambiado y se ha desarrollado a lo largo de la historia 2. Nuevas teorías de la identidad <ul style="list-style-type: none"> - Aprendemos qué teorías modernas existen sobre la comprensión de nuestra identidad 3. Identidad a través del trabajo de la biografía <ul style="list-style-type: none"> - El trabajo biográfico nos ayuda a entender nuestra identidad
Referencias / lectura adicional disponible en inglés o en otros idiomas (especificar)	<p>Disertación de Bernadette Müller Kmet, asistente universitaria del Grupo de Ciencias de la Educación de la Universidad de Economía y Empresa de Viena desde marzo de 2013; Enfoque principal: investigación sobre identidad y biografía, investigación social internacional comparada, desigualdad social, sociología de la educación, investigación en educación superior en el África subsahariana. Áreas clave: métodos de investigación cualitativa y cuantitativa; análisis de datos sociológicos, métodos de trabajo científico, teorías sobre identidad, cultura y migración, análisis de la estructura social.</p> <p>Kulturelle Identitäten in Zwischenräumen - Migración als Chance for für Fremdverstehen und kritische Identitätsaushandlung? [Identidad cultural en transición - ¿La migración como una oportunidad para la comprensión intercultural y la negociación crítica de la identidad?] Documento de trabajo COMCAD No. 52, 2008 Universidad Otto von Guericke, Magdeburg.</p> <p>Integration and Identität in Einwanderungsgesellschaften [Integración e identidad en las sociedades de inmigración]. Michael Meimeth, John Robertson, y col. 2008</p> <p>Migrationserfahrung als Ausgangspunkt von Biografie Arbeit - Ein Ansatz zum besseren Verständnis und zur Integration [La experiencia de la migración como punto de partida para el trabajo biográfico - Un</p>

	<p>enfoque para una mejor comprensión e integración]. El Dr. Dipl. Psych Jan Kizilhan.</p> <p>Autobiographisches Gedächtnis: Mentale Repräsentation der individuellen Biografie [Memoria autobiográfica: Representación mental de la biografía individual]. Strube G. Weinert F.E. 1987</p> <p>Erlebte und erzählte Lebensgeschichten [Historias Narradas de la Vida]. G. Rosenthal. 1995</p> <p>Identität und Migration [Identidad y migración]. Ensayo en la Revista Perlentaucher. Francis Fukuyama. Enseña economía política en la Universidad de Baltimore</p> <p>Das Geschlechterverhältnis als Gegenstand von Ungleichheitsforschung [Relación de género dentro de estudios de desigualdad]. Aulenbacher Brigitte 1994</p> <p>Auf dem Weg in eine andere Moderne [En el camino a los nuevos tiempos modernos]. Ulrich Beck 1986</p> <p>Sozialer Raum und Klasse [Espacio social y clase]. Pierre Bourdieu 1985</p> <p>Relaciones entre múltiples identidades. Peter J. Burke 2003</p> <p>Die Gesellschaft der Individuen [La Sociedad de los Individuos]. Norbert Elias 1996</p> <p>Identität und Lebenszyklus [Identidad y ciclo de vida]. Erik H. Erikson 1979</p> <p>Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn [Los seres humanos antes de su búsqueda de sentido]. Viktor E. Frankl 2001</p> <p>Identität der Mensch als soziales und personales Wesen [La Identidad Personal y Social de las Personas]. Hans-Peter Frey y Karl Haußer.</p> <p>Religion und Identität. Im Horizont des Pluralismus [Religión e Identidad. En el horizonte del pluralismo]. Werner Gephart 1999</p> <p>Kollektive Identität. Die Intellektuellen und die Nation [Identidad Colectiva. Los Intelectuales y la Nación]. Bernhard Giesen 1999</p> <p>Wir alle spielen Teatro, Die Selbstdarstellung im Alltag [Somos todos actores - Presentarnos en nuestra vida cotidiana]. Erving Goffman 1969</p> <p>Leib, Körper und Identität [Cuerpo e Identidad]. Robert Gugutzer 2002</p>
--	--

	<p>Geliebte Objekte. Symbole und Instrumente der Identitätsbildung [Objetos Amados. Símbolos e instrumentos de identidad]. Habermas, Tilmann 1999</p> <p>Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften [Libertades arriesgadas. Individualización en las sociedades modernas]. Ulrich Beck y Elisabeth Beck-Gernsheim 1994</p> <p>Zum Identitätsdiskurs in den Sozialwissenschaften. Eine postkoloniale und quer informierte Kritik y George H. Mead, Erik H. Erikson y Erving Goffman [Sobre el discurso sobre la identidad dentro de las ciencias sociales. Una crítica post-colonial, transversal a George H. Mead, Erik H. Erikson y Erving Goffman]. Ingrid Jungwirth 2007</p> <p>Soziale Ungleichheit und Gesundheit [Desigualdad social y salud]. Andreas Mielck 2000</p> <p>Biografie Forschung und narratives Entrevista [Biografía Investigación y Entrevista Narrativa]. Fritz Schütze 1983</p> <p>Interaccionismo simbólico. Una versión estructural social. Sheldon Stryker 1980</p> <p>Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität [Fuentes del Ser. La Creación de la Identidad Moderna]. Charles Taylor 1996</p> <p>Teoría de los Subjekts. Subjektivität und Identität zwischen Moderne und Postmoderne [Teoría del sujeto. Subjetividad e identidad entre los tiempos modernos y posmodernos]. Peter V. Zima 2000</p> <p>Globalkolorit - Multikulturalismus und Populärkultur [Estilo Global - Multiculturalismo y Cultura Popular]. Mark Terkessidis 1998</p>
--	--

1.2. Desarrollo Histórico de las Teorías de la Identidad

Teoría y contenido	<p>Sobre el discurso actual - Identidad en las democracias liberales:</p> <p>Un desglose de las áreas problemáticas como introducción al tema</p> <p>El fortalecimiento de la identidad profesional dentro de las ocupaciones de la salud se basa en una actitud y una manera básicas flexibles y transferibles, permitiendo una autopercepción consciente dentro de un sistema de valores establecidos. La autoconciencia depende del autoconocimiento. Nuestra auto-colocación se basa en una identidad que está influenciada por el colectivo, o, en otras palabras, la autoconciencia es la manifestación en mi alcance general de la realización de que mis contribuciones son honradas por la sociedad y mis actitudes individuales tienen un lugar en sistema de valores de la sociedad. Nuestras valoraciones están formadas por el colectivo vivido individualmente. La libertad individual que prevalece en nuestra sociedad postmoderna, que parece señalar una individualidad ilimitada y permitir cualquier cosa, libre de toda restricción colectiva, deriva de un convenio colectivo de que así son las cosas. En el núcleo de las sociedades liberales está la convicción de que la identidad no debe derivarse de una fuente religiosa o nacionalista, sino de la libertad individual y del canon de los valores liberales. Las posibilidades aparentemente ilimitadas de la existencia individual no encuentran, sin embargo, ninguna cohesión social en la cuestión de los valores, ya que el fundamento necesario para ello se ha perdido a la vista de la sociedad. El debate sobre la cultura dominante refleja un proceso de búsqueda de sentido dentro de nuestra cultura postmoderna, iniciada también por la inmigración. La confusión resultante hace que se vuelvan a examinar viejas cuestiones previamente resueltas de la identidad: re-nacionalización, re-culturalización, redescubrimiento de la identidad religiosa / católica, están experimentando un renacimiento y están lanzando categorizaciones políticas en general, así como las políticas de orientación de sus protagonistas, en agitación y trastorno. Los izquierdistas celebran a los musulmanes liberales, la separación del estado y la religión es reemplazada por cuestiones de control, culturalización en lugar de categorización social. Parece que la inmigración está probando los límites de la democracia liberal. Si no sabemos quiénes somos y qué queremos, entonces no podemos transmitir las pautas apropiadas. El debate sobre el tema de una cultura dominante plantea un dilema: mientras un grupo está ocupado discutiendo sobre el contenido de la discusión, el otro está negando la validez de todo el debate. Sin embargo, los únicos parámetros de la sociedad para la identidad, y que no debe haber ninguno, se</p>
---------------------------	---

convierten en arbitraria. Todo se hace permisible, todo tiene su lugar, todos pueden encontrar la felicidad como quieren. La formación de la identidad de acuerdo con los valores transmitidos no ocurre, no hay compromiso real. Por lo tanto, es un desafío para las democracias modernas definir y describir sus directrices, lo que debe permanecer inmutable, dónde están sus fronteras y, sobre todo, lo que no se tolerará. El discurso actual refleja este proceso altamente político. Las ocupaciones que involucran el trato con las personas son particularmente afectadas por los acuerdos resultantes, ya que cualquier cambio afectará directamente su trabajo diario - en sus parámetros generales, así como en el trato con personas de una forma diferente de vida con identidades influenciadas alternativamente.

Hipótesis de trabajo sobre el significado y la eficacia de la identidad:

1. La identidad es la totalidad particular que distingue a una entidad o a un individuo.
2. La identidad permite una orientación normativa, autopercepción positiva basada en múltiples afiliaciones, solidaridad y reconocimiento.
3. La autoestima y la identidad son dos caras de una moneda, la pérdida de identidad o de pertenencia provoca inestabilidad y aislamiento, con consecuencias para la salud psicosocial.
4. Las identidades no siguen una construcción estática u homogénea.
5. Si la identidad es vista como transformadora y negociable, entonces la deconstrucción y la reconstrucción implican flexibilidad, innovación y creatividad.
6. La identidad individual descansa siempre en una identidad que, a menudo no explícitamente, está formada por la sociedad y está sujeta a cambios sociales, en particular los que han sido provocados por la migración en los últimos tiempos.
7. La migración como fenómeno relevante cambia las identidades tanto a nivel individual como a nivel social.
8. Las normas sociales colectivas tienen identidades fuertes: el sistema de valoraciones es riguroso, a menudo restrictivo y se generaliza efectivamente.
9. Las sociedades posmodernas y las democracias liberales tienen una identidad pobremente definida y se ven obligadas por la inmigración a tratar con preguntas sobre quiénes somos, qué queremos y cómo debemos comportarnos con los "otros".
10. El proceso sociopolítico de negociación está en pleno apogeo.

11. En el actual debate político, los conceptos antiguos, que se creía que habían quedado obsoletos y superados, están adquiriendo nueva atención. Las identidades basadas en la nacionalidad, la religión y la cultura están en aumento.
12. La identidad no es estática, sino que se negocia constantemente, tanto a nivel individual como social. Ahí radica una oportunidad para conceptualizar nuevas realidades y desarrollar nuevas afiliaciones.
13. La identidad, la autoconfianza y la salud psicosocial son determinadas por el otro.
14. La fuerza de la identidad (en el sentido de autorreflexión) es, por lo tanto, esencial para los profesionales de la salud, independientemente de su propia historia biográfica / de identidad, para poder tratar adecuadamente a personas desequilibradas y precarias

El término identidad y el desarrollo histórico de su significado:

La identidad se deriva de la palabra latina "idem", que se traduce como "el mismo". Esta traducción ya apunta a una cierta unidad e igualdad persistentes a lo largo del tiempo. Una formulación general del término identidad podría ser "el acuerdo completo de una persona o cosa con aquello, que es, o como se describe" (Brockhaus 1997).

Desde la antigüedad, varios filósofos exploraron preguntas a la unidad de los objetos. Platón y Aristóteles fueron los primeros científicos en filosofar sobre esto.

El siglo XVI fue el momento en que la visión del mundo medieval fue sacudida, tanto por el descubrimiento del Nuevo Mundo como por la nueva visión heliocéntrica del universo. El astrónomo polaco Nicolás Copérnico (1473-1543) no sólo fue en contra de las enseñanzas de la iglesia, sino que también llegó a representar el pensamiento racional, con su descubrimiento de que la tierra se mueve alrededor del sol. **René Descartes** (1596-1650) finalmente autorizó al individuo al pensamiento racional en el siglo XVII, con la conocida frase "Cogito ergo sum". **La Ilustración ya no era buscada en algún orden exterior, sino más bien desplazada dentro del individuo** (Taylor 1996: 263). John Locke (1632-1704) usa primero el término "identidad personal" en su trabajo sobre el desarrollo histórico de la identidad y le dedica un capítulo titulado "Identidad y diversidad", al que se refirieron filósofos de renombre como Gottfried Wilhelm Leibnitz (1646-1716), David Hume (1711-1776) y otros. Siguiendo a Descartes, Locke veía **la conciencia como el componente central de la identidad personal**, porque a través de ella se convertía en lo que se llamaba "yo" o "yo mismo" (Hausner 1994: 42). Locke formula esto de la siguiente

manera: "Como es la conciencia la que siempre acompaña al pensamiento, y hace a cada hombre en lo que él llama su yo, y por el cual se distingue de todas las otras criaturas pensantes, es por lo tanto que solo la identidad de la persona, que decir, el permanecer-fiel a sí mismo, de una mentira humana racional "(Locke 1981). Leibnitz, por otra parte, tiene el alma, o la mente, responsable de la identidad. "Alma" debe entenderse como una unidad sustancial, un principio de vida. Representando la Ilustración del siglo XVIII, el filósofo Jean Jacques Rousseau redirigió la atención de la razón a los sentimientos y emociones individuales. La identidad de un ser humano se revela en sus sentimientos más íntimos sobre su "verdadero" yo. En este sentido, Taylor (1996: 635) formula así el principio fundamental subyacente a la ética kantiana: "Sé fiel a lo que realmente eres, a saber, un ser racionalmente activo". Kant propaga una visión de los seres humanos guiados por la racionalidad y la razón, libres de cualquier dependencia de un ser divino. **La humanidad se deja a sus propios medios.** A finales del siglo XVIII, el **Romanticismo** se desarrolló como un movimiento contrario a la Ilustración impulsada por la razón. Siguiendo a Jean Jacques Rousseau, los sentimientos interiores y el regreso a nuestra propia naturaleza emocional se situaron en la vanguardia de esta época cultural. Nuestras emociones más íntimas sirven a nuestra autoconciencia. **La realización sólo es posible desde una perspectiva subjetiva**, y todos los sujetos deben ser considerados como iguales en valor, y son valiosos per se en su individualidad. Los rasgos de la personalidad sirven para separarnos de los demás y permitimos expresar nuestra singularidad. La creciente importancia de la personalidad individual se puede observar en el uso creciente de rasgos personales en las biografías desde finales del siglo XVIII. Con este llamado a la individualidad y tomando el control de nuestra propia personalidad y desarrollando nuestro propio potencial, la identidad se convirtió en un problema de una manera que nunca antes había sido experimentada. **Lo que previamente había sido preordenado por la sociedad estaba ahora bajo la responsabilidad del individuo** (Baumeister 1986: 59ss.). El período moderno y la individualización apuntan tanto al aumento del estatus del individuo, como a una disminución de las afiliaciones con los grupos sociales tradicionales. En los siglos XV, XVI y XVII, Europa pasó de un modo de pensar principalmente autoritario a uno cada vez más autónomo. Antes de este tiempo, las autoridades generalmente aceptadas (líderes religiosos o políticos) habían proporcionado la respuesta a las preguntas de la vida, pequeñas o grandes

Identidad en psicología y ciencias sociales:

La identidad es un tema universal que concierne a cada individuo, ya que cualquiera posee una identidad personal, o está buscando una. Dentro del campo del psicoanálisis, la obra de Sigmund Freud puso en cuestión la unidad del yo. La división de Freud de la persona en yo, *superyó* y *ello*, rápidamente se hizo accesible a una gran audiencia (Langbaum 1977: 9). Fue sobre todo la disciplina del psicoanálisis y la psicología del ego en particular la que proporcionó el impulso decisivo para el descubrimiento del concepto de identidad dentro de las ciencias sociales y en nuestra vida cotidiana.

Los problemas durante y después de la Segunda Guerra Mundial suscitaron interrogantes sobre la **identidad nacional o el carácter nacional**. Llegar a conocer y entender mejor a la propia sociedad que se consideraba una tarea importante para las ciencias sociales. Una vieja idea, que decía que ciertas características podían atribuirse a determinados grupos de personas, recibió nueva atención y se inició un debate científico sobre los diferentes rasgos de las naciones. La antropóloga y etnóloga estadounidense, **Margaret Mead**, realizó estudios sobre el carácter nacional estadounidense (Mead 1942), que hasta los años treinta fueron referidos como "estudios de cultura y personalidad". Este término ya indica una **interrelación entre identidad personal, individual y cultural**. La forma en que una cultura particular forma identidad personal fue examinada. El trabajo de Margaret Mead es significativo para la rápida difusión del concepto de identidad, ya que mantuvo un intercambio personal de opiniones con Erik H. Erikson, lo que llevó a que las nociones de un concepto psicoanalítico de identidad se introdujeran en estudios sobre el carácter nacional (Gleason 1983). América fue y es una nación de inmigrantes, que apoyó el desarrollo de la pluralidad étnica y cultural. Durante la Segunda Guerra Mundial en particular, muchos inmigrantes se enfrentaron al dilema de ir a la guerra contra su patria o la de sus antepasados. Los ciudadanos con nombres extranjeros necesitaban convencerse de que eran estadounidenses. El propio Erikson, como inmigrante alemán, se vio directamente afectado por las tensiones entre sus orígenes europeos y su nueva patria americana. La crítica de la sociedad de masas en los años sesenta abordó la relación del individuo con la sociedad. Se discutieron formas de manipular a los individuos. Las palabras de moda más populares incluyeron alienación, anomia, etnocentrismo, presión de grupo, afiliación de grupo y conformidad. No es sorprendente que los enfoques de la investigación de identidad se encuentren en la tradición psicoanalítica, donde el individuo está en el centro del análisis. Además, los conflictos que surgen de la discrepancia entre las necesidades individuales y las expectativas sociales -en otras palabras: a partir de la discrepancia entre identidad personal y social- son a menudo tematizados por el psicoanálisis. **Erik Homburger Erikson** (1902-1994) puede ser descrito sin duda como una figura clásica de la investigación de identidad, y su trabajo sigue contribuyendo al campo hasta nuestros días. Más

adelante desarrolló la perspectiva clásica del **psicoanálisis Freudiano**, añadiéndole una dimensión psicosocial y psichistórica. Así, **la identidad se entiende como un proceso, que puede localizarse tanto dentro del núcleo del individuo como dentro del núcleo de su cultura común** (Erikson 1980).

Identidad en los tiempos posmodernos:

Stuart Hall habla de un concepto sociológico de la identidad que es capaz de superar la dicotomía del individuo y la sociedad. **"La identidad cose conjuntamente o... fija al sujeto a la estructura"**. La medida resultante de estabilidad entre el sujeto y su entorno no puede, según Hall, mantenerse más en los tiempos posmodernos debido a la convulsión social y la creciente pluralización de los entornos. Las consecuencias para el sujeto son graves, según los autores contemporáneos: "Descentralización y fragmentación del sujeto" (Hall 200), "Patchwork of identities" (Keupp 1999), "existencia de patchwork" (Hitzer / Honer 1994) (Gengen, 1996), el "descarrilamiento" (Giddens, 1991), etc. El equilibrio que la identidad del yo tiene que realizar entre lo interior y lo externo se vuelve cada vez más difícil, la gama de identidades posibles se multiplica y **el individuo se encuentra en un proceso interactivo de desarrollo que cambia continuamente**. Es exactamente la crisis de identidad postulada en los tiempos (pos-) modernos lo que añade al significado de la identidad para el individuo. Preguntas clásicas sobre la identidad como "¿Quién soy yo?", "¿Cómo llegué a ser lo que soy?", "¿Quién quiero ser?", "¿Cuáles son mis metas en la vida?", significado de mi vida ", " ¿Qué imagen tienen los demás de mí? ", y otras formulaciones similares, siguen desempeñando un papel central en cómo lidiar con la vida, ahora más que nunca.

Nuevos conceptos de Identidad - como lo ejemplifica la teoría de Weigert:

La identidad es una categoría muy importante en sí misma, que **tiene la capacidad de convertir un ser biológico en una persona humana**. (Weigert 1986). La identidad humana es simultáneamente social y exclusivamente personal. Después de haber consultado intensamente literatura existente sobre el tema, ella discierne cinco puntos clave, o áreas problemáticas, sobre la identidad humana.

(1) "La dialéctica de la identidad subjetiva y objetiva": Los individuos de la sociedad moderna construyen su identidad en algún lugar entre las definiciones públicas y privadas. La discrepancia a menudo encontrada entre estas dos perspectivas con frecuencia da lugar a

consecuencias negativas, tales como dolencias de salud mental y deterioro del bienestar. En nuestra sociedad moderna, la dialéctica sobre la identidad objetiva y subjetiva se ha convertido en un problema central para cada individuo que busca sentido en la vida. La creación de la identidad se convirtió en un asunto privado, acompañado de emociones que van desde la autoestima hasta el auto-odio. Este proceso debe proporcionar una identidad plausible tanto para uno mismo como para otros.

(2) "La disponibilidad socio histórica de las identidades": Los individuos sólo pueden elegir una identidad que está disponible en los tiempos y la sociedad en la que viven. Desde el punto de vista de hoy, es imposible asumir la identidad de un caballero, ya que esto no existe en la realidad de nuestra sociedad. Erikson ya señala el aspecto histórico de la identidad. Si queremos encontrar ejemplos cotidianos de nuevas identidades emergentes, basta con mirar el papel cambiante de las mujeres y sus efectos sobre la familia y el mercado de trabajo: Una mujer de negocios con hijos o un marido en la casa no tiene la posibilidad de retroceder en las identidades socialmente establecidas, lo que conduce a inseguridades.

(3) "La organización de múltiples identidades": La complejidad, el anonimato y la movilidad de las sociedades modernas se reflejan en las estructuras de identidad de sus miembros. Los individuos en las sociedades modernas están llegando a poseer un número cada vez mayor de identidades diferentes. Estas identidades deben organizarse según su importancia para el yo, pero también de acuerdo con las expectativas de los demás. En cualquier caso, la capacidad de adaptar esta estructura organizativa a una situación específica es necesaria. Los individuos generalmente tienen una "identidad principal", que en sí misma contiene una estructura organizativa para todas las demás identidades. En algunas situaciones, puede ser difícil decidir qué identidad activar. En una situación interactiva, los individuos deben decidir qué persona quieren ser percibidos como, y luego transmitir el significado respectivo de sus identidades en consecuencia.

(4) "La continuidad de la identidad": Las múltiples identidades de la sociedad moderna plantean la cuestión de la continuidad necesaria, que hay que reafirmar de una situación a otra, para garantizar el orden, la responsabilidad y la salud mental como un tipo de identidad global. Los individuos se esfuerzan por mantener un grado de continuidad a lo largo de sus vidas, aunque es mucho más difícil construir una biografía perfecta en las sociedades modernas. Los miembros de las sociedades tradicionales pueden depender de estructuras sociales estables y predeterminadas, como la familia, el género, los grupos de iguales y similares. Hoy en día, la gente necesita construir su propia biografía y encontrar significado y continuidad en su vida ellos mismos.

Sin embargo, una sociedad en la que sus miembros no experimentan ninguna continuidad es impensable. En situaciones cotidianas, los individuos pueden mantener cierto grado de continuidad intentando combinar sus roles sociales con su identidad personal. En el curso de sus vidas, se esforzarán por mantener tanto los recuerdos de sí mismos como los deseos sobre su identidad futura, y lo hacen de manera que sus contactos sociales también lo sepan. Otra posibilidad de mantener la continuidad es a través de prácticas nostálgicas, en las cuales sólo el yo del pasado se mantiene e idolatra. Un ejemplo sería el atleta profesional jubilado, que pule sus medallas todos los días, ve videos de sus logros pasados y se jacta de ellos con sus nietos.

(5) "Identidad y emociones": Hay poco espacio en las sociedades (post-) modernas, racionales y burocráticas para las emociones, y sin embargo es necesario integrarlas en la propia identidad, ya que representan una dimensión importante en la construcción de identidad. Las emociones no integradas pueden resultar de una identidad dañada. Weigert et al. (1986) ilustran esto con el ejemplo de los soldados que regresan de la guerra. Las experiencias traumáticas y los sentimientos negativos asociados no pueden ser asimilados, lo que a menudo conduce a una rabia irracional que les impide tomar una vida normal en su patria. No son capaces de reconciliar su identidad con los papeles y las ofertas de significado proporcionados por la sociedad.

Identidad Social:

Esta categoría incluye conceptos de identidad que derivan de la afiliación con un cierto grupo social (nación, religión, cultura, etnia, partido político, familia, comunidad de fe, etc.). La suma de todas las identidades de partes sociales que un individuo posee puede describirse como su identidad social.

La identidad social de una persona incluye la identidad de los roles sociales (por ejemplo, empleado, madre, vecino, paciente), identidades colectivas (por ejemplo, europeo, austriaco, estonio, ventilador GT, persona de clase media, etc.) y elementos simbólicos / materiales. Una identidad-parte social es una categoría social que se caracteriza por reglas de pertenencia y el conjunto asociado de rasgos y expectativas. A veces se asume erróneamente que las categorías sociales son parte de la realidad social objetiva y, por lo tanto, se consideran inmutables y normativamente correctas. Un ejemplo de esta categoría es el papel de hombres y mujeres, que hasta hace poco estaba claramente definido y considerado intrínsecamente natural. En realidad, las categorías sociales son construidas por la sociedad

(Fearon 1999). Los roles sociales están conectados a expectativas específicas, que generalmente son cumplidas por la persona con ese papel, que sirve para facilitar las interacciones diarias.

Habitus e Identidad

Pierre Bourdieu enfatiza que nuestro estilo de vida no es elegido libremente en su totalidad, sino que está formado por nuestra posición dentro de la sociedad y de la clase (Bourdieu, 1985). Bourdieu intenta una teoría estructural de la acción, en la que considera el contexto y la situación. Intenta conectar los niveles micro y macro de la teoría con la fórmula básica "Estructura - Habitus - Práctica". El concepto de habitus sirve de intermediario entre la estructura objetivista, ordenada por la posición social y sus condiciones de vida económica y cultural inherentes, y la práctica actual, que encuentra su expresión en un estilo de vida particular. El habitus se define como un sistema de esquemas de pensamiento, percepción y acción específicos de clase. Se gana a través de interacciones sociales específicas (práctica estructurada) y es en gran medida sólo experimentado subconscientemente por el individuo. El habitus se expresa mediante acciones de clase específica y, por tanto, sirve simultáneamente para reproducir las estructuras objetivas (práctica de la estructuración) (Burzan 2004). "El habitus de un individuo es historia asimilada en el sentido de que un individuo no sólo gana conocimiento de las estructuras sociales (normas, valores, estructuras de poder, patrones de interacción, etc.) de la sociedad en la que vive, sino que estos se internalizan literalmente en su propia carne y sangre a través del curso de su socialización y otros procesos de experiencia y aprendizaje" (Gugutzer 2003). El habitus se ha convertido así en una segunda naturaleza para los seres humanos. Un tipo específico de percepción, acción y valoración, se experimenta como obvio y natural, sin ninguna conciencia de su desarrollo social. Un niño no tiene dificultades para adaptarse a las acciones y prácticas de su propio grupo en su socialización, y después del proceso de socialización se consideran incuestionables (Bourdieu, 1979). Cada persona es influenciada por el habitus de un grupo. Dado que los individuos en las sociedades modernas están afiliados con más de un grupo, el habitus tiene multitud de capas. Se expresa en peculiaridades de pensamiento y comportamiento, aunque sin la conciencia consciente del individuo. **El habitus social es la porción en gran parte inconsciente de la identidad social, que se hace evidente en una comparación de diferentes formas de habitus.** Una ilustración sería un trabajador y un niño en

época de estudios académicos. Sus diferentes formas de hábitos pueden expresarse a través, por ejemplo, de su elección de palabras o hábitos alimenticios.

Identidad personal:

La identidad personal incluye fenómenos que son únicos para un individuo específico, aunque influidos por los procesos sociales. Los rasgos individuales que definen la identidad personal son, entre otros: rasgos de personalidad, biografía, predisposiciones genéticas como la altura, el color de la piel o los ojos, huellas dactilares, ciertas formas de discapacidad o enfermedad, tono de voz, inteligencia, talentos, etc. La primera categorización todavía no permite una asignación definitiva de términos actuales de la discusión (post-) moderna sobre identidad (búsqueda de identidad, desarrollo de identidad, riesgos de identidad, crisis de identidad, etc.). La razón de esto radica en el hecho de que estos fenómenos se producen a un nivel tanto personal como social y tienen un efecto de conexión o separación sobre éstos. Estos procesos tienen lugar en una meta-categoría global, que representa la identidad del ego o el yo de una persona en el verdadero sentido. La identidad del ego de una persona es la imagen que tienen de sí mismos, cuya creación fue influenciada por sus compañeros de interacción. La identidad proporciona información sobre el tipo de persona que somos, nuestras expectativas, así como las expectativas de los demás. Sirve como una ayuda a la orientación y un marco de referencia para las decisiones conscientes e inconscientes en relación con nuestro comportamiento y actitudes. Constituye el trasfondo contra el cual el comportamiento individual, tanto personal como social, se hace comprensible. **La identidad como un proceso continuo de interacción entre el individuo y la sociedad**, construye un puente entre las esferas personal y social.

Fuente principal; Disertación de Bernadette Müller Kmet, asistente universitaria del Grupo de Ciencias de la Educación de la Universidad de Economía y Empresa de Viena desde marzo de 2013; Enfoque principal: investigación sobre identidad y biografía, investigación social internacional comparada, desigualdad social, sociología de la educación, investigación en educación superior en el África subsahariana. Áreas clave: métodos de investigación cualitativa y cuantitativa; análisis de datos sociológicos, métodos de trabajo científico, teorías sobre identidad, cultura y migración, análisis de la estructura social.

Título: Interacción apreciativa con otros

Actividades <i>1 actividad máx. 4 páginas</i> - Título - Objetivos - Palabras clave (máximo 5) - Contenidos (por favor cite siempre la fuente y añada las referencias en los espacios del módulo dedicados a las referencias) - Material (el material puede ser también multimedia, como imágenes, videos, dibujos, material impreso por los alumnos ...)	Objetivos: - Hacer posible una interacción respetuosa con otras identidades. - Reconociendo la importancia del fracaso y rechazo en el desarrollo de la identidad. - Aprender a acercarse a otras personas y culturas con apertura y aprecio.
	Palabras clave: apreciación de nosotros mismos, apreciación de los demás, apreciación de otras culturas
	Contenido: Practicamos el ser apreciativos y respetuosos con nosotros mismos y con los demás
	Material: Cuadernos y bolígrafos, sillas Comentarios a esta lección: Los participantes aprenden a reflexionar mejor sobre sí mismos. ¿Cómo interactúo conmigo mismo y con los demás? ¿Estoy interesado en otras personas? ¿Estoy interesado en otras culturas? ¿Pueden otras culturas beneficiarse de alguna manera? Los participantes sólo deben hablar de las cosas que desean compartir. Como algunas declaraciones serán discutidas más adelante en el grupo, es importante que el participante siempre indique claramente lo que sería feliz compartiendo con el grupo, o lo que sólo le han dicho a su pareja para el ejercicio, pero no quieren que todo el grupo lo escuche. Instrucciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. El moderador hace una breve charla introductoria (10 minutos) sobre las teorías de identidad basadas en el aporte intelectual anterior. 2. Los participantes forman parejas. Las parejas deben estar formadas por participantes que aún no se conocen bien, o, idealmente, nada en absoluto. Dado el caso, los participantes con antecedentes migratorios no deben ser emparejados con otros migrantes, sino que deben trabajar con un participante sin antecedentes migratorios. 3. Se pide a los participantes de cada pareja que se presenten entre sí. Deben hablar de sí mismos, teniendo cuidado de practicar la auto-apreciación mientras lo hacen. El compañero escucha activamente y apreciativamente. Al final, el socio

	<p>puede hacer algunas preguntas para aclarar, para poder entenderlo todo correctamente. Es difícil hablar de cosas positivas acerca de usted durante al menos cinco minutos, y algunos participantes seguramente lucharán. Sin embargo, deben hacer el esfuerzo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. El compañero escucha activamente y también puede tomar notas. Una vez que se sientan y que han entendido todo, proporcionan retroalimentación. Esta retroalimentación debe centrarse en la medida en que el locutor tuvo éxito en mostrar la autoestima mientras se relacionaba. 5. Ahora los roles se intercambian. El oyente se convierte en el locutor. El compañero escucha activamente, hace preguntas para aclarar al final y luego provee retroalimentación sobre el tipo de autoestima que el locutor ha mostrado. 6. Cuando el ejercicio termina, todos los participantes se reúnen en grupo. 7. En el grupo, todos los participantes son ahora presentados por su pareja, con vistas a su propia auto-apreciación. Importante: No hay que decir nada que el participante haya declarado que no quiere discutir en el grupo. 8. Finalmente, se puede preguntar a los participantes cómo fue, qué sentimientos experimentaron al hacer el ejercicio. Importante: los participantes deben hablar sobre sus propios sentimientos y no sobre los de su pareja. 9. El ejercicio no debe tomar más de dos horas en total. Eso significa 30 minutos para cada uno con comentarios y luego otros 60 minutos como máximo para la retroalimentación en el grupo.
<p>Caso de estudio</p> <p>1 o 2 (no más de 1 página en forma de una narración)</p>	<p>Comentarios a este caso:</p> <p>Basado en el siguiente caso, los participantes deben discutir en grupos pequeños (4-5 participantes) en qué manera la identidad fue formada por su historia para la persona. Los participantes tratan de ser apreciativos de la mujer y su destino, y de entender sus antecedentes. Los participantes deben discutir en qué formas se puede formar la identidad, y cómo pueden ser vistas por otros. Deben hacerse las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Su identidad está basada en su país de origen? 2. ¿Qué sucede si cambia la nacionalidad? 3. ¿Qué sucede cuando la nacionalidad de la persona en la historia se cambia involuntariamente debido a la guerra y el desplazamiento? 4. ¿Está la identidad de la persona basada en su religión? 5. ¿Está la identidad de la persona basada en su habitus?

6. ¿La identidad de la persona se basa en su afiliación con un grupo mayoritario o minoritario dentro de la población? ¿Qué sucede cuando uno es la única persona de un grupo étnico en particular?
7. ¿Fue la persona capaz de establecer nuevas identidades? ¿Permanecían atados a las viejas identidades y, en caso afirmativo, cuáles eran las consecuencias?
8. ¿Qué efectos tiene una identidad perdida en la psique de la persona?
9. ¿La familia de la persona proporcionó una identidad? ¿Hasta qué punto la persona se basó en la identidad individual en su vida?
10. ¿Qué tan fuerte es la influencia de la amistad en el desarrollo de la identidad?
11. ¿Es útil ser capaz de ver la identidad desde diferentes perspectivas? ¿Habría ayudado a la persona en su historia?
12. ¿Con qué partes de la historia creías que te podrías identificar?
13. ¿Hay algo correcto o incorrecto en la historia?

CASO:

Una típica historia de familia austríaca

Austria unió muchos grupos étnicos diferentes bajo una nación durante la monarquía: Húngaros, Italianos, Checos, Ucrainos, Alemanes, por nombrar sólo algunos.

Nuestro caso se refiere a una mujer Ucraniana que nació en 1912, durante la monarquía. Su nacionalidad era por lo tanto Austríaca, sin embargo ella vino de una casa Ucraniana, donde se habló Ucraniano y se mantuvieron las tradiciones Ucranianas. Cuando se reunió con sus amigos, también habló Polaco, Alemán, Yiddish y Rumano. Su familia mantuvo la Fe Ortodoxa Rusa.

Se casó con un Austríaco de habla alemana por amor. El idioma no era un problema, ya que ambos hablaban varios, como era habitual en aquellos días. Como tenían que estar de acuerdo en una iglesia, la boda se llevó a cabo en una iglesia católica romana. Un año y medio más tarde, un niño nació y se le dio un nombre judío, por un buen amigo de la madre.

Entonces estalló la Segunda Guerra Mundial, y la joven familia tuvo que huir debido a su nacionalidad austríaca. Los padres, hermanas y hermanos de la mujer, que se habían casado con ucranianos y

	<p>rumanos, se quedaron. Así que la joven estaba separada de todos sus amigos y parientes. Todo lo que tenía ahora eran su marido y sus tres hijos. Un niño murió durante la guerra, y la mujer estaba sola con su pena, ya que no tenía amigos ni parientes a su alrededor. No había ucranianos donde se habían mudado. Tampoco había iglesia ortodoxa rusa, así que empezó a visitar la iglesia católica. Pero ella estaba acostumbrada a diferentes ritos, que mantuvo de una manera a lo largo de su vida, ya que nunca llegó a dominar completamente los ritos católicos.</p> <p>Culturalmente, ella era muy abierta de mente, y seguía de cerca todas las tendencias de la época. Este había sido el caso en su casa, y trató de mantener la misma actitud en su nueva patria.</p> <p>Se quedó sola en su nuevo mundo, el cual, aunque entendía el lenguaje, seguía siendo extraño en sus costumbres y ritos. De alguna manera, simplemente no logró adaptarse a su nuevo entorno, a pesar de que provenía de un mundo muy étnicamente diverso. Esta soledad naturalmente tenía su efecto en su psique. Ella se volvió agresiva, demacrada y no cooperativa hasta la vejez.</p> <p>El ejercicio debe durar 50 minutos en grupos pequeños, después de lo cual todos los grupos se turnan para presentar sus ideas a todo el grupo. Esto debería tomar 50 minutos adicionales.</p> <p>Materiales: portafolios, pizarras, otros medios</p>
<p>Actividades</p> <p>1 actividad máx. 4 páginas</p> <p>- Título</p> <p>- Objetivos</p> <p>- Palabras clave (máximo 5)</p> <p>- Contenidos (por favor cite siempre la fuente y añada las referencias en los espacios del módulo)</p>	<p>Título: Constelaciones de identidad de Europa</p> <p>Objetivos: ¿La pertenencia a Europa imparte identidad?</p> <p>Palabras clave: Identidad, trabajo de constelación, respeto</p> <p>Material: Cuadernos, bolígrafos, tarjetas con nombres de países europeos que se pueden colgar alrededor del cuello. Suficiente espacio abierto para moverse libremente.</p> <p>Comentarios a esta lección:</p> <p>Utilizaremos el trabajo de constelación para obtener una imagen de Europa y sus identidades.</p>

dedicados a las referencias)

- Material (el material puede ser también multimedia, como imágenes, videos, dibujos, material impreso por los alumnos...)

Es un juego en el que todos están autorizados a participar. Los países son presentados por un voluntario. Se pueden jugar varias rondas. Las reglas se explican a continuación y deben ser respetadas por todos los jugadores.

Este juego pretende mostrar cómo los participantes imaginan las diferentes identidades en Europa, cómo ven los distintos países, qué piensan de las ventajas y desventajas de vivir en estos países. Todo esto bajo los supuestos personales del jugador que presenta su imagen de Europa. Los jugadores presentadores viven la identidad del país respectivo, los pros y contras, los prejuicios y también los privilegios asumidos que cada país tiene para ofrecer.

El juego debe durar tres horas, con pausas de café recomendadas después de las secciones uno y dos.

Teoría en el trabajo de la constelación:

El tipo más conocido de trabajo de la constelación es el de las constelaciones de la familia y de la escultura de la familia. Las actividades de este proyecto se desarrollaron siguiendo estos dos métodos.

El trabajo de Constelaciones Familiares está destinado a iluminar las constelaciones ocultas del sistema familiar mediante la representación física de los miembros de la familia. Este proceso debe ayudar a las personas a descubrir las correlaciones sistémicas que podrían no ser capaces de reconocer fácilmente fuera del trabajo de Constelación, o tal vez no quieran. Es importante entender que el trabajo de Constelación no es un juego de rol. Los representantes se llenan físicamente para una persona específica, y se les anima a dejar que sus pensamientos y emociones residan en la persona que está siendo representada. Lo que también se permite es que el buscador busque correlaciones dentro de sí mismos mientras están siendo representados, ya que todos viven en un sistema familiar y hay a menudo similitudes que descubrir.

Cualquier persona que tiene una pregunta que quiere tratar y resolver puede ser voluntaria para ser el buscador. Las personas son elegidas del grupo de participantes para actuar como representantes. El buscador coloca a estos representantes en posiciones relativas entre sí, basados en su propio sentimiento intuitivo. También hay un representante para el buscador, que también es colocado en posición por el buscador, para que puedan observar su propio lugar dentro del sistema. Durante el proceso, el buscador será capaz de reconocer su

lugar dentro de un sistema, y este es el efecto que vamos a aprovechar en nuestro juego de constelaciones de Europa.

Constelaciones de trabajo en sí también incluye entrevistas, pruebas de interpretación y soluciones. Sin embargo, no vamos a profundizar en estos aspectos, ya que no los usaremos en nuestro juego.

La Escultura de la Familia, desarrollado por Virginia Satir, se expande en el trabajo de Constelaciones tradicionales, centrándose también en la postura física que el buscador permite a los representantes asumir. Haremos uso de esto en nuestro juego también.

Reglas del juego:

1. Los participantes discuten las ventajas y desventajas de los países presentados.
2. Se elige a un buscador.
3. Todos los participantes sacan una tarjeta con el nombre de un país.
4. El solicitante determina dónde se colocan los países. Los "países" eligen qué postura quieren asumir.
5. Los "países" no hablan.
6. El moderador no interrumpe, excepto para establecer una intervención.
7. El buscador termina el juego eliminando las tarjetas de los representantes, desechándolos de su papel.
8. Finalmente, el moderador debe realizar una ronda de discusión y comentarios sobre las ideas de los participantes individuales.

Instrucciones para el juego:

1. El moderador actúa como moderador y explica los antecedentes de la actividad y las reglas del juego desde el principio.
2. Un participante es voluntario para ser el buscador.
3. El moderador coloca las tarjetas con los nombres de todos los países de la Unión Europea en el suelo. (En la segunda ronda, las tarjetas también podrían incluir los nombres de otros países relevantes, por ejemplo, Estados Unidos, Rusia, Israel, Turquía, Noruega, Suiza, etc.)
4. Los participantes ven los nombres y discuten los países entre sí a través de las siguientes preguntas:
 - ¿Están las personas en ese país abiertas hacia los visitantes?

	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Es un país rico? - ¿Cuánto dinero gasta el país en beneficios sociales? - ¿El país tiene buena atención médica? - ¿Las personas que ocupan puestos de salud ganan un salario decente? - ¿Qué tan estable es el sistema político en ese país? - ¿Me gustaría ir de vacaciones? - ¿Qué papel juega el país dentro de la Unión Europea? - ¿Me gustaría vivir allí? - ¿Qué podría esperar, si me mudara a ese país? - ¿Qué podría tener mi identidad en común con la identidad del país? - ¿Qué parte de mi identidad podría darme para adaptarme a un nuevo país? - ¿Cómo se desarrollará la identidad de ese país en el contexto de la Unión Europea y del resto del mundo? <ol style="list-style-type: none"> 5. Los participantes con antecedentes migrantes pueden agregar cualquier conocimiento que tengan de un país en particular a la discusión, sin embargo no deben elegir su propio país de origen para representar. 6. Cada participante sortea al azar una tarjeta con un nombre de país (europeo). Este es el país que representarán. La tarjeta entonces se cuelga alrededor del cuello del participante, oficialmente haciéndolo un representante de ese país. 7. Ahora el moderador coloca a los países en el orden siguiente, aunque los países pueden expresar sus propios pensamientos y opiniones en este momento. El buscador observa. <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de países en una línea según el tamaño de su población, ascendiendo de derecha a izquierda. - Colocación de países según la estabilidad de su sistema político. (¿Cuán democráticos parecen los países externamente?) - Colocación de países en una línea de acuerdo a su riqueza. - Colocación de países según la diversidad de grupos minoritarios. - Colocación de países según la diversidad de su población migrante.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de países según su aparente tolerancia hacia las culturas extranjeras. <p>8. Ahora el buscador coloca los países:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de países según su ubicación geográfica. - Colocación de países según similitudes en su dirección política, en términos de las convicciones percibidas de sus dirigentes. - Colocación de países según similitudes en su dirección política, en términos de las convicciones percibidas por la población mayoritaria. ¿Hay identidades comunes?

Resumen de los puntos clave

- La identidad es una categoría de auto-conciencia nacional e individual que actualmente está en el centro de un fuerte debate dentro de la sociedad.
- La identidad está sujeta a cambios sociales, por lo que se redefine continuamente en nuevos contextos.
- La identidad se basa en una autopercepción mutua de la existencia individual.
- En el mundo posmoderno, la autodefinición colectiva de la identidad se vuelve cada vez más oscura.
- La migración es un fuerte desafío para las democracias modernas en cuanto a su autopercepción.
- La identidad se hace efectiva y significativa tanto a nivel individual como social.

Preguntas de autoevaluación

Preguntas de opción múltiple con más de una respuesta correcta. (min 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Alguna vez has contemplado el término <i>identidad</i> ?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No

Pregunta 2: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Fue útil para usted personalmente obtener algunas ideas sobre el término <i>identidad</i> ?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	no
Respuesta 3	Aún no lo sé

Pregunta 3: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Obtuvo alguna idea de cómo la identidad puede desarrollarse en las personas?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	no
Respuesta 3	Aún no lo sé

Pregunta 4: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Tuvo pensamientos sobre su propia identidad durante el ejercicio?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	no
Respuesta 3	Aún no lo sé

1.2. Trabajo de Identidad y Biografía

Teoría y contenido 2-3 páginas	Trabajo de Identidad y Biografía Una biografía crea una conexión entre las identidades sociales y personales. Hoy en día, la vida en las sociedades occidentales se dirige en gran medida a lo largo de líneas individuales, sin embargo, sigue siendo un fuerte elemento institucionalizado. La educación básica, por ejemplo, está prescrita por la ley y generalmente sigue un patrón rígido establecido por el Estado, el cual es compartido por todos los miembros de la sociedad. La transición a la jubilación también está regulada por la ley hasta cierto punto. Es evidente que las personas en las sociedades modernas tienen más libertad de elección con respecto a su biografía; no pueden, sin embargo, estar completamente libres de las instituciones sociales. Las precondiciones y limitaciones institucionales no pueden, por otra parte, negar la individualidad de una biografía, porque la combinación específica de fases y eventos en la vida de uno es única. Una biografía contiene tanto un elemento individual como un elemento social. <u>Teoría de la biografía</u> La palabra <i>biografía</i> está formada por dos palabras griegas, "bios" = vida, y "graph" = escribir. En conjunto, las dos palabras significan una descripción de los procesos de vida, o una narración escrita de la propia vida. La palabra trabajo indica que realmente hay trabajo involucrado en el tratamiento de la descripción de vida de otros, en contemplarla y registrarla, y utilizarla para la creación de procesos de relación . Otra descripción del término "trabajo de biografía" aclara esto: <i>"El trabajo de biografía se esfuerza por percibir a la persona como un todo, es decir, como un individuo completamente formado que no puede ser comprendido sin las experiencias de vida específicas que lo ayudaron a formarla.</i> <i>Trabajo de biografía es la inclusión de la historia individual en el momento presente y el futuro posible de esa persona. Siempre es más que la suma de los eventos objetivos"</i> (Examen del cuidado geriátrico, 1998). <u>Enfoques de Biografía</u> La información biográfica principal consta principalmente de historias y descripciones de la persona o sus seres queridos. Esto se llama " hard
--	--

data". Los datos duros se basan en hechos, aunque estos se interpretan de manera diferente, ya que son observados por otros.

Es diferente cuando una persona cuenta una historia, sin embargo, y permite que sus sentimientos, como la alegría, la pena o el orgullo, fluyan en la historia, y el oyente puede simpatizar con lo que está relacionado. La historia, por lo tanto, cobra vida, ya que ofrece una visión desde dentro. Estas experiencias vividas se llaman "**soft data**".

La conversación biográfica

La conversación está en el corazón del trabajo de biografía. Al relacionar e intercambiar impresiones y experiencias basadas en la edad, el género y la cultura, las personas de todas las nacionalidades pueden adquirir una parte de su identidad. El conocimiento de las diferentes funciones de la conversación facilita el acercamiento al trabajo biográfico, ayuda a la búsqueda de métodos adecuados y permite una utilización eficiente de los diferentes elementos orientados a las necesidades de la población.

La función de la conversación biográfica

Procesamiento de experiencias diarias: todo lo que una persona experimenta, todas las influencias externas, necesitan ser traducidos al propio idioma de esa persona. Relacionar algo con las propias imágenes, términos y descripciones, permite que las cosas nuevas y desconocidas se conozcan y se familiaricen. Sin embargo, si una experiencia no está relacionada, entonces el significado se desvanece en el tiempo y deja de existir.

Transformar y crear: Es una adaptación y evaluación de ciertas experiencias, dependiendo de la etapa de desarrollo. Con el tiempo, los seres humanos aprenden a reconocer nuevos aspectos de su experiencia, a evaluarlos de manera diferente y a dibujar sabiduría para otras situaciones de vida de ellos. Relacionar experiencias puede ayudar a una persona a ver la situación desde una nueva perspectiva y también a reevaluarlos.

Superación de circunstancias excepcionales: al procesar circunstancias excepcionales y dramáticas, la narración de cuentos permite la posibilidad de convertir el "extraño" en algo familiar. Una historia que se repite y re-dice hace que la integración de nuevas realidades sea más fácil, o en algunos casos, incluso posible. Al igual que con un cuento de hadas, uno trata de encontrar la clave para resolver una situación problemática, posiblemente incluso una situación de miedo, con el fin de superar el desafío. Conectar la

narración activa con una impartición pasiva de viejas sabidurías puede ser un factor curativo. Experiencias de vida extrañas o problemáticas pueden entonces ser vistas en una nueva luz e integradas como un enriquecimiento a la vida de uno.

Acceso a experiencias enterradas (Entendimiento, reparación): Hay muchas experiencias en nuestras vidas que no encajan con la forma de vida o no pueden estar relacionadas como una historia, y otras que son demasiado malas para hablar. Cuanto más a menudo una persona habla acerca de eventos y experiencias asociadas, más a menudo pueden aparecer como imágenes de sombra, hasta que es difícil encontrar su camino en la cuenta del narrador. El significado que las personas derivan de estas experiencias también influye en su comportamiento en el futuro. La narración de cuentos proporciona la fuente de transformación y una oportunidad para el cambio.

Mirar hacia atrás y redondear (búsqueda de significado): Si uno es exitoso en la observación del arco vital en su totalidad y en revivirlo a través de la narración, entonces la contemplación y la evaluación se hacen posibles, como la acusación o la reconciliación. Una vez más, esas piezas del rompecabezas se pueden tomar de la historia de la vida que proporciona una imagen armónica, bien redondeada. Los logros de la propia vida hasta la fecha están empaquetados en palabras y confiados a otra persona. La vida recibe significado.

Llevar a la vida las imágenes interiores del pasado: Cuando una conversación se adentra en el pasado, puede ocurrir que los sentimientos asociados se lleven a la superficie. Es posible experimentar los olores que están asociados con el acontecimiento pasado que se ha dicho. Las imágenes también son llevadas a la vida. El padre llevaba a cabo su ritual después del trabajo, la madre cocinaba, ciertos gestos, etc.

Volver a vivir las emociones del pasado: Relacionar historias de vida establece emociones antiguas, haciéndolas accesibles para un procesamiento renovado. En contraste con los sentimientos provocados por las imágenes, también hay sentimientos que están relacionados con ciertas acciones. Muchas cosas se depositan y se endurecen dentro de una persona, como capas de roca. Capa sobre capa. El dolor que esto causa es demasiado grande para hablar al principio. La narración de cuentos permite que una persona comience a acercarse con cautela a estos recuerdos dolorosos. Los lados oscuros de nuestra vida pueden ser observados más objetivamente. El poder de contar historias (combinado con las realizaciones adquiridas con el tiempo) trae vida a estas estériles extensiones del alma. Los acontecimientos que han transcurrido desde hace mucho tiempo vuelven a la vida y emprenden un viaje a través del tiempo, desde el pasado hasta el presente, con el que a menudo pueden asumir una nueva apariencia.

Énfasis personal y forma de dar: Cada narrador elige un tema en particular y lo establece en un contexto. Desde el inicio hasta el final. Estas historias se orientan alrededor de un protagonista, que suele ser el narrador. Un tiempo y un lugar se mencionan como elementos. La moraleja de la historia, que se hace evidente al final, es la verdad subjetiva que el narrador ha realizado. Toda la narración sigue estas reglas. Un formato posible es la poesía, poniendo la narración de acontecimientos pasados en verso, destinada a capturar el estado de ánimo, condensado y a menudo abstracto.

Acentuación del bien y del mal: La narración de las historias de vida también significa enfrentar las experiencias pasadas en toda su belleza (el bien) y el terror (el mal). A través de re-viviendo los acontecimientos pasados, el narrador es tirado en un torbellino emocional. Esto puede llevar a que la narración se detenga abruptamente, ya que la persona está abrumada por la experiencia pasada. Si tal situación se maneja con sensibilidad y empatía, y la persona recibe la guía correcta, entonces las heridas viejas pueden ser atendidas y establecidas en un camino de curación. El efecto curativo reside en el hecho de que la experiencia se puede dividir en bien y en mal, asumiendo así una posición más objetiva. El narrador puede diferenciar su propia persona de la experiencia (los fantasmas del pasado).

Conocimiento de las raíces sociales, políticas y culturales: La narración de historias de vida lleva a una comprensión profunda de la conexión entre la propia vida con los flujos sociales, políticos y culturales. Muestra al narrador por qué los desarrollos particulares no eran posibles de ninguna otra manera porque el estado político o social en ese momento simplemente no permitía otra alternativa. El sistema de valoraciones de las personas está condicionado por la cultura y la época actual:

Acceso a experiencias reprimidas: La narración de historias de vida puede traer problemas no resueltos a la superficie. En la vida cotidiana, las manchas oscuras en nuestras vidas son en su mayoría suprimidas. Sin embargo, estas experiencias sólo pueden ser parcialmente eliminadas. Los pensamientos odiosos, los actos repugnantes, las peores experiencias, son reprimidos de la conciencia y se convierten en temas tabú. Estos tabúes se diseminan como un veneno, afectando a todos, convirtiéndose en leyes no escritas y a menudo incluso afectando a generaciones enteras. La ansiedad, la depresión, los cambios psicósomáticos son a menudo signos visibles de tales procesos. Aquí, una intervención terapéutica dirigida es necesaria, sin embargo, una conversación biográfica también puede facilitar el acceso a experiencias reprimidas y facilitar la resolución de estos enredos.

Experimental significación y valoración: El contar historias de vida nos permite apreciar el significado de los momentos difíciles en nuestras vidas. El narrador puede tranquilizarse de su vida, mientras recibe reconocimiento de un oyente atento. En tiempos de enfermedad o de crisis, no sólo se resuelven los acontecimientos actuales, sino que también existe la oportunidad de examinar viejas cicatrices y dignificarlas. Mucho dependerá de la actitud del oyente, sea o no que una persona experimente lo que significa ser valorada y aceptada - en tiempos de enfermedad y sufrimiento, o al atardecer de sus vidas.

Conocimiento de situaciones específicas de la vida: La narración de historias de vida pone al narrador en contacto con las estaciones de su vida y ofrece una visión de todo el paisaje de su vida. Esto puede suceder de diferentes maneras: algunas personas pueden relacionar las experiencias de toda su vida con gran detalle, mientras que otras pueden aproximarse tentativamente a una y luego a otra experiencia de su pasado. El arco abarca desde las experiencias de la primera infancia hasta las del día anterior. El verdadero alcance de la vida se hace evidente y la riqueza de la experiencia sale a la superficie. La pregunta: "¿Quién soy yo?" está en el corazón de este proceso. La imaginación y la memoria ayudan al buscador a encontrar una respuesta a esta pregunta.

Referencias de literatura

Böhm Erwin: Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm [Modelo de cuidado psicobiográfico después de Böhm]. Vol. 1: Grundlagen [Fundamentos]. Wilhelm Maudrich-Verlag, Viena, 2009, 4ª edición.

Hiemetzberger Martina, Messner Irene y Dorfmeister Michaela: Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe [Ética en el trabajo y estudios ocupacionales. Un libro de cursos para ocupaciones de cuidado]. Prensa universitaria Facultas, 2007.

Jung, Mathias: Mein Charakter-mein Schicksal. Die Kunst sich zu erkennen und zu entwickeln [Mi personaje, mi destino. El arte de conocerse y desarrollarse]. Emu-Verlags-und Betriebs GmbH, Lahnstein, 2008, 3ª edición.

Kreuzpainter Günther, Bauer Rüdiger, autores y editores: Erzähl mir deine Geschichte. Biographiearbeit und Beziehungspflege in Altenhilfeeinrichtungen [Cuéntame tu historia. Biografía trabajo y relaciones en atención geriátrica]. IBICURA, Unterostendorf, 2004.

Ruhe, Hans Georg: Methoden der Biographiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen [Métodos de trabajo biográfico. Descubrir y

	<p>comprender los caminos de la vida]. Juventa Verlag, Weinheim y Munich. 2007, 4ª edición.</p> <p>Specht-Tomann Monika: Biographiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege [Trabajo biográfico en atención de salud y atención geriátrica]. Springer Medizinverlag, Heidelberg, 2009.</p>
Trabajo de biografía	Título: Instrumento para trabajo biográfico, creación de un mapa biográfico
	Objetivos: Aumentar el conocimiento de la propia identidad
	Palabras clave: Trabajo biográfico, fortalecimiento de identidad propia
	Contenidos:
	<p>Materiales: Necesitamos hojas de portafolio y cuadernos, otros medios, mesas de trabajo que permitan a los participantes escribir y dibujar en el papel del portafolio.</p> <p>Comentarios a esta lección:</p> <p>Dejaremos que los participantes creen su propio mapa biográfico. Se refuerza la creatividad y la auto-estima. Este ejercicio también puede conducir a la realización, por qué la biografía de los migrantes es tan importante para ellos. Es una de las pocas cosas que todavía poseen, y una gran fuente de identidad para ellos.</p> <p>Deje al menos 40 minutos para que los participantes puedan crear sus biografías. Debe prestarse mucha atención a la presentación de las biografías individuales. ¡Cada participante debe recibir suficiente tiempo, por lo que es importante que todos los participantes aplaudan las presentaciones.</p> <p>Ejercicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El moderador hace una breve charla introductoria sobre el tema, basado en la entrada teórica anterior. 2. Cada participante recibe una hoja de portafolio y marcadores grandes para escribir y dibujar. También pueden utilizar otros materiales si así lo desean. 3. El moderador pide a los participantes que creen un mapa biográfico de sus vidas. Se les pide a los participantes que ilustren gráficamente acontecimientos significativos en su vida. La forma más sencilla de hacerlo es registrar varios

	<p>eventos a lo largo de una línea numérica. Para el ejemplo de la familia: el cumpleaños sería el día cero, seguido por los cumpleaños de los hermanos, la muerte de un pariente, el nacimiento de un niño, etc.</p> <p>4. Deberán crearse al menos líneas numéricas para los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia - Profesión - Aficiones, ocio, amistades <p>5. Asuntos adicionales: cuentas de migración, sin experiencia directa o en la segunda o tercera generación.</p> <p>6. Presentación del grupo</p>
<p>Resumen de los puntos clave</p> <ul style="list-style-type: none"> - El trabajo biográfico presenta un método para hacer visibles y documentar los procesos de identificación de identidad a nivel individual. 	

Preguntas de auto-evaluación	
Pregunta 1: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Requiere coraje para hablar de uno mismo?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No
Respuesta 3	Aún no lo sé
Pregunta 2: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Puede la biografía abordar problemas de la vida que son difíciles de expresar de otra manera?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No
Respuesta 3	Aún no lo sé
Pregunta 3: Título de la pregunta	

Contenido de la pregunta	¿Ha creado un mapa biográfico que le permita descubrir algo nuevo sobre usted mismo, o conducido a otras realizaciones?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No
Respuesta 3	Aún no lo sé

Módulo 4: Gestión en la configuración de atención médica



Módulo 4: Gestión en la configuración de atención médica

Los profesionales de la salud deben abordar nuevos desafíos en su vida diaria que requieren el desarrollo de ciertas habilidades para tratar con poblaciones muy diversas y con diferentes antecedentes culturales. Necesitan reforzar y aumentar sus competencias interculturales y manejar ciertos asuntos en los entornos de atención médica que impactan a nivel interpersonal, institucional y organizacional. Entre estos problemas se destacan los dilemas éticos, la seguridad ambiental y la relación con sus pacientes.

CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	COMPETENCIAS
---------------	-------------	--------------

Al final del módulo la persona será capaz de:

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades para manejar los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud en los entornos de atención médica en relación con los dilemas éticos, la seguridad ambiental y la relación con sus pacientes con orígenes culturales diversos. • Aumentar las competencias en relación con los valores personales, los procesos de toma de decisiones y las acciones que las y los profesionales realizan en su práctica diaria en el contexto institucional y organizacional. • Conocer principios, modelos y teorías sobre el manejo de ciertos problemas interculturales en entornos de atención médica. • Conocer otros casos y buenas prácticas en estos temas. | <ul style="list-style-type: none"> • Comprender las motivaciones detrás de los comportamientos de grupos de personas culturalmente diversas. • Crear relaciones de confianza con pacientes con orígenes culturales diversos. • Examinar el entorno de los servicios de salud en los contextos interpersonal, institucional y organizacional para incluir múltiples perspectivas y formas de pensar. | <ul style="list-style-type: none"> • Abordar los dilemas éticos en la toma de decisiones. • Aplicar valores éticos en el trabajo diario. • Autoevaluar la relación con pacientes con orígenes culturales diversos. • Aplicar estándares mínimos en entornos de atención médica para tener un entorno seguro. • Evaluar el medio ambiente en el ámbito de la atención médica en términos de seguridad. |
|--|--|--|

NIVEL EQF	CRÉDITOS ECVET
6	1

HORAS DE ESTUDIO

Total: 25	Contacto: 5	Prácticas: 5	Estudio: 10	Evaluación: 5
-----------	-------------	--------------	-------------	---------------

Este módulo se desarrolla a través de:

- | | |
|---|--|
| ✓ Conversación | ✓ Presentaciones |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de campo | ✓ Grupos de trabajo |
| ✓ Práctica | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) |

Este módulo se evalúa a través de:

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| ✓ Evaluación continua | <input type="checkbox"/> Presentación | <input type="checkbox"/> Autoevaluación | <input type="checkbox"/> Ejercicio escrito |
| <input type="checkbox"/> Examen oral | <input type="checkbox"/> Proyecto | <input type="checkbox"/> Demostraciones de habilidades | <input type="checkbox"/> Tareas por escrito |
| <input type="checkbox"/> Expediente | <input type="checkbox"/> Diario | <input type="checkbox"/> Retroalimentación | <input type="checkbox"/> Test por escrito |
| ✓ Práctica | <input type="checkbox"/> Informe | <input type="checkbox"/> Retroalimentación estructurada | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) |
| | <input type="checkbox"/> Talleres | | |

Referencia del Proyecto No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Proyecto Erasmus+, Alianzas Estratégicas para la Formación Profesional y la Capacitación

Módulos de formación: GESTIÓN EN LA CONFIGURACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Duración de la unidad: 1 día de formación (8 hrs. – necesidad de confirmación)

1.1. Tema común

Título	Gestión en la configuración de atención médica
Síntesis / Objetivo	<p>Los profesionales de la salud tienen que afrontar nuevos retos a diario que requieren el desarrollo de ciertas habilidades.</p> <p>La población a la que asisten es muy diversa y en muchos casos con orígenes culturalmente diversos.</p> <p>Los profesionales de la salud necesitan reforzar, aumentar las competencias interculturales y gestionar ciertos problemas en su entorno sanitario que repercuten a nivel interpersonal, institucional y organizativo. Algunos de ellos son dilemas éticos, la seguridad ambiental y la relación con sus pacientes.</p> <p>A menudo se enfrentan a dilemas éticos que los llevaron a la angustia moral y tienen que tomar decisiones éticas para resolver problemas.</p> <p>Respecto a su entorno de trabajo, es imprescindible trabajar en ambientes seguros que garanticen a los pacientes con antecedentes culturalmente diversos y la seguridad de los empleados y las condiciones de organización.</p> <p>Por otra parte, construir la relación del paciente basada en la confianza produce beneficios y resultados positivos en los tratamientos de los pacientes y genera un clima organizacional positivo.</p>
Palabras claves	Dilemas éticos, seguridad, relación, construcción de confianza, habilidades
Objetivos de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar habilidades para gestionar los retos que los profesionales sanitarios encuentran en su entorno sanitario en relación con los dilemas éticos, la seguridad ambiental y la relación con sus pacientes con antecedentes culturalmente diversos.- Aumentar las competencias de los profesionales de la salud en relación con los valores personales, el proceso de toma de decisiones y las acciones que estos profesionales realizan en su desempeño diario en su contexto institucional y organizativo.- Conocer los principios, modelos y teorías sobre el manejo de ciertos temas interculturales en el ámbito sanitario.

	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer otros casos y buenas prácticas en salud.
Consejos	<p>No existe una única estrategia de instrucción que se ajuste a todas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ "Tengo una amplia variedad de estrategias de instrucción dentro de mi repertorio para tratar en la práctica cotidiana durante el cuidado de personas con diferentes antecedentes culturales". ✓ "No uso la información, las herramientas y los métodos proporcionados si no me siento seguro". <p>Reflexionar y ser conscientes de las necesidades educativas es un gran lugar para empezar a entender la motivación detrás de los comportamientos y la planificación para un cambio eficaz en relación con la situación actual en la atención de la salud y con las necesidades de salud de grupos culturalmente diversos.</p> <p>Construir relaciones de confianza con pacientes con un fondo culturalmente diverso, la seguridad de sus familias y empleados y las condiciones organizacionales es el núcleo de la instrucción culturalmente sensible. Servicios de salud - Conexión comunitaria.</p> <p>La confianza es necesaria para nosotros, ya que aumenta la tolerancia de la incertidumbre en los contextos interpersonales, institucionales y organizacionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ "No trato solo con importantes problemas de servicios de salud; Incluiré a todos los involucrados, profesionales de la salud y servicios en cada país, así como políticas de atención de la salud pertinentes, trabajadores sociales, redes, organizaciones y recursos externos". <p>Permitir múltiples perspectivas y formas de pensar es esencial en las relaciones de salud. Por lo tanto, también es importante examinar el entorno de servicios de salud en los contextos interpersonal, institucional y organizacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ "No me enfoco sólo en un argumento y un camino. Trato de cubrir y pensar en factores externos (sociales, económicos, familiares, religiosos, creencias, etc.)".

Referencias / lectura adicional	<p>Adams J., Bartram J., Chartier Y. ed. (2008). <i>Normas ambientales en la atención de la salud</i>. Suiza, Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Agencia de Investigación y Calidad de la Salud. <i>10 consejos para la seguridad de los pacientes en los hospitales</i>. Diciembre de 2009.</p> <p>https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/10-tips-for-hospitals.pdf</p> <p>Allison M. <i>Cómo construir y mantener la confianza con el paciente</i>. Londres: The Pharmaceutical Journal 15 de noviembre de 2016.</p> <p>http://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/how-to-build-and-maintain-trust-with-patients/20201862.article#fn_1</p> <p>Anónimo (2005). <i>Enfermería y Bioética: Toma de decisiones éticas en Enfermería</i></p> <p>http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=29</p> <p>Barkley P.S. (2017) <i>Construyendo una relación con su paciente: resultados positivos de manejo de casos</i>. Washington D.C.: Asociación Nacional de Atención Domiciliaria y Hospicio.</p> <p>http://www.nahc.org/news/building-rapport-with-your-patient-positive-case-management-outcomes/</p> <p><i>Construyendo la confianza: 5 extremidades para realzar sus relaciones del paciente</i>. 20 de abril de 2011 Publicado en Desarrollo de Negocios</p> <p>http://www.patientadvocatetraining.com/2011/04/20/building-trust-5-tips-to-enhance-your-patient-relationships/</p> <p>Calnan M., Rowe R. (2005). <i>Las relaciones de confianza en el 'nuevo' SNS: desafíos teóricos y metodológicos. Confianza en el contexto de la asistencia sanitaria</i>. Bristol: Universidad de Bristol.</p> <p>Calnan M., Rowe R. (2006) <i>Investigación de las relaciones de confianza en la atención de la salud: retos conceptuales y metodológicos - Introducción</i>, Journal of Health Organization and Management, vol. 20 Issue: 5, pp.349-358.</p>

<https://doi.org/10.1108/14777260610701759>

Chaney P. *Construir la confianza del paciente mediante la promoción de una asociación médico-paciente*. Cuidado de Pacientes (Revista Digital sobre asuntos de salud). 19 de octubre de 2015

<https://www.dignityhealth.org/articles/build-patient-trust-by-promoting-a-physician-patient-partnership>

De Bord J. (2013). *Ética en Medicina. Confidencialidad*. Washington: Medicina Escolar de la Universidad de Washington.

Dilemas éticos a los que se enfrentan los administradores actuales de atención médica. Publicado el 22/02/2016. Ohio: Universidad de Ohio.

<http://onlinemasters.ohio.edu/ethical-dilemmas-faced-by-todays-health-care-administrators/>

Edge R., Groves J. (2006). *Ética del Cuidado de la Salud. Una guía para las prácticas clínicas*. Nueva York: Thomson Delmar Learning.

Fry, S.T., Veatch, R.M. & Taylor, C. (2011). *Estudios de caso en ética de enfermería*. Sudbury MA: Jones & Bartlett.

Hughes, R.G. ed. (2008). *Seguridad y Calidad del Paciente: Un Manual Basado en la Evidencia para Enfermeras. Crear un entorno seguro y de alta calidad para la atención de la salud*, 21.

Consejo Internacional de Enfermeras (2007). *Entornos de prácticas positivas: Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. Información y Acción desarrollado por Andrea Baumann para el ICN*. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras

<http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>

Consejo Internacional de Enfermeras, Federación Hospital Internacional, Federación Internacional de Farmacéutica, Federación Mundial de Fisioterapia, Federación Dental Mundial, Asociación Médica Mundial. *Ambientes de práctica*

positiva para profesionales de la salud. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras.

http://www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf

Iyalomhe GB (2009). *Ética médica y dilemas éticos*. Niger J Med.; 18 (1): 8-16.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485140>

Mazer S. E. (2010). *Formas de mejorar la seguridad del paciente: cómo el medio ambiente juega un papel crítico*.

http://healinghealth.com/images/uploads/files/hhs_white_paper_August_2010.pdf

Dilemas Éticos Importantes en Enfermería. Excite Educación.

<http://www.excite.com/education/blog/major-ethical-dilemmas-in-nursing>

McCarthy, D., Blumenthal D. (2006). *Historias del final agudo: estudios de caso en mejora de la seguridad*. Milbank Q. 2006 Mar; 84 (1): 165-200.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690159/>

Michelson K. *Confianza en los proveedores e instituciones de atención médica: hallazgos clave*. Illinois: Kellogg School Management en la Universidad Northwestern.

<http://www.kellogg.northwestern.edu/trust-project/videos/michelson-ep-2.aspx>

Confianza del paciente: Cómo construir confianza con una marca de atención médica. Marketing de Medios Digitales

<http://www.adtaxi.com/2017/04/20/patient-confidence-build-trust-health-care-brand/>

Diccionario de ingles Oxford. Disponible en:

<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/trust>

(se accede a agosto de 2017) Ulrich L. (2002). *Principios éticos en la ética de la salud*. Ohio: Universidad de Dayton.

Witters D., Harter J., Agrawal S., Kanitkar K. *Las mejores maneras de mantener seguros a los pacientes del hospital*. Business Journal, junio de 2013.

<http://www.gallup.com/businessjournal/163013/best-ways-keep-hospital-patients-safe.aspx>

Organización Mundial de la Salud (2009). *OMS Guía del currículo de seguridad del paciente para escuelas de medicina*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/who_ps_curriculum.pdf

1.2. Específico para el subtema

Teoría y contenido	Dilemas éticos
	<p>Un dilema ético es un problema de toma de decisiones entre dos posibles alternativas, ninguna de las cuales es inequívocamente aceptable o preferible y no está claro cuál es la correcta (Banks, 2005: 1011).</p> <p>Pueden surgir dilemas éticos para los pacientes y miembros de la familia con antecedentes culturalmente diversos, miembros del personal médico y médicos que cubren el contexto interpersonal, intercultural, institucional y organizacional.</p> <p>En cuanto a los administradores, desempeñan un papel importante en el establecimiento de los programas y entornos que afectan directamente la prestación de atención al paciente dentro de su sistema de salud, institucional y contexto organizacional.</p> <p>A menudo son responsables de tomar decisiones financieras que pueden afectar tanto a su organización de atención de la salud y la calidad de la atención prestada y que tienen que trabajar con el personal para resolver las quejas antes de que se tome alguna acción legal. Los administradores de atención médica pueden trabajar para gestionar las relaciones con muchas partes interesadas, incluidos proveedores externos que proporcionan productos y servicios, incluidos medicamentos de marca, equipos de diagnóstico y soluciones de software. Los administradores de la salud también son líderes de la industria con la educación y la autoridad para moldear la política ética en el cuidado de la salud.</p> <p>Tienen que estar preparados para ciertas situaciones donde el liderazgo ético y la toma de decisiones son habilidades clave.</p> <p>Un importante principio ético es el de mantener el derecho a la privacidad y a la autonomía. Los administradores deben asegurarse de que los sistemas tecnológicos para registrar, almacenar y transmitir información de salud sensible se adhieran a todas las leyes y reglamentos pertinentes.</p>

Para la parte de los proveedores de salud, los dilemas éticos aparecen en ciertos temas como el aborto, la anticoncepción, la eutanasia, la mala conducta profesional, la confidencialidad de la verdad, la relación profesional con los familiares, la religión, la medicina tradicional y las empresas.

Hay algunas áreas de posibles dilemas éticos:

1. *Confidencialidad*: "El principio que obliga al practicante a mantener estrictamente las cosas aprendidas sobre un paciente en el curso de una práctica médica" (Edge, 2006).
 - Confidencialidad es crear un ambiente de confianza.
 - La obligación de confidencialidad prohíbe que el proveedor de atención médica divulgue información sobre el caso del paciente a otros sin permiso y alienta a los proveedores y a los sistemas de atención médica a tomar precauciones para garantizar que sólo se autorice el acceso.
2. *Fidelidad real*: "La fidelidad real implica las lealtades específicas asociadas con una designación profesional particular".
 - Es una forma especial del principio de beneficencia que capta la calidad del compromiso que existe entre el profesional sanitario y el paciente.
3. *Conducta Sexual indebida en el Cuidado de la Salud*: la práctica sexual entre practicantes y pacientes es considerada no ética.
4. *Asignación de escasos recursos*. En las situaciones de asignación de recursos de miedo el método más ético es la Teoría Utilitaria de la Justicia: se proporcionan recursos para proveer lo más bueno al mayor número de personas.
 - La aplicación de esta teoría debe garantizar la igualdad de trato, independientemente de la situación socioeconómica y jurídica de los pacientes.
5. *Autonomía del paciente*: "autodeterminación personal; el derecho de los pacientes a participar y decidir cuestiones relacionadas con su cuidado" (Edge, 2006).
 - Se requiere un consentimiento informado para informar a los migrantes y los pacientes de las minorías étnicas sobre los riesgos involucrados en una determinada intervención (por ejemplo, transfusión de sangre) y para permitirle decidir si recibirá esa intervención.

6. *Tratamiento del SIDA (u otras infecciones de riesgo) en la atención sanitaria.*

- Podría ser un conflicto entre el derecho del profesional a conocer información que pueda afectar a su seguridad / protección personal y el derecho del paciente a la confidencialidad.

Conflicto de principios y acciones éticas en la práctica sanitaria

Los principios éticos (respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia) a veces entran en conflicto unos con otros y conducen a esos dilemas éticos.

Tipos de conflictos:

- Conflicto entre dos principios éticos: dos principios son válidos pero uno contradice al otro. Por ejemplo, cuando un paciente de minorías étnicas no quiere continuar con el tratamiento (autonomía) y la asistencia sanitaria conoce un tratamiento que puede beneficiar al paciente (beneficencia).
- Conflicto entre dos acciones con razones a favor y en contra: cuando tomar acciones puede dañar al paciente, pero no tomar acciones también dañará al paciente. Por ejemplo, un paciente que presenta autoagresión por su patología y es necesario inmovilizar sus extremidades (acción contra la libertad del paciente pero no tomarla generaría más lesiones).
- Conflicto de evidencias: cuando las acciones terapéuticas se llevan a cabo contra el paciente, por decisión de la familia. Por ejemplo: cuando los pacientes con decisiones de enfermedad terminal son delegados a la familia (pérdida del derecho a la autonomía).
- Conflicto entre la ética personal y el rol profesional: cuando los profesionales sanitarios realizan una actividad contra sus principios morales y éticos personales. Por ejemplo: al no estar de acuerdo con la aplicación de la eutanasia.
- Conflicto entre la ética y la baja: Lo mismo con la aplicación de la eutanasia. Por ejemplo: la familia está de acuerdo con la aplicación a un paciente en estado terminal, pero no está autorizado por la ley.

Método para la resolución de problemas éticos

La resolución de los dilemas exige el mejor conocimiento de las leyes y de la ética pertinentes por parte de los proveedores de salud, su formación y experiencia, su convicción religiosa y principios morales, así como su disposición a beneficiarse de la consulta ética y el asesoramiento de su/s colega/s.

Existen numerosos mecanismos reguladores diseñados para asegurar que se cumplan los más altos estándares de ética en los entornos de salud (por ejemplo, el Código de Ética del CIN del Consejo Internacional de Enfermeras).

Esto establece que las enfermeras, además de llevar a cabo sus principales responsabilidades de promover la salud, mitigar el sufrimiento y prevenir la enfermedad en los pacientes, también deben mostrar "el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la elección, a la dignidad, y ser tratado con respeto".

En algunos entornos de salud, hay un Comité de Ética.

Los Comités de Ética son grupos interdisciplinarios responsables de la toma de decisiones en conflictos éticos que abarcan el contexto interpersonal, intercultural, institucional y organizacional.

Toman en cuenta hechos, antecedentes, valores en conflicto, conceptos científicos, reglas técnicas, ideas filosóficas (sobre la profesión, los profesionales implicados y el paciente), leyes, normas internas, cuestiones de organización, etc.

¿Se forman para responder sobre cuáles son los deberes y obligaciones de los trabajadores de la salud con respecto a sus pacientes mediante el desempeño de su actividad?, ¿Cómo se incorporan los valores éticos a su desempeño?

A continuación, se presenta un modelo de toma de decisiones éticas, el Método DOER, que se basa en el método científico y aplicado por el Comité de Ética.

El método DOER comprende cuatro etapas:

- 1. Delimitación del conflicto:**

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Valorización integral de la salud del paciente (físico, psíquico, sociocultural y espiritual), identificando causas, circunstancias y hechos que llevaron a adoptar una actitud determinada. ○ Consideración del Código Deontológico / código de conducta de los profesionales para comprobar qué medidas deben tomarse en esa situación. ○ Confrontación de los resultados de la valorización del paciente con un trasfondo cultural diverso con la actitud que el profesional debe tomar de acuerdo a su código de conducta, delimitando de manera objetiva la dimensión real del conflicto.
	<p>2. Opciones ofrecidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Información objetiva, veraz y completa proporcionada por el profesional al paciente sobre las acciones del profesional de acuerdo con su código y las opciones que el paciente tiene para resolver su problema.
	<p>3. SElección de la opción.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El paciente con antecedentes culturalmente diversos debe elegir libremente la opción deseada entre las alternativas presentadas.
	<p>4. Resolución de conflictos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comunicación al equipo interdisciplinario de la opción elegida por el paciente y la posición a adoptar, realizando bajo el consentimiento informado y registrando todo el proceso.
	<p>Evaluación</p> <p>Finalmente, la educación en ética debe comenzar desde la edad temprana en los hogares, continuar en las escuelas de medicina y después de la graduación para asegurar que los médicos desarrollen buenas prácticas éticas y adquieran la capacidad de manejar eficazmente los dilemas éticos. Además, la educación de pacientes con antecedentes culturalmente diversos y la sanción de conductas poco éticas reducirá los dilemas éticos.</p>
Actividades	Título: Solución de dilemas éticos
	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Analizar un dilema ético real.

	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre valores éticos incorporados en el desempeño diario de los proveedores de atención médica - Aplicar un modelo para la toma de decisiones éticas.
	Palabras clave: dilema ético, principios, resolución de problemas
	<p>Contenidos:</p> <p>Para la siguiente actividad, imaginemos que usted forma parte del Comité de Ética en su entorno de atención médica.</p> <p>Por favor, piense en un dilema ético que usted o algunos de sus colegas han tenido (o está teniendo actualmente) e intente resolverlo siguiendo las etapas del Método DOER.</p> <p>Esta actividad también se puede trabajar en sesiones grupales.</p> <p>1. Delimitación del conflicto: Analizar el conflicto proporcionando información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La situación de la salud de los migrantes y de las minorías étnicas, el nivel de atención requerida y las prioridades necesarias. Los Diagnósticos. Hacer una valoración integral (física, psíquica, sociocultural y espiritual). - Dilema ético planteado. - Lo que su código deontológico / código de conducta considere sobre esta situación. - Expectativas y consideraciones de los migrantes y de las minorías étnicas. - Sus consideraciones profesionales. - Consideraciones de otros profesionales, si procede. - Razonamiento legal, ético, etc. <p>2. Opciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escribir las prioridades aplicando los principios de dilema ético, beneficencia, justicia, autonomía, confidencialidad, etc. - Enumere las opciones que usted puede ofrecer al paciente de acuerdo con su código de conducta y la valoración que usted hizo previamente. <p>3. Selección de la opción.</p> <p>En caso de que no conozcas la elección de los pacientes en este momento, haz una suposición al respecto.</p>

	<p>4. Resolución de conflictos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar cómo se comunicó o comunicaría al resto del equipo la decisión tomada. - Explicar los próximos pasos en el proceso y el plan de acción (consentimientos informados, registro de la información, etc.) <p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escriba los problemas que ha encontrado tratando de resolver este problema. - ¿Se ha resuelto el dilema ético? - ¿Se han cumplido los objetivos? - ¿Cómo te sientes al respecto?
	<p>Material:</p> <p>Folios y bolígrafos</p> <p>Registro de trabajo</p> <p>Documentos de información institucional</p> <p>Acta de acuerdos</p> <p>Caso de estudio</p> <p>Kauri es un joven de Ghana. Trabajó como agricultor en su país y actualmente trabaja a tiempo parcial recortando vegetación en algunas propiedades privadas.</p> <p>Un día Kauri entra en la clínica para un chequeo. Su enfermera solicita una muestra de orina para una prueba de toxicidad. Kauri acepta dar la orina porque ha firmado un contrato como parte de su tratamiento para el TDAH (Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad).</p> <p>Kauri da positivo en cannabis. Él confiesa que fuma cannabis muy a menudo y bebe el alcohol también. Además, a menudo se olvida de tomar su medicación para su trastorno convulsivo.</p> <p>La enfermera siente angustia moral porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kauri está usando drogas ilícitas y alcohol. - Debe mantener la confidencialidad.

	<p>-Kauri no está tomando sus medicamentos para las convulsiones.</p> <p>- Puede herirse a sí mismo o a otros.</p> <p>Cuando la enfermera habla con Kauri para decir que lo que está haciendo no es seguro y que puede lesionarse a sí mismo y a los demás, la reacción de Kauri es agresiva. Él grita que puede hacer lo que quiera, el uso de cannabis está culturalmente aceptado en su país de origen (principalmente entre los trabajadores que desarrollan profesiones duras como agricultores) y amenaza a la enfermera a contar su negocio.</p> <p>La angustia moral que la enfermera siente es debido a un dilema ético, el paciente con un fondo culturalmente diverso tiene derecho a la confidencialidad y la responsabilidad de la enfermera de protegerle contra el daño.</p> <p>La angustia moral puede causar sufrimiento en la enfermera e incluso perturba su capacidad de hacer su trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Podría el mantenimiento de la confidencialidad conducir al daño de Kauri u otros? ✓ Si usted fuera esta enfermera, ¿qué decisión tomaría? ✓ ¿Pediría la ayuda de algún colega? ✓ ¿En qué elementos, principios o teorías de razonamiento ético basaría su decisión? ✓ ¿Cómo aplicaría el método DOER para resolver este dilema ético?
--	---

Resumen de puntos claves

- Un dilema ético es un problema de toma de decisiones que se puede plantear para los profesionales de la salud y el paciente con un fondo culturalmente diverso y a sus familias.
- Existen principios éticos (respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia) a veces conflictos entre sí que conducen a dilemas éticos.
- Áreas de posibles dilemas éticos como la confidencialidad, la fidelidad real, la mala conducta sexual, el paciente con un fondo culturalmente diverso, la autonomía del paciente, etc.

- Cuando algunos de estos principios éticos entran en conflicto entre sí, dando lugar a dilemas éticos.
- El Método DOER es un modelo de toma de decisiones éticas, basado en el método científico que involucró cuatro etapas más la evaluación final: delimitación del conflicto, opciones ofrecidas, selección de opciones y resolución de problemas.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	En un dilema ético, las dos alternativas posibles para resolver el problema de toma de decisiones son...
Respuesta 1	De acuerdo
Respuesta 2	No está claro cuál es el correcto
Respuesta 3	Ninguno es preferible pero uno es el correcto
Respuesta(s) correcta(s)	2

Pregunta 2: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿El principio de confidencialidad permite al profesional de la salud divulgar información sobre el paciente con antecedentes culturalmente de migrantes?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	No
Respuesta 3	Sí con el permiso del paciente
Respuesta(s) correcta(s)	3

Pregunta 3: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Cuáles son los instrumentos utilizados para garantizar un paciente de autonomía de una minoría étnica?
Respuesta 1	Formulario de inscripción en el ámbito de la asistencia sanitaria
Respuesta 2	Consentimiento informado

Referencia del Proyecto No: 2016-1-EL01- KA202-023538

Proyecto Erasmus+, Alianzas Estratégicas para la Formación Profesional y la Capacitación

Respuesta 3	Respuestas 1 y 2
Respuesta(s) correcta(s)	2
Pregunta 4: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Qué principios están en conflicto entre sí cuando un paciente de una minoría étnica no quiere mantener el tratamiento y el proveedor de atención médica considera que el tratamiento puede beneficiar al paciente?
Respuesta 1	Autonomía y beneficencia
Respuesta 2	Respeto para la autonomía y justicia
Respuesta 3	Respuestas 1 y 2
Respuesta(s) correcta(s)	1
Pregunta 5: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿En qué etapa del método MOER es necesario verificar el Código Deontológico / Código de conducta del profesional?
Respuesta 1	Resolución del conflicto
Respuesta 2	Evaluación
Respuesta 3	Delimitación del conflicto de la situación
Respuesta(s) correcta(s)	3

Glosario (si es necesario)

Términos más importantes, específicos para el sub-módulo

Término...	Definición...
Término...	Definición...
Término...	Definición...
Término...	Definición...
...	...

1.3. Ambiente seguro

Teoría y contenidos	Ambiente seguro
	<p>Mantener un ambiente seguro refleja un nivel de compasión y vigilancia de los pacientes con un origen culturalmente diverso de bienestar que es tan importante como cualquier otro aspecto de la asistencia sanitaria competente.</p> <p>Un ambiente seguro en los entornos de salud se basa en varios elementos como la seguridad de los pacientes, los estándares esenciales de salud ambiental y los ambientes de práctica positiva para los profesionales de la salud (interpersonal, intercultural, institucional y contexto organizacional).</p> <p>La seguridad del paciente</p> <p>La seguridad del paciente se ha definido como una disciplina en el sector de la atención de la salud que aplica los métodos científicos de seguridad hacia el objetivo de lograr un sistema confiable de prestación de servicios de salud. La seguridad de los pacientes y de los pacientes migrantes de las minorías étnicas es también un atributo de los sistemas de atención de la salud; minimiza la incidencia y el impacto de, y maximiza la recuperación de eventos adversos.</p> <p>Los pacientes con antecedentes culturalmente diversos no sólo son perjudicados por el uso indebido de la tecnología, también pueden ser perjudicados por la mala comunicación entre los diferentes proveedores de atención de salud o los retrasos en la recepción de tratamiento. Los proveedores de atención médica individuales pueden mejorar la seguridad de los pacientes comprometiéndose con los pacientes y sus familias, revisando los procedimientos, aprendiendo de los errores y comunicándose eficazmente con el equipo de atención médica. Tales actividades también pueden ahorrar costos porque minimizan el daño causado a los pacientes.</p> <p>La cultura de seguridad en los entornos de atención médica se crea mediante:</p> <ol style="list-style-type: none">1) La gestión de la toma de acciones para mejorar la seguridad del paciente y del trabajador;2) Participación de los trabajadores en la planificación de la seguridad;

- 3) Disponibilidad de equipo de protección adecuado;
- 4) La influencia de las normas del grupo sobre las prácticas de seguridad aceptables; y
- 5) El proceso de socialización de la organización para el nuevo personal.

Para mejorar a los pacientes con antecedentes culturalmente diversos, se necesita seguridad para entender y cambiar las condiciones organizacionales, los componentes y los procesos de los sistemas de atención médica. Algunas recomendaciones son:

- El establecimiento de un sistema de gestión de calidad, salud y seguridad ocupacional y una política medioambiental.
- Proporcionar servicios que cumplan con las expectativas de los pacientes, cumpliendo con las especificaciones, requisitos, normas y leyes aplicables, integrando la salud y seguridad de los trabajadores y los pacientes y la protección a todos los niveles de la organización y las decisiones.
- Mejorar progresivamente la evaluación del riesgo del sistema de calidad
- Formación, educación (con certificación) motivación y sensibilización de los proveedores de salud para que conozcan sus obligaciones hacia los pacientes, la protección personal no personal y la prevención de riesgos.
- La capacitación también garantizará que se conocen todas las reglas, requisitos y leyes aplicables.
- Autocontrol para mejorar continuamente en todas las áreas y actividades

Por otro lado, tanto los pacientes como los empleados se ven afectados por el clima organizacional. Según Clarke SP, el clima organizacional se refiere a una atmósfera, que es un conjunto movible de percepciones relacionadas con las condiciones de trabajo y prácticas, muchas de las cuales pueden ser directamente influenciadas por los gerentes y los líderes de la organización.

Un clima organizacional positivo y un entorno sanitario de alta calidad fomentan resultados positivos en tres niveles: personal, pacientes y organización.

Según la Organización Mundial de la Salud, los desafíos que los proveedores de atención médica necesitan gestionar para garantizar la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria son los siguientes:

- Significado e importancia de la seguridad del paciente.
- Comprender los sistemas y el impacto de la complejidad en la atención al paciente.
- Ser un jugador de equipo eficaz.
- Comprender y aprender de los errores.
- Comprensión y gestión del riesgo clínico.
- Introducción a los métodos de mejora de la calidad.
- Trabajar con pacientes y cuidadores.
- Minimizar la infección mediante un mejor control de la infección.
- Seguridad del paciente y procedimientos invasivos.
- Mejorar la seguridad de los medicamentos.

Normas esenciales de salud ambiental en entornos de atención de salud (contexto institucional).

Se requieren políticas positivas a nivel nacional, estatal, regional, municipal y sanitario para fomentar niveles adecuados de salud ambiental en los entornos de salud.

Los ambientes seguros en entornos de atención médica se caracterizan por algunos estándares de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido las normas esenciales de salud ambiental de las condiciones de seguridad para proporcionar atención de salud adecuada.

En primer lugar, los estándares se definen como los requisitos que deben cumplirse para lograr condiciones mínimas de salud ambiental esencial en los entornos de atención de salud. Deben ser declaraciones claras, esenciales y verificables.

Dependiendo del tipo de entorno sanitario (entorno de atención sanitaria de gran tamaño como un hospital, un pequeño centro de salud en un área rural o urbana, de emergencia o de aislamiento), las cuestiones relacionadas con la salud ambiental tendrán una dimensión diferente (en términos de, por ejemplo, los riesgos de transmisión de enfermedades, la gama de instalaciones y servicios y los recursos financieros y materiales).

Las normas y sus indicadores son los siguientes:

1. *Calidad del agua* (calidad microbiana, componentes químicos, desinfección, calidad del agua potable, agua de limpieza, agua para uso médico, por ejemplo, agua utilizada para hemodiálisis).
2. *Cantidad de agua*: uso de cantidades mínimas de agua.
3. *Instalaciones de agua y acceso al agua* (puntos de agua potable, lavado de manos, instalaciones de lavado de manos, duchas, lavandería).
4. *Eliminación de excrementos*: Se proporcionan sanitarios adecuados, accesibles y adecuados para los pacientes, el personal y los cuidadores (proporción de personas por aseo, condiciones técnicas y financieras locales, consideraciones sociales y culturales: por ejemplo, aseos separados para hombres y mujeres, los sanitarios deben estar diseñados y equipados para responder a las identidades culturales, por ejemplo, limpieza anal con agua, preocupaciones de higiene y seguridad, puntos de lavado de manos, accesibilidad, inclinación y mantenimiento).
5. *Eliminación de aguas residuales* (sistemas de drenaje de aguas residuales, prevención de contaminación ambiental, y agua de lluvia).
6. *Eliminación de desechos sanitarios* (segregación y almacenamiento separado, almacenamiento y recogida, tratamiento y eliminación, zona de eliminación de residuos).
7. *Limpieza y lavandería* (limpieza de rutina, intensidad de la limpieza, sangre o fluidos corporales, limpieza de las sábanas manchadas, transporte de ropa sucia, camas y ropa de cama). El código de coloración también se ha mencionado en la literatura como necesario para identificar los riesgos de seguridad. Algunos entornos de atención de la salud ya han adoptado un esquema de codificación de color nacional del cuidado de la salud.
8. *Almacenamiento y preparación de alimentos* (manipulación y preparación de alimentos, separación de alimentos y equipos, cocción y servicio, almacenamiento, lavado y uso de agua, fórmula en polvo para lactantes).
9. *Diseño, construcción y gestión de edificios* (ventilación, extracción de aire para minimizar patógenos, iluminación, movimiento entre áreas, limpieza, diseño de edificios).
10. *Control de las enfermedades transmitidas por portadores* para proteger a los pacientes, al personal y a los cuidadores (minimizar los portadores de enfermedades, proteger a los pacientes y al personal contra enfermedades transmitidas por portadores, prevenir la propagación de portadores).
11. *Promoción de la información y la higiene* (formación en el control de infecciones, comportamientos para limitar la transmisión de enfermedades).

Ambientes de práctica positiva para profesionales de la salud (contexto organizacional).

Existen entornos que fortalecen y apoyan a la fuerza de trabajo y, a su vez, tienen un impacto positivo en los pacientes con resultados culturalmente diversos y costo-efectividad organizacional. Estos son Ambientes de Práctica Positiva (APP).

Su objetivo es garantizar la salud, la seguridad y el bienestar personal del personal, apoyar a los pacientes de calidad con un cuidado culturalmente diverso y mejorar la motivación, la productividad y el rendimiento de los individuos y las organizaciones (con los recursos financieros y humanos).

Los elementos clave en los lugares de trabajo que promueven entornos de prácticas positivas:

- Políticas de salud ocupacional, seguridad y bienestar que abordan los peligros en el lugar de trabajo, la discriminación, la violencia física y psicológica y las cuestiones relativas a la seguridad personal;
- Cargas de trabajo justas y manejables y demandas de trabajo / estrés;
- Un clima organizacional que refleje las prácticas efectivas de gestión y liderazgo, el buen apoyo de los compañeros, la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, los valores compartidos;
- Horarios de trabajo y cargas de trabajo que permitan un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida;
- Igualdad de oportunidades y de trato;
- Oportunidades de desarrollo profesional y promoción profesional;
- Identidad profesional, autonomía y control sobre la práctica;
- Seguridad en el empleo;
- Salario y beneficios dignos;
- Niveles de personal seguros;
- Apoyo, supervisión y asesoría;
- Comunicación abierta y transparencia;
- Programas de reconocimiento; y
- Acceso a equipo, suministros y personal de apoyo adecuados

Promover y mantener entornos de prácticas positivas involucra a una variedad de actores (por ejemplo, gobiernos, empleadores, organizaciones profesionales, organismos reguladores, sindicatos, instituciones educativas, etc.) y ocurre en muchos niveles de una organización.

Para la parte de los profesionales de la salud y sus organizaciones representativas hay ciertas medidas que pueden llevar a cabo para desarrollar un ambiente de práctica positiva:

- Continuar promoviendo el papel de los profesionales de la salud.
- Aumentar la conciencia y definir el alcance de la práctica para que los profesionales de la salud trabajen a su máximo potencial para los pacientes con un cuidado culturalmente diverso.
- Impulsar el reconocimiento y la remuneración de los profesionales.
- Apoyar la investigación que se centra en por qué los trabajadores se quedarán, en lugar de por qué los trabajadores dejan ("inserción laboral").
- Evaluar el bienestar de la salud y la motivación del personal.
- Desarrollar y difundir una declaración de posición sobre la importancia de un ambiente de trabajo seguro.
- Fortalecimiento de la capacidad de los profesionales de la salud y otras personas involucradas en la gestión del sector salud y en puestos de formulación de políticas.
- Fortalecimiento de las organizaciones profesionales de la salud y acceso a los órganos de decisión.
- Apoyar la investigación, recopilar datos para las mejores prácticas y difundir los datos una vez que estén disponibles.
- Trabajar con la administración y el gobierno para asegurar que los principios de APP estén plenamente integrados.
- Establecer alianzas entre diferentes grupos de profesionales de la salud y partes interesadas del sector de la salud, ej. pacientes / asociaciones de consumidores / asociaciones de migrantes.
- Asegurar que otras disciplinas estén involucradas en el desarrollo de políticas para ambientes de trabajo seguros.
- Aumentar la concienciación, la comprensión y el apoyo de todas las partes interesadas pertinentes sobre el impacto positivo que tienen los entornos de trabajo sanos y de apoyo en el reclutamiento y la retención del personal, los resultados de los pacientes de las minorías étnicas y el sector sanitario en su conjunto.

Actividades	Título: Lista de comprobación de la evaluación de un entorno seguro
	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Conocer las normas esenciales en los entornos de salud para tener un ambiente seguro. - Evaluar el entorno en su entorno sanitario en términos de seguridad. - Reflexionar sobre sus circunstancias personales con respecto a un ambiente positivo y seguro en su trabajo.
	Palabras clave: Seguridad, standard, ambiente seguro
	Contenidos: <p>La siguiente lista de verificación proporciona un conjunto de frases afirmativas con respecto a las normas esenciales de salud ambiental en su entorno de atención médica (HCS).</p> <p>Puede evaluar la seguridad del entorno en su HCS comprobando las frases con las que está de acuerdo. Tal vez algunos estándares no son aplicables a su HCS.</p> <p>Por favor, también agregue algunos comentarios cuando sea necesario.</p> <p>Normas relativas a:</p> <p>Calidad del agua</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El agua para beber, cocinar, higiene personal, actividades médicas, limpieza y lavandería proviene de una fuente segura (libre de contaminación fecal). ▪ La calidad de la fuente de agua es analizada regularmente. ▪ Las instalaciones de almacenamiento, distribución y uso de agua en el HCS se mantienen adecuadamente para evitar la contaminación del agua. ▪ Hay suministros suficientes y personal adecuadamente capacitado para llevar a cabo el tratamiento. ▪ El agua es aceptable (olor, sabor, apariencia). ▪ Cuando el agua no es aceptable hay un suministro alternativo y seguro de agua potable. <p>Cantidad de agua</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay suficiente agua y está disponible en todo momento para beber, preparar alimentos, higiene personal, actividades médicas, limpieza y lavandería.

- ¿Existe un suministro alternativo adecuado en caso de necesidad?
- ¿El suministro de agua está operado y mantenido para evitar desperdicios?

Instalaciones y acceso al agua

- ¿Hay puntos de agua potable suficientes y claramente identificados?
- Instalaciones de uso del agua están disponibles y en el lugar correcto en el centro de salud para permitir el acceso conveniente y el uso de agua para beber, preparación de alimentos, higiene personal, actividades médicas, lavandería y limpieza.

Eliminación de excrementos

- Hay suficientes baños en el lugar de atención de salud para pacientes, personal y carreras.
- Los baños son mantenidos y reparados de manera oportuna y efectiva.
- Los baños están diseñados para adaptarse a la cultura local y las condiciones sociales.
- Los aseos proporcionan privacidad y seguridad.
- Los baños están limpios y sin olor.
- Hay una rutina de limpieza y mantenimiento efectiva en funcionamiento.
- Hay lavamanos cerca de los aseos.
- Los baños son de fácil acceso para todos los usuarios.

Eliminación de aguas residuales

- Las aguas residuales se eliminan rápidamente y con seguridad.
- El sistema de drenaje de aguas residuales tiene capacidad suficiente
- Las características de protección (por ejemplo, las trampas de grasa) se mantienen adecuadamente.
- Se evita que las actividades de limpieza y evacuación de aguas residuales terminen en el ambiente abierto y contaminen el agua de lluvia.

Eliminación de residuos sanitarios

- Existen instalaciones (contenedores de residuos) para segregar los desechos de atención médica en el punto de generación.
- Las instalaciones de segregación se utilizan con eficacia.
- Los contenedores de desechos se vacían, limpian y reemplazan (o eliminan) con bastante frecuencia.

- Existe una zona específica de eliminación de residuos con las características necesarias.

Limpieza y lavandería

- Las superficies y accesorios se limpian diariamente y están visiblemente limpios.
- Se definen los requerimientos de limpieza de las diferentes zonas del HCS.
- Se limpian diferentes zonas de la HCS de acuerdo con sus requerimientos específicos.
- Los derrames contaminados se limpian y desinfectan inmediatamente.
- Hay suficientes instalaciones de lavandería en el HCS.
- La ropa sucia se coloca inmediatamente en bolsas y luego se lava y se seca correctamente.
- La ropa limpia y sucia se transporta y se almacena por separado
- Los colchones y las almohadas se limpian entre pacientes y cuando están sucios.
- Hay equipo apropiado disponible para la limpieza, desinfección y esterilización del equipo médico.
- El equipo médico se limpia apropiadamente y luego se desinfecta o esteriliza entre usos.

Almacenamiento y preparación de alimentos

- Hay puntos de lavado de manos en el área de preparación de alimentos y en los aseos que utilizan los manipuladores de alimentos.
- Las áreas de almacenamiento y preparación de alimentos están diseñadas y construidas para que sean fáciles de mantener limpias.
- Existen instalaciones y equipamiento para prevenir el contacto entre alimentos crudos y cocidos.
- Hay instalaciones de cocina adecuadas para calentar los alimentos.
- Hay suficientes alimentos.
- Los alimentos se mantienen a temperaturas seguras.
- ¿Existen instalaciones para permitir la preparación, el almacenamiento y la manipulación seguros de las preparaciones en polvo para lactantes?

Diseño, construcción y gestión de edificios

- El HCS está diseñado y construido para proporcionar condiciones cómodas y saludables.
- La ventilación del HCS está diseñada para minimizar la transmisión de enfermedades transmitidas por el aire, por ejemplo, el síndrome respiratorio agudo severo.

- El sistema de iluminación de la HCS es suficiente para garantizar condiciones de seguridad y es apropiado para las condiciones locales.
- Las actividades de la HCS se organizan para minimizar la propagación de la contaminación.
- El HCS es fácilmente accesible por personas con discapacidades físicas y tiene suficiente espacio (por ejemplo, entre camas) para minimizar la propagación de la contaminación.

Control de enfermedades transmitidas por portadores

- Ambientes HCS protegidos de enfermedades transmitidas por portadores.
- Edificios HCS diseñados y construidos para excluir los portadores de enfermedades.
- Se rocía de insecticida alrededor de la HCS.
- Los HCSs están equipados con soportes de cama y persianas en las ventanas.
- Todos los pacientes, y en particular las minorías étnicas, con enfermedades transmitidas por portadores son tratados o protegidos para prevenir la transmisión.
- Las sustancias infecciosas son removidas o cubiertas o eliminadas de inmediato y completamente.

Promoción de la información y la higiene

- Existe un plan para la promoción de la higiene y la gestión del personal.
- El personal es consciente de este plan.
- El personal está adecuadamente capacitado en procedimientos de control de infecciones.
- Hay suficiente apoyo de comunicación disponible para la información de higiene.
- El personal proporciona información de higiene apropiada a los pacientes de las minorías étnicas.
- Instalaciones de cuidados de salud mantenidas para ser fáciles de usar higiénicamente

Para finalizar, también evaluar algunas circunstancias personales que también contribuyen a un ambiente positivo y seguro:

- Me siento motivado en mi trabajo.
- Mi horario de trabajo y mi carga de trabajo me permiten un equilibrio saludable entre el trabajo y mi vida.
- Tengo oportunidades de desarrollo profesional y ascenso profesional.
- Tengo acceso a los órganos de toma de decisiones.
- Existe un sistema de gestión de calidad, salud y seguridad ocupacional (o similar).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soy consciente de la política ambiental en mi HCS. ▪ Tengo formación / educación de competencias interculturales y estoy certificado sobre la seguridad de los pacientes y las minorías étnicas, el entorno seguro, la prevención de riesgos, etc. ▪ Disponer de equipo de protección adecuado para garantizar la seguridad personal y del paciente.
	<p>Material:</p> <p>Papel y bolígrafos</p> <p>Documentos de información institucional</p>
Caso de estudio	<p>Se presenta un caso de estudio de un Hospital en Baltimore que ha creado un Programa de Seguridad Integral Basado en Unidad para mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>El programa consta de ocho pasos:</p> <p>(1) Evaluar la cultura de seguridad de la unidad, (2) educar al personal sobre ciencias de la seguridad como el pensamiento sistémico, (3) identificar problemas de seguridad, (4) reunirse regularmente con un ejecutivo senior del hospital que apoya la eliminación de las barreras del sistema; (5) priorizar e implementar mejoras, (6) documentar y analizar resultados, (7) compartir historias de éxito, y (8) reevaluar la cultura de seguridad de la unidad.</p> <p>Se formaron equipos de mejoramiento para identificar y promover esfuerzos de mejora de la seguridad. Estos equipos consistían de un médico, una enfermera, y un administrador, además de otro personal que deseaba unirse).</p> <p>En el hospital se informó que el personal de enfermería y los residentes con frecuencia no conocían los objetivos de la terapia de los pacientes de las minorías étnicas. Luego, el equipo de mejora tomó la medida de elaborar un formulario de metas de pacientes a corto plazo para ser utilizado como una lista de comprobación durante las rondas dirigidas por el médico para identificar las tareas que deben ser completadas por el equipo de atención y para identificar y mitigar los riesgos de seguridad.</p> <p>Un proyecto relacionado con el objetivo de reducir las infecciones del torrente sanguíneo asociado con el uso de catéteres venosos centrales, que a menudo se inserta en los pacientes de la UCI para proporcionar medicamentos, nutrición y líquidos. Un equipo multidisciplinario decidió las siguientes intervenciones:</p>

- Requerir que los proveedores reciban educación sobre las prácticas de control de infecciones basadas en evidencia y completar con éxito un post-test como una condición previa para insertar catéteres.
- Suministre un carro de inserción de catéter con suministros estandarizados necesarios para cumplir con las pautas de control de infecciones para la inserción estéril de catéteres.
- Siga una lista de comprobación para asegurar la adherencia a las guías basadas evidentes para la inserción segura del catéter.
- Empoderar a las enfermeras para que intervengan si se violan las directrices.
- Añada un artículo a la hoja de metas diarias que pida al equipo de la UCI que pregunte a los médicos diariamente durante las rondas del paciente si los catéteres pueden ser eliminados.

Después de la introducción de este programa, hubo mejoras en la seguridad de los pacientes de las minorías étnicas. Algunos de ellos fueron que los errores de medicación fueron eliminados con el fin de transferir a los pacientes fuera de la UCI; la implicación de los altos ejecutivos con la UCI llevó a cambios estructurales, incluyendo la creación de equipos especializados de transporte de pacientes y la presencia de farmacéuticos en las UTIs; se eliminaron las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter, etc.

El trabajo en ciertas unidades se replicó con éxito a otras unidades para que se construyera una cultura organizacional de seguridad en el hospital.

El Programa Integral de Seguridad Basado en Unidad está siendo usado como un marco para la mejora de la seguridad del paciente en todo el Hospital.

Preguntas de reflexión:

- ✓ ¿Cree usted que el Programa Integral de Seguridad Basado en Unidad es replicable en su entorno de atención médica?
- ✓ ¿Existe una cultura organizacional de seguridad en su entorno de atención médica?
- ✓ ¿Podría enumerar algunos riesgos identificados y las medidas tomadas en su entorno de atención médica para

	mejorar la seguridad de los pacientes de las minorías étnicas?

Resumen de los puntos clave

- Un entorno seguro en entornos de atención de salud se basa en varios elementos como pacientes con antecedentes culturales diversos, estándares esenciales de salud ambiental y ambientes de práctica positiva para los profesionales de la salud (interpersonal, institucional y organizacional).
- La responsabilidad por la seguridad reside en cada departamento e individuo desde la administración al personal clínico y no clínico, a la limpieza y los voluntarios, la responsabilidad compartida por la seguridad del paciente no tiene fronteras involucrando a todas las personas y la coordinación en los entornos de salud son esenciales.
- Se está acumulando evidencia que vincula los ambientes de trabajo con el comportamiento, las actitudes y las motivaciones entre los clínicos. Estos comportamientos y orientaciones pueden, a su vez, afectar los procesos y resultados de calidad.
- Es esencial construir una cultura organizacional de seguridad para crear entornos de práctica positivos y garantizar la seguridad tanto profesional como de los pacientes.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	El clima organizacional afecta a...
Respuesta 1	La organización
Respuesta 2	Pacientes y empleados
Respuesta 3	Respuestas 1 and 2
Respuesta(s) correcta(s)	3

Pregunta 2: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Cuáles de los siguientes elementos promueven Entornos de Prácticas Positivas?
--------------------------	--

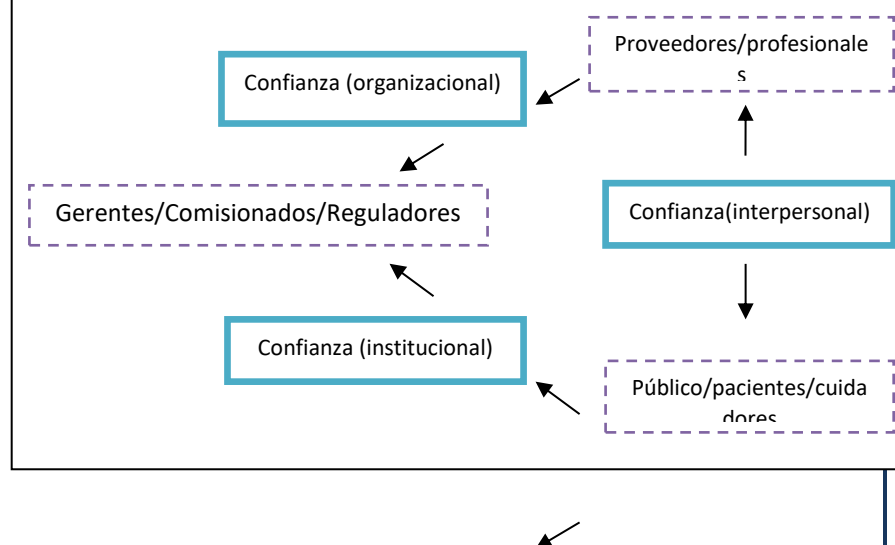
Respuesta 1	Salud ocupacional, seguridad laboral y comidas extras para profesionales
Respuesta 2	Igualdad de oportunidades y de trato, comunicación abierta, autonomía profesional
Respuesta 3	Ninguna es correcta
Respuesta(s) correcta(s)	2
Pregunta 3: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Para qué es responsable el sistema de gestión de calidad, salud y seguridad ocupacional?
Respuesta 1	Pacientes con una seguridad de antecedentes culturalmente diversa
Respuesta 2	Procedimientos administrativos de admisión del paciente
Respuesta 3	Pacientes, seguridad de los empleados y condiciones de organización
Respuesta(s) correcta(s)	3
Pregunta 4: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Pueden los profesionales de la salud contribuir a desarrollar un entorno de práctica positiva mediante la evaluación de la motivación del personal, por ejemplo?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	Sólo en entornos médicos grandes
Respuesta 3	No
Respuesta(s) correcta(s)	1
Pregunta 5: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Qué instrumentos medibles utilizaría para evaluar la seguridad del medio ambiente en su entorno de atención médica?
Respuesta 1	Las percepciones del paciente
Respuesta 2	Las expectativas de los proveedores de servicios de salud
Respuesta 3	Normas e indicadores esenciales
Respuesta(s) correcta(s)	3

1.4. Creación de confianza

Teoría y contenido	Creación de confianza
	<p>El concepto de confianza es importante en la atención sanitaria porque la salud y la asistencia sanitaria en general implican un elemento de incertidumbre y riesgo para el paciente vulnerable que depende de la competencia y las intenciones del profesional sanitario (Alaszewski, 2003).</p> <p>El Diccionario Inglés de Oxford define la confianza como la "firme creencia en la fiabilidad, la verdad o la capacidad de alguien o algo".</p> <p>La confianza no es principalmente disposición o un atributo individual o estado psicológico, sino que se construye a partir de un conjunto de comportamientos interpersonales o de una identidad compartida. Estos comportamientos están respaldados por conjuntos de normas institucionales, leyes y costumbres.</p> <p>La confianza tiene dos dimensiones, la dimensión cognitiva (fundamentada en juicios racionales e instrumentales) y una dimensión afectiva (basada en relaciones y vínculos afectivos generados a través de la interacción, la empatía y la identificación con los demás).</p> <p>Por lo tanto, la confianza es necesaria para nosotros, ya que aumenta la tolerancia de la incertidumbre; la confianza reduce la complejidad social al ir más allá de la información disponible y generalizar las expectativas de comportamiento en el sentido de que reemplaza a la falta de información con una seguridad garantizada internamente. En este sentido es positivo ya que anima a las personas a asumir riesgos cuando los resultados son inciertos.</p> <p>Tradicionalmente, la confianza ha desempeñado un papel importante en la relación entre sus tres actores clave: el Estado, los profesionales de la salud y los pacientes con antecedentes culturalmente diversos y el público.</p> <p>Podemos distinguir entre las relaciones de confianza a nivel micro entre un paciente individual con antecedentes culturalmente diverso y clínico, entre un clínico y otro o entre un clínico y un gerente, y los de nivel macro, que incluyen la confianza del paciente y la opinión pública en los clínicos y los directivos en general, en una organización sanitaria</p>

particular, y en el sistema e institución nacional de salud (contexto interpersonal, institucional, intercultural y organizacional).

Enmarcar las relaciones de confianza en la atención de la salud



A nivel de confianza interpersonal entre pacientes con antecedentes culturalmente diversos y practicantes, se ha argumentado que la confianza es importante para sus potenciales efectos terapéuticos. Los altos niveles de confianza se han asociado con muchos beneficios, incluyendo la percepción de una mejor atención, una mayor aceptación del tratamiento recomendado y la adhesión a ese tratamiento, una menor ansiedad en relación con cualquier tratamiento tomado y, según los informes, facilitar el acceso al servicio de salud.

Desde una perspectiva organizacional, se cree que la confianza es importante por sí misma: es intrínsecamente importante para la prestación de asistencia sanitaria efectiva y ha sido descrita como un bien colectivo, como la confianza social o el capital social (Khodyakov 2007).

Además, la confianza tiene un impacto importante en las relaciones laborales en los entornos sanitarios, facilitando el compromiso con la organización, fomentando la práctica colaborativa entre los médicos y también está asociada con la satisfacción y motivación laboral, el contexto institucional y organizativo.

Gilson (2006) sugiere que un sistema de salud basado en relaciones de confianza puede contribuir a generar un valor social más amplio porque los sistemas de salud establecen las normas sociales que dan forma al comportamiento humano. En la medida en que estas normas ayudan a establecer una comunidad moral en la que usted puede confiar, pueden proporcionar la base para una confianza generalizada.

Sin embargo, se han identificado posibles influencias sobre las variaciones de la confianza pública en los sistemas de salud: el alcance y la naturaleza de las garantías institucionales (por ejemplo, extensión de la regulación y protección de los pacientes con derechos de origen culturalmente diversos) influencias de las diferentes diferencias culturales en las actitudes públicas, es decir, las personas en diferentes países pueden diferir en su orientación general o predisposición a las instituciones y personas de confianza; demasiada burocracia en algunos servicios, escasos recursos e inflexibilidad para adaptarlos a las necesidades de la población; falta de recursos para fomentar una comunicación fluida, la valorización.

Una estrategia de marketing digital reflexiva puede crear confianza entre pacientes con un fondo culturalmente diverso y organizaciones de salud que abarcan el contexto interpersonal, intercultural, institucional y organizacional.

- Fomento de la confianza a través de la educación de los pacientes de minorías étnicas promoviendo evaluaciones de salud on line, compartiendo estudios de casos que reflejen el interés del consumidor, aliviando la ansiedad previa a la cita.
- Fomento de la confianza a través de la prueba social mediante la promoción de eventos organizados por el personal sanitario (ferias de bienestar, control de los asientos de automóviles, etc.), eventos asistidos por personal sanitario (festivales escolares, medicina deportiva) o trabajo voluntario en grupo.
- Fomento de la confianza con resultados positivos para la salud inspirando la confianza y compartiendo los resultados de salud de los pacientes.

- Fomento de la confianza en la singularidad organizacional mediante la introducción de miembros del equipo de atención de la salud (breves biografías de los médicos o miembros clave, promoviendo los éxitos ...)

Para los profesionales de la salud es importante familiarizarse con las características de su comunidad, especialmente cuando se trabaja en contextos con personas con antecedentes culturalmente diversos.

El nivel lingüístico y de lectura de las minorías étnicas puede no coincidir con su inteligencia, por lo que cuando es posible ayuda a proporcionar servicios de asistencia lingüística, como personal bilingüe e intérpretes, en todos los puntos de contacto de los pacientes de minorías étnicas.

Mantener una mente abierta y ser sensible a las creencias y prácticas de los pacientes hará que se sientan más cómodos diciendo a los proveedores de salud acerca de sus hábitos, opciones de estilo de vida, creencias, otros tratamientos que están tratando o cualquier problema que cumplan con el plan de tratamiento. Lo que es más importante, vital para todo el equipo de atención médica es recordar que el paciente de las minorías étnicas es una persona completa. Nuestra salud tiene componentes espirituales, psicológicos y físicos.

En el contexto de la asistencia sanitaria, podemos considerar algunos elementos esenciales para la construcción de confianza entre los pacientes y los proveedores de atención médica.

- Competencia en el conocimiento;
- Honestidad;
- Competencia en habilidades sociales y de comunicación;
- Confidencialidad y cuidado;
- Mostrar respeto.

Competencia en el conocimiento. Los pacientes de las minorías étnicas tienen confianza y se sienten seguros en el asesoramiento proporcionado cuando los profesionales de la salud están bien informados en su campo específico de práctica.

Además, algunos pacientes, principalmente migrantes, no conocen el sistema de salud y también necesitan profesionales que puedan explicar y ayudar a entender cómo funciona.

Por otro lado, cuando los errores ocurren, los pacientes son más propensos a confiar en los profesionales de la salud honestos en su enfoque, que admitan errores, disculpas y hagan todo lo posible para

rectificar cualquier error (dando explicaciones, dando más información, apoyo continuo, confidencialidad y continuidad de la atención).

La **honestidad** también se refiere a la capacidad del profesional de la salud para aconsejar a los pacientes con un fondo culturalmente diverso apropiadamente y que están actuando en su mejor interés en todo momento.

Competencia en habilidades sociales o de comunicación (Para una mayor lectura y ampliación del conocimiento vaya al módulo *Comunicación intercultural y asesoramiento*).

Las habilidades de comunicación eficaces incluyen una conciencia de la comunicación no verbal y verbal. Es importante que los pacientes con un fondo culturalmente diverso sientan que están siendo escuchados y dados información de una manera respetuosa, para evitar declaraciones de juicio, condescendientes o regañar; esto ayudará a construir una relación de confianza.

Como proveedor de atención médica, trate de ver las cosas desde la perspectiva de un paciente y empatía con sus emociones.

En términos de **confidencialidad**, además de que esto es un requisito legal; los pacientes de las minorías étnicas deben saber que pueden confiar en que los profesionales de la salud respeten su privacidad y dignidad.

Mostrar respeto y cuidado. Cada paciente merece ser tratado con dignidad y respeto. Ser compasivo, pasar tiempo apropiado con los pacientes, demostrar escucha activa y ayudar a aconsejar y resolver a los pacientes con problemas de fondo culturalmente diversos, todos contribuirán a construir una relación de confianza y respeto.

Mostrar respeto a los pacientes con un fondo culturalmente diverso comienza con recordar su nombre y condición médica.

Los pacientes también necesitan sentirse cómodos, sin interrupciones y sentirse seguros al desnudarse en una sala de examen o caminar por el pasillo con el pijama, por ejemplo. La modestia es un problema que reduce su confianza en un profesional de la salud.

Debido a que la confianza y el cumplimiento mejoran cuando se conecta con su paciente, los pacientes con antecedentes culturalmente diversos deben sentir que el proveedor de atención médica entiende su condición y tiene sus mejores intereses en el corazón. Con sólo pasar dos o tres minutos totalmente centrado en su paciente puede obtener beneficios y construir una relación. Usted

	<p>comienza a construir una relación en el momento en que conoce a un paciente.</p> <p>Por último, incluir a los pacientes de minorías étnicas y las familias en la toma de decisiones y el tratamiento para tener una colaboración eficaz produce mejores resultados.</p> <p>El seguimiento de los pacientes de las minorías étnicas también genera credibilidad y envía el mensaje "nos importa".</p> <p>Es vital mantener informados a los pacientes de las minorías étnicas, explicar su papel, describir el plan de tratamiento y lo que sucederá a continuación. Comuníquese con el paciente frecuentemente y deles un sentido de control al involucrarlos en la programación de citas.</p> <p>Alentar a los pacientes con un fondo culturalmente diverso a ser agentes de cambio en su propio tratamiento porque los pacientes son mejor atendidos a través de un equipo de colaboración en el que los pacientes son miembros del equipo. Los pacientes que son animados a hablar a menudo revelan pistas sobre su salud.</p> <p>La relación entre los profesionales de la salud y los pacientes no se basa sólo en la primera visita. Es necesario restablecerlo de manera continua.</p>
Actividades	Título: Creación de confianza en mi contexto de atención médica
	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar y ser conscientes de las relaciones de confianza en un contexto de salud institucional y organizacional. - Autoevaluar la relación que los proveedores de salud están construyendo con sus pacientes con un origen culturalmente diverso en su trabajo diario. - Alentar a los proveedores de salud a tomar medidas para seguir trabajando en la construcción de confianza con sus pacientes con un origen culturalmente diverso con el fin de obtener mejores resultados en sus tratamientos.
	Palabras clave: creación de confianza, compenetración, comunicación
	Contenidos: <p>A continuación encontrará un conjunto de preguntas para evaluar las relaciones de confianza en su contexto institucional y de organización y principalmente la relación que establece con sus pacientes con un fondo culturalmente diverso.</p> <p>Anote sus respuestas y liste las acciones que puede tomar para mejorar cada situación.</p>

- | | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none">1. ¿Considera que existe una práctica colaborativa entre los trabajadores de la salud en su organización / lugar de trabajo? ¿Podría usted enumerar algunas evidencias?2. ¿Qué crees que hace que los pacientes con un origen culturalmente diverso confíen en tu organización? ¿Podría usted enumerar algunas evidencias?3. ¿Conoce los requisitos y los procedimientos administrativos que sus pacientes con antecedentes culturalmente diversos deben cumplir para recibir atención médica?4. ¿Conoce usted información institucional sobre su situación de salud?5. ¿Identifica y aborda las necesidades de capacitación tanto para usted como para su personal de manera regular?6. ¿Está familiarizado con las características de la comunidad con la que trabaja? ¿Podría describir algunos de ellos?7. ¿Asiste usted a personas con antecedentes culturalmente diversos? ¿Qué sabes de sus culturas?8. ¿Se prepara de alguna manera antes de reunirse con sus pacientes con un origen culturalmente diverso?9. ¿Hace ejercicio para relajar los músculos y aliviar las tensiones de su mente antes de entrar en una reunión con un paciente?10. ¿Suele recordar el nombre de los pacientes de sus minorías étnicas y su condición médica? Si es así, ¿utiliza alguna estrategia para hacerlo?11. ¿Cómo es su lenguaje corporal cuando se comunica con sus pacientes? ¿Hay contacto visual? ¿Cómo es tu tono de voz?12. ¿Qué tipo de lenguaje usa con los pacientes de sus minorías étnicas, las palabras cotidianas o la jerga médica? Incluso para enseñarles sobre el contexto institucional y organizacional, las leyes y las reglas? |
|--|---|

13. ¿Cómo reaccionas cuando no te gusta el modelo de otra persona del mundo, o cuando está de acuerdo con él?
14. ¿Qué actitud adoptas para responder a los pacientes con una crítica o quejas culturalmente diversas?
15. ¿Crees que demuestras coherencia entre el mensaje y la persona que lo entrega? Por ejemplo, cuando usted tiene que ofrecer noticias negativas.
16. ¿Toma algún tiempo para preguntar a sus pacientes con un fondo culturalmente diverso acerca de sus aficiones, otros intereses....?
17. ¿Cuánto tiempo pasa con cada paciente de minorías étnicas?
18. Piense en un caso donde la confianza ha influido en la toma de decisiones de uno de sus pacientes.
19. ¿Utiliza usted para alentar a sus pacientes cuando su condición ha mejorado?
20. ¿Envía, llama o visita a nuestros pacientes al hacer seguimiento?
21. ¿Cómo protegen los datos de sus pacientes?
22. ¿Mantiene las puertas cerradas cuando sus pacientes con un fondo culturalmente diverso se están cambiando, y ofrecen batas que cubren el frente y la espalda al caminar de una habitación a otra para preservar la modestia de los pacientes?
23. ¿Solicita alguna pregunta o consulta a otros especialistas para aconsejarle sobre cómo proceder cuando sus habilidades como cuidador no son compatibles con un paciente?

Material:

Folios y bolígrafos

Registro de trabajo

	<p>Documentos de información institucional</p> <p>Planes de trabajo institucionales</p>
Caso de estudio	<p>Dado que el derecho a la salud está directamente y estrechamente vinculado a otros factores como la confianza en el sistema de salud tanto interna como externamente, la coordinación entre proveedores de atención de salud y otros actores institucionales o sociales requiere una visión más allá de la prestación de los servicios de atención médica.</p> <p>En la Región de Madrid, algunas entidades que trabajan con personas con menos oportunidades y personas con antecedentes culturalmente diversos, informaron de una falta de coordinación entre las instituciones sociales y de salud.</p> <p>Decidieron crear un grupo de trabajo para mejorar esta coordinación y promover la creación de confianza.</p> <p>La administración pública también participó en el grupo de trabajo.</p> <p>Los puntos de interés prioritarios fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accesibilidad (geográfica y económica) y calidad de los servicios sanitarios: competencias interculturales de los profesionales sanitarios, equipamiento en buenas condiciones y perspectiva de género. ○ Coordinación entre profesionales de la salud y agentes sociales. ○ Adopción de medidas apropiadas. ○ Intercambio de buenas prácticas. <p>Después de varias sesiones de grupo, el grupo de trabajo presentó un conjunto de propuestas, que se enumeran a continuación, al órgano responsable en la Región de Madrid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de profesionales de la salud, especialmente para profesionales que trabajan con personas con antecedentes culturalmente diversos, personas sin hogar, personas con patologías mentales, drogodependientes, etc.

- Coordinación con otros servicios de asesoramiento y departamentos para mejorar la seguridad de los pacientes y los empleados.
- Incluir en el presupuesto regional para la asistencia sanitaria determinados productos como audífonos, gafas, dentistas, servicios a niños en situación de vulnerabilidad.
- Atención psicológica gratuita a menores.
- Apoyo a las familias monoparentales.
- Libre acceso a medicamentos para familias de bajos ingresos.
- Establecer un fondo para abordar los pagos farmacológicos y otros requeridos para las personas en situación de necesidad social.
- Promover la digitalización de la asistencia sanitaria para la prevención, el seguimiento de los pacientes y el acceso al sistema sanitario ...
- Aumentar la proporción de personal de enfermería.
- Creación de grupos de discusión para participar en el proceso de toma de decisiones en salud.
- Incluir la perspectiva de género.
- Promover programas y servicios de rehabilitación para personas con problemas de abuso de drogas.
- Crear programas de mediación intercultural en salud.

Preguntas de reflexión:

- ✓ ¿Conoce la existencia de grupos de trabajo en su región para mejorar la coordinación entre instituciones de salud social?
- ✓ ¿Alguna vez has participado en una de estas?
- ✓ ¿Cree usted que algunas de estas medidas podrían aplicarse en su contexto de trabajo para crear un ambiente interno de confianza?
- ✓ ¿Estaría de acuerdo en compartir los resultados de estos grupos de trabajo con las asociaciones de inmigrantes para construir un ambiente de confianza externa?
- ✓ ¿Sería positivo conocer y difundir los resultados de estos grupos a pacientes con antecedentes culturalmente diversos para construir un ambiente de confianza externo e interno?

Resumen de los puntos clave:

- La confianza es necesaria para nosotros, ya que aumenta la tolerancia de la incertidumbre en los contextos interpersonales, institucionales y organizacionales.

- En la asistencia sanitaria, la confianza y el cumplimiento mejoran cuando los proveedores de atención médica se conectan con sus pacientes.
- Hay algunos elementos esenciales para la construcción de la confianza:
 - Competencia en el conocimiento;
 - Competencia en habilidades sociales y de comunicación;
 - Honestidad;
 - Confidencialidad y cuidado;
 - Mostrar respeto.
- Crear una relación paciente es crítico para la creación de resultados positivos de la gestión de casos.

Preguntas de auto-evaluación

Preguntas de elección múltiple con más de una respuesta correcta (min. 5)

Pregunta 1: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	¿Qué actores están involucrados en las relaciones de confianza en la asistencia sanitaria?
Respuesta 1	Administradores, proveedores, pacientes y voluntarios
Respuesta 2	Personal público, administrativo y personal de limpieza, profesionales
Respuesta 3	Respuestas 1 y 2
Respuesta(s) correcta(s)	3

Pregunta 2: Título de la pregunta

Contenido de la pregunta	Cuando se trabaja con pacientes con antecedentes culturalmente diversos ...
Respuesta 1	Los proveedores de atención médica deben negarse a trabajar con personas que no hablan el idioma local

Respuesta 2	Es importante que los profesionales de la salud se familiaricen con las características de la comunidad donde trabajan
Respuesta 3	Los profesionales de la salud deben compartir la perspectiva cultural y las creencias de sus pacientes
Respuesta(s) correcta(s)	2
Pregunta 3: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Confía la opinión pública en los sistemas de salud en general?
Respuesta 1	Sí
Respuesta 2	Hay algunas influencias posibles
Respuesta 3	Depende del origen y la edad del paciente
Respuesta(s) correcta(s)	2
Pregunta 4: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Cuáles de los siguientes elementos se consideran esenciales para la creación de confianza entre el proveedor de atención médica y el paciente en un contexto intercultural?
Respuesta 1	Habilidades de comunicación y confidencialidad
Respuesta 2	Trabajo duro
Respuesta 3	Habilidades creativas
Respuesta(s) correcta(s)	1
Pregunta 5: Título de la pregunta	
Contenido de la pregunta	¿Cuáles son las dimensiones de la confianza?
Respuesta 1	Cognitivo y afectivo
Respuesta 2	Cognitivo y cultural
Respuesta 3	Cultural y afectivo
Respuesta(s) correcta(s)	1