

Mercadotecnia Social en Salud

Teoría y Práctica

Heberto R. Priego Álvarez
Paula Cristina Remoaldo
Coordinadores



Jesús Manuel Piña Gutiérrez
Rector

Raúl Guzmán León
Director de la División Académica de Ciencias de la Salud

**Mercadotecnia social en salud:
Teoría y práctica**

Heberto R. Priego Álvarez
Paula Cristina Remoaldo
Coordinadores



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Libro arbitrado por pares académicos

MERCADOTECNIA SOCIAL EN SALUD: TEORÍA Y PRÁCTICA

ISBN 978-607-606-055-1

Primera edición marzo de 2012.

D.R. © Heberto R. Priego Álvarez
Paula Cristina Remoaldo

D.R. © Miriam Velázquez Reyna, por la traducción

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco,
Avenida Universidad s/n Zona de la
Cultura, Colonia Magisterial, Villahermosa,
Centro, Tabasco, C.P. 86040.

D.R. © Red Iberoamericana de Mercadotecnia en
Salud

D.R. © Universidade do Minho

Diseño de la portada: Mafalda Beatriz Marinho Dos
Santos Remoaldo

Reservados todos los derechos. Queda prohibida, total o parcialmente, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y manipulación de esta obra sin previa autorización del editor, de acuerdo con lo establecido en el Código Penal en materia de derechos de la propiedad intelectual.

Hecho en los Estados Unidos Mexicanos.

La mercadotecnia es mucho más que simple publicidad. Mas allá de tener como objetivo satisfacer las necesidades, deseos y expectativas en materia de salud, tiene un enfoque ético y social. Su principal objetivo es la promoción de cambios comportamentales aptos para mejorar la vida de las personas.

Philip Kotler, 1996.

Capítulo 3

Comunicación en la salud e interculturalidad: Para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidad cultural

Natália Ramos

Profesora Asociada de la Universidad Abierta, Lisboa, Portugal

Introducción

El área de comunicación en salud es de mucha importancia en la formación, investigación, prevención e intervención en el dominio de la salud, se inscribe en una perspectiva sistémica, interactiva, multidimensional y multi-interdisciplinaria. Pretende una mejor comprensión, información e intervención hacia las nuevas problemáticas individuales, sociales, organizacionales, multi-interculturales y de ciudadanía que se han venido registrando en la sociedad contemporánea, en particular en la salud y han colocado nuevas cuestiones y desafíos en los diferentes niveles, nombrando las nuevas configuraciones en el campo de la salud y de la comunicación. La importancia de la comunicación en salud para el desarrollo de competencias e instrumentos que pretende la creación de contextos y la implementación de políticas y prácticas de prevención y de innovación promotoras de la salud son resaltadas y nombradas por la Organización Mundial de la Salud y por la Agencia Europea para el

Desarrollo de las Políticas y Prácticas de Salud Pública en Europa.

La comunicación es un componente básico de los cuidados de salud, de la educación en salud, de los cambios comportamentales y de la competencia intercultural a nivel sanitario, así como de la organización y gestión en salud, constituyendo igualmente un buen indicador de la cualidad de los cuidados y de los propios sistemas de salud. La comunicación y la información en salud puede contribuir al nivel de procesos, competencias, prácticas, estrategias y políticas para promover: un mejor funcionamiento de las organizaciones de salud; la calidad y la humanización de los cuidados y unidades de salud; la satisfacción del usuario/enfermo; la adaptación psicológica, la enfermedad y la reducción del sufrimiento y la ansiedad; el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud, particularmente migrantes y minorías étnicas; una mejor identificación de los problemas de salud, concientización de los riesgos y cambios de comportamientos; una mayor capacitación, participación, responsabilidad y control del usuario/enfermos en su proceso de salud; la educación y la prevención de las situaciones de enfermedad, riesgos y vulnerabilidad; la promoción de la salud y el bienestar de los individuos, de los grupos mayoritarios y minoritarios y de las comunidades nacionales o migrantes; el desarrollo de competencias teóricas, metodológicas e instrumentales aplicables en los diferentes dominios de la salud en contextos educativos, sociales, de gestión organizacional, clínicos, de los medios de comunicación multi-interculturales.

En la actualidad tanto la globalización y la movilidad de las poblaciones como la urbanización, aumentaron sin precedentes los contactos interculturales y la cohabitación entre diferentes culturas y modos de vida han contribuido a la multi-interculturalidad de las sociedades, colocando grandes desafíos a la comuni-

cación, la salud y la gestión de la diversidad cultural. Los flujos migratorios son hoy en día más numerosos, más rápidos, más diversificados y complejos que en el pasado, alcanzando todos los continentes, géneros, clases sociales, generaciones, así como diversas áreas de la vida pública. Las cuestiones de la salud, de los derechos humanos y de la ciudadanía de las poblaciones migrantes, están en el centro de las preocupaciones a nivel mundial, nombrados por la Unión Europea (UE), de los responsables políticos, de los profesionales y de los investigadores. El derecho a la salud constituye un derecho fundamental indispensable para el ejercicio de los otros derechos humanos.

Las migraciones han colocado a la Unión Europea y a Portugal numerosos desafíos, nombrados a nivel de salud siendo importantes identificar problemas, programas y políticas que han sido desarrolladas para responder a las necesidades de estas poblaciones y a los profesionales que lidian con estos diferentes grupos étnicos-culturales, particularmente al nivel de la información y de la comunicación. Siendo el acceso a la salud un derecho fundamental, se constata que muchas de las dificultades de los migrantes se enfrenta con los problemas de comunicación a nivel organizacional e interpersonal y a la falta de información, por parte de los migrantes como de los propios profesionales y servicios de salud, en relación a la legislación y a los derechos y deberes de los migrantes en los servicios de salud, en particular en el Servicio Nacional de Salud (SNS).

A pesar de que la legislación portuguesa prevé el acceso a la salud y cuidados de todos los ciudadanos, indistintamente de su origen, nacionalidad y condición legal en el territorio nacional (Despacho 25.360/2001) esta legislación y derecho aunque es importante no es suficiente para la calidad y equidad en la salud.

Numerosos estudios nacionales e internacionales evidencian que una parte de los problemas disfun-

cionales, fracasados e insatisfactorios al nivel educativo, relacional clínico, organizacional y de la gestión en el ámbito de salud están relacionados con problemas de comunicación, nombrados a nivel de la información y de los desempeños comunicativos, decisivos, gestores y profesionales en los diversos sectores de salud sea en el contexto autóctono o multi-intercultural (Ramos, 2004, 2007, 2008). Algunas de estas cuestiones y problemáticas serán analizadas y discutidas a lo largo del texto.

1 Dinámicas y políticas migratorias y de salud

En el mundo globalizado de hoy, los individuos continúan emigrando al interior o para fuera de sus territorios en busca de mejores condiciones de vida y concretizando sus expectativas personales y profesionales. Las migraciones ocurren sobre todo del interior de los países, se estima que haya aproximadamente 740 millones de migrantes internos y 214 millones de hombres y mujeres migrantes internacionales. Los que emigran debido a la inseguridad, catástrofes o guerras son cerca de 14 millones y representan un 7% de los migrantes del mundo (PNUD, 2009). La feminización de las migraciones internacionales es parte de la nueva era de las migraciones, sea en el cuadro de reagrupamiento familiar o como migrantes autónomas. Según la ONU de los 214 millones de individuos que viven actualmente fuera de sus países de origen, cerca de 100 millones son mujeres. En el contexto europeo la migración femenina representa un 53.4% de la población migrante en Europa.

Los flujos migratorios se han aumentado alcanzando todos los continentes. Es Europa que acoge a un mayor número de migrantes (64 millones), le sigue Asia (53 millones) y América del norte 44,5 millones). El número de migrantes internacionales casi se triplicó

desde 1970. Solo en la Unión Europea (UE) el número de migrantes provenientes de países extra europeos aumento en un 75% desde 1980. En los países de la OCDE los flujos de estudiantes extranjeros también aumentaron más de un 40% desde el 2000, así como los flujos de trabajadores calificados. El título del ejemplo en el 2000, 11% de los enfermeros y el 18% de los médicos que trabajaban en los países de la OCDE eran de origen extranjero (OCDE, 2007).

En lo que se respecta a Portugal, *país tradicional de emigrantes*, se estima que el número de portugueses y de descendientes en el extranjero es cerca de 5 millones. Este país ha venido a reforzar su carácter de *país de migración* sobre todo a partir de los años 70. Portugal con 10. 627.250 habitantes cuenta con 443.102 individuos de origen extranjera, estos representaban en el 2009 4,17% de la población residente (EUROSTAT, 2010). La comunidad inmigrante está concentrada en las principales ciudades: Lisboa, Faro, Setúbal, Porto, Aveiro, Coimbra e Braga. Cerca del 45% de la población inmigrante que reside en Portugal es del sexo femenino, siendo las mujeres brasileñas el mayor número, le siguen las mujeres originarias de Cabo Verde, Ucrania y Angola (SEF, 2007). Cabe señalar en el 2009 que la comunidad brasileña residente en Portugal, es la comunidad extranjera más numerosa y donde el número de mujeres es superior al número de hombres: Brasil (25,5%); Ucrania (11,5%); Cabo Verde (10,8%); Rumanía (7,1%); Angola (5,9%); Guiné Bissau (5,2%) (INE, 2010).

En el 2007 según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2008), nacieron en Portugal 9.887 niños de madres extranjeras, representando el 9.6% de la totalidad de los nacimientos de ese año. Si tomáramos en cuenta los bebés nacidos de padre extranjero, el porcentaje es de 11.8% en este mismo año. Son los brasileños el grupo de extranjeros que contribuyeron con

el mayor número de bebés y que se mantienen en primer lugar en la unión con portugueses.

Es la ciudad donde residen actualmente más de la mitad de la población mundial (65%) que acoge un número cada vez mayor de migrantes. La ciudad constituye cada vez más espacios de pluralismo cultural teniendo que promover y respetar las esperanzas y los miedos de sus ciudadanos (Rykwert, 1988) y responder a sus necesidades y aspiraciones. La gestión de la diversidad cultural en las zonas urbanas constituye una de las grandes preocupaciones del Consejo de Europa y de la Comisión Europea, los cuales proyectaron en el 2008 el programa designado "Ciudades Interculturales" insistiendo en que es necesario promover la "Ciudad Abierta", de modo que se haga un espacio plural, un lugar privilegiado de diálogo intercultural, de concretización de derechos, de ciudadanía y de calidad de vida.

Se prevé que en el 2030, las ciudades del mundo en desarrollo acogerán un 80% del total de la población urbana. La preocupación por la inclusión, bienestar y calidad de vida en las ciudades están presente en varios organismos internacionales, tales como la UNESCO, el Consejo de Europa, la Comisión Europea y la Organización Mundial de Salud (1996). Al nivel de la salud surgió en 1985 la expresión "Ciudades Saludables", habiendo la OMS lanzado en 1988 el Movimiento de las Ciudades Saludables (WHO/EURO/HCPO, 1988), la que ya ha adherido en Europa cerca de 1300 ciudades (Lafond et al., 2003). Para estos organismos las autoridades públicas y los actores sociales, deberán promover el bienestar, la ciudadanía activa y la comunicación intercultural en las instituciones, en los espacios físicos y en la organización de la vida cívica de manera que impida el desarrollo de los *ghettos* religiosos y étnico-culturales y promueva políticas y espacios donde los individuos se puedan encontrar,

practicar sus costumbres culturales y religiosas, informar y ejercer sus derechos.

El acogimiento e integración de los migrantes en las sociedades receptoras, en particular en la ciudad donde se concentran el nivel de residencias y trabajos, están relacionados con un conjunto complejo y varios factores, donde se destacan los factores psicológicos, sociales, económicos, culturales, sanitarios y políticos, que reenvían el propio estatus social, económico y jurídico del individuo migrante en la sociedad que lo recibe, sus redes sociales y de soporte, las actitudes de la sociedad que los recibe y las políticas de los gobiernos y de los Estados.

La migración constituye un desafío importante para los Estados, nombrados al nivel de la orden jurídica, asumiendo particular importancia la definición de los derechos de los trabajadores migrantes y de sus familias. Es en este contexto que fue adoptado por la Asamblea General de la Naciones Unidas (Resolución nº 45/158, de 18 de diciembre de 1990) la "Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de los Miembros de sus Familias", la cual entro en vigor en el 2003.

Para el Comité Económico y Social Europeo (CESE, 2004), esta convención tiene como objetivo: La protección de los derechos humanos y de la dignidad de las personas que emigran por razones económicas o laborales en todo el mundo, mediante legislaciones adecuadas y buenas prácticas nacionales. Según el CESE, la convención reconoce la protección internacional de determinados derechos humanos fundamentales, definidos en la declaración Universal de los Derechos del Hombre, para todos los trabajadores migrantes y sus familias".

A nivel internacional y europeo han sido tomadas varias medidas con vistas a la gestión eficaz de las migraciones y las políticas efectivas de migración e

integración, nombrados en la Unión Europea (UE) en diversos sectores. A título de ejemplo, en el dominio de la salud fue desarrollado a nivel europeo el proyecto Migrants Friendly Hospitals (2002-2005) que reunió hospitales de 12 países, teniendo como objetivo identificar áreas de intervención en este dominio con miras a facilitar el acceso a la salud de los migrantes, reducir las barreras lingüísticas y el analfabetismo de los usuarios-enfermos y promover servicios de salud y cuidados culturalmente competentes (Schulze et al., 2003).

Uno de los productos de este proyecto europeo fue la "Declaración de Ámsterdam para Hospitales Amigos de los Migrantes en una Europa Etnoculturalmente Diversificada" (WHO, 2004), donde son hechas las recomendaciones para una política de salud de recibir a las poblaciones migrantes y responder de manera adecuada a sus necesidades. A partir de este proyecto también fueron seleccionadas tres áreas de intervención prioritaria: mejoría de la interpretación y traducción en la comunicación clínica; producción de información amigable del migrante y formación en cuidados materno-infantil; formación de los profesionales de salud para la adquisición de competencias culturales, para capacitar a los profesionales para una mejor gestión de interculturalidad, vista en un contexto hospitalaria.

En la secuencia de estas medidas, Portugal con varios programas y políticas que ha venido desarrollando para responder a las necesidades de las poblaciones migrantes, constituyendo el acceso a la salud uno de los aspectos más importantes de integración de los migrantes. El Alto Comisariado para la Inmigración y Diálogo Cultural (ACIDI) integro el en Plan para la Integración de los Inmigrantes (PCM /ACIDI IP, 2010) varias medidas, tomando en cuenta la promoción de la salud de las poblaciones migrantes y la respuesta a sus necesidades, así como la de los profesionales que cuidan de estos grupos, los cuales presentamos a continuación:

Medida 35 – Promoción del acceso de los inmigrante al Servicio Nacional de Salud-SNS.

Se trata de implementar estrategias que promuevan la reducción de las desigualdades en salud, principalmente a través de la adecuación de recursos y del desarrollo de medidas que permitan contribuir o contribuyan para dar respuestas a las necesidades de los inmigrantes en concordancia con las estrategias fijadas en el Plan Nacional de Salud 2011–2016. Implica divulgar junto con los inmigrantes sus derechos y deberes en lo que respecta el Servicio Nacional de Salud (SNS), incluyendo la ley 33/2009, del 14 de Julio, que señala el derecho de acompañar a los usuarios de los servicios de urgencias del SNS, así como circular la información de la Dirección General de Salud 12/DQS/DMD, de 7 de Mayo sobre el acceso de los inmigrantes al SNS;

Medida 36 – Plan de formación para la interculturalidad de los profesionales del SNS.

Se trata de distribuir a todas las Administraciones Regionales de Salud el plan de formación para la interculturalidad que la Administración Regional de salud de Lisboa y el Valle del Tejo implemento, en colaboración con el ACIDI, junto de los profesionales de salud que lo integran y en el sector administrativo;

Medida 37 – Implementación de un programa de servicios de salud amigos de los inmigrantes.

Esta medida pretende divulgar junto con los servicios de salud que integran el Servicio Nacional de Salud, el proyecto internacional de "Hospital Amigo del Migrante" y las recomendaciones de la "Declaración de Ámsterdam" resultado de ese proyecto, para mejorar los servicios y las culturas organizacionales hacia el usuario/enfermo inmigrante. Este resultado traduce un diagnóstico previo de las necesidades del área de la salud,

con vista a una mejoría de la interpretación clínica, producción de información amigable del migrante y formación para cuidados maternos e infantiles, así como la formación de los profesionales con vista al desarrollo de competencias culturales;

Medida 38 – Desarrollo de sociedades para la promoción del acceso de los inmigrantes a la salud en Portugal.

Se trata de capacitar a las comunidades para el desarrollo de ambientes promotores de salud, siendo entendido como un estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual, a través de la activación de la red de socios locales y de nuevos establecimientos, involucrando diferentes actores sociales que van desde las organizaciones de sector público y privado, las organizaciones no gubernamentales, pasando por las asociaciones civiles, religiosas, de acción social y otros sectores de la sociedad, sin olvidar la participación de los ciudadanos en todo este proceso;

Medida 39 – Institucionalización de procedimientos con mira a una mejor gestión de los acuerdos de salud y agilización del acceso de los inmigrantes y sus acompañantes a los servicios de salud.

Con el fin de institucionalizar procedimientos que aseguren una gestión global del proceso de asistencia médica a los enfermos evacuados de los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa- PALOP, al amparo de los Acuerdos de Cooperación en el Dominio de la Salud celebrados entre Portugal y los PALOP. El Programa de Apoyo al Enfermo Extranjero (PADE), promovido por el ACIDI en colaboración con el Instituto de Seguridad Social (ISS), es uno de los recursos disponibles al nivel de acogimiento y acompañamiento de los enfermos y sus acompañantes;

Medida 40 – Inversión en la promoción de la salud mental de los inmigrantes (MS).

Promover a través de la Cooperación Nacional de Salud Mental, en conjunto con el Consejo Nacional de Salud Mental, un programa específico que asocie varias instituciones en el sentido de promover espacios donde compartan información y experiencias en contextos de formación abiertos al público, para una actuación adecuada en esta área.

Estas constituyen algunas de las medidas y políticas públicas que en Portugal están por implementadas en pro de la salud e integración de las poblaciones migrantes.

La sociedad y las diferentes instituciones, principalmente las organizaciones de salud se caracterizan cada vez más por la diversidad cultural de los usuarios/enfermos y de los profesionales, lo que exige que sepan funcionar no solo como organizaciones de salud, sino también como organizaciones multiculturales, teniendo como fundamento el respeto y la valorización de la pluralidad de culturas (Canen e Canen, 2005). En este contexto es de mayor relevancia la información y la formación de los gestores y profesionales de salud en el área de la interculturalidad y comunicación.

Los estudios sobre la salud de los migrantes acentúan que las dificultades más frecuentes al acceso y a la continuidad de los cuidados de salud de esta población, dicen al respecto el desconocimiento de sus derechos y de los locales a donde se deben desplazarse para acceder a esos derechos, las dificultades administrativas y diligencias a realizar, los costos de los tratamientos, la discriminación y exclusión social, el miedo a ser denunciados en caso de clandestinidad, las condiciones precarias económicas, habitaciones y labores y las barreras culturales y lingüísticas (Ramos, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009). En efecto en la salud de los migrantes el derecho y acceso a los cuidados de salud constituyen apenas una de

las dimensiones, habiendo otros factores que influyen fuertemente a la salud, como son los estilos de vida, la pobreza, la exclusión social, el desempleo, la discriminación, el aislamiento, la falta de información y la baja escolaridad.

La falta de información y de conocimientos de la ley y de los derechos por parte de las poblaciones migrantes y de los prestadores de cuidados en las unidades de salud, conduce al inadecuado acceso a la salud y al proceso de discriminación, demora y rechazo de la atención por parte de los profesionales de salud. También la falta de formación adecuada para trabajar con este grupo poblacional conduce a dificultades en el acogimiento, en la comunicación, en el diagnóstico y en los cuidados prestados.

La información y la educación para la salud deberá ser promovida junto con el individuo y la comunidad, con beneficios para ambos socios y con vista en promover el bienestar, estilos de vida saludables y a combatir los riesgos para la salud (Wolff, 2001).

En el caso de los migrantes es importante conocer las experiencias antes y después de la migración, el contexto social, cultural y familiar y las relaciones con los cuidados de salud, relativamente el país de origen y el país de llegada, para prevenir e identificar adecuadamente el tipo de cuidados de salud necesarios. Es importante tomar en cuenta que en seno de la población inmigrante existen grupos particularmente vulnerables al nivel de salud, específicamente los inmigrantes recién llegados, los que no dominan o que presentan dificultades de expresión de la lengua del país que los recibe, los que nunca tuvieron contacto con los servicios públicos de salud, los que viven en situación de irregularidad/clandestinidad o en situaciones precarias y de exclusión. Es igualmente importante tomar en cuenta que los inmigrantes adoptan menos medidas preventivas de salud, recurriendo sobre todo a los médicos y hospitales

en caso de emergencia y en estado avanzado de enfermedad y que una gran parte de las enfermedades graves a las que están expuestos (por ejemplo: enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la hepatitis B y C, el VIH-SIDA) pueden ser prevenidas o tratadas.

En los Estados Unidos de América el Modelo Comportamental de Acceso a los Servicios de Salud de Poblaciones Vulnerables de Gelbert et al. (2000), nos ayuda a comprender algunos de los problemas y recorridos del acceso a la salud de las poblaciones migrantes.

2 Salud, enfermedad y migración

La población inmigrante es una población heterogénea. Con todo la predominancia de bajos niveles de escolaridad y de calificación profesional, la inserción tendencial en sectores donde es más precaria e inestable la relación salarial, donde hay un más bajo nivel de remuneración global y trabajos de más riesgos, donde hay un gran peso de integración de migrantes en situación irregular, desprovistos de sistemas de protección social, la precariedad de su situación social y económica, hacen del grupo de inmigrantes un grupo particularmente vulnerable, sobre todo a nivel de salud y de accidentes de trabajo. También las condiciones sociales y habitacionales precarias, el desenraizarse y el aislamiento social, las dificultades en comprender y adoptar las normas socio-culturales de la sociedad receptora y de la vida urbana, el desconocimiento de los servicios existente y de los derechos que les dan, así como las actitudes de discriminación, vienen a reforzar la exclusión social y cultural, reduciendo las posibilidades de contactos sociales y de participación en la vida colectiva, aumentar

las dificultades de recursos a las estructuras de apoyo y acentuar los factores de riesgo, de estrés, de inquietud, de depresión y de vulnerabilidad (Ramos, 2004, 2008; Scheppers et al. 2006; Gallo, 2007).

Los inmigrantes tienden en general a concentrarse por origen étnico, muchas veces en barrios ilegales o zonas humildes, con bajas condiciones de habitabilidad e higiene, en comunidades superpobladas, compartiendo idénticas condiciones de vida y factores de precariedad y exclusión social. La homogeneidad de las poblaciones que residen en barrios y/o habitaciones degradadas y superpobladas, en términos de escolaridad, de rendimiento y muchas veces de origen étnico, la concentración de poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas precarias, con bajas redes sociales, inestabilidad familiar y profesional, elevadas tasas de violencia y delincuencia, constituyen elementos que agravan las dificultades de integración en la sociedad y que dificultan la formación de sociabilidad.

Estos factores pueden conducir a situaciones de aislamiento y ghetto, favoreciendo a la estigmatización y a la emergencia de tensiones sociales y sentimientos de intolerancia y discriminación de la población autóctona, pudiendo provocar aun disturbios somáticos y psicopatológicos tanto en los niños como en los adultos (Ramos, 2004, 2006, 2008; Taylor et al., 1997). Estos barrios y zonas humildes son en general marcados por un cierto estigma y aislamiento geográfico, social y simbólico, hacia el resto de la ciudad donde frecuentemente los niños y jóvenes, sobre todo las segundas y terceras generaciones de migrantes acumulan fracasos escolares y problemas de adaptación social, desarrollando actitudes antisociales de violencia, rechazo y se organizan en culturas de resistencias, reproduciendo y aumentando las situaciones de exclusión social y de vulnerabilidad.

El proceso migratorio, envuelve rupturas espaciales y temporales, transformaciones diversas, nom-

bradas cambios psicológicos, ambientales, biológicos, sociales, culturales, familiares, políticos, implicando la adaptación psicológica y social de los individuos y de las familias, así como las diferentes modalidades de aculturación, constituyendo un proceso complejo, en consecuencias al nivel de desarrollo individual, socio-profesional y de salud física y psíquica. En efecto la migración no implica apenas el desplazo espacial y no es simplemente sinónimo de encuentro cultural. Implica una adaptación a la cultura de acogimiento y a un medio nuevo, desconocido y hostil. Constituye un proceso complejo, contradictorio, una experiencia de pérdida, ruptura, cambio, vivido por el individuo de una forma traumatizante o armoniosa, según sus recursos psicológicos y sociales, las características de la sociedad dominante, las condiciones de recepción y las políticas del país receptor.

La experiencia de migración envuelve un cambio psicosocial profundo, semejante a un luto o a una incapacidad, se asocia en general al estrés y el sufrimiento, pero menor significativos según los diferentes tipos de migración. Eisenbruch (1988) utiliza la expresión luto cultural, para designar la situación de los individuos que sufrieron la pérdida traumática de la tierra madre y de la cultura de origen, se aplica esta definición, sobre todo a emigrantes involuntarios, tales como refugiados y exiliados. Los profundos cambios por los que pasan estos grupos, son parecidos al sufrimiento colectivo, al de individuos enlutados y encierra igualmente reacciones de pesar y luto que pueden ser patológicas y atípicas. Viñar (1992) acentúa la psicopatología del exilio, recalando que el traumatismo, el sufrimiento y el sentimiento de pérdida, caracterizan el luto vivido por el migrante y exiliado en la primera fase migratoria. Maisondieu (1997) habla del síndrome de exclusión para describir el sufrimiento psicológico y la desesperación característica de muchos inmigrantes y

refugiados, sobre todo en el periodo inicial, confrontados con la precariedad de las condiciones de vida y con los cambios de tipo culturales. Se trata de un sentimiento de vergüenza, desesperación e impotencia, frente a una situación dolorosa y estresante que el individuo no consigue controlar, que lo afecta en sus vivencias y expectativas de su futuro, en sus relaciones, en sus capacidades en exigir y defender sus derechos, pudiendo asociarse a otros síntomas depresivos y pos-traumáticos.

Los migrantes son obligados a enfrentarse al aislamiento, soledad, inseguridad y la incomprensión, a abandonar a la familia, los amigos, los locales conocidos y seguros para enfrentarse no solo a una nueva cultura y lengua, nuevos hábitos culturales, sociales y religiosos, pero muchas veces también a la hostilidad, a la discriminación, inseguridad y a la indiferencia de la población, factores que van a influir en su calidad de vida y en su salud física y mental, principalmente en la depresión, tanto de los niños, como de los adultos (Franken, Coutinho y Ramos, 2009; Coutinho et al., 2008). La migración implica, una adaptación social y psicológica, pero también la integración por el individuo de una cultura, lengua, reglas culturales y sociales diferentes, teniendo el inmigrante que desarrollar estrategias de adaptación que le permitan resolver las dificultades relacionadas con la condición de inmigrantes y de aculturación.

En el contexto migratorio, si es importante tomar en cuenta el nivel de integración y las reacciones de adaptación de los migrantes a las nuevas condiciones espaciales y socio-culturales, se vuelve igualmente importante analizar las características de la sociedad de acogimiento, sobre todo las condiciones sociales, económicas y políticas dominantes y los factores como la xenofobia, la discriminación y el prejuicio, los cuales contribuyen para el desarrollo y manutención de la

exclusión, del estrés psicológico y la calidad de vida (Scheppers et al., 2006; Gallo, 2007).

La aculturación implica el aprendizaje de una nueva cultura, así como decisiones a veces difíciles entre lo que el inmigrante quiere mantener y en lo que tiene que abandonar de sus hábitos y de la cultura de origen. Dudas y ansiedades pueden surgir, se encuentra el individuo dividido entre el deseo de integrar los elementos de la cultura del país que lo recibe y el deseo de mantener tradiciones y hábitos de origen profundamente enraizados desde hace largo tiempo. Este conflicto se debe a la coexistencia de códigos culturales, a veces contradictorios e incomprensibles, así como la incapacidad de lidiar con las exigencias del ambiente, pudiendo tener efectos desorganizadores en el comportamiento y ser los que ocasionen disturbios psicopatológicos, dificultades de adaptación y estrés de la aculturación.

La migración pudiera representar una experiencia traumática y dolorosa, capaz de originar traumatismos silenciosos y múltiples, así como situaciones de elevado estrés. Para Berry (1989), el estrés social y psicológico debido a la aculturación se manifiesta, principalmente por problemas psíquicos (depresión, angustia, ansiedad, confusión) por problemas de identidad, de marginalización, sentimientos de inseguridad y pérdida de la autoestima. Para este autor el estrés de aculturación puede ser más o menos importante, pero no es inevitable, siendo las relaciones entre aculturación y estrés influenciado por un conjunto de factores, tales como: las características socio-demográficas y psicológicas del individuo, las particularidades de la sociedad dominante, los tipos y los modos de aculturación. En relación a las características de las sociedades, Berry (1989) señala que la probabilidad de un nivel de estrés elevado es mayor en las sociedades monoculturales y asimilacionistas, que en las sociedades tolerantes y pluralistas. Son los individuos

que buscan la integración o los que tienen la tasa de estrés más baja. Por otro lado, es en los grupos marginados o en los individuos que viven en situaciones de conflicto, en sus tentativas de separación que el nivel de estrés es el más elevado.

Las características socio-demográficas del individuo, tales como la edad, el sexo, nivel socio-económico, el estatuto social, así como ciertas experiencias tales como la miseria, tortura, exclusión, xenofobia, pueden influir el nivel de estrés. También las características psicológicas del individuo, principalmente las estrategias de adaptación, el control, las motivaciones, las competencias, la actitud frente al proceso de aculturación, el sentido de identidad cultural, pueden igualmente tener influencias al nivel de estrés.

Entre las comunidades de inmigrantes y de minorías étnicas, ciertos trazos culturales, como el grado de cohesión familiar y de grupo, el apoyo/soporte social, las redes de solidaridad grupal, el sentimiento de pertenencia y los valores religiosos y espirituales, son elementos protectores contra la enfermedad mental y el estrés. Otros factores como aislamiento social, tabús y prescripciones religiosas, desigualdades de género, conflictos inter-generacionales, presiones familiares sobre los jóvenes para obtener éxito financiero o académico y pobreza, pueden aumentar la tendencia para la enfermedad mental y psicopatológica en estos grupo y para la reducción de calidad de vida (Ramos, 2004; 2008; 2009).

Otras investigaciones mostraron que los acontecimientos de vida generadores de estrés están excesivamente representados en las minorías y clases socioeconómicas más bajas y la mayor vulnerabilidad de estas son también determinadas por el menor apoyo social. El origen étnico-cultural esta frecuentemente asociado con la clase social, perteneciendo una proporción importante de migrantes y minorías étnicas al nivel

socioeconómico bajo, esto está relacionado con una mayor frecuencia de mortalidad, de morbilidad, de enfermedades graves, con mas comportamientos de riesgo para la salud (alcohol, tabaco, sedentarismo) con un nivel más elevado de estrés, con una baja integración social, con una menor red de soporte social y con una más baja esperanza de vida (Wells et al. 2001; Ramos, 2004; 2006; 2008; Lopes, 2008).

Esta relación entre el nivel socioeconómico y salud-enfermedad se debe no solo a las desigualdades de oportunidades, sino también a las diferencias que existen relativamente a la exposición de las agresiones ambientales, a los estilos de vida, a las condiciones habitacionales y laborales, a las estrategias de adaptación social y control personal, al soporte social, al nivel de estrés, al acceso a los servicios de salud y a la distribución de la riqueza (Scheppers, 2006; Gallo, 2007). Se constata que la salud, mortalidad y enfermedad grave y el acceso a los cuidados de salud, varían de manera acentuada con las condiciones socioeconómicas en los diferentes países, tanto en los hombres como en las mujeres y muchos de los factores que aumentan la vulnerabilidad de la enfermedad en los grupos sociales más desfavorecidos, afectan de igual manera a muchos de los individuos migrantes y minorías étnicas (Ramos, 2008, Sousa, 2008; Lopes, 2008).

Muchos inmigrante tienen frecuentemente menos oportunidades de familiarizarse con la lengua y la cultura de la sociedad de alojamiento, informarse sobre el acceso a los servicios y sobre todo sus derechos, enfrentan conflictos entre los valores familiares y los valores de la escuela y del local de trabajo y aislamiento familiar y social, lo que viene a acentuar las dificultades psicológicas y de salud. Más allá de estos factores los migrantes y las minorías étnicas, tienen más fuentes de estrés y posibilidad de sufrir los efectos de los riesgos ambientales, debido a la interacción compleja de varios factores:

precariedad en la condiciones de vivienda y trabajo; bajo rendimiento familiar; discriminación y racismo; conflictos culturales e inter-generacionales, sobre todo entre los inmigrantes y los hijos nacidos en el país donde viven; aislamiento social; dificultades de comunicación y lingüísticas, sobre todo en el caso de las mujeres, ya que muchas veces son confinadas al espacio familiar y doméstico; y aun el hecho de tener menos recursos para enfrentar el estrés, la pérdida de las referencias básicas y los cambios en el espacio vital, sobre todo la adaptación al medio urbano y al nuevo estilo de vida (Ramos, 2004, 2008).

Los migrantes enfrentan, igualmente más limitaciones a servicios de viene que promueven la salud y previenen la enfermedad, presentando más dificultades de acceso a los servicios, principalmente de salud, por ejemplo: menos cuidados prenatales y menos detecciones de cáncer, en comparación con los nacionales. Para Lazarus y Strohl (1995) los migrantes reúnen un número más grave de patologías debido al diagnóstico y tratamiento tardío y a las carencias psicosociales, viendo las situaciones de aislamiento, de clandestinidad y de discriminación agravan el problema.

La OMS (1983) en un estudio realizado en Holanda sobre la población migrante, evidenció que la pobreza en las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y la vivienda generalmente precaria, los hábitos alimenticios, los problemas culturales y de comunicación, el acceso inadecuado a los cuidados de salud, la ansiedad, la depresión y las dificultades de integración constituyen para los migrantes factores que influyen a la salud física y psíquica. Por su lado una averiguación realizada por el CREDES, en 1998 en Francia, con las personas que recurrían a los centros de cuidados gratuitos de la región parisiense, constató una predominación de usuarios de nacionalidad extranjera (68 a 84%, según los centros).

Comparativamente con la población general atendida, esta población presentaba las siguientes características: un mal estado de salud general; una frecuencia más elevada de ciertas patologías como dolores, síndromes depresivos e intoxicaciones; un recurso elevado al hospital público, contrariamente al recurso de hospital privado. También las situaciones de renuncia a de los cuidados son dos veces más frecuentes en los migrantes que en la población en general: 65% de los usuarios-enfermos extranjeros declaran haber abandonado los cuidados curativos o los medicamentos (CREDES, 2003).

Los estudios sobre la salud de las mujeres migrantes principalmente en la Unión Europea, en América del Norte, en América Latina y en Asia, registran problemas de salud reproductiva, mostrando malos indicadores de salud asociados a esta población. Las mujeres migrantes tienen pocos conocimientos sobre los servicios sociales y de salud, utilizan con menos frecuencia los servicios de salud reproductiva que las mujeres no migrantes, generalmente no reciben cuidados prenatales o reciben este tipo de cuidados de manera inadecuada o tardía, presentando una baja utilización de métodos anticonceptivos y mayor vulnerabilidad a las enfermedades sexualmente transmisibles, registrando mas embarazos no-deseados, tasas más elevadas de aborto espontáneo, recién nacidos con bajo peso y mortalidad perinatal e infantil (Ramos, 2004; 2008; 2009; Machado et al., 2007; Lopes, 2008; Manuel, 2008).

3. Comunicación en salud

La comunicación en salud es utilizada por medio de diferentes estrategias de comunicación que pretende informar e influenciar en las decisiones de los individuos y de las comunidades, con el objetivo de promocionar y

valorar la salud, usando los programas específicos de comunicación en salud que integre el análisis sistemático de los factores que contribuyen e influyen la salud e identifican las estrategias que se utilizan para influir de manera positiva a esos factores. La comunicación ocurre en contextos multidiversificados, en los cuales existe una variedad de canales y ocurre una pluralidad de mensajes, uno de los principales desafíos en la organización e implementación de programas de comunicación en salud es el de identificar los contextos, los canales y las razones que pueden motivar a los individuos y a las comunidades para utilizar favorablemente las informaciones relativas a la salud.

La comunicación en salud, es un instrumento utilizado para la prevención y promoción de la salud, la cual puede aumentar los conocimientos y sensibilizar sobre las cuestiones y problemas de salud; influenciar percepciones, creencias y actitudes que tengan como objetivo modificar normas sociales y comportamentales; reforzar el conocimiento, actitudes y comportamientos; demostrar el beneficio del cambio de comportamientos; combatir mitos, estereotipos y prejuicios; asumir posiciones en la salud y políticas de salud. La comunicación en salud asociada a otras estrategias consigue producir un cambio consistente en la cual el individuo adopte y mantenga un nuevo comportamiento de salud y posibilite la superación de barreras existentes al acceso a cuidados de salud (CDC, 1999).

La comunicación en salud se puede desarrollar en contextos diversos, sobre todo en la disponibilidad y utilización de información sobre salud a nivel individual, institucional, social y comunitario, en la relación entre profesionales de salud y usuarios-enfermos, en la formación de los profesionales de salud, en la construcción de mensajes sobre salud en el ámbito de la educación para la salud y de programas de promoción y prevención, teniendo como objetivos la promoción de comportamientos

saludables en los individuos y grupos en la mejoría de accesibilidad de los servicios de salud.

La comunicación es un proceso bidireccional, continuo, dinámico, interactivo e irreversible, envolviendo un funcionamiento circular y una retroalimentación recíproca, que se produce en un contexto físico, social y cultural, influenciando el comportamiento. El contexto donde se produce las comunicaciones es un elemento complejo, portador de normas y reglas, constituyendo un factor estructural de la comunicación. La comunicación envuelve un conjunto de procesos a través de los cuales se realizan cambios de informaciones y significados entre los individuos de una determinada situación social, toda la comunicación constituye un acto social.

En la comunicación existe una multiplicidad de canales, el verbal y no verbal se asocian para producir una comunicación total y dar un sentido a los mensajes que son transmitidos a través de la palabra y los mensajes no verbales transmitidos a través de los gestos, de las mímicas y de las posturas (Littlejohn, 1988; Cosnier et al., 1984; Marc et al., 1996). En la comunicación las manifestaciones emocionales son importantes y numerosas, teniendo como soportes privilegiados la voz, las mímicas faciales, los gestos, las posturas corporales y las manifestaciones neurovegetativas. Para Marc y Picard (1996), la comunicación no verbal es muy importante teniendo tres funciones:

- “De comunicación”, en la medida en que numerosas señales corporales son utilizadas para dar informaciones o transmitir estados emocionales (ejemplos, sonreír para demostrar simpatía o dar una buena noticia);
- “Relacional y reguladora”, que permite la estructuración de los cambios (ejemplos, mirar al interlocutor para manifestar atención e interés);

- “Simbólica” la cual es asegurada por señales que tienen sentido apenas en el interior de un ritual (ejemplo, levantarse a la llegada de un invitado).

En un contexto autóctono o multicultural, la comunicación es un componente importante de los cuidados de salud y puede constituir un buen evaluador de la cualidad de esos cuidados.

Por ejemplo en la comunicación médico-paciente, Ong et al. (1995) menciona tres objetivos: crear una buena relación interpersonal; cambiar información clínica; tomar decisiones terapéuticas. Este autor y sus colaboradores identificaron diferentes estilos comunicacionales: uno de carácter instrumental, orientado para el tratamiento, y otro de carácter afectivo orientado para los cuidados, favoreciendo a la comunicación, a la satisfacción, a la adhesión al tratamiento y a la comprensión de información dada por el médico.

Del análisis de entrevistas clínicas, Barry et al. (2001) identifican tres padrones de comunicación médico-paciente: médico y paciente utilizan exclusivamente “lenguaje medico”, con énfasis en las quejas físicas; ambos incluyen aspectos de la vida personal y cotidiana, enfocándose en vivencias psicológicas y físicas; médico y paciente utilizan lenguajes diferentes. Los datos muestran que los resultados son más pobres, cuando el paciente utiliza lenguaje de las vivencias (problemas psicológicos y físicos), pero es ignorado o impedido por el médico y este utiliza lenguaje medico.

Levinson et al. (1997) analizaron la relación de las quejas de los pacientes con los estilos comunicativos de los técnicos de salud, más específicamente de los médicos, habiendo concluido que los médicos que nunca han sido blancos de quejas hacían consultas más largas, presentaban más sentido del humor y facilitaban la participación de los pacientes.

Investigaciones realizadas por Kao (1999) y Thom et al. (2002) con pacientes y médicos familiares, sobre la satisfacción del paciente con los cuidados prestados, revelaron que el mayor indicador de satisfacción es la confianza en el médico, estando asociada a ciertas actitudes, como confrontar, cuidar, animar, responder a las preguntas del paciente y la competencia técnica.

Numerosos trabajos muestran los beneficios de buenas prácticas de comunicación entre los técnicos de salud y del enfermo en el estado de salud general del paciente, en su capacidad de adaptación a los tratamientos y en la recuperación mostrando que proporcionar información a los pacientes, comunicarles a ellos satisface varias necesidades: al nivel *médico-legal*, permite el consentimiento informado; el *nivel psicológico*, ayuda a enfrentar la enfermedad, reduce los estados depresivos, el estrés y la ansiedad, fomentar la dignidad y el respeto, promover la satisfacción, el sentimiento de seguridad, aumenta el consentimiento y el compromiso, la aceptación de los procedimientos terapéuticos y la responsabilidad del usuario-paciente; el *nivel médico-institución*, reduce el número de días de internación y el número de medicamentos ingeridos y facilita la recuperación del enfermo (Ramos, 2004; 2007; 2008). Los resultados de los estudios en el área, muestran consecuencias positivas para los enfermos, para las instituciones de salud a nivel financiero y para la humanización de los cuidados de salud. Las investigaciones muestran que la mayoría de los enfermos desea tener información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, aun cuando hay probabilidades de malas noticias, como cáncer o enfermedades incurables (Richard e Mcdonald, 1985; Barry et al., 2001; Vessey, 2002).

Con todo esto, en las prácticas de los profesionales de salud, predomina la ausencia de información al paciente sobre su situación clínica, diagnóstico, trata-

miento, pronóstico, estos se defienden diciendo que dar información puede causar efectos negativos en el enfermo, tales como poca efectividad del medicamento, aumento de la ansiedad y las quejas sobre los efectos secundarios del tratamiento.

La comunicación en el contexto de salud tiene que estar adaptados a las capacidades cognitivas, al nivel cultural, educativo, las representaciones y creencias de salud, las necesidades individuales, emocionales, sociales, culturales y lingüísticas del usuario-paciente. No tomar en cuenta estas necesidades y el deseo de participación e información del usuario-paciente sobre su enfermedad, los tratamientos, los procedimientos terapéuticos, no dar información o dar información insuficiente, imprecisa, inadecuada, lenguaje muy técnico y no saber "escuchar", tiene consecuencias terribles en varios niveles, ya que: aumentan el sufrimiento, la ansiedad, el estrés, la inseguridad, dificultando la adaptación psicológica de la enfermedad; aumenta los efectos negativos de la ansiedad preoperatoria, del dolor y de la recuperación del paciente operado; origina insatisfacción en cuanto a la calidad de los cuidados dados y en cuanto al comportamiento profesional de los técnicos de salud; aumenta las dificultades y/o los errores de la evaluación/diagnóstico; disminución en la adhesión al comportamiento preventivo, las medidas protectoras de salud y los tratamientos médicos o de rehabilitación; aumenta la posibilidad de abandono y/o negligencia en la búsqueda de cuidados, en la búsqueda de otros servicios a nivel de otros sectores y de recursos de las medicinas alternativas (Ley, 1988; Caumo y Ferreira, 2003; Ramos, 2004; 2008).

El nivel de la comunicación organizacional en salud, los pacientes identifican frecuentemente dificultades de coordinación, principalmente dificultades burocrático-administrativas de circulación entre los diferentes servicios, desconocimiento y falta de comprensión

de los modelos organizacionales de los servicios de salud y de las referencias normativas y culturales que regulan los reglamentos para los pacientes. En relación a los profesionales de salud estos identifican con frecuencia, en los servicios de salud dificultades de comunicación relativamente a la información y de relación inter e intra-profesional. En los servicios de salud existen también varios problemas de comunicación relacionados con los conflictos y choques existentes en las relaciones entre las culturas organizacionales, científicas y profesionales y las culturas de censo común.

En el contexto de salud, la instauración de un clima de confianza y de comprensión entre el usuario-paciente y los profesionales para por gestos, actitudes y palabras accesibles y simples, por el dialogo y por la comunicación con otro, exigiendo el conocimiento de la cultura y el respeto por la diversidad, pero también por la atención, sensibilidad y empatía. La empatía es una competencia muy importante en la comunicación relacional, sobre todo en salud, implicando compartir emociones, capacidad en colocarse en el lugar del otro, en manifestar interés genuino y en intentar comprender su experiencia subjetiva (Roger, 1968; Levinson et al., 1992; Cosnier, 1994; Hakansson *et al.*, 2003). Más allá de la empatía Roger (1968) menciona otra competencia individual muy importante para la comunicación y la relación interpersonal, a la que llama congruencia. Esta implica la adecuación entre lo que el individuo siente, la conciencia que tiene de sus sentimientos y la manera en cómo se expresa.

La cualidad y la humanización del atendimento en salud, presupone a escuchar activamente al usuario-paciente, la empatía y la responsabilidad compartida por la solución del problema y la accesibilidad. En efecto la cualidad de la atención en salud implica tanto la rapidez de atención, el nivel de accesibilidad de los servicios prestados, como la adecuación entre el diagnóstico y el

proceso terapéutico, así como también la calidad de la relación y comunicación que se establece entre los profesionales de salud y los usuarios-pacientes.

Es importante recalcar que existe, alguna desvalorización de la comunicación en los servicios de salud y este hecho es responsable por un cierto nivel de insatisfacción de los profesionales de salud y de sus propios usuarios-pacientes. Algunas de las razones para la no valoración de la comunicación en contexto de salud está relacionada con una formación inadecuada de los profesionales de salud y de los gestores, en el dominio de la comunicación, con la falta de recursos humanos y materiales, con un modelo paternalista médico-paciente y aun con la valoración de una perspectiva económica de la salud.

4 Comunicación en salud en el contexto de diversidad cultural

Son cada vez más los profesionistas técnicos en salud, particularmente los que trabajan en contextos multi-culturales con los usuarios y pacientes originarios de otras culturas o minorías, que se quejan de las dificultades provenientes de problemas de comunicación intercultural.

Los aspectos sociales y culturales pueden constituir barreras importantes en los cuidados de salud, por un lado por su influencia en la manera de percibir la salud y la enfermedad y el recurso de los cuidados de salud, por otro lado las dificultades que los prestadores de cuidados en la salud tiene en lidiar con las poblaciones que provienen de culturas diferentes a nivel lingüístico y cultural. El encuentro con la "diferencia cultural" en los cuidados de salud puede llevar a fuertes reacciones emocionales o a actitudes de rechazo de los profesionales

de salud, sobre todo cuando no hay un buen conocimiento sobre la cultura del paciente y la formación en el área de la interculturalidad.

Los significados que aprendemos a darle a las palabras, los gestos, las actitudes, los comportamientos, los objetos, el vestuario, las posiciones en el espacio, las percepciones según la edad, el sexo, la clase social, la profesión, la cultura y la subcultura varían entre los individuos implicados en una misma comunicación y actúa sobre la comunicación a través de las percepciones, los juicios etnocéntricos, de los prejuicios y estereotipos.

Una ética de cuidados implica tomar en cuenta la cultura del paciente y darle estas explicaciones sobre su enfermedad, sobre las medidas protectoras, sobre las prescripciones a las cuales se debe someter, los medicamentos que deberá tomar, todo esto en un lenguaje accesible.

El analfabetismo y/o el desconocimiento de la lengua y de la cultura del nuevo país, por ejemplo en el caso de los migrantes tienen dificultades de comunicación y relación con las estructuras y unidades de apoyo y con los profesionales de salud, por lo que a veces las formalidades administrativas se vuelven casi imposibles y originan miedo y vergüenza por no lograr comunicarse, así desánimo y dificultades de acceso a los servicios sobre todo en el Servicio Nacional de Salud. Estas dificultades y barreras culturales y lingüísticas, originan grandes problemas, no solo a los migrantes como a los propios profesionistas de salud.

La estructura social, económica, política y cultural produce diferentes tipos de sistemas médicos y comportamentales característicos en relación a la salud y a la enfermedad y muchas veces el sistema médico oficial no toma en cuenta factores como la diversidad social y cultural, las crisis económicas y políticas, la precariedad social, el exilio y la migración. En la mayor parte de los países la principal estructura institucional de medicina

científica es el hospital, con sus reglas de funcionamiento específico, rituales, códigos sociales y culturales. El hospital tiene una cultura propia, tecnológica, jerárquica, social en relación a la cual no está habituada la mayoría de los usuarios-pacientes, siendo mayores las dificultades en el caso de los migrantes, de los individuos originarios de otras culturas o de minorías étnicas. Muchos inmigrantes nunca habían recibido cuidados en instituciones de salud de tipo occidental, reaccionando con desconfianza y extrañeza a la atención occidental de la enfermedad y al tratamiento. En el caso de la hospitalización de un enfermo originario de otra cultura y que hable otra lengua, muchas dificultades se colocan para el paciente, para los profesionales de salud, relativamente la comunicación como el propio diagnóstico. Si la enfermedad, la hospitalidad significa malestar, ansiedad y estrés, esta situación es aún mayor cuando el paciente es confrontado con un código lingüístico y cultural diferente, con un sistema cultural y simbólico desconocido, con un referencial diferente del de su lugar de origen. Las propias interpretaciones hechas por los pacientes en relación a lo que se les dice por los profesionales de salud, son influenciados por sus creencias y tradiciones, por el nivel de proximidad con la sociedad que los acoge y por el grado de familiaridad con la medicina occidental.

En efecto la mayor parte de los países, la principal estructura institucional de medicina científica es el hospital, con sus reglas de funcionamiento específicas, donde el paciente es padronizado, despersonalizado, despojado de su identidad cultural y social, alejado de su familia y de las personas más significativas. La relación paciente-profesional de salud es generalmente formal, distante, con lenguaje a veces muy técnico o incomprendible para el paciente, donde los diferentes grupos de profesionales y los mismos pacientes tienen sus propios valores, creencias, lenguaje, teorías (no científicas) sobre

las enfermedades, reglas de comportamiento y organización, todo esto puede influencias en mayor o menor grado, los problemas y dificultades de comunicación y el convenio terapéutico.

En los servicios de salud donde se practica la medicina científica, se confronta las representaciones y los modelos explicativos y terapéuticos de los individuos y de las familias, en cuanto a la salud y la enfermedad, moldeados por las tradiciones sociales, culturales, religiosas, transmitidas de generación a generación, y los modelos de profesionales de salud elaborados a partir del saber médico occidental. La riqueza nosológica para clasificar un síntoma, por ejemplo la fiebre y la complejidad de los modelos explicativos de las familias se contrastan frecuentemente con el carácter rígido y banal de la enfermedad diagnosticada por el personal de salud. Los diagnósticos y los tratamientos son codificados, estereotipados y poco se toman en cuenta, las hipótesis etiológicas de las familias, su percepción ante la naturaleza y la gravedad de la enfermedad, cuando sabemos que las culturas y las familias construyen verdaderas escalas de gravedad y sistemas de casualidad sobre los síntomas y las enfermedades (Kleinman, 1980; Good, 1998).

En general debido a varios condicionamientos por ejemplo: falta de tiempo y de formación adecuada para los problemas de la multiculturalidad, el principal centro de interés de los profesionales de salud no es saber lo que la familia o el paciente piensa sobre la causa o cura de la enfermedad, no se interesan por los factores sociales y culturales subyacentes a los comportamientos de salud-enfermedad, pero sobre todo lo que le interesa saber es la etapa que transcurre desde que aparecen los primeros síntomas, el recurso de las unidades de salud y los cuidados médicos. El recibimiento y la hospitalización del paciente originario de otras culturas son más difíciles cuando el personal de salud, en lugar de adoptar

una actitud de comprensión, le impone al paciente conductas y actitudes de las cuales él no entiende la lógica y el sentido que a veces es contradictorio a sus hábitos, costumbres y creencias. Esto aumenta la ansiedad, los conflictos, estas diferencias que se originan y la dificultad en atravesar muchos prejuicios, estereotipos e incompreensión, ocasiona dificultades de comunicación (Ramos, 2004; 2008).

La primera dificultad del paciente migrante o de las minorías étnicas en el hospital, se nota en el recibimiento que se da frente a las diligencias administrativas, las reglas que no domina o al desconocimiento o falta de documentos necesarios o al poco conocimiento de la lengua del país donde reside y al analfabetismo. Muchos inmigrantes (principalmente los originarios de países en vías de desarrollo, sociedades tradicionales y las mujeres) no saben leer ni escribir. Algunos hospitales o otras unidades de salud consiguen para este problema, recurriendo a interpretes y/o traductores, permanentes o temporales, o a personas que hablan la misma lengua del paciente, de manera que favorece la comunicación con la institución y los técnicos, en otros casos esto no es posible. El papel del traductor o de un sustituto favorece por un lado el recibimiento del enfermo, dándole alguna seguridad y haciéndolo sentirse comprendido y por otro lado proporcionando a los técnicos de salud la posibilidad de descubrir y comprender que por detrás de un comportamiento considerado anormal, inadecuado y extraño esta un comportamiento y un ritual que obedece a una lógica cultural o religiosa, que obedece a padrones culturales diferentes.

En efecto el desconocimiento de las representaciones sociales y culturales las cuales los usuarios-pacientes usan como recursos pueden conducir a errores de diagnóstico. El título de ejemplo, un discurso organizado en torno a la hechicería ó la magia pueden ser

tomados como síntoma psiquiátrico, indicador de situaciones de psicosis sin que el funcionamiento psíquico y cultural del paciente sea analizado (Fernando, 1995).

El nivel de comunicación el hecho de dominar frecuentemente la idea y el prejuicio, según los cuales los migrantes no entienden el idioma ni las explicaciones dadas, poco o ningún esfuerzo es hecho en este sentido, siendo la comunicación reducida al silencio entre el profesional de salud y el usuario-enfermo. El profesional no hace ningún esfuerzo de comunicación frente usuario-enfermo y este se comporta como si en la realidad nada entendiera.

Las dificultades en establecer una relación comprensiva, empática y afectiva conduce a los profesionales a una actitud de alejamiento y a refugiarse en una actitud más técnica e impersonal con el paciente. También la dificultad del migrante en comprender los cuadros referenciales, sociales y simbólicos, aumentan los prejuicios y las dificultades de comunicación con los profesionales de salud y la ansiedad y angustia del paciente migrante.

Del mismo modo las dificultades de comprensión lingüística del individuo migrante por ejemplo: dificultades en comprender la medicación a largo plazo y las medidas de prevención, podrían conducir a una ineficacia de los cuidados, a negación o confusión en la administración de los medicamentos, a niveles bajos de acuerdos a los comportamientos preventivos, a la realización de exámenes médicos y a las medidas protectoras de salud. Para los técnicos de salud el propio diagnóstico se vuelve difícil, debido a las dificultades del paciente originario de otra cultura, en verbalizar los síntomas y describir sus males y quejas. Así las dificultades de los profesionales en comprender las quejas y las creencias del paciente, los problemas de comunicación y lingüísticos pueden originar dificultades y errores al nivel de la propia evaluación-diagnóstico y en

la apreciación del estado de salud del enfermo. La falta de interprete o traductor y de la comprensión de quejas del paciente migrante, pudiera ocasionar que este sea privado de los cuidados u objeto de cuidados inadecuados, ya que no fue posible detectar o comprender su queja o sufrimiento o aun ser hospitalizado debido a la angustia y a la ansiedad que presenta (Breton, 1989; Fernando, 1995; Ramos, 2004; 2006; 2008).

La situación social y la legalización o ilegalización del migrante puede también modificar el comportamiento del migrante frente a los cuidados de salud y a su vez ser contradictorio, como consecuencia de sus miedos y expectativas. Por ejemplo el migrante podría no recurrir a los servicios de salud con miedo a ser denunciado en el caso de estar en una situación ilegal, minimizar sus síntomas con miedo a perder el empleo o aun exagerar sus síntomas con el deseo de ser reconocido.

Igualmente muchos enfermos, migrantes o de minorías étnicas vienen de sociedades tradicionales o de medios rurales donde predomina la solidaridad familiar y comunitaria, donde la salud es un problema colectivo y el sufrimiento es tomado en cuenta por toda la sociedad, por lo que tienden a perpetuar esas redes comunitarias, principalmente al acompañar y visitar las unidades de salud u hospitales. La comunidad próxima del paciente, por ejemplo de origen migrante o gitana vienen generalmente en grupo (instalándose a veces en las inmediaciones de las instituciones de salud), con el objetivo de traer al enfermo apoyo y solidaridad, pudiendo generar tensiones y conflictos entre estos grupos, los profesionales y la institución de salud. Este tipo de apoyo colectivo, familiar y comunitario corresponde a los modos de vida y a las costumbres enraizadas y desempeñan una función social y psicológica importante en el sentido de la identidad del individuo enfermo y en su seguridad. Estas visitas en grupo, colectivas nos parecen insólitas,

sin embargo son importantes para disminuir el miedo y la angustia del paciente y para reforzar lazos comunitarios. Es importante que los equipos de cuidados tomen en cuenta la diferente inserción cultural y social del paciente y la adapte a su relación con él mismo en esas circunstancias.

Del mismo modo ciertos rituales religiosos, ciertos elementos considerados como impuros, ciertas prácticas y procedimientos de higiene y rituales de limpieza, ciertos hábitos alimenticios, pueden ser fuente de incompreensión y de problemas de comunicación entre el paciente y los técnicos de salud. En lo que respecta a la alimentación por ejemplo, está se registra en complejo bio-psico-social-cultural, reenvía a una memoria individual y colectiva, simbolizando una prohibición, tabú, valores y sentidos (Lévi-Strauss, 1964). La alimentación traída por los "familiares" desempeña un papel de gran reconforto moral para el paciente. Por ejemplo: para un enfermo musulmán o judío, hay ciertas prohibiciones alimenticias. Para los musulmanes vino, alcohol y cerdo son prohibidos, mientras que para el paciente judío son prohibidos alimentos que contengan carne de cerdo o sean mezclados con substancias lácteas. Tanto los primeros como los segundos son considerados por los judíos como alimentos impuros y ellos solo pueden comer alimentos considerados puros, o *kosher*, que son impuestos por su ley y tradición. Por estos motivos algunos pacientes solicitan alimentos exteriores preparados por sus familias, según ciertas reglas y rituales culturales y religiosos (Breton, 1989).

La relación con el cuerpo es otro elemento que causa muchas veces malestar y dificultades de comunicación entre los pacientes y los profesionales de salud. La gestualidad, las mímicas, los toques, las miradas, el vestuario, las posturas, la noción de pudor varía según los grupos y culturas. Por ejemplo en la cultura occidental el cuerpo del paciente, la desnudez en el contexto hospi-

talario no es un tabú y el pudor que tiene para otros pacientes, como por ejemplo en la cultura musulmana, muy particularmente en las mujeres. Generalmente el paciente musulmán rechaza o difícilmente acepta los cuidados médicos o de enfermería practicados por miembros de otro sexo. La mujer musulmana aun en el contexto migratorio, cubre generalmente el cuerpo, los cabellos, el rostro, las piernas con pantalones o vestuario largo, todo para esconder el cuerpo y mantener su identidad.

También el embarazo o el parto y los primeros cuidados del bebe son aun en las sociedades tradicionales de donde son originarias muchas mujeres migrantes, son rodeadas de un conjunto de prácticas y rituales que pasan de generación a generación y donde la figura materna y la comunidad desempeña un papel fundamental en el nacimiento y en los cuidados de la madre y el bebé. En el occidente la soledad y el aislamiento acompañan el nacimiento, así como la valorización de la interioridad, individualismo y la exigencia de ser una buena madre, con las implicaciones de responsabilidad, pero también de exigencia y culpabilidad.

En especial en situaciones de migración, existe un conjunto de rituales en torno al embarazo, el parto y el recién nacido que se rompe y que desempeña un papel protector y una función psicológica importante. El universo anónimo, aislado, tecnológico y extraño de las instituciones de salud y practicas medicas son consideradas por las madres como violentas, traumatizantes e impúdicas no respetando los modos de protección tradicional, lo cual viene aumenta la vulnerabilidad de estas madres, reforzando así la situación de aislamiento, de estrés y de angustia para la mujer originaria de otro universo cultural. Esta sobre todo aquella madre que es primeriza, vive con miedo, ansiedad y mucho estrés este periodo, debido al aislamiento y las diferencias entre el medio cultural, familiar y protector de origen y el universo anónimo, distante, tecnológico e incomprensible

como al cual se ve confrontada. Esta situación “extraña” de estrés y vulnerabilidad tiene consecuencias perjudiciales para la salud de la madre y del beben en la comunicación con los profesionales de salud, en la aceptación y utilización de los servicios de salud para la mujer migrante y desencadena muchas veces en los profesionales de salud comportamientos inadecuados y agresivos, actitudes de rechazo y problemas de comunicación y de diagnósticos (Ramos, 2004; 2008; 2009).

5 Notas finales

La comunicación en salud envuelve el análisis y la utilización de procesos y estrategias de comunicación con el objetivo de informar e influencias los comportamientos y las decisiones de los individuos, de los grupos y de las comunidades, en el sentido de la promoción de la salud, el bienestar y la prevención de las situaciones de la enfermedad, del riesgo y la vulnerabilidad.

La articulación y el encuentro interdisciplinario entre salud y comunicación, viene a colocar nuevos paradigmas y desafíos estratégicos, políticos, teóricos y metodológicos a nivel de investigación, de formación, de intervención, principalmente en el campo de la prevención, educación y promoción en la salud.

La creciente multiculturalidad que se verifica en los diferentes contextos de la vida pública exige esfuerzos en la reformulación de estrategias y políticas, con el objetivo de mejorar la información, la comunicación, la salud, la calidad de vida y el acceso a los servicios públicos de los diferentes grupos que cohabitan en el mismo espacio. Las políticas sociales y los cuidados de salud a nivel local, nacional e internacional, tienen que ser humanizados y sensibles a las necesidades y a las as-

piraciones de los individuos, de los grupos y de las comunidades, culturalmente competentes.

La calidad de la comunicación y de los cuidados de salud del individuo migrante y de su familia, exige la participación de todos, es decir profesionales de salud, gestores y políticos, usuarios-pacientes, familiares y de la comunidad.

La información y ciudadanía en salud, particularmente en el contexto de diversidad cultural, deberá ser promovida en compañía con el individuo y la comunidad, con beneficios para ambos y con vista a promover estilos de vida más saludables, disminuyendo la vulnerabilidad y riesgos para la salud, siendo importante tomar en cuenta: conocimiento y comprensión de las diferencias culturales de los migrantes; comunicación adecuada entre usuario-paciente y el profesional de la salud; disponibilidad de acciones de información y educación para la salud adecuadas a los niveles culturales, lingüísticos y de comprensión de las poblaciones migrantes sobre todo en su lengua original; equipos multidisciplinarios; proyectos de salud introducido en las comunidades, permitiendo mayor proximidad para comprender la realidad y comunicarse con el paciente; literatura, capacitación y responsabilidad del ciudadano a través de campañas de comunicación e información adecuadas a la población que se quiere alcanzar.

Para ayudar a la comunidad migrante a mejorar su salud es necesario, no solo promover la equidad y la articulación entre las diferentes unidades de salud como igualmente importante conocer y comprender las formas de vivir, de pensar, de comunicar y de actuar de los individuos que la componen, pues los cuidados y la intervención en salud exige tomar en consideración sus modos de vida y de pensamiento.

Es indispensable para disminuir las dificultades de comunicación, para combatir el espacio existente entre los modelos explicativos y culturales diferentes, para un

mejor acogimiento y comprensión de las concepciones y prácticas de salud y enfermedad, en las poblaciones a las que prestan cuidados, una formación psico-socio-cultural de los profesionales de salud. De esta manera las representaciones y las hipótesis explicativas de los pacientes, familias y sus comportamientos, podrán ser mejor comprendidas y prevenidas y no serán apenas reducidos a supersticiones, ideas pasadas y a la falta de información. Estos deberán ser integrados en la cultura, en un sistema de creencias, de teorías y de prácticas que aun a veces por muchos son alejados de la medicina occidental, poseen su lógica cultural y social y tienen una función adaptativa y psicológica importante que pasa muchas veces desapercibida y no es valorada. La integración de conocimientos psicológicos, antropológicos y sociológicos, en la formación de los profesionales de salud, podrán ayudar a mejorar la comunicación y a combatir los estigmas y los estereotipos, evidenciando y ayudando en la comprensión de los procesos de comunicación y de las lógicas individuales y culturales de los comportamientos, según las edades, las generaciones, los sexos, los estatutos y las culturas. Así es necesario que los profesionales de salud, tengan acceso a una formación sólida sobre la complejidad de factores explicativos y que intervengan en los comportamientos de salud y no recurrir a los cuidados, los cuales no son únicamente de orden individual, pero provienen de un conjunto indisoluble de factores culturales, sociales, económicos, psicológicos, ambientales y políticos.

Es necesario pensar las relaciones y los modelos de comunicación técnico de salud-enfermo. En un modelo de comunicación técnico, unilateral, vertical, basado únicamente en la transmisión de un emisor considerado como el poseedor del saber a un receptor pasivo privado del saber, aun modelo que considera al técnico de salud como el especialista que transmite sus conocimientos técnicos a un simple paciente, es necesario

contraponer un modelo de comunicación interactivo y con diálogo. Este modelo tomara en cuenta la “voz”, los “conocimientos” y el contexto sociocultural del usuario-paciente, comprendiendo no solo las ideas, los prejuicios, los estereotipos, las creencias de los profesionales de salud y de los enfermos, sino también tomara en cuenta los procesos implicados en la comunicación entre técnicos de salud y pacientes, con una interacción que ocurre en el contexto de esas creencias y de esos prejuicios y estereotipos.

Es fundamental sensibilizar a los políticos, los gestores y los diferentes profesionales que trabajan en el dominio de la salud para la importancia de la comunicación en salud y fomentar la formación y la investigación en esta área. La formación en comunicación presentada en situación intercultural es fundamental al conjunto de la población, ciudadanos o intervenciones sanitarias, sociales, educativas, políticos y de los medios.

Es indispensable desarrollar estrategias e intervenciones psico-socio-educativas, para que profesionales y ciudadanos puedan situarse y hacer frente de una forma responsable y pensar en las diversidades individuales y culturales que encuentran en el seno de las sociedades y de las organizaciones, así como los problemas complejos que coloca la comunicación con individuos cuyas referencias culturales son diferentes, desarrollando en todos una mayor comprensión de su propia cultura y de las otras culturas, tanto una mayor capacidad de comunicación con sus miembros de su cultura o pertenecientes a otros grupos y culturas.

En conclusión las problemáticas sociales, culturales y sanitarias derivadas de las migraciones, exigen nuevos modelos conceptuales, metodológicos, nuevas políticas y estrategias de comunicación e intervención, capaces de reaccionar ante la diversidad cultural, de promover y armonizar la inclusión, los derechos y la

igualdad de oportunidades con la participación, la salud y el bienestar de todos los individuos, nacionales o migrantes. Esta son preocupaciones de la Comisión Europea que designó el 2010 como el Año Europeo de la Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social.

Referencias

- Andreasen, A. (1995). *Marketing social change: changing behavior to promote health, social development and the environment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barry, C. et al. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*. 53, 478-505.
- Berry, J. (1989). *Acculturation et adaptation psychologique. La Recherche psychologique*. I. J. Retschitzky, M. Bossel Lagos, P. Dasen (cord.), (pp.135-145). Paris : L'Harmattan.
- Breton, D. (1989). Soins à l'hôpital et différences culturelles. En: C.Camilleri, M.Cohen Emerique (Dir.) *Chocs de cultures. Concepts et enjeux de l'interculturel*. Paris: L'Harmattan.
- Canen, A.G. y Canen, A. (2005), *Organizações multiculturais*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna.
- Caumo, W. y Ferreira, M.B.C. (2003). Perioperative anxiety: psychobiology and effects in postoperative recovery. *The Pain Clinic*, 15(2), 87-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1163/156856903321579217>
- CDC. (1999). Framework for program evaluation in public health. *Recommendations Reports*, 17 (48), 1-40. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4811a1.htm>
- CESE. (diciembre, 2004). Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a “Convenção Internacional para os Trabalhadores Migrantes”. *Jornal Oficial da União Europeia*. Recuperado de: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2004:302:0049:0049:PT:PDF>
- Coutinho, M.P. (2008). Depressão, migração e representações sociais no contexto escolar de portugal. En: N. Ramos (ed.). *Saúde, Migração e Interculturalidade*, (pp. 133-175). João Pessoa: EDUFPB.

- CREDES. (2003). Logique de recours aux soins des personnes en situation de précarité. *Questions d'économie de la santé*, 63.
- Cosnier, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris: Retz.
- Cosnier, J. y Brossard, A. (1984). *La Communication non verbale*. Neuchâtel, Suiza: Delachaux & Niestlé.
- Courtney, M.J. (2001). Information about surgery: what does the public want to know? *ANZ J Surgery*, 71(1), 24-26.
- Davies, H. y Fallowfield, L. (1991). *Counselling and communication in health care*. Londres: John Wiley & Sons.
- Eisenbruch, M. (1988). The mental health of refugee children and their cultural development. *International Migration Review*, 22, 282-300.
- Fernando, S. (1995). *Mental health in a multiethnic society. A multi-disciplinary handbook*. Londres: Rutledge.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *N Engl J Med*, 355 (3), 229-231. doi: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp058316>
- Franken, I.; Coutinho, M.P.L.C. y Ramos, N. (2009). Migração, qualidade de vida e saúde mental: um estudo com brasileiros migrantes. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 419-427. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/02.pdf>
- Gallo Stampino, V. (2007). Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, 28, 15-18. Recuperado de: <http://action.web.ca/home/narcc/attach/Improving%20access%20to%20multilingual%20health%20information%20for%20newcomers%20to%20Canada.pdf>
- Geiger, H. (2006). Multicultural medicine and health disparities. *N Eng Jour Med*, 355(2), 216-217. doi: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMbkm39539>
- Gelbert, L.; Andersen, R.M. y Leake, B.D. (2000). Health care access and utilization - The behavioral model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Service Research*, 34(6), 1273-1302. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089079/pdf/hsresearch00023-0019.pdf>
- Good, B. (1998). Comment faire de l'anthropologie médicale? Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- Håkansson, J. y Montgomery, H. (2003). Empathy as an interpersonal phenomenon. *Journal of social and Personal Relationships*, 20, 267-284. doi: 10.1177/0265407503020003001
- Ladmiral, J. y Lipiansky, E. (1989). *La communication interculturelle*. Paris: A. Colin.
- Lafond, L.J.; Heritage, Z.; Farrington, J.L. y Tsourus, A.D. (2003). WHO - Europe national healthy cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. Copenhagen: WHO. Recuperado de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98416/E82653.pdf
- Lazarus, A. y Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Rapport IGAS (1995161).
- Ley, P. (1988). *Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. Londres: Chapman and Hall.
- Levinson, R. y Reuf, A. (1992). Empathy: a physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63:234-246.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques- Le cru et le cuit*. Paris: Plon.
- Littlejohn, S. (1988). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Lopes, L.C. (2008). Gravidez em contexto de seropositividade num grupo de migrantes da região de Lisboa. N. Ramos (ed.). *Saúde, Migração e Interculturalidade*, pp. 311-347. João Pessoa: EDUFPA.
- Kleiman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- OMS (1983). *Migration and health: towards and understanding of health care needs ethnics minorities*. Netherlands: M. Colledge.
- Machado, M.C.; Santana, P.; Carreiro, H.; Nogueira H.; Barroso, R. y Dias, A. (2007). Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, 1, 103-127. Recuperado de: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art5.pdf
- Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris: Bayard.
- Manuel, H. (2008). Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e práticas sobre planeamento familiar. N. Ramos (org.). *Saúde, Migração e Interculturalidade*, João Pessoa: EDUFPA, pp. 261-310.
- Marc, E. y Picard, D. (1996). *L'interaction sociale*. Paris: PUF.
- OCDE. (2007). *Perspectives des migrations internationales*. Paris: SOPEMI.

- Ong, L.M.; De Haes J.C.; Hoos, A.M. y Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 40(7), 903-918.
- PCM/ACIDI, IP. (2010). *II Plano para a integração dos imigrantes, 2010-2013*. Lisboa: ACIDI, IP.
- PNUD. (2009). *Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières humaines*. PNUD: New York.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, Cultura e Interculturalidade: Para uma Comunicação Intercultural. *Revista Portuguesa Pedagogia*, 35(2), 155-178.
- Ramos, N. (2002). Communication, éducation et interculturalité. Vers une éducation à la tolérance. *Dialogos*, 5, 68-75.
- Ramos, N. (2003). *Interculturalité, communication et éducation*. Bucarest: Milena Press.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Univ. Aberta.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, 41, 329-235.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPA.
- Ramos, N. (2008). Multiculturalidade e comunicação em saúde. Multiculturality and communication in health. En *Multiculturalidade. Perspectivas da enfermagem. Contributos para melhor cuidar/Multiculturality. Nursing Perspectives*, (pp. 67-81). Contributions to Better Care. Lisboa: LusoCiência.
- Ramos, N. (2008). A diversidade cultural na cidade: Problemas e desafios. En L. Rubim e N. Miranda (eds.), *Transversalidades da Cultura*, pp. 133- 179. Salvador: EDUFBA.
- Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos humanos. En *Mudanças – Psicologia da saúde*, 17 (1), Jan-Jun, 2009, pp. 1-11, S. Paulo.
- Ramos, N. (2009). Mulheres portuguesas na diáspora - Maternidade, aculturação e saúde. En: Seabra, L.; Espadinha, A. (eds), *A vez e a voz da mulher portuguesa na diáspora - Macau e outros lugares*, (pp. 163-188). Macau: Universidade de Macau.
- Richards, J. y McDonald, P. (1985). Doctor-patient communication in surgery. *JR Soc Medicine*, 78, 11, 922-924.
- Roth, K. (2001). Material culture and intercultural communication. *International Journal of Intercultural Relations*, 25 (5), 563-580. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0147-1767\(01\)00023-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0147-1767(01)00023-2)
- Rykwert, J. (1988). Preface to the Paper Edition. En: *The Idea of a Town*. MIT Press.
- Roger, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Scheppers, E.; Dongen, E.; Dekker, J. y Geertzen, J. (2006). Potencial barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23(3), 325-348.
- Shiavo, R. (2007). *Health communication: from theory to practice*. Public Health/Health Services, Text Series N.13. John Wiley and Sons.
- Schulze, B.; Nowak, P.; Krajic, K.; Trummer, U. y Pelikan, J.M. (2003). *Migrant friendly hospitals. Project summary*. Documento en línea. Recuperado de: http://www.mfh-eu.net/public/files/experiences_results_tools/spa_interpreting/2_SPA_Pathway.pdf
- Sousa, J. E. (2008). Imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde. N. Ramos (edit.), *Saúde, Migração e Interculturalidade*, (pp. 213-259). João Pessoa: EDUFPA.
- Taylor, S.E.; Repetti, R.L. y Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealth environment and how does it get under the skin. *Annu Rev Psychol*, 48, 411-447.
- Thom, D.H.; Kravitz, R.L.; Bell, R.A.; Krupat, E. y Azari, R. (2002). Patient trust in the physician: relationship patient requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483. doi: 10.1093/fampra/19.5.476
- Vessey, W. y Siriwardena, A. (2002). Informed consent in patients with acute abdominal pain. *Br J Surg*, 85(9), 1278-1280.
- Viñar, M. y Viñar, M. (1992). *Exilio e Tortura*. Sao Paulo: Escuta.
- WHO/EURO/HCP0 (1988). *Promoting health in an urban context*. WHO Healthy Cities Papers. 1. FADL, Copenhagen: OMS.
- WHO (1996). *World health day: Healthy cities for better life*. Ginebra: OMS.
- WHO (2004). The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in an Ethnographically Diverse Europe, MFH, Task Force. Documento en línea. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf
- Wolff, T. (2001). A practitioner's guide to successful coalitions. *Am J Community Psychol*, 29(2), 173-191.