

## Empatía y comunicación en contextos atravesados por la diversidad cultural

### *Empathy and Communication in Culturally Diverse Contexts*

Recepción: 15/07/2022, revisión: 30/08/2022,  
aceptación: 20/09/2022, publicación: 07/2023

<https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/uru>

 Macarena Perusset Veras  
Universidad Siglo 21  
Córdoba, Argentina  
[macarena.perusset@ues21.edu.ar](mailto:macarena.perusset@ues21.edu.ar)

<https://doi.org/10.32719/26312514.2023.8.8>

### Resumen

Este trabajo aborda las posibilidades de comunicación intercultural de distintos profesionales de la salud en una organización sanitaria de gestión privada en el interior de la provincia de Córdoba, que presenta una población de pacientes diversa. En este estudio incluimos las percepciones de los propios pacientes sobre la capacidad de comunicación con los profesionales, para lo que se llevó adelante la técnica de observación participante durante dieciocho semanas y se realizaron encuestas a médicos de distintas especialidades y enfermeros, así como a pacientes ambulatorios e internados en la institución. En las encuestas realizadas se solicitó a los profesionales de la salud que calificaran su capacidad de comunicación con personas pertenecientes a otras culturas y en las encuestas realizadas a los pacientes, se les solicitó que valoraran la capacidad de comunicación por parte de los profesionales. Se analizaron las respuestas de 22 profesionales (tanto médicos como enfermeros) y 91 pacientes. Los resultados demuestran que los profesionales que presentan mayor empatía y experiencia intercultural previa tienen mayores posibilidades de alcanzar una comunicación efectiva con los pacientes en relación al cuidado de la salud de estos últimos.

### Abstract

*This paper addresses intercultural communication possibilities of a variety of care and health professionals in a private health organisation of Cordoba with a diverse patient population. In this study we included the patients' own perceptions of their ability to communicate with the professionals. We have used participant observation technique during eight weeks and surveys were carried out with doctors from different specialties, nurses, as well as outpatients and inpatients at the institution. In the surveys, health professionals were asked to rate their ability to communicate with people from other cultures, and in the patient surveys, they were asked to rate the professionals' ability to communicate. Responses from 25 professionals (both doctors and nurses) and 91 patients were analysed. The results show that professionals with greater empathy and previous intercultural experience are more likely to communicate effectively with patients in relation to their health care.*

### Palabras clave · *Keywords*

Interculturalidad, cuidados, salud, diversidad cultural  
*Interculturality, care, health, cultural diversity*

## Introducción

En una sociedad globalizada y cada vez más multicultural, se vuelve necesaria una comunicación efectiva entre los miembros de todas las culturas que habitan en un territorio. Cabe recordar que la cultura involucra ideas, creencias, valores y suposiciones sobre la vida que son ampliamente compartidos por un grupo de personas y guían gran parte de su comportamiento (Podestá 2006). Dentro de cada cultura, la gente está conectada entre sí a través de un sistema común de codificación y decodificación de mensajes que involucran comportamientos verbales y no verbales, y cada universo cultural tiene su propia forma de expresar e interpretar los mensajes. En este sentido, es posible entender cómo pueden surgir dificultades o malentendidos cuando personas de diferentes culturas entran en contacto unas con otras.

En este marco, en los últimos años las organizaciones se han visto en la necesidad de lidiar con la diversidad cultural tanto al interior como con sus usuarios y clientes en lo referente a sus operaciones cotidianas. En este contexto, la comunicación intercultural aparece como una herramienta para comunicarse asertivamente en pos del beneficio tanto de clientes y usuarios como de los colaboradores de las distintas organizaciones. La comunicación intercultural se vuelve cada vez más importante, ya que en distintos ámbitos de nuestra vida cotidiana debemos aprender a comunicarnos efectivamente con personas de otras culturas. Para muchas organizaciones del área de la salud, la comunicación intercultural efectiva tiene mayor importancia, pues afecta a la salud física y mental de los pacientes. Vale la pena recordar que todas las interacciones en la atención de la salud tienen su lado intercultural, dado que los pacientes no comparten la terminología, los supuestos, los códigos ni las normas culturales de los profesionales. Al mismo tiempo, además, personas de diferentes culturas no siempre informan el dolor de la misma manera, lo que fácilmente conduce a fallas de comunicación con respecto al diagnóstico y el tratamiento.

Si bien distintas investigaciones se han focalizado en el fenómeno de la comunicación, solo recientemente han comenzado a aparecer algunas orientadas al ámbito de la salud y de los cuidados (Alarcón et al. 2004; Farfán y Reboledo 2013; Klenner y Osses 2018). Creemos que esta área es de fundamental importancia, debido a que durante las interacciones entre los proveedores de servicios y los pacientes suelen aparecer dificultades en la comunicación que resultan en distintos tipos de descontento, que a su vez pueden derivar en diagnósticos erróneos y, en última instancia, en la falta de atención médica. Los malentendidos en la comunicación también pueden repercutir en los profesionales y causar estrés, ansiedad e incluso insatisfacción laboral (Barbero 2006; Lorente y Jiménez 2009).

El trabajo de campo nos ha permitido entender que la adecuación y la eficacia en cuestiones técnicas no son suficientes para alcanzar una buena comunicación intercultural de un profesional de la salud en un contexto sanitario atravesado por la diversidad cultural. Partimos entonces del supuesto de que existen otros elementos posibles, como la empatía, la experiencia intercultural previa y la capacidad de hablar una segunda lengua, que pueden impactar en una mejor comunicación intercultural profesional-paciente. Por lo tanto, este trabajo busca identificar aquellos elementos que intervienen en la comunicación intercultural efectiva entre los profesionales de la salud y sus pacientes dentro de una organización sanitaria de gestión privada en el interior de la provincia de Córdoba (Argentina), para comprender su impacto en la competencia comunicacional con personas de distintos orígenes culturales.

## Vínculos y comunicación en contextos de salud

Cuando hablamos de comunicación intercultural, es imposible no remitirnos a lo que entendemos como *competencia comunicativa intercultural*, que se desarrolló a partir de investigaciones que exploraban la competencia comunicativa interpersonal (Sanhueza et al. 2012). Anteriormente se la denominaba *competencia transcultural*, *sensibilidad intercultural* o *eficacia intercultural*, y se refería al conocimiento, la motivación y las habilidades para interactuar eficaz y adecuadamente con personas de diferentes culturas (Wiseman 2002). Gran parte de la literatura en el ámbito de la competencia comunicativa intercultural se ha centrado en el ajuste y el comportamiento relacional de los viajeros (Pérez y Alonso 2019). En este trabajo buscamos proporcionar información que permita ampliar los estudios sobre la comunicación intercultural a los entornos de salud, pues es un ámbito en el que una comunicación ineficaz puede tener consecuencias no deseadas para todos los implicados (Fajardo 2011; Sanhueza et al. 2012).

Aunque los profesionales de la salud y el cuidado deben tener la capacidad técnica de tratar con éxito a los pacientes, las habilidades interculturales son igual de importantes para aumentar la probabilidad de que el paciente salga satisfecho y recurra al centro de salud en casos que así lo requieran. Si las habilidades de comunicación intercultural son escasas, los mensajes enviados por el proveedor de los servicios de salud no se registrarán, lo que disminuirá la probabilidad de un tratamiento exitoso.<sup>1</sup> En un contexto en el que las organizaciones tienen dificultades para tratar con las diferencias culturales, los profesionales de la salud con experiencia en el trato de personas de una diversidad de orígenes culturales tienen mucho que aportar. El pensamiento lateral, la capacidad de establecer conexiones entre contextos y la posibilidad de entender de dónde viene, cómo vive y cómo piensa la gente son activos muy apreciados y son precisamente las habilidades necesarias

<sup>1</sup> Ya en el siglo XVIII, representantes de distintas disciplinas comenzaron a reflexionar sobre la empatía o sobre el sujeto que resuena con otro. David Hume (2000 [1740]) señalaba que la relación empática es más o menos diádica y cara a cara. También Adam Smith (1982 [1759]) reflexionaba al respecto, pero partiendo de la premisa de un público imaginado, una audiencia en relación a un espectador.

en las que debe hacerse hincapié para la formación de los profesionales de la salud y del cuidado en el siglo XXI.

Gran parte de la investigación en el ámbito de la competencia comunicativa intercultural y la atención en salud se ha centrado en los comportamientos comunicativos específicos que son apropiados y eficaces para cada grupo socioétnico (Bautista y Sánchez 2018; Maldonado, Peralta y Vieira 2019). Algunos autores recomiendan que los proveedores de servicios de salud tengan en cuenta las distintas lenguas y dialectos al momento de hablar con pacientes provenientes de países limítrofes o de otros grupos étnicos (Maldonado, Peralta y Vieira 2019), pero, como veremos, en nuestro caso la capacidad de comunicarse eficazmente va más allá de manejar una segunda lengua. Investigaciones anteriores han demostrado que existen diferencias culturales en el uso de la comunicación no verbal, ya que existen variaciones en la forma en que las culturas tocan, utilizan el espacio interpersonal, reaccionan ante el tiempo y mueven sus cuerpos (Domínguez 2009; Vila 2012). Por lo tanto, la forma en que un profesional sanitario interactúa o se comunica verbalmente puede influir en su nivel de competencia intercultural percibida. Por ejemplo, alguien que sea parte de una cultura monocrónica, en la que se valoran la planificación, las obligaciones y los compromisos alrededor del tiempo, probablemente considerará que los horarios prefijados y la puntualidad son muy importantes, mientras que para una persona proveniente de una cultura policrónica, en la que el tiempo no es entendido como algo tangible, los horarios pueden considerarse de manera más flexible e informal.

Entre 2016 y 2019, como miembro de otro proyecto de investigación, realizamos trabajo de campo en el hospital materno neonatal de la ciudad de Córdoba. Si bien el objetivo lejos estaba de los aquí propuestos, esa experiencia permitió evidenciar ciertos comportamientos por parte de los profesionales de la salud en situaciones de partos de mujeres provenientes de distintos orígenes (mujeres originarias de la región andina, musulmanas y de la etnia gitana). En ocasiones pudimos reconocer comportamientos que impiden a las personas participar durante las interacciones médicas, lo que hace que tengan experiencias menos satisfactorias en momentos clave como el parto y las visitas médicas previas o posteriores al evento. En la mayoría de estos casos, se produjo el alejamiento de las mujeres del centro de salud, lo que generó desconcierto entre los profesionales e incluso condujo a la inacción, así como a la insatisfacción de las mujeres y sus familias.

Situaciones como estas se suceden y se reproducen de manera acrítica; de allí que sea necesaria la reflexión por parte de los profesionales. Estos deben centrarse en la experiencia del paciente, destacando la importancia de la comunicación intercultural durante las consultas médicas, para que luego en su hogar pueda realizar las acciones de cuidado indicadas, en lugar de centrarse exclusivamente en las habilidades del proveedor de servicios médicos (Lerín 2004). En estos casos, la comunicación intercultural implica la voluntad de utilizar el conocimiento cultural al interactuar con los pacientes y de considerar su cultura durante las discusiones y recomendaciones para los tratamientos indicados. Aquí es donde la empatía comienza a tomar un lugar relevante.

## Empatía y experiencia intercultural como competencia

Bennett (2005) define la empatía como la participación intelectual y emocional en la experiencia de otra persona.<sup>2</sup> Esta definición nos permite tomar como ejemplo el caso de Diego, uno de los profesionales que participaron de este estudio. En 2018, Diego se declaró a favor del matrimonio igualitario, y reveló que el factor decisivo en su nueva postura era la homosexualidad de su propio hijo.<sup>3</sup> Este caso nos permite reflexionar acerca del ejercicio de la empatía más allá de familiares y conocidos: ¿hasta qué grado somos capaces de empatizar según nuestra responsabilidad ética como ciudadanos? Es decir, el radio de empatía, ¿puede extenderse más allá de nuestros allegados? Esta pregunta pone en tensión nuestra capacidad de empatizar como parte de nuestro rol de ciudadanos; se trata de la distancia entre nuestras posibilidades de respuesta y un horizonte de responsabilidad potencialmente infinito. ¿Qué ocurre con la relación entre nuestras capacidades empáticas y éticas cuando el radio local de nuestras interacciones cara a cara deja de ser isomorfo con las comunidades imaginadas de ciudadanía a través de las cuales se espera que nos entendamos a nosotros mismos? Y enseguida surge otra pregunta: ¿son las respuestas empáticas universalmente idénticas o expresan diferencias según los actores de distintas sociedades? Algunos enfoques provenientes de las ciencias humanas sostienen que la empatía aumenta entre los miembros afines y tiende a atenuarse entre los extraños.

En otras palabras, la empatía tiende a aumentar cuando hay similitudes entre los actores sociales, es decir que es el reconocimiento de la similitud lo que la fomenta. Trabajos actuales en neurociencia han desarrollado diversas teorías sobre la construcción de la empatía (Corey 2004). Sin embargo, aún no existe un consenso sobre cómo se genera y mantiene. El modelo desarrollado por Corey busca identificar y explicar neurológicamente cómo el cerebro humano genera rasgos de comportamiento de autoconservación y empatía. Con miras a desentrañar estos elementos, los discursos antropológicos sobre el yo, la conciencia moral, el uso del lenguaje simbólico y la sociabilidad ofrecen un vehículo pertinente para el análisis.

Por otro lado, algunos investigadores han identificado el bilingüismo o el manejo de una segunda lengua como un aspecto importante de la competencia comunicativa intercultural (Bhaszar y Casas 2015). Aunque no hablemos una segunda lengua con fluidez, el esfuerzo por hacerlo probablemente sea apreciado por la otra persona y se consiga una comunicación más eficaz. Esto se enmarca dentro de la definición de empatía de Hume: “ponernos en los zapatos del otro”. En un nivel, señala el autor, la empatía es nuestra más extraordinaria susceptibilidad resonante, es esa propensión que tenemos de simpatizar con los demás y de recibir por comunicación sus inclinaciones y sentimientos, aunque sean diferentes o incluso contrarios a los nuestros (Hume 2000). Si bien esta capacidad de em-

— 125 —

<sup>2</sup> Recordemos que el origen semántico de la palabra *empatía* se remonta a la estética y, por extensión, a una comunión de almas. El filósofo Peter Goldie (2000) señala que la palabra *empatía* es una traducción del alemán *einfehlung*, un término usado en el siglo XX para describir simpatía por una obra de arte. En otras palabras, la genealogía de la palabra la conecta con cuestiones de representación.

<sup>3</sup> Todos los nombres empleados en el presente trabajo son seudónimos.

patía hace posible la solidaridad humana, también enturbia el juicio autónomo, continúa el autor, advirtiendo esta vez que nada tiende más a perturbar nuestro entendimiento y a precipitarnos en cualquier opinión —por irrazonable que sea— que su conexión con la pasión, que se difunde sobre la imaginación y da una fuerza adicional a toda idea relacionada.

Lo que hace que Hume y Smith estén tan vigentes en cuestiones de empatía es la profunda ambivalencia que recorre la relación con uno mismo. Smith insiste en que no puede haber una transmisión directa de sentimientos entre individuos, sino que lo mejor que podemos hacer es imaginar cómo sería ser otra persona (Smith 1982). Al mismo tiempo, reconoce una facultad profunda y espontáneamente mimética y corporal en aquellos casos en que, por ejemplo, observamos un golpe a punto de caer sobre la pierna o el brazo de otra persona y naturalmente nos encogemos y retiramos nuestra propia pierna o nuestro propio brazo. Cuando el golpe cae, lo sentimos en cierta medida y nos duele tanto como al que lo sufre. Estas ideas están en la base de la tesis de Buber (1996 [1938]) sobre la relación yo-otro, en el sentido en que la empatía surge del reconocimiento de los sentimientos subjetivos de una persona hacia otra. Dichos sentimientos se organizan a menudo de forma ritual con el fin de fomentar los sentimientos de *communitas* por otra persona, esto es, se hace hincapié en la comprensión de la humanidad de otra persona.

Por otro lado, siguiendo con esta idea, Turner (1969) analiza los comportamientos empáticos en el ámbito ritual, entendido como espacio simbólico que intenta fomentar entre los participantes sentimientos de igualitarismo, hermandad y unidad. De acuerdo con Turner, este proceso se produce a partir del intento de despojar a los participantes del ritual de su estatus social, ya que en el ámbito ritual el participante, libre de sus vínculos sociales y de su prestigio mundano, puede encarnar sentimientos de igualdad con los demás. Además, el ámbito liminal del ritual permite a los participantes un período temporal para reconstruir su yo subjetivo en relación con los demás. Estas ideas se encarnan, luego, en la vida cotidiana.

## Herramientas metodológicas

El trabajo de campo se desarrolló en un centro de salud de gestión privada de la localidad de Cosquín, en el valle de Punilla, provincia de Córdoba. Cabe destacar que en dicha ciudad se ofrecen distintos servicios sanitarios a pacientes de la provincia, de otras provincias y con o sin cobertura de salud, lo que permite entender la diversidad de situaciones que pueden presentarse. Históricamente, Cosquín se conformó en un enclave sanitario para el denominado “corredor Punilla”; es decir, las localidades situadas a la vera de la ruta provincial 38, que atraviesa el valle de Punilla, acuden a Cosquín para cuestiones sanitarias.

Al momento de diseñar esta investigación, hemos discutido el método más eficaz para medir la capacidad comunicativa intercultural de los profesionales, teniendo en cuenta que las investigaciones anteriores han utilizado las observaciones objetiva y subjetiva, el autoinforme y el informe del receptor. Frente a nuestro objetivo, se combinó la observación

participante con la realización de encuestas a profesionales de la salud y a pacientes de la organización. Hemos elegido esta técnica de recolección de datos debido a que los informes objetivos no cumplen con nuestros objetivos: requieren que los participantes comuniquen información a un receptor desprevenido, y solo si ese receptor repite el mensaje con exactitud se considera que el emisor es competente. De igual forma, la observación subjetiva, el autoinforme y el informe del receptor tampoco resultan idóneos para nuestros fines, debido a que la primera requiere que los participantes completen una tarea comunicativa en la que se les da una puntuación; el autoinforme pide a los encuestados que evalúen su propia capacidad de comunicarse eficazmente; y el informe del receptor solicita que este último evalúe las habilidades de la persona que se ha comunicado con él.

En este estudio participaron 25 médicos y enfermeros y 100 pacientes ambulatorios e internados del centro de salud. La única área que no participó de este estudio fue la de pediatría y neonatología. Todos los pacientes que recibieron atención tuvieron la oportunidad de completar la encuesta y, en algunos casos, profundizamos con entrevistas personales. Un total de 91 pacientes y 22 médicos y enfermeros completaron las encuestas. Esto indica una tasa de respuesta del 88 % para los pacientes y del 91 % para los proveedores de servicios médicos. En la muestra de profesionales, dieciocho eran mujeres y siete, hombres; la edad media era de 46 años, y oscilaba entre los 22 y los 57. Los orígenes socioétnicos de los proveedores incluían trece de la provincia de Córdoba, uno de Santiago del Estero, dos de Jujuy, dos extranjeros, dos de Santa Fe y dos de La Rioja; doce indicaron que hablan al menos dos idiomas. Por otro lado, en la muestra de pacientes, 70 eran mujeres y 21, hombres. La edad media era de 28 años y oscilaba entre los 18 y los 71. Los orígenes étnicos de los pacientes incluían 62 del valle de Punilla, seis de Catamarca, cinco de La Rioja, siete de Santiago del Estero, seis de Tucumán y cinco extranjeros; diez hablaban dos o más idiomas.

Las encuestas y la observación participante se completaron con entrevistas en los casos que se consideró oportuno; estas se realizaron en los espacios ambulatorios. En ellas, pudimos entender que las sutilezas de la voz y la gestualidad, difíciles de captar en la escritura, conllevan ricos significados que pueden mejorar la práctica de las encuestas y la observación participante.

Los datos se obtuvieron a través de una encuesta distribuida a los pacientes y al personal del centro de salud. A estos últimos se les pidió que completaran una versión que se distribuyó de manera virtual. Al cabo de una semana, se envió un correo electrónico recordándoles que debían completarla. A los pacientes se les distribuyó una encuesta en papel y se les pidió que la entregaran en la recepción. A los pacientes ambulatorios, al registrarse, se les avisó que tenían la opción de rellenarla antes o después de recibir la atención médica. Aquellos que aceptaron, devolvieron la encuesta cumplimentada a la recepcionista. Durante dieciocho semanas visitamos el centro de salud y recogimos las encuestas.

Entre las limitaciones encontradas en este estudio debemos señalar el número de participantes que representan tanto a los a los pacientes como a los proveedores de servicios de

salud. Además, la muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres. Esto puede deberse al hecho de que las mujeres son más propensas que los hombres a desempeñar roles como enfermeras o, por otro lado, a que busquen tratamiento médico para sus enfermedades. Sin embargo, el escaso número de hombres en esta muestra es probablemente típico de los pacientes y médicos de otras organizaciones sanitarias y no exclusivamente de la aquí presentada.

Una limitación adicional que debe tenerse en cuenta es que la investigación tuvo lugar en una única localidad de Punilla, Cosquín, asiduamente frecuentada por personas de otras localidades en virtud de ser una de las cabeceras más importantes del valle homónimo. En este sentido, los individuos de esta zona tienen más probabilidades de estar expuestos a otras culturas y pueden ser más competentes como comunicadores interculturales.

Por último, la organización examinada en este estudio puede ser atípica para la mayoría de las organizaciones sanitarias. Un gran número de proveedores médicos (82 %) conoce a sus pacientes desde antes de graduarse de la universidad. Es poco probable que un porcentaje tan alto de proveedores médicos en organizaciones sanitarias en ciudades capitales posea este tipo de vínculos con sus pacientes. Por lo tanto, los profesionales de este estudio pueden tener niveles elevados de competencia intercultural que no son indicativos de la mayoría de las organizaciones médicas.

## Resultados y análisis

En el ámbito de la salud entendemos que la comunicación intercultural implica la voluntad de utilizar el conocimiento cultural al interactuar con los pacientes y considerar su cultura durante las discusiones y recomendaciones para el tratamiento. Podemos ilustrarlo con algunos fragmentos de entrevistas que se dieron durante el trabajo de campo.

Entre las y los entrevistados que se encontraban en la institución aguardando ser atendidos, fue común que mencionaran “estar nerviosos” frente a la visita médica. Por ejemplo, Juan, un paciente que se acercaba por primera vez para ser atendido por consultorio por una dolencia en su mano izquierda, expresó “No me gusta, me da nervios [...]. Qué me irá a decir... Me da nervios”. Igualmente, Aldana, una mujer de 19 años que esperaba a su médica para un control posoperatorio, indicaba: “Estoy nerviosa. La última vez vine y me quedé internada para operar [...]. Espero que esté todo bien [...] ¿Viste? Acá te dejan internada sin darte posibilidad a que organices tu casa...”. En la misma sala de espera, Gladys, una mujer de 57 años que aguardaba su turno para una médica que la atendía con cierta regularidad, expresaba: “Me da cosa, me pongo nerviosa porque siempre me reta [...] y eso que la conozco hace diez años, pero siempre me reta”.

Los nervios también aparecen en el grupo de los profesionales de la salud. Un médico señaló: “Me pongo muy nervioso cuando interactúo con pacientes de una cultura diferente [...]. Parece que no entienden lo que les digo. Les mando a hacer tal cosa y al mes cuando vuelven hicieron cualquier otra cosa menos la que yo les indiqué [...]. Se lo toman en broma y muchas veces es cosa seria”.

Otro aspecto que se repitió en gran parte de las entrevistas fue “la empatía”: muchos enfermeros indicaron que podían ser empáticos frente a los pacientes, en especial con aquellos “abuelitos y abuelitas que están solos” (Ayelén). En relación con los internados, Anna María señalaba: “Puedo relacionarme bien con los sentimientos de los pacientes de diferentes culturas [...]. Me pongo en sus zapatos y pienso lo difícil del momento que están viviendo”.

Enzo expresó: “Puedo ser empático [...]. Viví cuando era chico en Tartagal, al límite con Bolivia, por eso los entiendo”. Agustina señaló: “Trato de tener empatía, sobre todo con las mujeres que no entienden bien. Yo sé que hablo otro idioma que muchas veces no entienden [en alusión a los conceptos técnicos empleados por los profesionales]”.

Para determinar la experiencia intercultural, consultamos a los proveedores de servicios si habían pasado al menos tres meses fuera del país y/o de su provincia de origen. Aproximadamente el 50 % de ellos indicó que había pasado más tiempo fuera de su provincia, lo que les permitía tener una experiencia con costumbres, ideas y prácticas diferentes a las propias. Algunos mencionaron que haber viajado —aunque fuera por cortos períodos— a otros continentes y países con costumbres totalmente diferentes a la occidental tuvo un efecto muy fuerte en sus experiencias interculturales.

## Palabras finales

La importancia de las narraciones es que juegan con la imaginación moral de los individuos. Además, el proceso de narración ejerce una suerte de empatía para que el oyente comparta el dilema del narrador. En relación con la empatía y la autoconservación, Jackson (2005) señala que el sujeto negocia entre su propio derecho a existir y el equilibrio recíproco entre el yo y el otro. En este caso, la preservación del yo está vinculada a salvar el propio sentido del ser, mientras que la reciprocidad se ocupa de lograr un equilibrio en las relaciones sociales (Jackson 2005, 182). De esta forma podemos comprender cómo los seres humanos han desarrollado diversas estrategias imaginativas y materiales para mantener la autonomía y la seguridad ontológica mientras consuman el propio ser en relación con los demás. Con esto, podemos entender que la empatía también puede ser una poderosa estrategia para disminuir la distancia del yo con el otro.

Antes de este estudio desconocíamos si factores como la empatía, la motivación, las experiencias interculturales previas o el bilingüismo tenían influencia en la comunicación intercultural entre profesionales y pacientes. Consideramos ahora que la empatía es muy importante para que los profesionales de la salud se comuniquen de manera asertiva con pacientes de culturas diferentes a la suya. También hay que afirmar que una escala fiable de competencia comunicativa intercultural entre los proveedores de servicios médicos consiste en gran medida en ítems que miden la motivación, la ansiedad y el conocimiento. Esto demuestra que estas variables también son facetas importantes de la competencia en el ámbito sanitario.

Los resultados de este estudio tienen una serie de implicaciones para otras organizaciones de la salud, en el sentido en que se pueden identificar factores como la empatía y la experiencia intercultural, que contribuyen a las habilidades comunicativas de su personal. Además, otras organizaciones pueden plantearse la posibilidad de contar con una planta de personal multicultural y multilingüe, ya que aportamos evidencia en relación a que los profesionales con estas capacidades son comunicadores interculturales más eficaces.

Creemos que el hallazgo más significativo de este estudio es que la empatía se relaciona positivamente con la competencia comunicativa intercultural, según las percepciones de profesionales y pacientes. Los resultados identifican a los individuos empáticos como aquellos con mejores habilidades para ser comunicadores interculturales. Además, los informes de los pacientes han mostrado una relación más fuerte entre la empatía y la competencia comunicativa intercultural, lo que sugiere que la empatía es más importante desde el punto de vista de los pacientes que desde el punto de vista de los profesionales.

Asimismo, aquellos profesionales con más de tres meses de experiencia intercultural evidencian también una relación positiva y significativa con la competencia comunicativa intercultural. Si bien en algunos casos los viajes internacionales de corta duración mejoran las actitudes hacia la cultura de acogida, creemos que el conocimiento intercultural se adquiere a partir de una inmersión más profunda en un nuevo ambiente. Una experiencia prolongada fuera de la propia cultura tiene un efecto duradero en la visión general de las diversas culturas. Por otra parte, el hecho de poseer las habilidades técnicas necesarias para administrar eficazmente el tratamiento médico puede superar las diferencias lingüísticas.

Muchos profesionales de la salud son conscientes de la necesidad de ser empáticos, teniendo en cuenta que los pacientes suelen acudir a ellos en un momentos vulnerables de su vida. La visita al centro de salud suele significar que se han agotado los intentos de cuidar de sí mismos en el hogar. Si a esto le sumamos el hecho de que muchas personas no tienen seguro médico y no pueden permitirse la asistencia social, una cita con el médico puede ser un momento de gran ansiedad que aumenta la importancia de la empatía por parte de los profesionales.

Las acciones sanitarias —las intervenciones médicas, especialmente— no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera. Aunque esta investigación es limitada, creemos haber demostrado que la experiencia intercultural conduce a un mayor conocimiento de otras culturas, lo que hace que los individuos puedan comunicarse mejor entre sí. Este conocimiento es más frecuente en personas cuya experiencia intercultural consistió en un período de más de tres meses fuera de su lugar de origen.

Consideramos entonces que la contribución distintiva de la comunicación intercultural de profesionales de la salud es su capacidad para traducir situaciones, diagnósticos e indicaciones más allá de las diferencias lingüísticas, culturales y políticas. Esta capacidad de tender puentes y comprender los contextos en que viven y piensan los pacientes

requiere de cualidades bien desarrolladas de empatía y perspectiva. En un mundo cada vez más multicultural pero que presenta serias dificultades para negociar las diferencias, la capacidad de establecer conexiones entre contextos y de entender de dónde viene la gente es un activo muy apreciado en los contextos de salud atravesados por la diversidad cultural.

## Referencias

- Alarcón, Ana María, Paula Astudillo, Sara Barrios y Edith Rivas. 2004. “Política de salud intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile”. *Revista Médica de Chile* 132 (9): 1109-14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>.
- Barbero, Javier. 2006. “El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29 (3): 19-27. <https://bit.ly/41yMQxg>.
- Bhaszar, J. F., y Leonor Casas. 2015. “Interculturalidad, adquisición de segundas lenguas y televisión infantil”. *Espacios en Blanco. Revista de Educación* 25 (2): 305-32. <https://bit.ly/41yMTZY>.
- Bautista, Elizabeth, y Óscar Sánchez. 2018. “Diáspora transnacional de comunidades entre menonitas de México y Brasil”. *Revista Mexicana de Sociología* 80 (4): 739-65. <https://bit.ly/3MZ3vFU>.
- Bennett, Jill. 2005. *Empathic Vision: Affect, Trauma, and Contemporary Art*. Stanford, US: Stanford University Press.
- Buber, Martin. 1996 [1938]. *I and Thou*. Edimburgo: T&T Clarck.
- Corey, Gerald, Jr. 2004. *The Consilient Brain: The Bioneurological Basis of Economics Society, and Politics*. Nueva York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Domínguez, María de los Reyes. 2009. “La importancia de la comunicación no verbal en el desarrollo cultural de las sociedades”. *Razón y Palabra* 14 (70). <https://bit.ly/2jKlTHG>.
- Fajardo, Delia. 2011. “De la competencia comunicativa a la competencia intercultural: Una propuesta teórica y didáctica para la educación intercultural en Latinoamérica”. *Revista Pueblos y Fronteras Digital* 6 (12): 5-38. <https://bit.ly/41Auyvv>.
- Farfán, Xenia, y Francisca Rebolledo. 2013. “Interacciones dialógicas en el consultorio: Migrantes haitianos y funcionarios de salud primaria”. *Perspectivas. Revista de Trabajo Social* 24: 111-22. <https://bit.ly/3KOyj9M>.
- Goldie, Peter. 2000. *The Emotions: A Philosophical Exploration*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hume, David. 2000 [1740]. *A Treatise of Human Nature*. Nueva York: Oxford University Press.
- Jackson, Michael. 2005. *Existential Anthropology: Events, Exigencies, and Effects*. Nueva York: Berghahn Books.
- Klenner, Maura, y Sonia Osses. 2018. “Competencia comunicativa intercultural: Un desafío para los profesionales de la salud en Chile” [carta al editor]. *Revista Médica de Chile* 146 (4): 539-40. <https://bit.ly/3UZ2nV7>.

- Lerín, Sergio. 2004. “Antropología y salud intercultural: Desafíos de una propuesta”. *Desacatos* 15-16: 111-25. <https://bit.ly/3UJD6xS>.
- Lorente, José, y María Elena Jiménez. 2009. “La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial”. *MEDISAN* 13 (1). <https://bit.ly/40hADML>.
- Maldonado, Claudio, Luis Peralta y Evandro Vieira. 2019. “Configuraciones culturales en la comunicación indígena: Resistencia y autonomía por comunicadores y comunicadoras de Wallmapu”. *Comunicación y Sociedad* 16. <https://doi.org/10.32870/cys.v2019i0.7209>.
- Pérez, Lucila, y María Araceli Alonso. 2019. “Un viaje al país del rey Morvan: Cómo adquirir la competencia cultural”. *Universitas-XXI. Revista de Ciencias Sociales y Humanas* 30: 129-50. <https://bit.ly/3GMT9p2>.
- Podestá, Paola. 2006. “Un acercamiento al concepto de cultura”. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science* 11 (21): 25-39. <https://doi.org/10.46631/jefas.2006.v11n21.02>.
- Sanhueza, Susan, Fraño Paukner, Víctor San Martín y Miguel Friz. 2012. “Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural (CCI) y sus implicaciones para la práctica educativa”. *Revista Folios* 36: 131-51. <https://bit.ly/3oo5KbA>.
- Smith, Adam. 1982 [1759]. *The Theory of Moral Sentiments*. Indianápolis, US: Liberty Classics.
- Turner, Victor. 1969. *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine.
- 132 — Vila, Ruth. 2012. “Los aspectos no verbales en la comunicación intercultural”. *Ra Ximhai* 8 (2): 223-39. <https://bit.ly/2IAgzlQ>.
- Wiseman, Richard. 2002. “Intercultural Communication Competence”. En *Handbook of International and Intercultural Communication*, editado por William Gudykunst y Bella Mody, 207-24. Thousands Oaks, US: Sage.