

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LOS SÍNDROMES DE FILIACIÓN CULTURAL EN EL AULA DE ESPAÑOL
MÉDICO: PROPUESTA DIDÁCTICA DESDE UNA PERSPECTIVA
INTERCULTURAL

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Posgrado en Español como Segunda Lengua para optar al grado y título de Maestría Profesional en Español como Segunda Lengua

MARIANELLA BALLAR CALVO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2024

DEDICATORIA

Por la autoafirmación y la celebración personal de mis logros: A Nela, la de aquellos años.

¡Lo lograste!

AGRADECIMIENTO

En el transcurso de esta trayectoria, conté con apoyo indiscutible para la culminación de este proyecto de investigación. Expreso mi profundo agradecimiento en tres ámbitos fundamentales: el familiar, el académico y el profesional.

Familiar:

A mis padres, Gréttel y Mario, quienes desde el inicio aseguraron mi educación. Su sacrificio me brindó la oportunidad de alcanzar este logro. A mi esposo, Stanley, pilar y sostén, agradezco su generosidad, su constante aliento y su comprensión incondicional a lo largo de este arduo proceso.

Académico:

A mi profesora guía, Dra. Annette Calvo Shadid, por su orientación experta, compromiso constante y confianza en mí. A mis lectores, la Dra. Patricia Guillén Solano por la dirección, el seguimiento y la evaluación y al Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano por sus valiosos aportes y observaciones que enriquecieron enormemente mi investigación. Un agradecimiento especial a mi prima, Dra. Coralía Chamorro Calvo, cuya colaboración en la fase de investigación fue invaluable.

Profesional:

A Global Edu, Asociación de Universidades Costarricenses para la Educación Internacional, y a su presidenta, la Sra. Elizabeth Rodríguez, por tenderme una mano en la búsqueda de la población estudiantil con el perfil adecuado para mi práctica profesional. Gracias a esta asociación, dedicada a promover y facilitar programas educativos internacionales, alianzas cooperativas y proyectos de investigación, pude contactar a la Dra. Alejandra Barahona, directora ejecutiva de estudios en el extranjero, de la Universidad

VERITAS, quien amablemente me cedió un espacio para trabajar en el programa de Español para la Salud, en el grupo asignado a la profesora ML. Milagro Camacho Sandí, quien se preocupó de que no me faltara nada para poder impartir las clases. Muchísimas gracias.

Este logro no habría sido posible sin el respaldo de cada una de estas personas. Agradezco profundamente su contribución a mi formación académica y profesional.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Español como Segunda Lengua de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Español como Segunda Lengua.”

ML. Luis Alberto Serrato Pineda
Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrado

Dra. Annette Calvo Shadid
Profesora Guía

Dra. Patricia Guillén Solano
Lectora

Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano
Lector

M.L. Silvia Vargas Víquez
**Representante de la Directora del
Programa de Posgrado en Español como Segunda Lengua**

Marianella Ballar Calvo
Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN EN ESPAÑOL.....	ix
ABSTRACT.....	x
LISTA DE CUADROS.....	xi
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Justificación.....	4
1.2. Objetivos de investigación	9
1.3. Delimitación del tema.....	9
1.4. Objetivos.....	9
1.5. Objetivo general	9
1.6. Objetivos específicos.....	10
1.7. Estado de la Cuestión	11
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL.....	32
2.1. Contenidos lingüísticos.....	32
2.2. Contenidos culturales.....	40
2.3. El componente médico.....	46
2.4. Contenidos didácticos	55

2.5. La teoría fundamentada	60
CAPÍTULO III. MARCO INVESTIGATIVO	62
3.1. Categorías, subcategorías y códigos de análisis	63
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....	76
4.1. El enfoque por tareas	77
4.2. Simulación global	78
4.3. Enseñanza de la competencia comunicativa intercultural	78
4.5. Perfil del estudiante	84
4.6. Instrumentos de diagnóstico y de análisis de necesidades.....	85
4.7. Descripción de la población estudiantil	90
4.8. Descripción del curso.....	92
CAPÍTULO V. MACROUNIDAD	93
5.1. Primera unidad: Mi contacto con la cultura meta	97
5.1.1. Diario de clase del primer día	104
5.2. Segunda unidad: Remedios caseros y herbolaria.....	107
5.2.1. Diario de clase del segundo día	114
5.3. Tercera unidad: Síndromes culturales: alivio de males comunes y culturales latinoamericanos	117
5.3.1. Diario de clase del tercer día de clase.....	124
5.4. Cuarta unidad: Síndromes de filiación cultural	127

5.4.1. Diario de clase del cuarto día de clase	134
5.5. Quinta unidad: Mi profesión y la cultura meta	137
5.5.1. Diario de clase del quinto día de clase	141
CONCLUSIONES	145
Limitaciones de la investigación.....	149
Recomendaciones para docentes:	151
Nuevas líneas de estudio:.....	153
BIBLIOGRAFÍA	156
ANEXOS	166
ANEXO #1: plantas usadas en la comida internacional y en la medicina tradicional.....	167
ANEXO #3: láminas del herbario nacional de costa rica: “plantas al servicio de la salud, plantas medicinales de costa rica y centroamérica (quesada, 2008).....	169
ANEXO #4: tarjetas para jugar memoria	170
ANEXO #5: cartel con objetos utilizados para prevenir y aliviar males comunes y culturales (elaboración propia).....	171
ANEXO #6: datos sobre los objetos del cartel	172
ANEXO #7: tarjetas sobre el mal de ojo	173
ANEXO #8: fichas informativas sobre pega o empacho, quebranto, mal aire, susto y chistate	174
ANEXO #9: artículo “exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/ atención en migrantes senegaleses de barcelona”	177

RESUMEN EN ESPAÑOL

En este trabajo se aborda la evolución de los programas de español como segunda lengua hacia la enseñanza del español con fines específicos (EFE), centrándose en el ámbito médico. Se destaca la importancia de no solo enseñar la estructura lingüística, sino también habilidades sociolingüísticas y culturales para una comunicación efectiva en contextos profesionales. Se argumenta que la competencia intercultural es esencial en la atención médica a pacientes de diferentes culturas, ya que puede reducir malentendidos y mejorar la calidad de la atención.

La propuesta se enfoca en el desarrollo de unidades didácticas para estudiantes o profesionales de la salud que aprenden español como segunda lengua, con el objetivo de sensibilizarlos a través de su exposición a aspectos culturales relacionados con el concepto de salud y enfermedad de la cultura latinoamericana, por ejemplo, por medio de su comprensión de los síndromes de filiación cultural. Estas unidades buscan facilitar la reflexión crítica sobre las emociones y actitudes hacia otras culturas y promover el respeto y la empatía en la atención médica intercultural. La investigación defiende la idea de que la comprensión de las diferencias culturales contribuye significativamente a la adquisición de la competencia intercultural de los estudiantes con la consecuente mejora de la calidad de la atención médica.

ABSTRACT

This work addresses the evolution of Spanish as a second language programs towards teaching Spanish for specific purposes (EFE), focusing on the medical field. It emphasizes the importance of not only teaching linguistic structure but also sociolinguistic and cultural skills for effective communication in professional contexts. It argues that intercultural competence is crucial in healthcare for patients from different cultures, as it can reduce misunderstandings and enhance the quality of care.

The proposal focuses on the development of teaching units for students or healthcare professionals learning Spanish as a second language, aiming to sensitize them through exposure to cultural aspects related to the concept of health and illness in Latin American culture. For example, by their understanding of culturally affiliated syndromes. These units seek to facilitate critical reflection on emotions and attitudes towards other cultures and promote respect and empathy in intercultural healthcare. The research advocates the idea that understanding cultural differences significantly contributes to students' acquisition of intercultural competence, resulting in an improvement in the quality of healthcare.

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Categorías, subcategorías y códigos iniciales	64
Cuadro 2. Cuestionario	87
Cuadro 3. Percepción de la propia habilidad lingüística por estudiante	88
Cuadro 4. Población estudiantil.....	90
Cuadro 5. Estudiantes del proyecto docente	91
Cuadro 6. Descripción del curso	92
Cuadro 7. Sinópsis de las unidades didácticas	94

“Uno en la vida no puede conocer a las personas si solamente conoce la profesión médica; las personas están llenas y rodeadas de una serie de problemas propios, no solo médicos, sino de su vida, su moralidad, espiritualidad, su manera de ser, que solo un médico con una cultura un poquito superior puede llegar a comprender bien.”

Dr. Juan Jaramillo Antillón

"When people are least sure, they are often most dogmatic."

John Kenneth Galbraith

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Los programas de español como segunda lengua han ampliado el alcance de sus contenidos para satisfacer nuevas necesidades comunicativas de sus estudiantes; parte de la creciente demanda se dirige a la adquisición de destrezas que les permitan un desempeño eficiente en su comunicación en contextos técnicos y profesionales. La enseñanza y aprendizaje del español para fines específicos (EFE) permite la adquisición de destrezas que no se circunscriben solamente al ámbito de la conversación general.

Por otro lado, estos programas también han variado sus enfoques, pasando del lingüístico, entendido como la enseñanza de habilidades gramaticales, a otros que abarquen

habilidades mucho más amplias, como las sociolingüísticas y culturales en el manejo del acto comunicativo en contextos generales y específicos de muy diversa índole.

Este trabajo, en particular, intenta reunir esas tendencias para instruir a estudiantes de español como segunda lengua para fines específicos médicos en cómo establecer comunicación con sus pacientes, no solo desde la estructura de su lengua, de sus reglas sociolingüísticas y de su contexto cultural, sino además desde una reflexión sensible, empática y tolerante sobre la visión de mundo de la comunidad cuya lengua desea aprender; acto que requiere desarrollar afectos, emociones y actitudes adecuadas hacia las diferencias del otro.

Así, superando una postura etnocéntrica, pero sin renunciar a la propia identidad, se procurará reducir el impacto del choque que puede provocar el abordaje de ciertos temas culturales relacionados con prácticas tal vez incomprensibles, desconocidas, extrañas o incluso absurdas para los ojos extranjeros; se trata del acercamiento al saber popular que da vida a los síndromes de filiación cultural, síntomas que una comunidad explica y trata de acuerdo con su entendimiento del concepto de salud y de enfermedad, así como de sus experiencias particulares en caso de haber tenido contacto con los servicios de salud que se ofrecen en su contexto cotidiano.

Ese encuentro con la cultura de la lengua meta también requiere un acercamiento didáctico, de modo que el aprendiente entre en contacto no solo con esa nueva realidad cultural, sino también con lo que sienta al respecto, pero de manera guiada, con objetivos claros, procedimientos establecidos y tareas por resolver. Descubrir que otros grupos de personas entiendan la realidad de un modo distinto no siempre es una experiencia fácil de digerir y es capaz de ir en detrimento del proceso de aprendizaje al producir emociones

negativas hacia la lengua de la comunidad meta: confusión, desprecio, ira, rechazo, desaprobación, frustración, por nombrar algunas.

Los contenidos de este trabajo, por tanto, estarán dirigidos al desarrollo de la competencia intercultural de los estudiantes o profesionales de carreras relacionadas con la salud. Se trata de un desarrollo del respeto como instrumento de diálogo con otra cosmovisión, un reconocimiento a las verdades de otros y una aceptación de la fragilidad de las certezas y convencimientos propios.

En el contexto de la educación intercultural médica, podríamos destacar que esa epifanía se relaciona con un acto de sensibilización, una necesidad de aumentar la conciencia y la comprensión de las diferencias culturales y sus efectos en la práctica médica por medio del ejercicio en el aula de español médico.

La tesis que se desea demostrar es que la sensibilización ayuda a mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona a los pacientes de diferentes culturas y orígenes. Promover una educación más inclusiva y equitativa en el aula de español médico facilita los procesos de comunicación al disminuir obstáculos que pueden entorpecer el acto comunicativo: malentendidos, conflictos, inflexibilidad, estereotipos, incomprensión, poco impacto y efectividad del encuentro médico, por mencionar solo algunos y que se salvarían con herramientas comunicativas como escucha activa, lenguaje claro y conciso, retroalimentación; herramientas interculturales, como el respeto y con herramientas sociales, como flexibilidad y adaptabilidad.

Esas habilidades, puestas en práctica en el personal del área de salud que aprende español como segunda lengua para fines profesionales médicos, permitirán una visión más comprensiva de los aspectos culturales que determinan la relación de su paciente con la enfermedad. El conocimiento y la sensibilidad intercultural son fundamentales para brindar

una atención médica de calidad a pacientes de diferentes culturas y evitar malentendidos o situaciones desfavorables. Es decir, esta investigación parte de la hipótesis de que existe una relación significativa entre la comprensión de los principios organizadores de la cultura meta y el desarrollo de la competencia intercultural de los estudiantes de español como segunda lengua, en este caso para fines profesionales médicos.

Para el tratamiento didáctico del tema en cuestión, se presentará una macrounidad didáctica para cinco días de clases y se desarrollarán todos los materiales para las actividades correspondientes a cada día. Para efectos de una mejor visualización de la macrounidad, se destinó un color diferente para cada día. En la descripción se incluyen los contenidos lingüísticos y culturales, el tipo de actividad, los objetivos generales y específicos, las macro- y las microhabilidades, las estrategias, los materiales y los detalles de las actividades.

1.1. Justificación

Las escuelas de español como segunda lengua, debido a una demanda de clases que no se limiten a la enseñanza del español común¹, han diversificado su oferta de cursos. En una rápida revisión de las múltiples opciones que se anuncian en internet encontramos clases de español:

- con diferentes horarios: intensivas y regulares;
- para diversos tipos de aprendientes: niños, adultos, profesionales;
- en numerosas modalidades: individuales, grupales, presenciales, virtuales;
- en distintos lugares: escuelas con sedes en variados y atractivos lugares, centros universitarios con más o menos renombre, institutos privados y

¹ De Enterría Sánchez (2009) señala la conveniencia de tener presente que “las lenguas de especialidad son subsidiarias de la lengua común con la que comparten rasgos de carácter estructural, pero de la que se diferencian en la jerga y en los rasgos pragmáticos y funcionales” (p. 45).

- español con varios fines específicos: turístico, comercial, legal, diplomático, médico, ambiental y para inmigrantes.

El último punto, el del español con fines específicos, es el que se abarca en este trabajo. El interés por la comunicación especializada se da tanto en lo concerniente a su descripción, como a su enseñanza y aprendizaje. Los factores para dicho auge han sido descritos por Aguirre (citado por Alcalá, Rodríguez-Piñero A. I. y Antuña, García M., 2009) como los siguientes:

- Globalización de la economía y de mercados
- Aumento de la población hispana en los Estados Unidos
- Aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)
- Migración
- Facilidad de circulación mundial de mercancías y personas
- Programas académicos de intercambio
- Papel de las segundas lenguas en la conformación de un perfil de ciudadano europeo multicultural y multilingüe.

De acuerdo con Calvi (2003), la “creciente demanda de un español específico, [se da] sobre todo en áreas como la científica, la tecnológica, la jurídica, los negocios e Internet” (p. 7); sin embargo, González y Rojo (2010) señalan que de todas las necesidades profesionales que pueda haber, es la del español para fines comerciales la que ha generado más aparición de recursos y materiales didácticos. Otras áreas, como la del turismo o la de los servicios de salud, por el contrario, cuentan con escasas propuestas didácticas y están poco enfocadas en su verdadera función.

Por otro lado, la cantidad de personas de origen latinoamericano residentes en los Estados Unidos, por ejemplo, no es nada despreciable, representa casi el 19% de la población de los Estados Unidos y se espera que esta proporción aumente a 30% en el año 2050 (U.S. Census Bureau, 2021). Y es que las barreras en la atención médica a pacientes de origen latinoamericano en los Estados Unidos han resultado en sorprendentes disparidades (Juckett, 2013); estas barreras incluyen la lengua, la falta de seguro médico, la diferencia de creencias culturales entre personal del ámbito de la salud y pacientes y, en algunos casos, condición de persona migrante no autorizada, la desconfianza y el analfabetismo.

Por otro lado, un estudio (De Urza & Žiūraitė, 2019) llevado a cabo con estudiantes lituanos, ha permitido inferir que entre los aprendientes existen ideas preconcebidas sobre las culturas hispanohablantes, razón por la que las autoras plantean la necesidad de que el aprendizaje de saberes culturales y comportamientos socioculturales se constituya en uno de los pilares fundamentales en las clases de ELE. Despertar actitudes positivas, de respeto y tolerancia en los estudiantes sin duda facilitará los procesos comunicativos que en el futuro mantenga el profesional médico con sus pacientes cuya cultura difiera de la suya.

Por las razones anteriores, se quiere mantener ligados los aspectos lingüísticos e interculturales, pues según la doctora Elizabeth Fraga, conferencista y coordinadora de la Concentración Bilingüe Latina de Salud Mental de Michigan (citada por Dingfelder, 2018), incluso hispanohablantes que hablan inglés, se sienten más cómodos haciendo sus consultas en español y, aun cuando no fuera necesario hablar español con los que sí se sienten cómodos hablando inglés con su médico, puede ser crucial el reconocimiento de valores y formas de vida para un mejor desarrollo de la consulta y para el abordaje del paciente y de su padecimiento.

En el caso que nos ocupa, se trata de que un trabajador de la salud con determinadas cultura y lengua se acerque de manera intercultural al tema de clase y reflexione sobre la competencia del saber ser, más que solo en la de saber o saber hacer. Con suerte, su práctica médica se convertirá en una ayuda real para el sufrimiento del paciente, pero respetando su visión de mundo y su forma de entender la salud según los valores en que se ha educado debido a sus raíces culturales.

Entre esos valores, para la cultura latinoamericana, se han descrito los síndromes de filiación cultural (Arganis, 2003; Peterson-Iyer, 2008), enfermedades populares no descritas ni oficialmente aceptadas por la medicina científica (Baer, Weller, González Faraco y Feria Martín, 2006) y atendidas por la medicina tradicional y no por la académica u oficial (Campos Navarro, 2009). “El hecho de reconocer y comprender la epidemiología sociocultural le permitirá al trabajador de la salud, no sólo entender y comprender la enfermedad y el padecimiento de los pacientes, sino también a adquirir una visión amplia e integradora de los procesos de salud/enfermedad/atención en términos individuales y colectivos desde una perspectiva médica intercultural” (Navarro, 2009, p. 228).

Esta propuesta didáctica va dirigida a médicos y personal del área de salud o a estudiantes de medicina u otras áreas relacionadas, con conocimientos lingüísticos previos del español común, de nivel B2 o más. Aspira a permitirles independencia en el tratamiento de temas de salud con hispanohablantes sin detrimento del motivo de la consulta médica (sin importar que esta sea simulada, para efectos didácticos) y sin obviar su preparación médica profesional para el entendimiento de las causas de enfermedad. Además, busca lograr el fortalecimiento de valores interculturales para interactuar eficientemente con pacientes hispanohablantes en diferentes tipos de entrevista médica (información personal, historia médica, motivo de la consulta, indagación de síntomas, etc.) y con respeto a la diversidad.

En Costa Rica, son pocos los estudios en este sentido, pese a la importancia del tema. Se halló solamente el trabajo final de máster “La interculturalidad en la enseñanza del español como segunda lengua: Una propuesta didáctica sobre la diversidad cultural y la tolerancia en la clase de español como lengua extranjera”, de Álvarez y García (2013) del Programa de Estudios de Posgrado de Español como Segunda Lengua de la Universidad de Costa Rica. Esa propuesta didáctica desarrolla el tema de la interculturalidad en las clases de español como segunda lengua considerando el fenómeno migratorio y desde la perspectiva de la diversidad cultural, el respeto hacia las otras culturas y la tolerancia; su objetivo es que los estudiantes reconozcan el valor de la variedad cultural de las sociedades multiculturales y estén preparados para los retos que esta conlleva.

Es por estas razones que el estudio propuesto se justifica, no solo por lo complejo panorama y por la diversificación en el campo de la enseñanza del español como segunda lengua, especialmente en el ámbito de los fines específicos, sino, además, por la integración de un enfoque intercultural orientado hacia el sector de la salud.

La intersección entre la lengua, la cultura y la medicina se vuelve evidente en un contexto globalizado y diverso. La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes hispanohablantes requiere tanto de habilidades lingüísticas sólidas como también de una comprensión profunda de las creencias culturales, valores y prácticas de salud de las comunidades latinoamericanas. Esta propuesta no solo se enfoca en el desarrollo de habilidades lingüísticas específicas, sino también en la promoción de valores interculturales, el respeto hacia las diferencias y la comprensión de las perspectivas del paciente.

Por último, este estudio se justifica también en el contexto local de Costa Rica, donde la investigación previa en esta área es limitada. Aunque existen algunos trabajos relacionados con la interculturalidad en la enseñanza del español como segunda lengua, la propuesta

presentada se diferencia al abordar específicamente las necesidades comunicativas en el ámbito médico y de la salud. La falta de recursos y materiales didácticos enfocados en esta área específica subraya la relevancia y la urgencia de este estudio. Al abordar un vacío en la investigación local, esta propuesta busca contribuir significativamente al campo de la enseñanza del español como segunda lengua, promoviendo la comunicación efectiva y culturalmente sensible en el contexto de la atención médica hispanohablante.

1.2. Objetivos de investigación

La autora espera que su propuesta educativa sirva de motivación para que otros futuros estudiantes del programa se animen a dar el paso y ayuden a engrosar la lista de investigaciones en esta área, preparen clases con ese fin y provean una idea, enfoque, materiales y actividades para abordar el tema.

1.3. Delimitación del tema

Los síndromes de filiación cultural en el aula de español como segunda lengua con fines específicos médicos: una propuesta didáctica desde una perspectiva intercultural.

1.4. Objetivos

1.5. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es propiciar un acercamiento del personal sanitario que aprende español como segunda lengua a aspectos culturales médicos latinoamericanos mediante la puesta en práctica de unidades didácticas diseñadas para el desarrollo de la competencia intercultural.

1.6. Objetivos específicos

- Aplicar cinco unidades didácticas para español como segunda lengua para fines médicos para la exposición del estudiante al conocimiento de los síndromes de filiación cultural latinoamericanos como forma de sensibilización y expansión intercultural.
- Facilitar la comprensión de los síndromes de filiación cultural latinoamericanos por medio de actividades lingüísticas e interculturales diseñadas para tal fin con miras a la creación de un espacio de reflexión crítica de las emociones experimentadas durante la actividad.
- Permitir la identificación de los propios estados emocionales generados en el abordaje de temas culturales para la reflexión crítica sobre el comportamiento profesional durante el acto comunicativo con un paciente latinoamericano.
- Evaluar la percepción del estudiante sobre la relevancia del desarrollo de su competencia intercultural en el mejoramiento de su comunicación con el paciente latinoamericano.

Con estos objetivos se pretende generar conciencia sobre la importancia del impacto de la competencia intercultural en la comunicación, en el contexto médico en este caso. Gracias a la adaptación intercultural, se puede promover una comunicación médica profesional más empática, en la que no se sostengan los prejuicios ni el irrespeto, sino el entendimiento de que en las comunidades existen diferencias culturales, pero también semejanzas. La empatía proporcionada por esa apreciación permite un vínculo entre las diferentes visiones de mundo y prácticas culturales, lo que puede y debe redundar en mejoras en los programas de enseñanza del español con fines específicos médicos que garanticen profesiones más sensibles y mejor entrenados para satisfacer las demandas de sus pacientes o de las instituciones de salud donde brinden sus servicios.

1.7. Estado de la Cuestión

La enseñanza del español con fines específicos ha experimentado una evolución notable a lo largo de los siglos, desde sus primeras apariciones en materiales impresos hasta las más recientes manifestaciones. En este estado de la cuestión, lleva a cabo un exhaustivo análisis que abarca un extenso espectro histórico y temático: desde los diálogos pioneros de Gabriel Meurier en el siglo XVI, destinados a enseñar español a quienes se interesaban en el comercio, hasta la compleja red de recursos educativos contemporáneos en el ámbito del español médico, es decir, se examina la transformación y la diversificación de la enseñanza del español con propósitos específicos.

También se explora el enfoque del Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas, que subraya la importancia de los actos de comunicación y la satisfacción de necesidades en contextos particulares. A medida que se desentrañan las dificultades de esta disciplina, surge una necesidad apremiante: la integración de la perspectiva intercultural en la enseñanza del español médico. Este enfoque se revela como una herramienta esencial para cultivar competencias comunicativas efectivas en el ámbito médico, que fomenten la comprensión y el respeto hacia la diversidad cultural de los pacientes.

Esta investigación no solo ilustra el panorama actual de la enseñanza del español con fines específicos, sino que también sienta las bases para un enfoque pedagógico más inclusivo y empático en el contexto médico intercultural.

1.7.1. Breve reseña histórica de la enseñanza del español para fines específicos

En el siglo XVI, Gabriel Meurier (1568), un gramático, lexicógrafo y profesor de lenguas radicado en lo que hoy se conoce como Amberes, Bélgica, escribió *Coloquios Familiares*, una serie de diálogos destinados a enseñar español y francés especialmente a

personas que querían hacer comercio. En la tabla de contenidos del libro se lee, por ejemplo, lo siguiente:

- Capitulo Primero muy neceffario a los q andan camino o hazen viaje.
- Platicas no menos prouehofas a los mefoneros huefpedes venteros y bodegoneros, como tambien a los caminantes.
- Razonamientos de banqueros con correos y menfageros.
- Para recibidores o recaudores de renta.
- Para tratar, comprar y vender paños de lana.
- Para los horneros y panaderas.

Los capítulos están desarrollados bajo un método conversacional que incluye diálogos en español que podrían haber requerido banqueros, comerciantes, recaudadores, recibidores y demás trabajadores de la época para un mejor desempeño de sus quehaceres laborales. Los títulos de cada sección demuestran la intención pragmática y funcional de los diálogos, enfocados en las necesidades de las personas de lengua extranjera en una ciudad comercial como Amberes. Para algunos autores, como Pérez (1992), *Coloquios Familiares* es un libro dentro de la categoría de lo que hoy se conoce como *lengua para fines especiales o específicos* (LFE).

Posteriormente, en 1884, Augustin Knoflach, autor de varios manuales para la enseñanza del alemán, publicó *German Simplified*; gramática simplificada con la que pretendía enfocarse en el aspecto pragmático de la lengua para estudiantes de escuelas de comercio. Con frases y ejercicios inspirados en el uso ordinario de la lengua, Knoflach “es uno de los pocos manualistas que ya empieza a ocuparse (si no a preocuparse) de los fines específicos que pueden interesar a los alumnos.” (Pérez A. S., 1992, p.p. 286-287)

Años más tarde, después de la Segunda Guerra Mundial, surgieron nuevas razones para enseñar una lengua para un uso determinado (Llovet, B., y Grötsch, K, 2011):

- Expansión de la ciencia, la tecnología y la actividad económica.
- Aparición de nuevas teorías lingüísticas que proclamaban trascender la descripción formal de las lenguas y descubrir la manera en que el lenguaje era usado en la comunicación real.
- Reconocimiento de las diferentes necesidades, intereses y motivaciones de los estudiantes gracias a la psicología pedagógica (enfoque sociocultural).

Según Sánchez (2009), desde los últimos veinte años del siglo XX se ha venido desarrollando la enseñanza de español para fines específicos de forma más manifiesta debido a las transformaciones económicas y sociales de la globalización. Ese fenómeno mundial ha producido un auge en el número de cursos destinados a la enseñanza de lenguas con propósitos turísticos, médicos, comerciales, migratorios, etc.; potenciados por la transformación de la oferta y la demanda de un mundo cada vez más dinámico.

1.7.2. La especificidad según el Marco Común Europeo de Referencia para las lenguas

El Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas (MCERL) dedica el capítulo 4.3., “Tareas y propósitos comunicativos”, a los actos de comunicación con uno o más interlocutores que realiza el usuario de la lengua con el fin de satisfacer sus necesidades en una situación dada; entre esas situaciones contempla la profesional y recomienda que el docente reflexione sobre lo siguiente:

En qué temas tendrá que desenvolverse el alumno, cómo se le capacitará para ello o qué se le exigirá al respecto. En qué subtemas se desenvolverá con respecto a cada tema. Qué nociones específicas relativas a lugares, instituciones u organizaciones,

personas, objetos, acontecimientos e intervenciones tendrá que utilizar el alumno, cómo se le capacitará para ello o qué se le exigirá al respecto. (Europa, Consejo de, 2001).

Las implicaciones de tales necesidades en el proceso de enseñanza y aprendizaje tienen que ver con el desarrollo de habilidades y actitudes relacionadas con tres inventarios culturales: el referente cultural, el sociocultural y el intercultural. Esas habilidades y actitudes van encaminadas a generar en el estudiante la sensibilidad, la empatía y la tolerancia requeridas para una efectiva competencia comunicativa intercultural. Cada uno de los componentes culturales se detalla en el Marco Conceptual.

1.7.3. Libros de investigación sobre el español para fines específicos

Los artículos de investigación sobre el EFE que se encuentran en línea son numerosos y de muy fácil consulta. Se trata, en gran parte, de artículos gratuitos disponibles en varios portales (Google Académico, página del Instituto Cervantes, revistas en línea, bibliotecas virtuales, etc.) y escritos a razón de encuentros internacionales de profesores de español como segunda lengua. La bibliografía de este trabajo da cuenta de algunos de los títulos que existen, ofrece su ubicación en la WEB y todos ellos fueron citados o sirvieron de fundamento para la elaboración de este trabajo.

Sin embargo, existe también bibliografía no disponible en línea; libros dedicados al EFE en aspectos como historia, características lingüísticas (léxicas, morfosintácticas, pragmáticas y funcionales), áreas de especialización, materiales de apoyo, formación del profesor, interculturalidad, traducción, entre otros temas.

Se examinan dos libros que no estaban disponibles en línea, a saber, *De la investigación a la práctica en el aula, la enseñanza / aprendizaje del español con fines*

específicos (Gómez de Enterría, González García y Fajardo Caldera, 2009) y *El español, lengua de especialidad: enseñanza y aprendizaje* (Gómez, 2009).

En *De la investigación a la práctica en el aula, la enseñanza / aprendizaje del español con fines específicos*, se hace un detallado recuento de las áreas en las que se ha especializado la enseñanza del español, entre las que se cita: ecología, medio ambiente, medicina, trabajo social, ciencias de la salud, discurso militar, negocios, bolsa de valores y comercio. El libro compila artículos dedicados a cada una de las especialidades mencionadas. Para el caso del español médico, el que nos ocupa, se señalan en el libro que los contenidos conceptuales que se deben abordar son:

- La prefijación y la sufijación, con especial atención a sufijos y prefijos de origen culto.
- El estudio de algunos campos semánticos, dentro del ámbito de la terminología médica.
- El estudio de algunos temas gramaticales, tales como el uso de adverbios, preposiciones y locuciones, las formas no personales del verbo, el subjuntivo, la pasiva refleja.

Los procedimientos están agrupados en cuatro bloques temáticos: comprensión, expresión escrita, vocabulario y expresión oral y, como se puede observar, se excluye el factor cultural, base de la propuesta didáctica que aquí se presenta.

En *El español, lengua de especialidad: enseñanza y aprendizaje*, se dedica un apartado a la trascendencia de tomar en cuenta la interculturalidad en la comunicación los profesionales, “solo así será posible establecer una comunicación profesional más fluida y sin conflictos” (Sánchez, 2009, p. 142) y aunque se refiere al español para los negocios, se puede lógicamente asumir que la dimensión intercultural tiene un alcance determinante en

cualquier acto comunicativo de interlocutores con visiones de mundo diferentes debidas a su bagaje cultural.

1.7.4. Libros de texto para la enseñanza de español médico

Dada la importancia de dotar a los profesionales con las herramientas lingüísticas y culturales necesarias para el buen desempeño de sus labores cuando tratan con población lingüística y culturalmente divergente, han surgido manuales para orientar a los profesores de segundas lenguas sobre qué aspectos se deben considerar a la hora de planear las clases y también sobre qué variedades de EFE se han considerado ya. El libro de texto revisado fue *Complete Medical Spanish* (Ríos, J. y Torres J. F., 2010), el cual incluye, en su último capítulo (XV), consideraciones sobre el aspecto cultural del paciente latinoamericano.

En la primera parte del capítulo XV, los autores se dedican a detallar los diferentes tipos de intérprete y su papel en la comunicación intercultural. Se explica que en el caso de recurrirse a un intérprete para llevar a cabo la comunicación con un paciente de habla hispana el procedimiento debe ser el siguiente: El profesional médico debe informar primero al intérprete sobre el procedimiento y el examen por realizar; el intérprete debe reunirse previamente con el paciente para explicar qué puede esperar durante el procedimiento o el examen, así como qué esperar del doctor, enfermero o técnico. De esta forma, “el intérprete puede explicar que un médico entrenado en EE.UU. puede parecer más cortante, brusco, más frío que un médico hispano y que, por favor, no se ofenda.” (Ríos, J. y Torres J. F., 2010, p. 350)

Aparte de lo anterior, se contempla una sección sobre el uso de plantas medicinales por parte de los pacientes de origen latinoamericano y se advierte que es necesario que se conozcan las tendencias populares relacionadas con esas prácticas, pues los principios activos

de algunas plantas podrían causar interacciones con los medicamentos que los proveedores de salud prescriban. Se aconseja que, si los pacientes no mencionaran espontáneamente la utilización de dichos remedios, se les pregunte de forma directa si están tomando algún medicamento, incluidos medicamentos que no requieren recetas, tales como hierbas, infusiones o remedios caseros. Sin embargo, como ya se mencionó antes, la realidad es que muchos hospitales u oficinas de salud no cuentan con intérpretes capacitados, por lo que se debe recurrir a la interpretación del personal bilingüe o a traducciones de los hijos bilingües de los pacientes.

El Manual de español médico, Costa Rican Language Academy, San Pedro, Costa Rica, es un folleto elaborado por profesores de la institución en respuesta a la demanda de profesionales de la salud procedentes de varias universidades de los Estados Unidos.

El manual está compuesto por catorce módulos: uno para partes del cuerpo y vocabulario de especialidades médicas, procedimientos médicos comunes, nombres de exámenes de laboratorio y léxico de hospital; otro módulo para la entrevista médica general, diez módulos dedicados a los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo y el último módulo asignado a la medicina tradicional y a los remedios caseros.

Las actividades son interactivas y responden a la filosofía educativa de la academia, inspirada en el método comunicativo.

1.7.5. Cursos y posgrados en enseñanza del español con fines específicos

Universidades en diversas localidades geográficas ofrecen cursos o posgrados en enseñanza del EFE presenciales, pero también, en sus campus virtuales. Los programas están destinados, en muchos casos, tanto a estudiantes como a docentes. Algunos ejemplos son:

La Universidad Nacional de la Plata, Argentina, a través de su Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE), ofrece un seminario llamado Español con Fines Específicos para completar el plan de estudios de su Especialización en la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera. El seminario es optativo, de modalidad semipresencial y tiene una duración de 20 horas; fue abierto en vista de que “la demanda [de clases de español con fines específicos] se verá incrementada a medida que se refuercen los lazos del MERCOSUR”. (Plata, 2017)

La Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, como parte del plan de estudios para la Maestría en Español como Lengua Extranjera, contempla la enseñanza del EFE en un curso presencial, de 30 horas de duración, destinado a tal propósito. (Córdoba, 2018)

La Universidad Internacional Meléndez Pelayo, España, cuenta con dos cursos de EFE dirigidos a estudiantes interesados en aprender español para el ámbito de los negocios o el sanitario. Ambos cursos tienen una duración de 25 horas. (Pelayo, 2017)

La Universidad de la Rioja, España, posee un Certificado de Especialización en Didáctica del Español L2/LE para Fines Específicos en línea, que se extiende por 20 días, pero que también se ofrece como parte del programa para la formación de másteres en enseñanza del español como segunda lengua. El curso hace un recorrido en los ámbitos profesionales de la empresa, la economía, el comercio y el turismo. (Rioja, 2015)

El Instituto Caro y Cuervo, en Colombia, por medio de su Maestría en Enseñanza de Español como Lengua Extranjera y Segunda Lengua (programa de posgrado ofrecido por su Facultad Seminario Andrés Bello) les da a sus estudiantes la opción de adquirir nociones necesarias para la enseñanza del español con fines específicos en un seminario de dos créditos.

Otras instituciones educativas también contemplan en su programa de maestría al menos un curso dedicado a la enseñanza del EFE: la Universidad Complutense de Madrid, el Centro Universitario CIESE-Comillas (adscrito a la Universidad de Cantabria), la Universidad de Nebrija, entre otras. Todas tienen el objetivo de cubrir la demanda de nuevos planteamientos metodológicos para la enseñanza y el aprendizaje del español con fines específicos, lo que responde a una necesidad cada vez mayor por parte de la sociedad internacional de comunicarse en los distintos ámbitos profesionales (comercial, turístico, jurídico, científico, etc.).

La única universidad de la que se encontró una maestría exclusiva para la formación de profesores de español como segunda lengua y para fines específicos fue la Universidad de Alicante, España. La institución cuenta con una especialización académica en la disciplina lingüística tanto del inglés como del español para fines específicos. La modalidad es presencial, el programa es de 60 créditos y está conformado por los siguientes cursos (Alicante, 2002):

- El Español de la Medicina y las Ciencias de la Salud
- El Español del Turismo y el Ocio
- El Español Económico-Financiero
- El Español Jurídico
- El Inglés y El Español en la Lingüística Computacional
- El Inglés y el Español en la Lingüística Forense
- Lingüística Aplicada al Inglés y Español para Fines Específicos
- Tecnologías de la Información y el Conocimiento Aplicadas al Inglés y Español para Fines Específicos

- Trabajo Fin de Máster

1.7.6. Revistas de español para fines específicos

Las revistas de español o bien de español para fines específicos encontradas y consultadas, abarcan contenidos de la lengua española en general, de interés no solo para profesores de español como segunda lengua, sino también para profesionales de la filología y de ramas afines, o bien para especialistas de diversas áreas atentos a los aspectos lingüísticos que atañen a su dominio profesional. Sin embargo, todas incluyen entre sus ejes de investigación temas relacionados con los procesos de aprendizaje de un idioma: primeras lenguas y segundas lenguas y con la didáctica de idiomas nativos y segundas lenguas.

La Revista Electrónica del Lenguaje está dirigida a docentes e investigadores, u otros interesados, como estudiantes de carrera universitaria, que desean dar a conocer sus trabajos acerca del lenguaje y todo lo que tiene que ver con dicho concepto. Se presenta como una plataforma de exposición y encuentro entre los distintos puntos de vista, teóricos y críticos acerca del área de conocimiento del lenguaje, en todos los niveles educativos, desde un ámbito de investigación multidisciplinar. Es de consulta gratuita y se halla disponible en <https://www.revistaelectronicalenguaje.com/>

La Revista de Lengua para Fines Específicas es una revista de publicación anual que cuenta con el apoyo del Departamento de Filología Moderna de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Se publica en español, inglés, francés y alemán. La LFE invita a enviar artículos académicos de extensión variable o a leer informes en la búsqueda de idiomas sobre objetivos específicos o profesionales. La revista es gratuita y se puede consultar en <https://ojsppdc.ulpgc.es/ojs/index.php/LFE/index>.

IBÉRICA es una revista científica, publicada por la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE), que admite contribuciones relacionadas con los temas propios del campo de las lenguas para fines específicos. La revista se publica semestralmente y también incluye números monográficos; es dirigida por la Dra. Ana Bocanegra Valle y cuenta con un comité de redacción y un comité científico. En la página web <http://www.aelfe.org/> se pueden consultar los índices de los números publicados, así como las normas de publicación y la composición de los comités.

Aunque las revistas mencionadas son valiosas para profesionales de la enseñanza del español como segunda lengua y lingüistas, es importante destacar que ninguna de ellas aborda específicamente el tema de la interculturalidad en medicina. Estas publicaciones se centran en el aprendizaje de idiomas, tanto primeras como segundas lenguas, así como en la didáctica de idiomas nativos y segundas lenguas. Aunque ofrecen perspectivas interesantes para diferentes áreas, resulta necesario buscar fuentes adicionales que aborden de manera más específica la intersección entre la interculturalidad y la práctica médica en contextos multiculturales.

1.7.7. Congreso Internacional de Español para Fines Específicos

El *Congreso Internacional de Español para Fines Específicos* (CIEFE) es un marco de difusión y promoción del español de dimensiones internacionales. Es organizado por la Consejería de Educación de Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo desde el año 2000 y desde entonces se han realizado seis congresos cuyas actas están disponibles en www.ciefe.com.

El CIEFE tiene como metas:

- Establecer un marco para la divulgación de las más recientes investigaciones relacionadas con el español de especialidad y de sus relaciones con el español

como lengua extranjera, la didáctica de EFE y de ELE, las conexiones con otros campos de investigación de la didáctica, la pragmática, la lingüística aplicada, etc., y asimismo con el mundo de la empresa y la práctica profesional.

- Revisar el estado del español de las profesiones.
- Propiciar cualquier otra acción encaminada a impulsar el desarrollo de nuestra lengua como vehículo de relación profesional.
- Encuentro e intercambio de experiencias

En sus distintas convocatorias, el CIEFE ha permitido el encuentro e intercambio de experiencias de investigadores en el ámbito del español para fines específicos, profesores de español como lengua extranjera y editoriales especializadas. Hay una gran demanda de acciones encaminadas al análisis de distintos discursos especializados debido, entre otras razones, a la presencia internacional de la lengua española en el ámbito de la economía, el comercio, el turismo y los negocios.

Si bien el CIEFE ha permitido el encuentro y el intercambio de experiencias entre investigadores, profesores y editoriales especializadas, es necesario resaltar que la demanda de análisis de discursos especializados se relaciona principalmente con la presencia internacional del español en campos como la economía, el comercio, el turismo y los negocios. Para abordar específicamente la interculturalidad en el ámbito médico, sería recomendable buscar otros foros o eventos que se enfoquen específicamente en esa temática.

1.7.8. Tesis de español con fines médicos

La tesis *Propuesta de diseño y puesta en práctica de un curso de Español como Segunda Lengua dirigida a estudiantes de medicina, norteamericanos, anglófonos, de nivel principiante* (M. Camacho, J. Ortega y A. Vargas, 2005) detalla, en su sección de *Alcances*,

que el principal aporte es el de dotar a los estudiantes de ese nivel de material adecuado para sus necesidades, pues solo se encontraron recursos para trabajar con los niveles intermedios o avanzados en el campo de la enseñanza del español con fines médicos.

Por medio del enfoque comunicativo se motivó al estudiante a acercarse a los campos semánticos requeridos para el acto de habla con los pacientes, a abarcar las áreas temáticas relativas a su especialidad, a determinar las funciones concretas que se requerirían durante su desempeño profesional y a seleccionar el registro lingüístico más apropiado (que comprende vocabulario, estructuras morfosintácticas, fonética y ortografía).

Después de llevar a cabo la práctica didáctica propuesta, se concluyó que pese a haber sido un trabajo pionero que requirió mucho esfuerzo para recolectar información, se logró diseñar y poner en práctica de manera satisfactoria las unidades didácticas de léxico español con fines médicos para estudiantes de nivel principiante según ACTFL (American Council on the Teaching of Foreign Languages).

Por último, se ofrece la tesis como material de consulta para los docentes interesados en profundizar en el tema y como base para la elaboración de materiales o programas, y como inspiración para aquellos estudiantes de maestría que quieran proponer nuevas unidades didácticas, bien para otros niveles (intermedios o avanzados), bien para otros campos diferentes del léxico (el sociocultural, por ejemplo).

En cuanto a tesis de EFE en otros países, solo se encontraron trabajos finales de graduación sobre el español médico para la carrera de traducción, ninguno para la enseñanza del español como segunda lengua y para fines médicos.

La importancia de la enseñanza de la LFE está fuera de toda duda, cada vez se ofrecen más cursos, se convocan simposios, congresos o jornadas. La Universidad de Navarra, por ejemplo, invita a participar en jornadas, que se celebran en Pamplona (España) en las que

pueden participar tanto investigadores del ámbito del EFE como docentes de español como lengua extranjera.

Por todas las razones expuestas, que revelan la actualidad del tema y su importancia innegable, este trabajo tiene como tema Los síndromes de filiación cultural en el aula de español para fines médicos y pretende ofrecer una propuesta didáctica para el aspecto cultural en la relación del personal de salud con el paciente.

1.7.9. Aspectos médicos e interculturales

La discusión generada en torno a la atención médica a los pacientes de origen latinoamericano en países de habla no hispana ha generado muchísima bibliografía: *Overview of race and Hispanic origin* (Grieco, 2001); *Closing the gap for latino patients* (Dingfelder, 2018); *Caring for Latino patients* (Juckett, 2013); *Culturally competent care for Latino patients: Introduction* (Peterson-Iyer, 2008); *Understanding the Hispanic/Latino patient* (Caballero, 2011), son solo algunos ejemplos.

Mucha de esta amplia literatura se enfoca principalmente en constituirse como guías o manuales sobre cómo actuar en determinadas situaciones durante el transcurso de la consulta médica con un paciente latinoamericano por medio de la comprensión de conceptos como el tiempo, el espacio físico con el interlocutor (proxemia), la familia, la religión, el rol de géneros, etc. Aconsejan sobre cómo saludar, sobre la cercanía física y el contacto visual, sobre si permitir que el paciente entre acompañado de algún familiar, entre otros detalles.

Por otro lado, una buena sección se dedica a exponer aspectos médicos de dieta, hábitos físicos, costumbres culturales y autopercepción que expliquen las altas incidencias de una determinada enfermedad en esa comunidad, como los factores genéticos, por ejemplo, o como es el caso de diabetes *mellitus* tipo 2, considerada una epidemia alarmantemente

creciente en la población de origen latinoamericano en los Estados Unidos (C. Aguayo-Mazzucato, P. Diaque, S. Hernandez, S. Rosas, A. Kostick, E. Caballero., 2020).

1.7.10. Enfoque intercultural en la enseñanza del EFE

En las primeras etapas, la enseñanza del EFE “se centraba en el aprendizaje del léxico de especialidad, organizado en torno a una serie de áreas temáticas” (Calvi, 2003, p. 112): partes del cuerpo, vocabulario de hospital, especialidades médicas, exámenes de laboratorio, tipos de anamnesis, etc. Sin embargo, con el componente intercultural de esta propuesta, y como se explicó en la Introducción, se pretende que el estudiante experimente el acercamiento a otras competencias, no solo la lingüística. Se tratará de hacer que el alumno tome conciencia de la cultura de los hablantes de la lengua meta, que descubra las repercusiones comunicativas que puede acarrear el desconocimiento de las visiones de mundo que entran en juego en la comunicación intercultural y que se enfrente a sus propias emociones y pensamientos en el proceso, sean estos de aceptación o de rechazo, de admiración o de desprecio por la nueva cultura meta.

La interculturalidad es un desafío para el sector salud; en muchos países sucede que el personal de salud y los pacientes hablan lenguas diferentes entre sí y que además poseen visiones de mundo contrapuestas, con el perjuicio para el paciente de que al mismo tiempo tal disparidad implica marginación, discriminación e incomprensión. Lerín Piñón (2004) señala que hay motivos para modificar las conductas del personal de salud de manera que se dé un mejor conocimiento del contexto sociocultural del paciente, de la conceptualización local del proceso salud-enfermedad y de sus prácticas de atención.

En un estudio realizado en la ciudad de Taxco, Guerrero, México en el 2014, sobre epidemiología socio-cultural, se halló que:

Es un cimiento prioritario el tomar en cuenta expresiones y opciones tradicionales dentro del ámbito y contexto de la investigación biomédica, debido, sobre todo, porque este tipo de rasgos culturales continúan formando parte de una compleja estructura médica local y regional. (Flores, 2014, p. 286)

Es crucial, por lo tanto, tomar esto en cuenta en la formación del personal dedicado a la promoción de la salud y que aprende español como segunda lengua para fines profesionales, de manera que sus destrezas al desempeñarse en la lengua española con sus pacientes trasciendan a más que un entendimiento lingüístico, a una comprensión de valores relacionados con salud, y que en el proceso, como profesional, pueda constituirse en un adecuado actor del acto comunicativo y en intermediario de la atención médica de manera holística.

En Estados Unidos esa preocupación no ha pasado inadvertida. En muchos hospitales se carece de intérpretes capacitados en ese sentido y se basan en la interpretación del personal bilingüe o incluso de traducciones de los niños de los pacientes. Sin embargo, gracias a las propuestas de algunos programas comprometidos con buscar una solución al respecto, se sabe ahora que personal de salud comunicativa y culturalmente competente ayuda a eliminar las disparidades en salud y a crear servicios de salud culturalmente sensibles. Tal es la visión, por ejemplo, de BESAFE, un programa de *El Centro Nacional de Educación y Entrenamiento sobre el SIDA entre las Minorías* (NMAETC por sus siglas en inglés), localizado en la Universidad de Howard en Washington, DC. Se trata de una red de colaboración compuesta por expertos en salud en instituciones médicas, para lograr estrategias que lleven a mejores prácticas y a modelos clínicos culturalmente apropiados.

(Personal de El Centro Nacional de Educación y Entrenamiento sobre el SIDA entre las Minorías, 2010).

El mismo programa concluye, además, que a los varios problemas señalados como graves para la atención adecuada de los pacientes de origen latinoamericano (estatus migratorio, acceso a servicios de salud, barrera lingüística, entre otros), existe también la desconfianza cultural, junto con la predisposición a buscar atención alternativa en primer lugar, lo que retrasa el tratamiento convencional oportuno.

Afrontar tales desafíos, de manera que se salve esa disparidad generada por la incomprensión de los aspectos culturales del interlocutor en temas de salud, requiere un riguroso apoyo en la antropología médica. Esta rama de la antropología estudia las creencias y las prácticas relacionadas con la salud y la curación de enfermedades según la cultura de las diferentes sociedades humanas.

1.7.11. Estudios varios sobre antropología médica

En lo referente al tema de salud vinculado a lo cultural, se encontró una amplia cantidad de estudios de antropología médica consagrada a la descripción de síndromes culturales latinoamericanos, a las prácticas tradicionales relacionadas con su tratamiento, a las implicaciones para la atención hospitalaria y a la preparación del personal de salud, entre otros temas.

La lista de autores y de estudios es extensa. Cada uno de ellos es citado o referenciado en la bibliografía para su consulta (Adrián Urióstegui Flores, 2014; Pamo-Reyna, 2013; Caprara, A., y Alessia Z., 2009; Aguilar, A., López Villafranco, M. E., Xolalpa Molina, S. y Yolpahtli, S. C., 2003, entre otros). Las publicaciones tienen origen en diversos países de América Latina, tales como México, Ecuador y Perú.

Sin embargo, de todos ellos, el trabajo que se encontró como referencia principal y más reciente fue *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud* (Almaguer González y otros, 2014), un extenso documento de la Secretaría de Salud del gobierno de México desarrollado para la construcción de un sistema nacional de salud universal que considere la diversidad cultural.

La publicación presenta una visión sobre la salud y la enfermedad que conduce a recomendaciones o criterios encaminados al desarrollo de la pluralidad cultural en la atención médica y que permea la definición de políticas públicas, como son “el respeto a los derechos humanos, la importancia de considerar los determinantes sociales, la necesidad de promover la participación comunitaria, el derecho a la consulta en la atención a la salud de los pueblos indígenas, la premura de reconocer la diversidad cultural y la cosmovisión de los diferentes grupos de la población, así como la ética y la bioética intercultural” (González y otros, 2014, p. 11). En resumen, la amplia variedad de estudios sobre la interculturalidad en la salud refleja la necesidad de una atención médica que tenga en cuenta la diversidad cultural y las prácticas tradicionales de los pacientes. La publicación de la Secretaría de Salud de México, en particular, destaca la importancia de considerar los derechos humanos y la participación comunitaria en la definición de políticas públicas de salud. Estos estudios ofrecen una valiosa perspectiva sobre cómo promover una atención médica más inclusiva y efectiva para todos los grupos de la población.

Se reconoce que, no obstante el éxito de algunos programas, persisten diferencias en las condiciones de salud de la población y en la forma en que se resuelven algunos requerimientos de atención médica y de salud. Por lo tanto, el libro considera el derecho a la diversidad y a cuestionar la biomedicina y sus planteamientos. Para lograr el objetivo propuesto por la Secretaría de Salud, se describe el contexto histórico del planteamiento

intercultural, se profundiza en él y en sus aplicaciones y se hace una taxonomía de los síndromes de filiación cultural.

1.7.12. Estudios de antropología médica en Costa Rica

En el marco de los proyectos de acción social de la Universidad de Costa Rica y con el fin de brindarle al nuevo profesional médico habilidades de respeto a la cultura y creencias del paciente, cada año la Escuela de Medicina envía a estudiantes, acompañados de docentes y de un grupo interdisciplinario de profesionales del área de la salud, a que visiten la zona de Coto Brus, específicamente la comunidad ngäbe en la comunidad La Casona. La meta del proyecto en cuanto a extensión docente, es procurarles a los recién egresados una experiencia médica intercultural de cara a su futuro ejercicio como médicos.

De manera consecuente con el principio de respeto y tolerancia que debe primar en el desarrollo de la competencia intercultural, el equipo de trabajo involucra a los líderes indígenas, a los médicos tradicionales y a las parteras de la localidad en el abordaje de los temas médicos de interés de la población. Se establece una dinámica de retroalimentación en la que los líderes sanitarios de la comunidad informan a los médicos sobre los padecimientos de la población de la comunidad y estos últimos los validan o los cotejan con los descritos por la medicina alopática a fin de establecer una correlación que permita abordar los problemas de salud de una manera integral.

El proceso se lleva a cabo tanto en español como en ngäbere y contemplando actividades culturales en las que participa tanto el equipo de salud que visita la zona como los líderes de la comunidad y toda la población, desde niños hasta los adultos mayores. La temática permite conocer no solo la sintomatología de las enfermedades descritas, como ya se mencionó, sino incluso una comparación entre las plantas utilizadas en la comunidad como

tratamiento y la farmacología médica. Gracias al intercambio de información, además, se han desarrollado campañas para la prevención de enfermedades como hipertensión, diabetes, diarreas, lesiones cutáneas complicadas en úlceras y el COVID-19.

El Dr. Jean Carlo Segura Aparicio, médico participante en el programa, destaca que el aprendizaje se da en ambas direcciones pues los jóvenes han manifestado una gran satisfacción por lo aprendido durante el programa. El descubrir un nuevo concepto de la medicina, conocer patologías que no son prevalentes entre la comunidad de origen de los estudiantes y, sobre todo, como ellos mismos lo han manifestado, “romper la burbuja” les ha permitido “un impacto en la sensibilización de la atención clínica”. Para participar en las actividades de este proyecto, los estudiantes firman un consentimiento informado de respeto cultural y se involucran en el reto de lograr una comunicación efectiva que considere el contexto sociocultural del paciente. Al finalizar las actividades los estudiantes escriben un registro anecdótico donde el tema general es la sensación de haber roto paradigmas en pro de su desempeño como profesionales dedicados a la atención de la salud.

De manera análoga, los líderes médicos de esa comunidad han participado también en congresos médicos en la Facultad de Medicina en los que han compartido sus experiencias en este trabajo conjunto de intercambio médico. Para más información, se puede consultar el siguiente enlace: <https://sites.google.com/una.cr/xvi-congreso-uleu/ejes/eje-3/videos/huella-de-la-escuela-de-medicina-ucr-en-la-comunidad-ng%C3%A4be#h.y7n1ipo9dgyo>

En este estado de la cuestión, se ha realizado un exhaustivo análisis que abarca desde las primeras producciones textuales del español con fines específicos hasta las más recientes y diversas manifestaciones en este ámbito. Se ha revisado la historia de la enseñanza del español para fines específicos, destacando la obra de Gabriel Meurier en el siglo XVI, quien desarrolló diálogos destinados a enseñar el español a personas interesadas en el comercio.

Además, se ha explorado la especificidad del español con fines específicos según el Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas, enfatizando la importancia de los actos de comunicación y la satisfacción de necesidades en situaciones concretas.

Asimismo, se han examinado los libros de investigación y los materiales de enseñanza utilizados en el ámbito del español médico, así como los cursos, posgrados y congresos especializados en la enseñanza del español con fines específicos. Se ha constatado la existencia de una amplia variedad de recursos y oportunidades de formación en esta área.

Durante el análisis de los recursos disponibles sobre este tema, se ha hecho patente la relevancia de profundizar en la perspectiva intercultural en la enseñanza del español médico, subrayando la importancia de los síndromes de filiación cultural como elemento fundamental en el aula. La propuesta didáctica desde esta perspectiva intercultural se presenta como una herramienta esencial para el desarrollo de competencias comunicativas efectivas en el contexto médico, fomentando la comprensión y el respeto hacia la diversidad cultural de los pacientes.

Este estado de la cuestión hace evidente la trascendencia y la necesidad de abordar la enseñanza del español con fines específicos para profesionales médicos desde una perspectiva intercultural. Los hallazgos resaltan la relevancia de desarrollar una propuesta didáctica que integre los síndromes de filiación cultural, promoviendo así una comunicación efectiva y empática entre los profesionales médicos y sus pacientes. Esta investigación contribuirá de manera significativa a la formación y preparación de profesionales médicos en contextos interculturales, enriqueciendo así la atención médica y mejorando la calidad de la interacción entre los profesionales y los pacientes de diferentes trasfondos culturales.

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

En este marco conceptual se brindará un detalle de las nociones que se consideran valiosas para abordar el tema de la interculturalidad en el español con fines médicos a través del estudio de síndromes de filiación cultural. La comprensión del intrincado engranaje cultural en el que se configuran las visiones de mundo y, en este caso, las relativas a las creencias sobre la salud y la enfermedad y su tratamiento, depende de la aclaración de conceptos y descripciones básicas de los fenómenos implicados.

2.1. Contenidos lingüísticos

Lenguaje de especialidad o lengua para fines específicos

En los textos consultados para este trabajo, se encontró una serie de términos referidos aparentemente al mismo concepto: lenguaje de especialidad, lengua de *especialidad*, *lengua especializada*, *lenguaje especializado*, *lengua para/con fines/finalidades específicas*, *lenguaje para/con fines/finalidades específicas*, *lengua para/con propósitos específicos*, *lenguaje para/con propósitos específicos*. Al respecto, y para tratar de establecer precisiones terminológicas en torno a ese conjunto de términos, así como sus implicaciones didácticas (Alcalá, Rodríguez-Piñero A. I. y Antuña, García M., 2009) hacen una revisión sobre la postura de algunos autores que han intentado establecer distinciones entre las diversas variantes terminológicas. Las autoras mencionan las delimitaciones hechas por Cabré y Gómez de Enterría (2006) a las diferencias entre *lenguas* o *lenguajes de especialidad* o *especializados* frente a las *lenguas para fines específicos*; estas se resumen en tres puntos fundamentales:

- El uso de los términos lenguaje o lengua

Cabré y de Enterría (2006) afirman que son *lenguajes de especialidad* si se usa el término lenguaje en un sentido metafórico (lenguaje de las flores, por ejemplo); reemplaza *lenguajes de especialidad* por el término *discursos especializados* y a los textos que produce los llama *textos especializados*. Alcalá y Antuña (2009) llaman la atención sobre el hecho de que *lenguaje* y *lengua* se usan casi indiscriminadamente por un influjo de lenguas como el inglés, en que tal distinción no existe.

- El uso del adjetivo especializado frente a los sintagmas de especialidad o para propósitos (fines) específicos

Cabré y de Enterría (2006) consideran que *lengua para fines específicos* es la denominación utilizada principalmente para el área de la enseñanza segundas lenguas, mientras que *lenguaje especializado* es el propio para los profesionales cultivados en un área del saber. Es decir, un estudiante de una lengua para fines específicos no necesariamente tiene un conocimiento previo de la especialidad en cuestión, solo aprende el uso de una lengua en una situación específica (para el turismo, para los negocios, para los inmigrantes, etc.); lenguaje especializado sería simplemente el de un profesional especializado.

Del mismo parecer es Cuq (citado por Fernández, 2018), para quien la lengua de especialidad tiene un objetivo amplio sobre un dominio, se adquiere a mediano o largo plazo y trata de diversidad de competencias y temas ligados a una disciplina; mientras que la lengua para fines específicos tiene un objetivo preciso sobre un dominio, se adquiere a un plazo relativamente corto y está centrada en una situación de comunicación específica.

Para de Enterría (2001, p. 7), la lengua para fines específicos es la lengua de las ciencias, las técnicas y las profesiones; es decir, es la lengua de los profesionales en un ámbito laboral concreto y tiene como propósito facilitar la comunicación técnica y científica. Esta

lengua es una variedad de lengua común, con la que comparte rasgos estructurales (morfológicos y sintácticos). Posee características propias debido al número limitado de hablantes que la usan y a las circunstancias específicas de la comunicación en que se emplea y el léxico es el rasgo lingüístico que más la distingue de la lengua común (Vendryes, citado por de Sánchez de Enterría, 2001).

- El uso de la expresión en singular o plural

Cabré y Gómez de Enterría (2006, p. 12) establecen que la diferencia *lenguaje* y *lenguajes* es meramente conceptual: en singular si se atiende a la unidad pragmática, funcional y lingüística, sin detallar el campo del que se trate; pero en plural sí se ven como subconjuntos independientes caracterizados por las distintas áreas temáticas.

Por las razones ya detalladas, considerando que esta es una propuesta didáctica para la enseñanza del español como segunda lengua, nos decantamos por el término *lengua para fines o propósitos específicos (LFE)*.

De acuerdo con Hernando (2015), las siguientes son algunas de las características del vocabulario de la lengua para fines específicos:

- Unívoco y objetivo

Por ser una lengua que responde a un campo de especialidad de estudio (una ciencia), exige precisión y exactitud, de manera que se evite la anfibología.

- Abundancia de tecnicismos

Términos provenientes de otras lenguas (extranjerismos), normalmente del inglés, debido a la hegemonía histórica de esta lengua en el campo de la investigación científica:

- Préstamos léxicos: láser, bisturí (del francés), shock.

- Calcos semánticos: *emergencia* por urgencia, *acetaminofén* por paracetamol, *anormalidad* por anomalía, *femicidio* por feminicidio, *severo* por grave, *desorden* por trastorno.
- Préstamos no incorporados: *by-pass* (derivación o puente), *stent* (endoprótesis), *rash* cutáneo (sarpullido).
- Restrictivo: Número reducido de hablantes y situación comunicativa limitada.

Enseñanza de la lengua para fines específicos

La enseñanza de la lengua para fines específicos se entiende como una preparación para que los estudiantes realicen tareas lingüísticas bien delimitadas en el campo concreto de su ámbito profesional particular. Es por esto que Stevens (citado por de Otto, E. C., y Rey, C. R., 2015) señala que los objetivos y los contenidos de los cursos deben estar en función de las competencias que los alumnos deben adquirir para el desarrollo de su profesión en la lengua meta.

De acuerdo con el Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas, aparte de las competencias lingüísticas, existen otras de carácter extralingüístico relacionadas con la especialidad o profesión del estudiante que aprende lenguas para propósitos profesionales. De esta manera, se pone de relieve la necesidad de que los cursos de LFE contribuyan a capacitar al alumno para adquirir destrezas y habilidades pragmáticas e interculturales (la capacidad de establecer contacto con personas de otras culturas, de superar los estereotipos, de evitar malentendidos culturales, etc.).

Sobre el profesor de LFP, es fundamental que tenga claro que no es un profesor de la materia específica, sino quien puede ayudar a sus estudiantes a adquirir las competencias lingüísticas y extralingüísticas necesarias para desarrollar sus tareas profesionales en la

lengua meta. Según señala Sabater (2000, p.p. 187-189) son dos los aspectos que más se pueden destacar en cuanto a su labor del profesor: la inseguridad que puede provocarle al profesor de español como segunda lengua (en general) verse de pronto dedicado a dar clases a estudiantes con necesidades específicas (moverse en un entorno desconocido) y confrontar una serie de problemas que como profesor de lengua general ya tiene solucionados (metodología, contenidos, actividades, materiales, etc.). Las soluciones a estos posibles obstáculos podrían ser:

Saber que es conveniente tener un grado de conocimientos razonable para poder enseñar con comodidad; definir el papel del profesor y el del alumno en una clase de EFE; no dejarse influenciar por la sensación de inseguridad en ninguno de los dos casos". (Sabater, 2000, p.p. 187-189)

El Marco Común de Referencia para las Lenguas sugiere realizar un análisis de las necesidades comunicativas para establecer los objetivos y diseñar las tareas. La propuesta se centra en los conceptos de "contexto, ámbito y situación" (de Otto, E. Caridad de y Río, Rey C., 2015, p. 93). Según *el contexto* en el que se utiliza la lengua, su uso puede variar y la forma y el contenido de la comunicación son una respuesta a esa situación específica. Cada acto de uso de la lengua está contextualizado en una situación particular dentro de un ámbito específico de la vida social. La elección de *los ámbitos* para preparar a los estudiantes tiene un impacto importante en la selección de situaciones, propósitos, tareas, temas y textos que conforman los materiales y las actividades de enseñanza y examen. *Las situaciones* se ven influidas por factores externos, como el lugar y el momento en que ocurren, las instituciones u organizaciones, las personas involucradas, los objetos del entorno, los acontecimientos y los textos presentes en esa situación.

Council of Europe (2001) en su obra *Common European Framework of Reference for Languages: Learning, teaching, assessment*, presenta una serie de preguntas que ayudan a predecir los ámbitos en los que los alumnos tendrán que intervenir y las situaciones que tendrán que abordar (pp. 31-32). ¿Puedo predecir los ámbitos en que intervendrán mis alumnos y las situaciones que tendrán que abordar? Si es así:

- ¿qué papeles tendrán que desempeñar?
- ¿con qué tipo de personas tendrán que tratar?
- ¿cuáles serán sus relaciones personales y profesionales y en qué marcos institucionales se desarrollarán?
- ¿a qué objetos tendrán que referirse?
- ¿qué tareas tendrán que realizar?
- ¿en torno a qué temas tendrán que desenvolverse?
- ¿tendrán que hablar o sólo comprender lo que escuchan y leen?
- ¿qué escucharán o leerán?
- ¿bajo qué condiciones tendrán que actuar?
- ¿a qué conocimiento del mundo o de otra cultura tendrán que recurrir?
- ¿qué destrezas tendrán que haber desarrollado? ¿Cómo pueden seguir siendo ellos mismos sin ser mal interpretados?
- ¿de cuánto de esto me puedo responsabilizar?
- si no puedo predecir las situaciones en que los usuarios utilizarán la lengua, ¿cómo puedo prepararlos bien para que usen la lengua de forma comunicativa sin entrenarlos en exceso en situaciones que puede que nunca surjan?

- ¿qué puedo ofrecerles que sea de valor duradero en cualquiera de las diferentes orientaciones que puedan dar a sus carreras?
- ¿cómo puede contribuir mejor el aprendizaje de la lengua a su desarrollo personal y cultural como ciudadanos responsables en una sociedad democrática y pluralista?

Español para fines específicos

Se denomina *español para fines específicos (EFE)* al “conjunto de usos del español empleado en ámbitos profesionales según el campo profesional o académico en que se dé la comunicación. Se distingue, por ejemplo, entre español de los negocios, español del turismo, español jurídico, español de las relaciones internacionales o español de la medicina, entre otros” (AA.VV., 2018). Es por ello que resulta fundamental para los estudiantes de español como lengua extranjera adquirir no solo competencias lingüísticas generales, sino también habilidades comunicativas específicas y adecuadas al ámbito profesional o académico que deseen desempeñar. En el caso particular del español para fines médicos, la interculturalidad adquiere una relevancia aún mayor debido a la diversidad cultural de los pacientes y profesionales de la salud que se encuentran en contacto en este ámbito. Por lo tanto, resulta imprescindible abordar la enseñanza del español médico desde una perspectiva intercultural que permita al estudiante no solo adquirir las destrezas lingüísticas necesarias, sino también comprender y valorar la diversidad cultural presente en el entorno médico.

Este concepto de EFE no es diferente cuando se trata de otras lenguas usadas *para fines específicos*: el inglés, el francés o cualquier otra que un estudiante de habla extranjera aprenda como segunda lengua para desempeñarse en un ámbito específico: laboral, turístico, legal, etc.

Español para fines médicos

El español para fines médicos responde a la variedad de la lengua española inserta en situaciones comunicativas en la esfera del campo médico y todas sus ramas. En este caso, esas situaciones específicas se refieren a tres usos particulares de la lengua:

- Lengua de especialización

Comunicación entre colegas, lectura de artículos o revistas especializadas.

- Lengua de divulgación

Campañas de prevención o erradicación de alguna enfermedad.

- Lengua de comunicación

Conversaciones durante la consulta entre un profesional de la salud y un paciente, sea aquel un médico, un odontólogo, un enfermero, un auxiliar de enfermería, un laboratorista, etcétera.

Al hacer el planeamiento didáctico, es importante atender la funcionalidad que la lengua para fines específicos adquiere en el contexto. Tener clara la situación pragmática nos ayudará a elaborar correctamente los objetivos didácticos y las actividades de clase (González, P. D. A. y Rojo, J. L., 2010).

Por otro lado, se hace necesario que la enseñanza del español para fines específicos apunte a desarrollar competencias lingüísticas para la comprensión de textos técnicos, mantener conversaciones a nivel profesional, académico o de otros tipos, por medio de una inmersión en situaciones comunicativas especializadas en diversos contextos; además, es indispensable también atender las competencias intercultural y pragmática. Estas dos competencias le permitirán al médico estudiante de español con fines profesionales generar puentes que faciliten la relación del personal de salud con el paciente y un mejor

acercamiento para resolver sus padecimientos contextualizando la forma en que este entiende la salud y la medicina.

2.2. Contenidos culturales

Aparte de los contenidos lingüísticos detallados en la sección anterior, y como se explicó al inicio del Marco conceptual, el español para fines específicos estará entrelazado con componentes médicos propios de los síndromes de filiación cultural (partes del cuerpo afectadas, síntomas, descripciones de la medicina popular, etc.) y con los elementos culturales que les dan sustento.

El componente cultural

En esta sección, se describirán los contenidos culturales que, de acuerdo con los autores citados, son elementales para contextualizar al paciente de origen latinoamericano y para sensibilizar al personal médico que lo atiende sobre cómo el paciente vive su experiencia con la enfermedad y con la salud. Como veremos, y como se mencionó en la Introducción, la sensibilización es el primer paso para desarrollar la competencia intercultural.

Ramírez y Ramírez (2014) explican que el componente cultural, de acuerdo con el Plan Curricular del Instituto Cervantes, está integrado por tres inventarios: el referente cultural, los saberes socioculturales y las actitudes interculturales:

- El referente cultural:

Se refiere a conocimientos generales sobre los países latinoamericanos (ubicación geográfica, población, lenguas, organización territorial y administrativa, economía e industria, religión, educación, medicina y sanidad); historia y personajes de la vida social y cultural y conocimiento de los productos y creaciones culturales (literatura, música, cine, arquitectura, etc.).

- Los saberes socioculturales:

Son los relacionados a las condiciones de vida y la organización social (concepto y estructura de familia, efemérides, gastronomía, empleo, actividades de ocio, relaciones públicas y laborales) y el estilo de vida (identidad colectiva, tradición, cambio social, presencia de otras culturas).

- Las habilidades interculturales:

Están conectadas con la configuración de una identidad cultural plural (conciencia de la identidad personal, percepción de las diferencias entre aspectos de la cultura meta y la propia, aproximación, reconocimiento y adaptación); asimilación de los saberes culturales (observación, comparación, clasificación, deducción, transferencia, inferencia, conceptualización, ensayo y práctica, evaluación y control, reparación y corrección) y por último con la interacción cultural (planificación, contacto, compensación, evaluación y control, reparación y ajustes). Todas estas habilidades están relacionadas con actitudes del hablante como extrañeza, intriga, curiosidad, apertura, distanciamiento, relativización, tolerancia y regulación de factores afectivos como el estrés, el recelo, la vergüenza, por mencionar solo algunos.

De acuerdo con las autoras (Ramírez G., A. S. y Ramírez G., M. A., 2014), el inventario de saberes y comportamientos culturales incluye, básicamente, contenidos que dan pie a gran parte de los estereotipos y prejuicios acerca de la gente de un lugar. Se trata, como hemos visto, de información sobre la ubicación del país, el bagaje cultural y el entorno físico en que se desenvuelven los habitantes, así como la información generada con el paso del tiempo acerca de cómo se entienden y se hacen las cosas localmente. Por otro lado, el inventario

de habilidades interculturales y sus concernientes actitudes se refieren a un nivel de conocimiento que involucra la voluntad del estudiante de una segunda lengua de acercarse a la cultura meta a fin de interactuar en un proceso de construcción.

La competencia intercultural

La competencia intercultural está relacionada con la actitud que el hablante mantiene hacia otras culturas y sus hablantes y requiere de las destrezas ligadas a los aspectos afectivos ya mencionados a lo largo de este trabajo (sensibilidad, empatía y tolerancia). Se trata de conseguir nuevas perspectivas que propicien la reflexión sobre la propia cultura y la de los otros. Entrar en contacto con esa otra cultura (C2) es el escenario propicio para el desarrollo de las destrezas requeridas para una efectiva comunicación con sus hablantes.

La competencia intercultural suele definirse como “la habilidad que posee una persona para actuar de forma adecuada y flexible frente a personas de otras culturas” o como “la habilidad de comportarse adecuadamente en situaciones eminentemente interculturales” (Baz, 2013, p. 102). La competencia intercultural debe desarrollarse desde la propia identidad cultural y permitir conocimiento y la comprensión de otros sistemas culturales sin abandonar los propios.

Por su parte, la competencia comunicativa intercultural es entendida por Vilá como “el conjunto de habilidades cognitivas y afectivas para manifestar comportamientos apropiados y efectivos en un contexto social y cultural determinado que favorezcan un grado de comunicación suficientemente eficaz.” (Ramírez G., A. S. y Ramírez G., M. A., 2014, p. 9)

El tema de la competencia intercultural tampoco es ajeno para el Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas (MCERL), en el cual se analiza el concepto en

relación con la enseñanza de las segundas lenguas. La interculturalidad se define según dos planos diferenciados, pero integrados que reciben el nombre de "consciencia intercultural" (saber) y "destrezas y habilidades interculturales" (saber hacer). El conocimiento, la percepción y la comprensión de la relación entre la cultura propia (C1) y la cultura ajena (C2) producen una consciencia intercultural sobre la diversidad en ambos mundos. Entre estas "destrezas y habilidades interculturales" se incluyen las siguientes (Europa, 2002):

- La capacidad de relacionar la cultura de origen y la cultura extranjera.
- La sensibilidad cultural y la capacidad de identificar y utilizar una variedad de estrategias para establecer contacto con personas de otras culturas.
- La capacidad de cumplir el papel de intermediario cultural entre la C1 y la C2, y de abordar con eficacia los malentendidos interculturales y las situaciones conflictivas.
- La capacidad de superar relaciones estereotipadas.

Algunos autores (Byram, 2002) establecen que el profesor de lengua extranjera que desee implementar la enseñanza de la competencia intercultural en la clase de español como lengua extranjera debe plantearse como objetivos que el estudiante adquiriera tanto una competencia lingüística como intercultural; que esté preparado para establecer relaciones con interlocutores de otras culturas y que acepte a esas personas como individuos poseedores de una visión de mundo diferente; que valore el carácter enriquecedor de este tipo de experiencias y relaciones; que capte la relación entre su propia cultura y otras culturas; que se sienta interesado y atraído hacia la forma de ver el mundo del otro y que tome conciencia del modo en que otros lo perciben a él mismo y a su cultura.

El paciente hispanoamericano/latinoamericano

El término "latino" es utilizado comúnmente en los Estados Unidos para referirse a las personas que tienen su origen en América Latina o en países de habla hispana. Sin embargo, la definición exacta de lo que significa ser "latino" puede variar dependiendo del contexto y de la fuente consultada.

Según la Oficina del Censo de los Estados Unidos (2020), las personas latinas o hispanas son aquellas que tienen origen étnico en un país de habla hispana, independientemente de su raza. Esta definición incluye a personas de diferentes orígenes étnicos y razas, como blancos, negros, asiáticos, mestizos, entre otros. Además, en el censo de 2020, las personas latinas o hispanas tuvieron la opción de identificarse como pertenecientes a una o más categorías raciales, como blanco, negro, asiático, indígena americano, isleño del Pacífico, o como "otra raza".

Es importante destacar que el término "latino" es una categoría étnica y no una categoría racial, y que la definición de lo que significa ser latino puede variar dependiendo del contexto. En algunos casos, el término se utiliza de manera más amplia para incluir a personas de origen español, portugués o francés en América Latina, mientras que, en otros casos, el término se utiliza de manera más estrecha para referirse a las personas que tienen origen en países de habla hispana en América Latina.

Sin embargo, aunque así pareciera indicarlo, el término no se refiere solamente a los hispanohablantes; muchas personas popularmente consideradas como "latinas" o "hispanas" (brasileños, por ejemplo, o las de comunidades indígenas mexicanas) a menudo no hablan español en absoluto, o al menos no como su idioma principal.

Para efectos de este trabajo, y en relación con el adjetivo *latinoamericano*, lo usaremos para denominar el origen de toda aquella persona de una comunidad definida por características lingüísticas y culturales propias de los pueblos que conforman América Latina. No obstante, se hará una delimitación conceptual del término *latinoamericano* debido a la injerencia que la lengua española tiene para esta propuesta didáctica: nos limitaremos al grupo de latinoamericanos cuyas raíces vengán de países de habla hispana (sea que sus habitantes lo hablen como lengua materna, segunda lengua o lengua heredada), es decir a los hispanoamericanos de origen latinoamericano.

La denominación *latinoamericano* utilizada en esta propuesta didáctica puede, por ende, incluir a las personas nacidas en cualquier país latinoamericano, o en los Estados Unidos, o en otros países, siempre y cuando tengan raíces culturales latinoamericanas y hablen español (sin detrimento de otras definiciones que puedan incluir mayor variedad de elementos), ya que el asunto sobre el origen de las personas en cuestión no es visto como un problema de lugar de nacimiento ni de nacionalidad, ni de etnia, sino de identidad (Hernández-Nieto, R., Gutiérrez, M. C. y Moreno-Fernández, F., 2017) y para efectos nuestros, también de lengua.

Según el último registro de la Oficina de Censos de los Estados Unidos (United States Census Bureau) la población entrevistada que se autodenominó latinoamericana es la población minoritaria más grande de ese país (Ennis, S. R., Ríos-Vargas, M., & Albert, N. G., 2011) y las cifras sobre su proporción fueron presentadas en el informe del XXIII Censo de Estados Unidos, conocido como Censo del 2020, según cantidad de población y su crecimiento, tipo de origen y distribución por estado, entre otros datos:

- Población latinoamericana en los Estados Unidos y crecimiento:

Según el Censo de 2020 los latinoamericanos son la minoría étnica más grande del país (). De 308.7 millones de personas que residían en los Estados Unidos en 2010, 16% (50.5 millones) era de origen latinoamericano. Sin embargo, se proyecta que para el año 2060 la población latinoamericana representará el 28,6% de la población total estadounidense (Hernández-Nieto, R., Gutiérrez, M. C. y Moreno-Fernández, F., 2017, p. 6).

- Origen:

El informe distribuye a la población latinoamericana según sus orígenes en cuatro grandes grupos: América Central (incluido México), América del Sur, Caribe y Otros.

2.3. El componente médico

Salud

Para la Organización Mundial de la Salud (2013), la salud es un estado de completo bienestar que no se limita al aspecto físico, sino que incluye, además, el mental y el social; es decir, es un concepto integral de diferentes dimensiones humanas. Pero, más allá de eso, no se trata solo de la ausencia de afecciones o enfermedades.

Medicina tradicional complementaria

La Organización Mundial de la Salud (2013) se refiere a la medicina tradicional como una práctica de larga data que abarca conocimientos y prácticas resultantes de teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, explicables o no, y que tienen como objetivo mantener la salud por medio de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Por otro lado, señala que los términos “medicina complementaria” y “medicina alternativa” aluden a las prácticas de atención de salud que no forman parte de la

tradición ni de la medicina convencional de un país dado a que no están del todo integradas a su sistema de salud. Con el término “medicina tradicional y complementaria”, se fusionan los términos “medicina tradicional” y “medicina complementaria”, y se abarcan todos los productos y las prácticas de ambos campos.

En América Latina, la medicina tradicional echa mano de muy diversos recursos para combatir enfermedades, desde los propios de la fitoterapia (hojas, semillas, raíces, cortezas, frutos) y sus diversas preparaciones (infusiones, cataplasmas, tinturas, extractos, aceites); hasta otros de origen animal o mineral (huevos, piedras) o incluso amuletos (pulseras, collares, talismanes, medallas, etc.) y actos rituales de carácter mágico, simbólico o religioso (bailes, ensalmos, sahumeros, baños). De todos ellos se hablará más adelante.

Síndromes de filiación cultural

De acuerdo con Mellado et al (citados por Estomba, D. et al, 2005, p. 108) los síndromes de filiación cultural son cuadros sintomatológicos “complejos, únicos y propios de las medicinas populares, en donde lo ritual y simbólico juegan un papel fundamental en el proceso de curación”. Se trata de padecimientos psicosomáticos culturalmente delimitados y cuyos síntomas son atribuidos a “enfermedades” concebidas solamente dentro de una cultura específica.

Para Pamo-Reyna (2013) se trata de creencias populares; falsas o medias verdades que se mantienen por ser aceptadas sin mayor discusión, con crédito firme y con asentimiento. Estas creencias tendrían, en su criterio, las siguientes características:

- Se refieren a órganos del cuerpo humano y su fisiología, a la salud y la enfermedad.
- No siempre es posible conocer cuándo se originaron.

- Pueden tener un ámbito geográfico de uso variable: local, nacional, multinacional, etc.
- Una mayor presencia de ellas se vincula de manera inversa con un bajo nivel de instrucción.
- Las comunicaciones actuales favorecen su difusión.
- Muchas de ellas se han generado bajo el auspicio de nuestra medicina y de la industria farmacéutica.
- Siempre han existido y están relacionadas principalmente con la cultura y religión.

La sintomatología de cada uno de los síndromes de filiación cultural es explicada y entendida por la comunidad dentro de un marco cultural que da sentido a sus ideas y que justifica los tratamientos a los que se recurre en busca de una cura. Los tratamientos terapéuticos se dan por medio de rituales (cantos, bailes, conjuros) y por el uso de plantas medicinales. Además, muchas veces pueden prevenirse con algunas sencillas medidas como el uso de amuletos.

La antropología médica, por medio de la epidemiología sociocultural, es la ciencia que se ha encargado del estudio de los llamados “síndromes de filiación cultural”. El “término [es] derivado de la corriente de antropología colonialista para referirse a las enfermedades que poseen los modelos médicos de diversas partes del mundo, diferentes al ‘científico’ occidental” (Almaguer, Vargas, García y Ruiz, citados por Flores A. U., 2015, p. 279) y que esconde una connotación negativa de menosprecio al darles un carácter poco racional por obedecer a interpretaciones culturales de temas médicos y no necesariamente a teorías científicas más universalmente aceptadas.

Las cosmovisiones latinoamericanas actuales son el marco de un amplio y complejo sistema de explicaciones sobre la causalidad de la enfermedad, derivado de prácticas

tradicionales de las culturas originarias, según las cuales la enfermedad es el resultado de la interacción entre diversos factores. Almaguer y otros (2014) explican que el sistema médico tradicional actual se fundamenta en una cosmovisión de origen indígena, que a su vez ha incorporado elementos de otras culturas con las que interactúa, y los ordena en torno a la misma cosmovisión inicial con la que valora el mundo (por ejemplo, la cultura indígena utiliza plantas de origen europeo como el romero y la albahaca, y de origen africano como la sábila, sin embargo, las incorpora en su “modelo” a partir de la visión fría y caliente con la que tipifica a las plantas, designándoles una de estas dos características).

Los autores también señalan que el sistema de medicina tradicional concibe el universo como una totalidad interconectada entre todos los elementos que lo componen. El cuerpo humano (incluidos el espíritu y la mente) es uno de los elementos del universo que al estar en relación de armonía disfruta de un estado de salud; sin embargo, si el equilibrio se rompe, se produce enfermedad. Ese equilibrio se ve afectado debido a influencias externas, a desbalance entre elementos fríos y calientes, a transgresiones de las leyes divinas y socionaturales. Según lo anterior, la clasificación de las patologías responde a una concepción de la causalidad que toma en cuenta mecanismos que rompen el equilibrio:

1. Influencias externas que afectan la fuerza vital:

- Mal aire: vientos malsanos de pozos y cavernas, enfermedades que se pasan de unas personas a otras, de objetos inanimados a personas, animales o plantas.
- Acciones maléficas de terceras personas: envidias, embrujos, hechizos, daño.
- Suciedad: saliva de animales, basura del suelo, consumo de alimentos con tierra, alimentos sin cocer, descompuestos.
- Susto: impresiones fuertes, nervios.

2. Desequilibrios:

- Desequilibrio frío-calor: Los objetos y los seres vivos se clasifican en “fríos” o “calientes” dependiendo de cualidades que los forman. El desequilibrio se da principalmente si una persona está “calurosa” y susceptible de ser afectada por elementos fríos. Algunas enfermedades causadas por desbalances de este tipo son diarreas y alteraciones digestivas, alteraciones menstruales, dolores de cabeza, catarro y reuma.
- Desórdenes alimentarios: Alteraciones estomacales e intestinales pueden ser el resultado de comer en exceso; pasar mucha hambre y no comer a su hora; comer abundante y rápidamente cuando se pasa la hora; hacer ejercicio después de comer; consumir alimentos con exceso de grasa y no purgarse con regularidad para limpiar el estómago.
- Malas posturas y movimientos bruscos: Cargar cosas pesadas, mover bruscamente a los niños pequeños, estar sentado mucho tiempo.
- Exceso de trabajo: lleva a un estado “caliente” y provoca dolor de nuca, alteraciones menstruales y debilidad.
- Alteraciones de la “fuerza vital” (tonalli, tonal, tona ú ool): debilidad de la sangre por mala alimentación, además de otras alteraciones causadas por el desequilibrio frío-calor, todo eso puede ocasionar diabetes, dolores de cabeza, falta de leche materna, latido acelerado, lesiones en la piel y ser propenso al mal de ojo y al susto.
- Estados emocionales: corajes, preocupaciones, nervios, sustos.

Siguiendo siempre a Almaguer González y otros (2014), y también a Flores (2014), quien coincide con ellos, estos malestares tienen tratamientos, medidas preventivas y variadas complicaciones si se descuida su curación, por lo que se debe hacer hincapié en

entender cómo la sociedad da repuesta al proceso salud-enfermedad y cómo este conocimiento puede servir para prevenir, controlar o mitigar los daños evitables, especialmente si se toma en cuenta que este tipo de rasgos culturales continúan formando parte de las complejas estructuras médicas regionales, y cuyos conocimientos, técnicas preventivas y tratamientos se encuentran actualmente vigentes.

Los procedimientos terapéuticos descritos por Almaguer y otros (2014) se encaminan a lograr el restablecimiento de la fuerza vital mediante acciones como:

- **Limpias:**

Mena (2009) se refiere a la *limpia* como un ritual llevado a cabo por un sanador, u otro tipo de terapeuta popular, para prevenir o aliviar un conjunto grande de enfermedades por medio de la movilización energética, absorción y neutralización de la energía residual y de las malas influencias. Otros objetivos para realizar la limpia son: deshacer una maldición, sacar el mal de ojo, eliminar el aire, contrarrestar y neutralizar un hechizo, proteger de futuros daños, atraer dinero, amor y trabajo. Para su realización se requieren ramos de ciertas plantas, humo de incienso (sahumar con copal), vapores, aromas, huevos, baños de temazcal (casa baja de adobe donde se toman baños de vapor), infusiones, velas y veladoras. También, pasando alrededor del cuerpo el vapor de cera derretida, con limón, con lociones, etcétera. Las limpias cumplirían la función de reequilibrar a las personas y de armonizar su energía al liberar sentimientos y pensamientos negativos (tanto propios como proyectados por otros). Las limpias se hacen no solo a las personas, sino también a animales, casas, negocios, locales, carros y propiedades. Las limpias van acompañadas de actividades suplementarias, como rezos, oraciones o recitaciones.

- **Ritos y ensalmos (oraciones o conjuros):**

Los ensalmos son rezos acompañados de aplicación de remedios y a los que se le atribuyen poderes curativos mágicos. De acuerdo con Martí Pérez (1989) esta práctica está bien documentada desde el mundo clásico² y en la actual medicina popular es todavía llevada a cabo por un curandero que aplica remedios terapéuticos empíricos legados por la tradición junto con rituales de tipo mágico o religioso.

- **Cataplasmas:**

Tratamiento tópico, blando y caliente, hecho a base de plantas, que se aplica para conseguir efectos medicinales, especialmente calmantes, antiinflamatorios o emolientes.

- **Aplicación directa de calor:**

Se trata de propiciar la recuperación del calor perdido por el paciente, cuya enfermedad o estado de vulnerabilidad se asocia con la exposición al frío (por ejemplo, en las mujeres, durante la menstruación o después de un aborto o un parto).

- **Uso de plantas:**

La botánica aplicada al campo de la medicina se conoce como *fitoterapia*, aunque también se le llama *herbolaria*. La Organización Mundial de la Salud (2013) describe esta práctica como parte de la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) como el uso de “hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados que contienen como principios activos partes de plantas u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos ingredientes”. (p. 31)

- **Uso de productos animales y minerales:** huevos de gallina, piedras, etc.

- **Otros:** masajes, fricciones, acomodamientos, succiones, apretadas, “pellizcamientos”, ventosas y punciones.

² Data de la epode, del griego ἐπὸδῆ, cántico o recitación dirigidos a un dios en busca de ayuda para tratar las heridas del guerrero o las enfermedades en general.

A continuación, se detallan los síndromes de filiación cultural que se utilizarán en las unidades didácticas de esta propuesta por ser los más destacados (Flores A. U., 2015); se ofrecen su definición y las causas que se le atribuyen:

- **Mal de ojo**

Padecimiento que se origina por diversas causas, desde recibir una mirada de envidia o una mirada fuerte que sin querer daña a quien la recibe (lo que afecta principalmente a niños y plantas), hasta tener la sangre dulce o agarrar un aire. Las medidas más comunes para tratar el mal de ojo son las limpias con huevos y plantas medicinales. Existen medidas preventivas para proteger a los niños de la mirada de los extraños, como por ejemplo cubrirles la cara, no dejarlos salir de la casa o el uso de amuletos como el ojo de venado. (Mendoza 1997, citado por Caprara y Alessia, 2009)

- **Caída de mollera**

Hundimiento de la fontanela³ (por deshidratación o por golpe). El tratamiento popular consiste en meter la cabeza del niño en agua con el fin de que se suba o se acomode la mollera a la vez que se golpean las plantas de los pies con la mano.

- **Espanto o susto**

Es un malestar atribuido a una violenta impresión, aunque también puede deberse a golpes, caídas o al observar que alguien sufra una fuerte caída. La consecuencia inmediata es la pérdida de apetito, el adelgazamiento, el insomnio, e incluso la muerte. El tratamiento más común es el té de ajeno, comer pan duro o acudir con un sacerdote para que practique rezos.

- **Empacho o pega**

³ Espacio membranoso que hay en el cráneo antes de su osificación completa.

Es un malestar del sistema digestivo que tiene como síntomas diarrea, vómitos, falta de apetito, dolor de estómago y palidez. La causa del empacho se ha atribuido a comida que se queda “pegada” en el estómago, porque no ha sido posible digerirla bien; por ejemplo, cáscaras de frutas, frutas verdes como el mango, alimentos mal cocidos, como pan o tortillas crudas, alimentos muy fríos o muy calientes, alimentos en descomposición o incluso ingestión de sustancias no alimenticias como tierra, papel o chicle. El tratamiento suele ser un masaje en toda la espalda; luego se toma la piel con la yema de los dedos dando un jalón firme y rápido y de tal forma “se quiebra” el empacho. Después de dicha curación se administra vía oral una cucharada de aceite de oliva y se realiza una sobada con aceite, hierbabuena, manzanilla y albahaca.

- **(Mal) aire**

El aire es una afección que se da por no cubrirse adecuadamente, por exponerse al viento o al aire (en referencia al fenómeno meteorológico), salir en la noche, o bien, por los cambios de temperatura y viento frío. Un aire puede afectar varias partes del cuerpo, como el cuello, los ojos, los oídos, la piel, un músculo, un hueso o el sistema respiratorio y causa dolor y malestar.

El aire se combate tomando una combinación de flores de jazmín, albahaca y gotas de limón con té de ruda. Cuando el aire está en los ojos se realiza una limpia con ruda, manzanilla y rosa de castilla. Si está en los oídos, se usa el humo de un cigarro, el cual es soplado en dicho órgano empleando un cono de papel.

- **Calor estomacal**

Sensación de ardor en el tracto digestivo atribuida a la ingesta de alimentos picantes, bebida alcohólicas en exceso o comer de noche. Este padecimiento se trata con infusiones de

hierbas, como té de manzanilla, menta o jengibre, que pueden ayudar a calmar el estómago. Estas hierbas tienen propiedades antiinflamatorias y pueden ayudar a reducir la irritación estomacal.

2.4. Contenidos didácticos

Diagnóstico

El proceso de diagnóstico al que someteremos a los estudiantes constará de tres etapas: cuestionario de información general, prueba diagnóstica y entrevista sobre experiencias interculturales previas.

- **Cuestionario de información general**

Un cuestionario es un conjunto de preguntas escritas utilizadas para obtener alguna información específica de los estudiantes. Las respuestas sirven de guía orientadora para la elaboración del plan de clase de acuerdo con las necesidades particulares que puedan tener. En nuestro caso, se trata de preguntas sobre los hechos o aspectos relativos al estudiante: información personal, historial académico, motivo de estudio.

Esta información servirá para determinar si ya el estudiante ha estado en contacto directo con otras culturas a través de una segunda lengua, o si es una experiencia a la que apenas se va a enfrentar por primera vez. También, nos facilitará información sobre las necesidades específicas de los estudiantes en relación con el español que desean aprender.

- **Prueba diagnóstica**

Es la prueba que permite establecer el nivel de proficiencia de los estudiantes para poder clasificarlos en grupos con otros estudiantes de competencia similar; es decir, lo más homogéneos posible, con el fin de que cada quien reciba la instrucción necesaria según el nivel alcanzado.

- **Entrevista sobre experiencias interculturales previas**

Se trata de una interrogación directa a los estudiantes con carácter informativo y no estadístico. Consta de preguntas abiertas que permitan respuestas amplias. Para este caso, se propone una entrevista para indagar las apreciaciones que los profesionales de salud tienen sobre sus experiencias laborales al interactuar con pacientes con raíces culturales latinoamericanas.

Unidad didáctica

El término unidad didáctica se refiere a las acciones pedagógicas a las que recurre el profesor para que los alumnos aprendan un contenido en el aula: explicaciones, ejemplos, material didáctico y recursos en general. Se puede decir que se trata del “resultado de un conjunto de decisiones para crear, seleccionar y organizar las actividades, textos e información que contiene” la lección (AA.VV. 2018); se incluyen los contenidos, se indica su carácter (lingüístico, cultural, etc.), se especifican los objetivos de aprendizaje que van de lo general a lo más concreto y se detallan las acciones didácticas que contiene la lección, estas deben ir en concordancia con los objetivos planteados.

De acuerdo con Area Moreira (1993, p. 34), una unidad didáctica es un tipo de programación con fines de enseñanza y aprendizaje significativo que gira en torno a un tema, centro de interés o eje organizador. En ella se describe el proceso de enseñanza y aprendizaje

articulado y completo, esto es, incluyendo todos los elementos que lo conforman: objetivos, contenidos, actividades, destrezas, metodología y evaluación. Debe ser coherente con una determinada concepción de enseñanza y de aprendizaje, guardar un equilibrio y cuidar que exista una verdadera interacción entre estos, así como responder a las características concretas y a la diversidad de los alumnos a los que se dirige.

Enfoque por tareas

El enfoque por tareas propone un programa de aprendizaje que se centra en actividades de uso de la lengua, en contraposición a la enseñanza basada en estructuras sintácticas (como se hacía en los métodos audiolinguales) o en nociones y funciones (como se hacía en los programas nociofuncionales). Su objetivo principal es promover el aprendizaje a través del uso de material auténtico en el aula, en lugar de limitarse a la manipulación de unidades lingüísticas en distintos niveles de descripción. Se postula que este enfoque favorece la integración de los procesos de aprendizaje y comunicación.

Para Casquero (2004), una tarea es una actividad individual, que obedece a una secuencia y que forma parte de un proyecto mayor (unidad didáctica); su extensión es reducida (se puede realizar en tiempo relativamente corto) y es de índole cerrada ya que responde a un único objetivo, sea este específico (microtarea) o general (macrotarea).

Por su parte, Zanón y Alba (1999, p. 29) afirman que las tareas son unidades de trabajo en el aula que se caracterizan por cumplir los siguientes requisitos:

- Representar procesos de comunicación propios de la vida real.
- Ser identificables como unidades de actividad en el aula.
- Dirigirse intencionalmente hacia el aprendizaje de una lengua.
- Contar con un objetivo, estructura y secuencia de trabajo.

Simulación global

La simulación global es una actividad comunicativa en torno a un tema central en la que los participantes desempeñan un rol predeterminado, ficticio o real, en una simulación de la realidad que ocurre dentro del aula. Su preparación requiere que los estudiantes trabajen de manera conjunta completando tareas posibilitadoras sobre un único escenario. En nuestro caso, la entrevista médica con pacientes hispanohablantes de origen latinoamericano y los síndromes de filiación cultural.

Se da un grupo de tareas en torno a un centro de interés y se presenta una situación comunicativa ficticia y los aprendientes se desenvuelven en ella, ya sea desempeñando un rol de paciente (ficticio), o bien, representando ser quienes son: personal sanitario (simulación). Se trata de representar una situación comunicativa de la vida real, como si previamente se ensayara una realidad. Por ejemplo, el estudiante simula una consulta con un paciente que requiere atención médica.

Adicionalmente, la simulación global puede emplearse como herramienta evaluativa pues permite apreciar un resultado final luego del proceso de preparación.

Material auténtico

Los materiales auténticos son aquellos que no han sido elaborados con fines pedagógicos específicos (prácticas gramaticales, ejercicios de escucha de audios, textos creados a medida para un nivel específico, etc.). Los documentos auténticos nos llegan como producto del intercambio lingüístico entre nativos de la lengua: periódicos, panfletos, literatura, películas, programas de televisión, cartas, canciones, mensajes de texto y un extenso etcétera.

Al decidimos por incorporar dichos documentos a nuestros programas de clase, debemos considerar todas las implicaciones que esto significa: retos, ventajas, desventajas, criterios de selección y tratamiento de los materiales, objetivos de uso, nivel de los estudiantes y muchos otros aspectos más.

Las características que deben tener dichos documentos son (Alejos, 2004):

- No creado: No elaborado para los fines pedagógicos del aula.
- Imagen de un uso lingüístico real: producidos por los nativos de la lengua meta en su intercambio lingüístico cotidiano.
- Actual.
- No ajeno a los intereses del estudiante.

La cantidad de materiales auténticos es innumerable, se produce cada día, y ha sido clasificada por López Regalado (citado por Coscarelli, 2014, p. 29) de la siguiente manera:

- Oral (con imagen o sonido, o ambos): programas de televisión, entrevistas, canciones, etc.
- Impreso (provistos de texto): recetas, panfletos, afiches, etc.
- Icónico: imágenes: pinturas, fotografías, etc.
- Sonoro: ruidos como silbidos u otros difíciles de clasificar.
- Telemático: medios informáticos, Internet, Intranet, correo electrónico, grupos de discusión, chat, teleconferencia vía Internet, ambiente virtual de aprendizaje.

Además, cabe destacar la intención pragmática o no pragmática de esos tipos, según tengan la finalidad de intercambio de información (como las llamadas telefónicas, los mensajes de texto, los correos electrónicos y otros) o carezcan de ella (como los poemas, las

narraciones, etc.). Todos ellos son ahora de fácil acceso gracias a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

La tarea por enfrentar en este trabajo es un reto; es salirse del confort de una clase regular, para enfrentarse a otras realidades, necesidades, contenidos, materiales, contextos, ámbitos y situaciones, así como superar la clase de español para fines médicos entendida como enseñanza de vocabulario especializado. Se trata de trascender a otros niveles de competencia más allá de la lingüística: la intercultural. La actualidad del tema, la discusión que ha generado, el material teórico que se ha producido, el interés de los docentes por formarse en este campo, y, sobre todo, la creciente demanda, deben ser las motivaciones suficientes para que el profesor de español como segunda lengua no le tema al nuevo desafío.

2.5. La teoría fundamentada

Para la recolección y el procesamiento de los datos recabados en esta investigación, el estudio seguirá una metodología de análisis con base en la Teoría Fundamentada, enfoque de investigación cualitativa que busca desarrollar teorías a partir de datos recopilados en el campo, en lugar de probar o verificar teorías existentes.

Esta teoría de investigación fue desarrollada por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss en la década de 1960. En lugar de partir de una hipótesis predefinida, la teoría fundamentada permite que las teorías emerjan de manera inductiva a medida que se analizan y codifican los datos cualitativos, lo que brinda una comprensión profunda de los fenómenos estudiados. Es ampliamente utilizada en disciplinas como la sociología, la psicología y la enfermería para explorar y desarrollar nuevas perspectivas teóricas a partir de la experiencia vivida de los participantes en la investigación.

Su característica son tres elementos fundamentales: la codificación abierta (formulación de categorías de análisis y código conceptuales); codificación axial (determinación de vínculos y relaciones entre categorías); y codificación selectiva (identificación de rasgos o tendencias teórico-conceptuales).

En la fase de codificación abierta, se recopilan datos y se analizan de manera descriptiva. Se identifican y generan categorías o códigos conceptuales que capturan las ideas, temas o patrones emergentes en los datos sin imponer una estructura teórica preexistente. Esta etapa es fundamental para explorar y comprender la diversidad de ideas presentes en los datos.

En la fase de codificación axial, se establecen relaciones y conexiones entre las categorías identificadas en la codificación abierta. Se busca comprender cómo las diferentes categorías se relacionan entre sí, lo que implica un nivel más profundo de análisis. Se pueden identificar categorías centrales y subcategorías, lo que permite comenzar a construir una estructura teórica más sólida.

En la última fase, la de codificación selectiva, se seleccionan y desarrollan las categorías más relevantes y teóricamente significativas. La investigación se centra en identificar patrones y tendencias clave en los datos que pueden contribuir a la construcción de una teoría sustantiva. Se busca establecer una narrativa coherente y explicativa del fenómeno de estudio en función de las relaciones entre las categorías seleccionadas.

CAPÍTULO III. MARCO INVESTIGATIVO

La presente investigación es de tipo exploratorio⁴, descriptivo⁵, no experimental⁶ y se desarrolla a través de la metodología que plantea la Teoría Fundamentada. Consiste en una propuesta didáctica que a la vez servirá para recolectar, codificar, interpretar y categorizar datos, descubrir conceptos y relaciones, así como para organizar y sistematizar hallazgos dentro de un esquema teórico explicativo del tema estudiado.

En el entendido de que las investigaciones exploratorias constituyen un antecedente o una preparación a otras investigaciones, el objetivo de este estudio será examinar un tema sobre el que existe poco desarrollo didáctico en los currículos de español como lengua extranjera (ELE) y, específicamente, en lo que se refiere a la enseñanza y aprendizaje del español para fines específicos (EFE) en servicios de salud desde una perspectiva intercultural. Se enfoca, particularmente, en la adquisición y desarrollo de la competencia intercultural mediante la ejecución de una propuesta didáctica sobre los síndromes de filiación cultural en

⁴ “Las investigaciones exploratorias sirven como antecedente o preparación a otras investigaciones; su objetivo es examinar un tema poco estudiado o que no haya sido investigado aún. Probablemente, al revisar la bibliografía sobre el tema, encontramos que no hay otra teoría al respecto y que solo hay guías o ideas alrededor del tema. Son temas sobre los que sabemos muy poco, por eso se explora al respecto para aumentar el grado de familiaridad con el fenómeno. De esta manera se puede “preparar el terreno” para llevar a cabo investigaciones más completas. Este tipo de investigaciones es muy frecuente cuando aparecen fenómenos nuevos en la vida del ser humano y de la sociedad, ese tipo de estudios no son un fin en sí mismos, sino que determinan tendencias, relaciones entre variables.” En Barrantes Echavarría, Rodrigo. (2014) Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. Primera Reimpresión. UNED, San José, Costa Rica. Pp.178

⁵ “...el propósito como su nombre lo indica es describir situaciones y eventos (...) especifican las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”. En Barrantes Echavarría, Rodrigo. (2014) Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. Primera Reimpresión. UNED, San José, Costa Rica. Pp.177, 178.

⁶ “La investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes”. En Barrantes Echavarría, Rodrigo. (2014) Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. Primera Reimpresión. UNED, San José, Costa Rica. Pp.177.

un aula de español como segunda lengua con fines médicos. La propuesta didáctica está diseñada para ser desarrollada en un grupo focal constituido por un número limitado de personas, dentro del cual, la investigadora/profesora interviene como facilitadora del proceso formativo, al tiempo que actúa como moderadora y observadora en el proceso de aprendizaje.

Valga aclarar que, si bien es posible establecer escalas de valor de medición a partir de ciertas categorías de datos, en esta investigación no se pretende obtener cifras para medir aspecto alguno relacionado con las variables de estudio. El interés de esta exploración se centra en la información expresada en el discurso individual y grupal de las personas que participarán en la puesta en práctica de las unidades didácticas; es decir en el registro, análisis e interpretación a partir de las destrezas comunicativas de cada participante, relacionadas con la capacidad de comunicarse efectivamente en situaciones que pudieran resultar conflictivas durante la interrelación paciente y profesional en salud.

Para el abordaje de estudio se plantean las categorías, subcategorías y códigos iniciales de análisis (Cuadro 1), además, en cada apartado, se detallan los hallazgos y las conclusiones para cada sección.

3.1. Categorías, subcategorías y códigos de análisis

Las categorías y las subcategorías que desglosan el tema de estudio en aspectos específicos, y los códigos, etiquetas que identifican patrones o conceptos emergentes en los datos recopilados, son la base para descubrir las relaciones de los conceptos cruciales en el abordaje de los síndromes de filiación cultural en el aula de español como segunda lengua con fines médicos y el desarrollo de la competencia intercultural. En esta sección se proporcionan detalles sobre las categorías, subcategorías y códigos iniciales de análisis, respaldados por hallazgos y conclusiones específicas para cada aspecto.

Cuadro 1. Categorías, subcategorías y códigos iniciales de análisis

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis	Códigos o rasgos conceptuales
1. Consciencia intercultural en estudiantes de español médico	a) Percepción de las diferencias culturales en relación con el concepto de salud y enfermedad y las prácticas médicas. b) Comprensión de la relatividad de las convenciones culturales.	✓ Introspección ✓ Visión etnocéntrica ✓ Prejuicios, estereotipos ✓ Malentendidos culturales ✓ Sensibilización
<p>Hallazgo 1.1: Los estudiantes demostraron una notable capacidad para identificar y reflexionar sobre las divergencias culturales en torno a los conceptos de salud y enfermedad. Se observó una apertura hacia la comprensión de diversas perspectivas sobre el cuidado médico, evidenciada en sus comentarios y reflexiones. No solo preguntaron por el material mostrado (uso de plantas medicinales, objetos para prevenir la enfermedad y síntomas de las enfermedades), sino que además compartieron experiencias personales, como una receta de la abuela para curar el ojo rojo.</p> <p>Hallazgo 1.2: La mayoría de los participantes expresó una actitud receptiva hacia las diferentes prácticas médicas presentes en diversas culturas. Esta apertura sugiere una</p>		

disposición activa para integrar nuevas perspectivas en su comprensión del español médico, y se reflejó en la valoración positiva de la diversidad de enfoques culturales en el ámbito de la salud.

Hallazgo 1.3: Los estudiantes demostraron una conciencia aguda de la relatividad de las convenciones culturales en el contexto de la enseñanza del español médico. Se identificó una capacidad reflexiva en sus respuestas, con reconocimiento de que las percepciones y prácticas culturales pueden variar significativamente y deben ser entendidas en su contexto específico. Este concepto fue ejemplificado dentro de áreas diferentes a la médica, como a manera de analogía: la forma de vestir, de decorar las casas, de establecer amistades, etc.

Hallazgo 1.4: Se detectaron manifestaciones de visiones etnocéntricas en el grupo, como por ejemplo las relacionadas con la fe, uso de medallas o crucifijos, pero estos casos fueron minoritarios y se evidenció una disposición activa para superar dichas perspectivas mediante el diálogo y la exploración de nuevas ideas. Debido a la diversidad del grupo (sobre todo en lo relativo a su procedencia geográfica, tres eran de diferentes estados de Estados Unidos [Hawaii, Ohio y Carolina del Norte] y una de Guyana).

Conclusiones:

Introspección: Los estudiantes mostraron habilidades de reflexión interna al cuestionar sus propias percepciones culturales y estar dispuestos a cambiarlas en función de nuevas experiencias y aprendizajes.

Visión etnocéntrica: Aunque se identificaron indicios de visiones etnocéntricas, estos fueron tratados como oportunidades de aprendizaje, evidenciando una disposición a superar dichas perspectivas limitadas.

Prejuicios, estereotipos: Se observaron esfuerzos significativos por parte de los estudiantes para evitar la adopción de prejuicios y estereotipos culturales en el contexto de la enseñanza del español médico.

Malentendidos culturales: A pesar de la sensibilidad demostrada, se registraron algunos malentendidos culturales, indicando áreas específicas que podrían beneficiarse de una mayor atención y comprensión intercultural.

Sensibilización: Los participantes exhibieron una elevada sensibilización hacia las diferencias culturales, lo que se tradujo en actitudes positivas y en la disposición para abordar eficazmente las complejidades de la enseñanza del español médico desde una perspectiva intercultural.

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis	Códigos o rasgos conceptuales
2. Comprensión de los principios organizadores de la cultura meta	a) Aspectos culturales que influyen en el concepto de salud y enfermedad. b) Principios organizadores de la cultura meta.	✓ Relativización ✓ Heterogeneidad cultural ✓ Aceptación o rechazo

	<p>c) Receptividad de los estudiantes a la sensibilización cultural.</p> <p>d) Impacto de las experiencias interculturales en las percepciones de los estudiantes.</p>	
--	--	--

Hallazgo 2.1: Los participantes demostraron una alta capacidad para identificar y comprender los aspectos culturales que influyen en las percepciones locales sobre salud y enfermedad. Se observó una tendencia a relativizar las diferencias culturales, reconociendo la diversidad de perspectivas en torno a estos conceptos fundamentales. Los desequilibrios (como cambios de temperatura o atracones de comida), la influencia externa de terceras personas (como la envidia) y la presencia elementos externos dañinos (como agua estancada) fueron recibidos con curiosidad e interés.

Hallazgo 2.2: Se evidenció una sensibilidad destacada hacia la heterogeneidad cultural en la concepción de la salud y la enfermedad. Los estudiantes mostraron disposición para explorar y aceptar las variadas interpretaciones culturales de estos conceptos, fomentando así un enfoque más amplio y comprensivo en la enseñanza del español médico desde una perspectiva intercultural.

Hallazgo 2.3: Los participantes exhibieron un claro entendimiento de los principios organizadores de la cultura meta en el contexto de la enseñanza del español médico. Se identificaron patrones de aceptación en relación con los elementos culturales, lo que

indica la importancia de considerar estos factores al diseñar estrategias didácticas efectivas.

Hallazgo 2.4: La receptividad de los estudiantes a la sensibilización cultural fue notable, especialmente en la disposición activa para adaptarse a los principios organizadores de la cultura meta. Este hallazgo sugiere que la incorporación de elementos culturales en la enseñanza fue bien recibida y generó una actitud positiva hacia la diversidad cultural. Estos elementos fueron incorporados, por ejemplo, en la actividad de la entrevista simulada, en la que los estudiantes con rol de médico reconocieron las prácticas culturales manifestadas por los estudiantes con rol de pacientes (como el uso de infusiones para tratar males estomacales).

Hallazgo 2.5: Los jóvenes participantes demostraron una apertura excepcional a la sensibilización cultural, reflejada en su disposición para explorar y comprender las particularidades de la cultura meta. La aceptación de nuevos conocimientos y la voluntad de adaptarse a diferentes perspectivas culturales fueron aspectos destacados en este grupo.

Conclusiones:

Relativización: La capacidad de los estudiantes para relativizar las diferencias culturales fue evidente; mostraron una disposición a considerar diversas perspectivas sin juzgarlas estereotipadamente desde su propia cultura.

Heterogeneidad cultural: La sensibilidad hacia la heterogeneidad cultural se reflejó en la disposición de los estudiantes para reconocer y respetar las diversas interpretaciones culturales en torno a la salud y la enfermedad.

Aceptación o rechazo: Los principios organizadores de la cultura meta generaron respuestas de aceptación e interés entre los estudiantes.

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis	Códigos o rasgos conceptuales
3. Destrezas interculturales	a) Implicación-interiorización b) Desarrollo de estrategias para la efectiva comunicación con el paciente en el contexto intercultural. c) Mediación intercultural.	✓ Empatía ✓ Respeto ✓ Tolerancia ✓ Solución de conflictos

Hallazgo 3.1: Se identificó una alta implicación-interiorización por parte de los estudiantes en el proceso de aprendizaje de destrezas interculturales. Los participantes mostraron una capacidad notable para internalizar conceptos relacionados con la sensibilidad cultural, evidenciada en su disposición activa para reflexionar sobre las actitudes y prejuicios culturales.

Hallazgo 3.2: La empatía se destacó como un elemento central en la implicación-interiorización de las destrezas interculturales. Los estudiantes demostraron una comprensión profunda de las perspectivas culturales ajenas y reflejaron habilidad para ponerse en el lugar del otro y adaptar sus acciones y comunicación en consecuencia. Esto quedó demostrado en la entrevista simulada, en la que hubo escucha activa e incorporación de las prácticas de los pacientes en la conversación médica.

Hallazgo 3.3: Los participantes exhibieron un desarrollo significativo de estrategias para la comunicación efectiva con pacientes simulados. Se observaron prácticas de adaptación lingüística y de estilo de comunicación, indicando una conciencia de la diversidad cultural en el ámbito médico. Se empleó un español formal y técnico, pero tomando en cuenta el posible nivel de conocimiento del paciente en temas médicos.

Hallazgo 3.4: La tolerancia emergió como un factor clave en el desarrollo de estrategias de comunicación intercultural. Los estudiantes demostraron una disposición a aceptar y adaptarse a las diferencias culturales, lo que se tradujo en interacciones más efectivas y respetuosas con los pacientes simulados.

Hallazgo 3.5: Los participantes exhibieron habilidades destacadas en mediación intercultural. Se identificó la capacidad de los estudiantes para actuar como intermediarios culturales en la consulta médica simulada, lo que facilitó la comprensión mutua y el abordaje eficaz de situaciones potencialmente conflictivas.

Hallazgo 3.6: El respeto fue un componente fundamental en la mediación intercultural. Los estudiantes demostraron un alto grado de respeto hacia las diferentes perspectivas culturales presentes en el entorno médico, contribuyendo a un ambiente de atención más inclusivo y orientado al paciente simulado.

Conclusiones:

Empatía: La empatía fue un rasgo distintivo en la implicación-interiorización y en el desarrollo de estrategias para la comunicación intercultural, lo que contribuyó a relaciones más cercanas y comprensivas con los pacientes simulados.

Respeto: El respeto se destacó como un elemento crucial en todas las subcategorías, especialmente en la mediación intercultural, donde la capacidad de respetar y valorar las diferencias culturales fue esencial.

Tolerancia: La tolerancia se manifestó como una habilidad importante en el desarrollo de estrategias de comunicación intercultural, permitiendo a los estudiantes adaptarse de manera flexible a las diversas necesidades y expectativas de los pacientes simulados.

Solución de conflictos: La mediación intercultural implicó habilidades efectivas de resolución de conflictos, donde los estudiantes fueron capaces de abordar potenciales malentendidos o situaciones conflictivas de manera constructiva y culturalmente sensible.

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis	Códigos o rasgos conceptuales
4. Enseñanza de la competencia intercultural en el aula de español médico	a) Material auténtico b) Enfoque por tareas c) Simulación global	✓ Actividades contextualizadas ✓ Información relevante ✓ Material pertinente ✓ Interacción ✓ Situaciones interculturales ✓ Recreación o simulación

Hallazgo 4.1: La utilización de material auténtico en la enseñanza del español médico demostró ser altamente efectiva para desarrollar la competencia intercultural. Los estudiantes respondieron positivamente a la inclusión de material real, mostrando un mayor interés y compromiso en actividades que reflejaban situaciones de la vida real. El empleo de las láminas de plantas medicinales generó mucha curiosidad e interés por saber las propiedades de las plantas, muchas de las cuales conocían, pero no en el ámbito médico, sino en el gastronómico, como el orégano y la albahaca.

Hallazgo 4.2: La presencia de actividades contextualizadas en el material auténtico contribuyó a una comprensión más profunda de las prácticas culturales relacionadas con la medicina. La interacción con documentos reales, como informes médicos y conversaciones auténticas, facilitó la conexión de conceptos culturales con el lenguaje especializado en el ámbito médico. El video con una entrevista a un experto en botánica despertó en los estudiantes la satisfacción de comprender en el video el vocabulario de plantas estudiado previamente como tarea posibilitadora.

Hallazgo 4.3: El enfoque por tareas en la enseñanza del español médico resultó en una mayor interacción entre los estudiantes, fomentando la colaboración y el intercambio de perspectivas culturales. Las tareas diseñadas para abordar situaciones interculturales específicas promovieron el uso práctico de la lengua en contextos reales y de vivencias de los estudiantes: sus propios viajes y experiencias en el ámbito médico e incluso lo aprendido con las familias ticas donde se hospedaban.

Hallazgo 4.4: La información relevante incorporada en las tareas fortaleció la conexión entre el lenguaje médico y las dimensiones culturales. Los estudiantes demostraron habilidades para identificar y aplicar información relevante en

situaciones interculturales, mejorando así su capacidad para relacionarse con pacientes de diversas culturas.

Hallazgo 4.5: La simulación global emergió como una estrategia efectiva para desarrollar la competencia intercultural en el aula de español médico. Los estudiantes participaron activamente en situaciones simuladas que replicaban encuentros reales en el ámbito médico, lo que les permitió aplicar destrezas interculturales de manera práctica.

Hallazgo 4.6: La recreación o simulación de situaciones interculturales promovió la empatía y la sensibilidad cultural entre los estudiantes. La capacidad para enfrentar desafíos y resolver conflictos en un entorno simulado preparó a los estudiantes para abordar eficazmente malentendidos interculturales y situaciones conflictivas en el contexto real.

Conclusiones:

Actividades contextualizadas: La integración de actividades contextualizadas en el material auténtico facilitó la comprensión de las dimensiones culturales vinculadas al español médico.

Información relevante: La presencia de información relevante en las tareas y material auténtico fortaleció la conexión entre el lenguaje médico y la competencia intercultural.

Material pertinente: La relevancia del material utilizado en clase contribuyó a la efectividad de la enseñanza, estimulando el interés y la participación de los estudiantes.

Interacción: El enfoque por tareas y la simulación global promovieron la interacción entre los estudiantes, facilitando el intercambio de perspectivas culturales y el desarrollo de habilidades interculturales.

Situaciones interculturales: La inclusión de situaciones interculturales en las tareas y simulaciones globalizó la enseñanza, preparando a los estudiantes para enfrentar desafíos en entornos médicos culturalmente diversos.

Recreación o simulación: La recreación de situaciones interculturales en un entorno simulado facilitó el desarrollo de habilidades interculturales, permitiendo a los estudiantes practicar y perfeccionar sus respuestas en un contexto controlado.

Este marco investigativo ha abordado de manera exhaustiva y sistemática la exploración y descripción de la competencia intercultural en estudiantes de español médico, centrándose en la enseñanza y aprendizaje del español con fines específicos en el contexto de los servicios de salud. La elección de una metodología exploratoria y descriptiva, en consonancia con la Teoría Fundamentada, ha permitido no solo recoger datos valiosos sobre las percepciones y habilidades interculturales de los estudiantes, sino también organizar estos hallazgos en categorías y subcategorías coherentes.

Este estudio se ha destacado por su enfoque innovador en la propuesta didáctica, utilizando material auténtico, un enfoque por tareas y la simulación global como herramientas pedagógicas clave. Los hallazgos revelan que estos métodos han demostrado ser efectivos para desarrollar la competencia intercultural, promoviendo la empatía, el respeto, la tolerancia y la resolución de conflictos entre los estudiantes. Además, se destaca la importancia de las actividades contextualizadas, la información relevante y la recreación de situaciones interculturales en la enseñanza del español médico. Este marco investigativo no

solo aporta al entendimiento teórico de la competencia intercultural en el ámbito específico estudiado, sino que también ofrece orientaciones prácticas valiosas para la mejora continua de los programas de español con fines específicos en el contexto de la atención médica intercultural.

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO

El presente marco metodológico servirá de base para el planeamiento de unidades didácticas cuyo objetivo es desarrollar la competencia intercultural de personal de salud que aprende español como segunda lengua para fines profesionales. Se describen los principales procedimientos didácticos que ayudarán a dar forma a las actividades de clase.

Como se señaló anteriormente en el Marco Conceptual, en la unidad didáctica se define el qué y el cómo. En las actividades propuestas, los estudiantes se verán en la necesidad de explicar sus opiniones, defenderlas, ejemplificar, argumentar, razonar, recomendar, etc. A fin de lograrlo, deberán enfocarse en cumplir una serie de tareas y, además, aplicar lo aprendido en el aula en una entrevista simulada. Dado lo anterior, se prefirió trabajar con el enfoque por tareas y con el método de simulación global que permita la adquisición gradual de las herramientas para la tarea mayor: la entrevista.

Esta propuesta didáctica va dirigida a médicos o a estudiantes de medicina con conocimientos lingüísticos del español común previos, al menos en un nivel intermedio alto (B2), que les permitan independencia en el tratamiento de temas de salud con hispanohablantes, sin detrimento del motivo de la consulta médica. Además, busca lograr las competencias necesarias (no solo las lingüísticas, sino también las interculturales) para interactuar eficientemente con pacientes en diferentes tipos de entrevista: información personal, historia médica, motivo de la consulta, indagación de síntomas, etc.

Se promoverá el estudio de aspectos culturales relativos a la salud que aparezcan en materiales auténticos: síndromes de filiación cultural, prácticas médicas, creencias, entre otros. La integración de estos aspectos se plantea como una necesidad vital en la formación del médico o del personal de ciencias afines a la salud que aprende español con fines

profesionales, no solo como una manera de lograr una comunicación eficaz, que no se limite a la comprensión lingüística entre entrevistador y entrevistado, sino que trascienda a un entendimiento de los motivos, las acciones, las conductas y los temores de un paciente de origen hispanoamericano y que se traduzca en comunicación efectiva (es decir, que alcanza su objetivo sin errores o malentendidos y sin situaciones incómodas que den al traste con el proceso comunicativo).

Entre los materiales auténticos con que se contará están los siguientes:

- video sobre el uso de las plantas medicinales disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=2ZlhiAgGZIU>
- Artículo “Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona”, citado en la bibliografía recomendada para esta unidad (Anexo #7).
- Fichas informativas sobre pega o empacho, quebranto, mal aire, susto y chistate (Anexo #5)

Pamo-Reyna (2013) señala que no son solamente las creencias populares relacionadas con la salud y la enfermedad que el paciente pueda mantener, y que el médico actual enfrenta, las que podrían afectar el buen desarrollo de una consulta médica. Las propias del personal de salud también podrían afectar la relación con el paciente. El ejercicio de análisis del otro será aquí un ejercicio de autoexploración también, un ver al otro para autorreconocerse en lo que pueda diferenciar al observador del observado.

4.1. El enfoque por tareas

La motivación del estudiante para desempeñarse adecuadamente en su profesión debe impulsarlo a trabajar por alcanzar sus metas (macrotarea, tarea final o proyecto). Las actividades estarán orientadas a la preparación, desarrollo y elaboración de un proyecto relacionado con la actividad profesional del estudiante, que en nuestro caso serán las

entrevistas médicas. Para este efecto, y siguiendo la propuesta de Pérez (2004), se dispondrá de tareas comunicativas (motivación del estudiante para comunicarse), tareas posibilitadoras (centradas en el aspecto lingüístico como apoyo a las tareas comunicativas) y tareas didácticas (aprendizaje consciente y responsable).

4.2. Simulación global

La simulación se articulará aquí como una propuesta creativa dentro del enfoque por tareas. Para lograrla, se requerirá una preparación de documentación, creación de perfiles (de pacientes), entre otros. Con la simulación global se esperaría:

- Usar la lengua como un vehículo para el desarrollo de las relaciones interpersonales, así como para el intercambio transaccional y la negociación del significado: explicar síntomas, solicitar información de hechos, dar recomendaciones, etc.
- Desarrollar la creatividad para resolver potenciales situaciones lingüístico-culturales en una consulta médica.
- Simular el conjunto de potenciales realidades que encontrará el futuro profesional en su práctica médica para que se desenvuelva lingüística e interculturalmente de forma adecuada.
- Utilizar la información adquirida por medio de las actividades de clase para comprender y respetar las prácticas en salud procedentes de la herencia cultural de los pacientes de origen latinoamericano.

4.3. Enseñanza de la competencia comunicativa intercultural

Denis y Matas (citadas por Ramírez y Ramírez [2014]) han señalado algunas consideraciones y pasos necesarios en el aula de español como segunda lengua para lograr un avance efectivo hacia la competencia comunicativa intercultural. Las consideraciones

incluyen desde establecer el concepto de competencia comunicativa intercultural (desarrollado en el Marco Conceptual), hasta establecer las estrategias que se han de tomar en la clase para lograr su adquisición:

Sensibilización:

El estudiante toma conciencia de la visión etnocéntrica con que percibe la realidad. Es un proceso por el cual se busca crear conciencia y empatía en una persona o grupo de personas hacia un tema o situación determinada. En el contexto de la interculturalidad, la sensibilización busca desarrollar la capacidad de entender y apreciar las diferencias culturales, y promover el respeto y la tolerancia hacia las culturas distintas a la propia. Esta puede lograrse a través de diversas actividades, como la exposición a situaciones y personas de otras culturas, el diálogo y la reflexión crítica sobre las diferencias culturales, y la participación en actividades que fomenten la interacción y el intercambio cultural.

Concienciación:

El estudiante se distancia de su primera percepción y encuentra que su concepción de la realidad está permeada por su cultura y no es universal. La concienciación implica que los estudiantes se den cuenta de las diferencias culturales existentes y de la necesidad de comprenderlas y respetarlas para poder comunicarse efectivamente en contextos interculturales. En esta etapa, se busca que los alumnos se involucren activamente en el proceso de aprendizaje y que sean conscientes de la importancia de la competencia intercultural en su formación personal y profesional.

Relativización:

El estudiante se percata del carácter relativo, según el contexto, de lo que descubre y de las características de la situación cultural en que está inmerso.

Organización:

Procura determinar los principios organizadores en la cultura meta; es decir, aquellos supuestos básicos a partir de los cuales se derivan las clasificaciones y los valores. Percibe la interculturalidad de las situaciones al darse cuenta de la heterogeneidad de las culturas en contacto y eso lo lleva a reflexionar sobre la experiencia.

Implicación-interiorización:

Comprende las convenciones culturales y se sitúa en relación con la otra cultura; acepta o rechaza aspectos según su personalidad y sistema de creencias. En esta fase se desarrollan destrezas y estrategias para actuar como mediador intercultural y resolver conflictos.

Para procurar que esas fases se cumplan, al menos en cierta medida (dado que se cuenta solo con 10 horas de clases), se seguirán las recomendaciones Baz (2013, p.p. 76-78):

- **La creación de un entorno en el aula donde se recree la diversidad:**

Este punto es especialmente importante para estudiantes que no están en inmersión cultural, es decir, que estudian a distancia de la cultura meta. Sin embargo, se debe considerar el hecho de que los estudiantes a quienes se dirige esta propuesta didáctica tienen un nivel de español de B2 o más y ya han visitado países latinoamericanos, ya sea durante su aprendizaje de la lengua o bien con motivos turísticos o incluso laborales.

- **La provisión de información cultural por parte de la profesora:**

Las actividades en las que se presente información cultural serán de índole interactiva y no magistral (excepto que se requiera en algún momento). Se trata de que los estudiantes resuelvan pequeñas tareas por medio de las cuales adquieran el conocimiento posibilitador para los pasos propuestos por Denis y Matas (citadas por Ramírez y Ramírez (2014): sensibilización, concienciación, relativización, organización e implicación e interiorización.

- **La solución de problemas culturales por parte del aprendiente a través del diálogo y la reflexión de exponentes culturales:**

En este punto, se orienta a los estudiantes para que adquieran habilidades y estrategias que les permitan actuar como mediadores interculturales y resolver situaciones incómodas, intimidantes, ridículas o de cualquier otra índole que puedan interferir con el objetivo principal del acto de comunicación y que hayan surgido durante el encuentro con su interlocutor.

- **La programación de acciones para que los estudiantes ejecuten dramatizaciones o *role-plays*:**

Ejecutar dramatizaciones es precisamente la finalidad del método de la simulación global. Esta estrategia educativa se utilizará con el fin de presentar en el aula los síndromes de filiación cultural seleccionados (mal de ojo, empacho o pega, mal aire, susto y mollera caída). Se pretende propiciar un elemento inesperado que sorprenda al estudiante y que lo ubique en los tres primeros pasos descritos por Denis y Matas (citadas por Ramírez y Ramírez (2014), a saber, sensibilización, concienciación y relativización. Con suerte, luego de la sorpresa inicial, el estudiante estará en el proceso de tratar de distinguir los organizadores culturales de la cultura meta.

- **La utilización de lecturas, conferencias, debates, etc., para aprender la cultura; de manera que el alumno acceda a ella de forma activa, reflexionando y criticando cada contenido propuesto:**

Debido a la naturaleza del curso (español con fines médicos), se recurrirá a la lectura de revistas especializadas en el campo de la medicina y que traten el tema de los síndromes de filiación cultural o bien de temas relacionados en las áreas de competencia de los

participantes (psicología, odontología, medicina general, especialidad o subespecialidad médica, etc.).

- **La exposición real a la cultura meta por medio de diferentes estrategias: el intercambio de mensajes orales y escritos, la invitación de un hablante nativo a la clase o las visitas a otros países donde la lengua que se estudia sirva como vehículo de comunicación:**

Esto se verá materializado en la tarea final (la entrevista médica con hispanoparlantes nativos voluntarios). Se interrogará directamente sobre temas culturales de salud como los vistos en clase y se le solicitará al estudiante una escucha activa que haga al participante en la entrevista sentirse seguro, cómodo, comprendido, apoyado. Por medio de frases como «claro», «ya veo», «comprendo», «muy interesante», «¿ajá?», se procurará la fluidez del relato, sin interrupciones y con la sensación de que se está siendo escuchado. De paso, la posición de «observador imparcial» del estudiante le permitirá un espacio interior para identificar sus sentimientos sobre lo que oye.

- **La utilización de los recursos presentes en el entorno cultural del estudiante destacando en ellos el carácter multicultural y pluricultural:**

Se les dará vital importancia a las impresiones de los estudiantes y a su valoración de la experiencia; es decir, ellos harán una manifestación consciente de sus emociones en relación con el contacto con la otra cultura y propondrán estrategias para manejar posibles casos de conflicto (disgusto, asco, sorpresa, extrañeza, intolerancia o cualquier otra emoción que pueda generar obstáculos en intercambios comunicativos con personas de otra cultura).

4.4. Metas

Se persigue despertar la sensibilidad del personal de salud que estudia español para fines específicos sobre la heterogeneidad cultural del paciente meta, su percepción de la salud y la enfermedad y las prácticas médicas a las que recurre. El acercamiento se producirá por medio de tareas posibilitadoras (enfoque por tareas) en las que los estudiantes brindarán información de circunstancias interculturales vividas por ellos mismos y por medio de medio de situaciones médicas recreadas (tarea final) propiciadas por el método de simulación global.

Dado lo anterior, las metas de este trabajo están dirigidas a:

- Competencias lingüísticas: Emplear la competencia comunicativa lingüística propia del nivel de los estudiantes para resolver las tareas que requieren conversación, lectura, escritura o escucha.
- Competencia comunicativa intercultural: familiarizarse con prácticas médicas con sustento cultural para desarrollar la sensibilidad requerida en la adquisición de las destrezas para actuar como mediador intercultural y resolver situaciones conflictivas que puedan surgir de las propias reacciones, sensaciones, emociones, creencias, personalidad y cualquier otro factor favorecido por una postura etnocéntrica ante la nueva cultura.
- Competencia pragmática: Favorecer una comunicación exitosa entre el personal de salud y el paciente, basada en una efectiva percepción situacional del contexto de la consulta gracias al desarrollo de sensibilidad, empatía y tolerancia.

4.5. Perfil del estudiante

Las unidades didácticas están diseñadas para estudiantes que posean un nivel B2. Según el Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas: aprendizaje, enseñanza y evaluación en su escala global, alcanzado este nivel, el estudiante es capaz de:

- “Entender las ideas principales de textos complejos que traten de temas tanto concretos como abstractos, incluso si son de carácter técnico, siempre y cuando entren dentro de su ámbito de especialización.
- Expresarse de forma clara y detallada sobre temas diversos, así como explicar y defender su punto de vista sobre una cuestión de actualidad, indicando los pros y los contras de diferentes opciones.
- Comunicarse con hablantes nativos con suficiente fluidez y naturalidad, de forma que la conversación se desarrolle sin grandes esfuerzos por ninguna de las dos partes.” (Consejo de Europa, 2002)

Nivel de referencia del Instituto Cervantes para el estudiante B2 como hablante intercultural según el papel de las actitudes y los factores afectivos.

El Plan Curricular del Instituto Cervantes (2017) propone una serie de objetivos en relación con el desarrollo de habilidades interculturales en el aprendizaje del español como lengua extranjera. En general, se describen tres fases: aproximación, profundización y consolidación.

Para el nivel B2 esas fases se describen de la siguiente manera:

- **Fase de aproximación**, se busca identificar las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante en relación con otras culturas, especialmente la cultura española e hispanoamericana.
- **Fase de profundización**, se pretende fortalecer y diversificar estas motivaciones y desarrollar la sensibilidad y la apertura hacia otras culturas, así como la capacidad de enfrentar episodios de intolerancia o estrés cultural.
- **Fase de consolidación**, se busca desarrollar un control consciente de las actitudes y factores afectivos personales en relación con otras culturas, para lo cual se propone investigar y activar estratégicamente nuevos conocimientos y destrezas que permitan desarrollar actitudes de tolerancia y apertura y controlar situaciones de choque lingüístico y cultural.

Como perfil de salida, se espera que las personas que cumplen con estos criterios sean capaces de comunicarse de manera fluida y precisa, sin causar malentendidos; tengan un buen dominio del idioma, eviten errores importantes y puedan aclarar situaciones ambiguas y que, además, utilicen un amplio vocabulario y puedan adaptar su registro y nivel de formalidad según la situación para expresar argumentos y resolver conflictos de manera persuasiva.

4.6. Instrumentos de diagnóstico y de análisis de necesidades

En esta sección, se abordará en detalle el proceso de análisis de necesidades llevado a cabo antes de la implementación del proyecto docente dirigido a estudiantes de español como segunda lengua con fines específicos médicos. El análisis de necesidades se presenta como un componente crucial en el diseño pedagógico, ya que permite comprender las demandas y

los requisitos específicos de los estudiantes, así como adaptar el enfoque de enseñanza para satisfacer sus necesidades de aprendizaje de manera efectiva y significativa.

El objetivo principal de este análisis fue identificar no solo las habilidades lingüísticas y comunicativas requeridas por los estudiantes para desenvolverse con éxito en un entorno intercultural médico simulado, sino también comprender sus propias impresiones y nivel de conciencia sobre la importancia del desarrollo de herramientas interculturales para la exitosa comunicación profesional en el campo de la salud, así como de los desafíos específicos que se pueden enfrentar en ese sentido en el contexto de la medicina.

El primer paso fue la elaboración de las siguientes herramientas para recabar información:

Cuestionario

El cuestionario presentado (Cuadro 2) permite una disposición clara de las respuestas para su respectiva valoración y además comprende los datos pertinentes para un eficaz análisis de necesidades; contempla carencias que el estudiante considere que tiene.

Este cuestionario será enviado vía correo electrónico o compartido por medio de alguna aplicación como Google Forms. El momento ideal para hacérselo llegar a los estudiantes sería cerca de la fecha de inicio de las clases para aprovechar su motivación, pero con anticipación suficiente, de manera que haya tiempo para evaluar los resultados. Como el plan de estudios y los objetivos ya están determinados, la profesora usará la siguiente escala:

- MP = muy posible
- P = posible
- D = difícil

Al igual que se detalló para la elaboración de la entrevista, en este caso se han considerado los mismos aspectos lingüísticos y socioculturales, pero profundizando en ellos,

¿Tomo en cuenta las diferencias culturales de mis pacientes a la hora de comunicarme con ellos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO	¿En qué sentido?
¿He necesitado alguna estrategia para poder comunicarme mejor con pacientes que provienen de una cultura diferente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO	
Si su respuesta es sí, ¿cuál ha sido la estrategia?	

Fuente: Elaboración propia

El cuestionario fue respondido por los estudiantes una semana antes del inicio de las lecciones. La información recabada arrojó que los estudiantes no habían considerado nunca la competencia intercultural en sus interacciones comunicativas con hablantes de la cultura meta. En el contexto laboral en el ámbito de la salud, la experiencia era muy limitada, dado que todos están iniciando sus carreras, por lo que los resultados fueron también negativos.

Todos ellos tenían como lengua materna el inglés. Su percepción del dominio del español según las habilidades lingüísticas fue:

Cuadro 3. Percepción de la propia habilidad lingüística por estudiante

Inicial 1 Intermedio 2 Avanzado 3 Superior 4 No sé 5	Otras lenguas			
	Utilice la escala de 1 a 5 que está a la izquierda			
	Hablo	Comprendo	Leo	Escribo
Estudiante 1	4	4	4	4
Estudiante 2	4	4	4	4
Estudiante 3	4	4	4	4
Estudiante 4	3	3	3	3

Prueba diagnóstica

Para la comprobación del nivel de aptitud lingüística, se recurrirá a una prueba oral constituida por preguntas o solicitudes de descripción de imágenes. Se facilitará un ambiente amistoso, relajado, cordial, que ayude a disminuir el posible nerviosismo que ese tipo de pruebas podría suscitar. La evaluación se llevará a cabo una semana antes del inicio de las clases y por medio de la plataforma Zoom.

El diagnóstico iniciará con preguntas relacionadas a información personal, con cuya comprensión y respuestas el estudiante demuestre ser capaz de presentarse a sí mismo y de dar información relacionada con su propia formación académica y laboral: ¿cómo se llama usted?, ¿habla español?, ¿dónde estudió? ¿cómo aprendió español?, ¿hace cuánto lo estudió?

Se continuará con la solicitud de descripción de un día normal en la vida del estudiante: rutina diaria, labores académicas o de trabajo, actividades recreativas, etc., que permitan valorar el uso del presente de indicativo (incluidos los verbos reflexivos) y gustos o preferencias.

Además, se facilitará una imagen en la que se aprecia gente en diferentes actividades, de manera que el estudiante se vea en la necesidad de explicar lo que las otras personas hacen o están haciendo. Con esto se comprobará no solo el uso de verbos irregulares en presente y de la estructura del presente progresivo, sino también la amplitud y propiedad léxica del evaluado.

De manera similar, se ahondará sobre detalles de la experiencia en el aprendizaje del español para medir las habilidades del estudiante en la expresión de los hechos acaecidos en el pasado; sobre planes futuros y situaciones hipotéticas, sobre recomendaciones y consejos, y otros temas que permitan comprobar la capacidad del estudiante para expresarse según las

diferentes metas comunicativas gramaticales: describir, narrar, expresar gustos, hacer hipótesis, etc.

Entrevista

Por factores de tiempo, la entrevista no se efectuará en tiempo lectivo, sino que se enviará por correo electrónico para que sea completada de manera escrita.

Se proponen las siguientes tres preguntas, planteadas todas a la luz de lo revelado en el estado de la cuestión: la necesidad de contenidos lingüísticos particulares a un área de especialización profesional y de contenidos culturales abordados desde un relativismo cultural que permita el desarrollo de la competencia intercultural.

<u>Entrevista</u>
a. Describa brevemente una meta personal que lo motivaría a tomar un curso de español con fines médicos:
b. Mencione una situación laboral en la que usted considera que conocer aspectos culturales de sus pacientes favorecería el desarrollo de la consulta:

4.7. Descripción de la población estudiantil

Cuadro 4. Población estudiantil

Tema	Español con fines específicos: el español para médicos y el desarrollo la competencia intercultural
------	---

Población meta	Profesión	Personal o estudiantes de medicina o de carreras afines a las ciencias de la salud
	Perfil académico	Profesional o estudiante
	Origen	Estados Unidos
	Nacionalidad	Cualquier nacionalidad
	Rango de edad	18-60
	Número	3-4 estudiantes

En detalle, el grupo estuvo compuesto por 4 estudiantes de origen estadounidense, según se detalla a continuación:

Cuadro 5. Estudiantes del proyecto docente

Nombre del estudiante	Profesión	Nivel de español
Estudiante 1 (Estados Unidos, Ohio)	Estudiante de Interpretación Médica	Avanzado 1 (Español de herencia)
Estudiante 2 (Hawái)	Estudiante de Medicina	Avanzado 1
Estudiante 3 (Carolina del Norte)	Estudiante de Salubridad Pública	Avanzado 1
Estudiante 4 (Guyana)	Estudiante de Salubridad Pública	Avanzado 1

Los estudiantes se encontraban cursando el programa Español Avanzado para Profesionales de la Salud SPN-341, ofrecido por la Universidad Veritas. En este centro educativo, los estudiantes fueron ubicados en el nivel avanzado 1, según las pautas de proficiencia del ACTFL (American Council on the Teaching of Foreign Languages). Por la razón anterior, no se realizó el examen para el nivel de competencia lingüística o prueba de nivel.

El programa de formación médica en que estos estudiantes estaban participando está diseñado para personal de salud con un conocimiento amplio del español que requiere mejorar su competencia lingüística para interactuar con pacientes hispanohablantes y sus respectivas familias. Es decir, tiene un enfoque lingüístico práctico. Al final del curso, los participantes llevan a cabo una entrevista médica simulada con miembros de las familias que los hospedan.

4.8. Descripción del curso

Cuadro 6. Descripción del curso

Modalidad	Presencial
Intensidad	Intensivo
Nivel de español	A partir de B2 / Intermedio alto
Duración	1 semana
Horario	Lunes a viernes de 9 a.m. a 11:40 a.m.
Meta	Desarrollo de la competencia intercultural en el estudiante de español como segunda lengua para su comunicación con fines específicos profesionales médicos en el contexto de la consulta con el paciente latinoamericano.
Objetivo general	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar competencia intercultural por medio del estudio de los síndromes de filiación cultural latinoamericanos para la comunicación en español con fines profesionales médicos.
Enfoque	Por tareas y proyectos Simulación global

CAPÍTULO V. MACROUNIDAD

El siguiente plan consta de cinco unidades de 100 minutos cada una y que desarrollan un tema central relacionado con el objetivo general de este trabajo: generar un acercamiento del personal sanitario que aprende español como segunda lengua a aspectos interculturales mediante la puesta en práctica de unidades didácticas diseñadas para el estudio de los síndromes de filiación cultural latinoamericanos. Los títulos de cada unidad son:

- Mi contacto con la cultura meta
- Remedios caseros, herbolaria y medicina tradicional
- Síndromes de filiación cultural latinoamericanos I
- Síndromes de filiación cultural latinoamericanos II
- Mi profesión y la cultura meta

La presentación de cada una de esas unidades cuenta con el siguiente formato:

- Título de la unidad, breve introducción del tema por tratar, bibliografía consultada y recomendada.
- Explicación de cada una de las actividades planeadas. En esta sección se detalla lo siguiente: objetivo general, tema cultural, contenido lingüístico, contenido intercultural, actividad introductoria (motivación), actividad central, actividad de cierre, respuesta esperada, tarea.

Como resumen, se ofrece la siguiente sinopsis (Cuadro 5):

Cuadro 7. Sinopsis de las unidades didácticas

Unidad	Objetivo general	Objetivos específicos	Contenidos culturales	Estrategias interculturales	Función lingüística
<p>Primera unidad: Mi contacto con la cultura meta</p>	<p>Desarrollar sensibilidad sobre la importancia de superar la propia visión etnocéntrica hacia la cultura meta para un acto comunicativo eficaz en una situación intercultural.</p>	<p>Actividad de motivación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionar aspectos de mi vivencia en países latinoamericanos con la realidad pluriétnica y multicultural latinoamericana para la mejor apreciación de mi posición frente a la cultura meta. 2. Reconocer mi percepción sobre mi propio contacto con la cultura latinoamericana mediante experiencias compartidas para la reflexión de mis reacciones, pensamientos, interpretaciones, recuerdos y emociones. <p>Actividad central</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Proporcionar información relevante sobre las costumbres y culturas de diferentes países hispanohablantes. 4. Analizar las diferencias culturales entre mi propia cultura y la cultura del país elegido. 5. Utilizar el lenguaje de forma efectiva para dar recomendaciones interculturales a otros viajeros. <p>Actividad de cierre</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Interpretar mis propias emociones frente a la diversidad de la cultura meta para mi mejor desempeño intercultural. 	<p>Situaciones culturales que pueden prestarse para malentendidos: formas de saludo, concepto de la puntualidad, apodos, etc.</p>	<p>Aproximación: Identificación las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante en relación con otras culturas, especialmente la cultura española e hispanoamericana</p> <p>Sensibilización y concientización: Desarrollo de la sensibilidad y la concientización por medio de la comparación entre dos o más culturas y expresión de opiniones, emociones y recomendaciones al respecto.</p>	<p>Opinar Verbos de opinión y emoción (con indicativo o subjuntivo). Verbos de recomendación con subjuntivo o estructuras alternas.</p>

Unidad	Objetivo general	Objetivos específicos	Contenidos culturales	Estrategias interculturales	Función lingüística
Segunda unidad: Remedios caseros y herbolaria	Identificar algunas aplicaciones de la herbolaria dentro de las prácticas de salud latinoamericanas para la comprensión de los principios organizadores de la cultura meta en este tema.	<p>Actividad de motivación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar algunas plantas básicas usadas tanto en medicina tradicional como en la cocina internacional. <p>Actividad central</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Completamiento de los nombres de las partes de la planta en un dibujo facilitado para tal fin. 3. Indicar algunas de las plantas más usadas en medicina tradicional en Costa Rica: nombres, partes, formas de preparación, principios activos y usos. <p>Actividad de cierre</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Establecer posibles supuestos básicos que organizan algunas prácticas de salud de la cultura meta por medio de la elaboración de remedios caseros. 	La medicina tradicional en América Latina: la herbolaria y los remedios caseros.	<p>Aproximación: Identificación de las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante en relación con otras culturas.</p> <p>Relativización: Se percibe el carácter relativo de la cultura.</p>	Vocabulario referente a partes de las plantas, formas de preparación y efectos clínicos: hoja, tallo, raíz, pétalos, tisana, infusión, tintura, cataplasma, antiespasmódico, analgésico, etc.
Tercera unidad: Síndromes de filiación cultural latinoamericanos I	Describir objetos utilizados para aliviar males comunes y culturales para la comprensión de los principios organizadores de la cultura meta en este tema.	<p>Actividad de motivación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar vocabulario de síntomas para la descripción de males comunes. <p>Actividad central</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Reconocer los objetos utilizados popularmente para aliviar males comunes o culturales como medio para aliviar males comunes o culturales. <p>Actividad de cierre</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Valorar los principios organizadores de la cultura meta sobre temas de salud y enfermedad por medio de la expresión respetuosa de mis propias opiniones. 	Objetos utilizados para aliviar males comunes y culturales: amuletos, quema de hierbas, aceites esenciales, piedras, plantas, etc.	<p>Profundización: Fortalecimiento y diversificación de las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante en relación con otras culturas.</p> <p>Organización: Comprensión y evaluación de los valores, actitudes y prácticas de diferentes culturas de manera crítica, sin juzgar desde la propia perspectiva cultural.</p>	Vocabulario médico relacionado con síntomas de las enfermedades: verbos reflexivos de cambio de condición (como enfermarse), adjetivos y sustantivos.
Unidad	Objetivo general	Objetivos específicos	Contenidos culturales	Estrategias interculturales	Función lingüística
Cuarta unidad: Síndromes de filiación culturales latinoamericanos II	Comprender las convenciones culturales para la actuación como mediador	<p>Actividad de motivación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detallar los síntomas y creencias atribuidos a los síndromes de filiación cultural mediante la observación de 	Síndromes de filiación cultural: el mal de ojo, la mollera caída, el empacho o pega,	Consolidación Desarrollo de un control consciente de las actitudes y factores afectivos	Formulación de preguntas. Verbos de recomendación y opinión.

	intercultural y la resolución de conflictos.	<p>tarjetas ilustrativas para su mejor identificación.</p> <p>Actividad central</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Comprender conversaciones sobre el mal de ojo y otros síndromes de filiación cultural para la valoración de mi actuación profesional en la resolución de situaciones nuevas. 3. Ofrecer una explicación médica a la causa de los síntomas asociados al mal de ojo y a otros síndromes de filiación cultural sin recurrir a tecnicismos. <p>Actividad de cierre</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Determinar los factores que entran en juego en una mediación de conflictos para el logro de una comunicación intercultural efectiva. 	mal aire, susto, quebranto y chistate.	<p>personales en relación con otras culturas.</p> <p>Implicación – interiorización</p> <p>Definición de la propia postura en relación con la otra cultura, aceptación o rechazo valiéndose de destrezas y estrategias para actuar como mediador intercultural y resolver conflictos.</p>	
<p>Quinta unidad: Mi profesión y la cultura meta</p>	<p>Formular estrategias de búsqueda de herramientas lingüístico-culturales para el fortalecimiento de la competencia intercultural.</p>	<p>Actividad de motivación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comparar mi propia experiencia intercultural con la de mis compañeros de clase para la comprensión de la universalidad de los valores interculturales. <p>Actividad central</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Determinar la importancia de la competencia intercultural en médicos que atienden pacientes de una cultura ajena para ellos. <p>Actividad de cierre</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Agradecimiento y despedida. 	<p>Valores: sensibilidad, empatía y tolerancia.</p>	<p>Búsqueda de estrategias que aseguren una comunicación efectiva y satisfactoria durante situaciones interculturales complejas (delicadas, incómodas, comprometedoras, etc.).</p>	<p>Verbos de opinión. Verbos de emoción.</p>

5.1. Primera unidad: Mi contacto con la cultura meta

En esta unidad se presentan actividades de conversación e interacción grupal diseñadas con el fin de que los estudiantes ahonden en las emociones que han experimentado en situaciones interculturales, particularmente en aquellas relacionadas con la cultura meta.

Este paso se plantea como fundamental para lograr las dos primeras etapas del proceso de adquisición de la competencia intercultural: la sensibilización y la concienciación. La primera, según se amplía en el marco conceptual, entendida como el darse cuenta de la visión etnocéntrica que tenemos de la realidad y la segunda como la comprensión de la importancia de comprender esto para poder comunicarse efectivamente en una situación intercultural.

En relación con el papel de las actitudes y las emociones y sus fases en la adquisición de la competencia intercultural, se trabajará en esta unidad con la primera: la aproximación. Recordemos que, en la fase de aproximación, se busca identificar las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante con respecto a otras culturas, especialmente la cultura española e hispanoamericana.

Bibliografía consultada y recomendada

- Baz, Á. A. (2013). El tratamiento de la competencia intercultural en alumnos sinohablantes en inmersión total. *En Plurilingüismo y enseñanza de ELE en: XXIII Congreso Internacional de ASELE* (pp. 53-68). Recuperado de https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/23/23_0010.pdf
- Ramírez G., A. S. y Ramírez G., M. A. (2014). Estrategias didácticas para el fortalecimiento de la competencia comunicativa intercultural de los asistentes de lenguas extranjeras (TFG). Bogotá, Colombia: Universidad Libre de Colombia.

Descripción de la primera unidad: Mi contacto con la cultura meta

Objetivo general	Desarrollar sensibilidad sobre la importancia de superar la propia visión etnocéntrica hacia la cultura meta para un acto comunicativo eficaz en una situación intercultural.
Contenidos lingüísticos	<ul style="list-style-type: none">● Verbos de opinión y emoción (con indicativo o subjuntivo): creer, parecer, estar seguro, gustar, encantar, molestar, etc.● Verbos de recomendación con subjuntivo o estructuras alternas: tener que + infinitivo, haber que + infinitivo y deber + infinitivo.
Contenido cultural	Situaciones culturales que pueden prestarse para malentendidos: formas de saludo, concepto de la puntualidad, apodos, expresiones faciales, relaciones interpersonales, direcciones, platos típicos, nombres de mascotas, moda, transporte público, decoración.
Actividad de inicio: Saludo y presentación personal (5 a 10 minutos)	<p>Se iniciará el día con un saludo y algunos comentarios casuales con la intención de sondear el estado general del grupo y la posible aparición de inconvenientes para el desarrollo normal de la clase (ausencia de algún estudiante o imprevistos de cualquier índole). Los estudiantes responden e interactúan con la profesora.</p> <p>La profesora y los estudiantes se presentan. Una vez dada la información personal básica (nombre, origen, profesión, etc.), la profesora motivará al grupo a conversar sobre inquietudes y expectativas.</p> <p>La profesora cerrará esta actividad con un comentario sobre la conexión entre las expectativas y las necesidades del grupo en relación con el contenido del curso.</p> <p>La profesora escribirá en la pizarra el plan de clase siguiendo el primer paso de la siguiente actividad (diagrama de Venn).</p>
Actividad de motivación (15 a 20 min)	Creación de un diagrama de Venn

Objetivos específicos:

- Relacionar aspectos de mi vivencia en países latinoamericanos con la realidad pluriétnica y multicultural latinoamericana para la mejor apreciación de mi posición frente a la cultura meta.
- Reconocer mi percepción sobre mi propio contacto con la cultura latinoamericana mediante experiencias compartidas para la reflexión de mis reacciones, pensamientos, interpretaciones, recuerdos y emociones.

Destreza:

- Habla
- Escritura

Macrohabilidad del estudiante:

- Utiliza estrategias de habla para establecer comparaciones entre dos culturas y hacer recomendaciones.
- Emite recomendaciones.
- Expresa su opinión y la fundamenta.
- Conoce las estructuras del español para expresar emoción, opinión y recomendaciones con subjuntivo o indicativo o bien estructuras alternas.

Microhabilidad del estudiante:

- Emplea vocabulario preciso sobre diferencias a fin de explicar su opinión.

Material: pizarra y marcadores

Estrategias: Trabajo grupal

- Elaboración de un diagrama de Venn
- Debate

Descripción de la actividad:

La profesora escribe en uno de los extremos de la pizarra la siguiente lista: formas de saludo, concepto de la puntualidad, apodos, expresiones faciales, relaciones interpersonales, direcciones, platos típicos, nombres de mascotas. Los estudiantes la leen en voz alta y se aseguran de comprender todas las palabras. La profesora los invita a adivinar cuál es el tema para la clase de ese día con base en la lista escrita en la pizarra. Los estudiantes comparten sus opiniones y las justifican (con verbos de opinión). Luego de unos minutos, si los estudiantes no lo han hecho aún, la profesora concluirá con una breve mención del tema: situaciones culturales que pueden prestarse para malentendidos.

	<p>La profesora les solicita a los estudiantes que dibujen un diagrama de Venn en la pizarra y que, de acuerdo con su propia experiencia de contacto con la cultura latinoamericana, distribuyan los conceptos estudiados de la siguiente manera: en el centro, las situaciones culturales que les han parecido iguales a las suyas propias, a la izquierda las que relacionan con malos momentos y a la derecha las que relacionan con situaciones agradables o incluso chistosas. Para ello deberán ponerse de acuerdo y tomar una decisión de en qué parte del diagrama de Venn escribir el concepto.</p> <p>Una vez que se haya puesto de acuerdo, los estudiantes explicarán sus apreciaciones a la profesora.</p> <p>La profesora observará el desarrollo de la actividad y anotará datos que desee retomar más adelante, tales como reacciones de los estudiantes (sorpresa, disgusto, melancolía) o bien aspectos lingüísticos que quiera reforzar o destacar por alguna razón (durante la actividad, la profesora no interrumpirá, salvo que se le dirija alguna pregunta puntual).</p>
<p>Actividad central (40 a 50 min)</p>	<p>Guía intercultural de viajes para unas vacaciones entre amigos</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar información relevante sobre las costumbres y culturas de diferentes países hispanohablantes. ● Analizar las diferencias culturales entre mi propia cultura y la cultura del país elegido. ● Utilizar el lenguaje de forma efectiva para dar recomendaciones interculturales a otros viajeros. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habla <p>Macrohabilidades del estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comunica opinión y emoción, da ideas de apoyo, aporta nueva información y ejemplifica. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Papel e implementos para escribir <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trabajo grupal

	<ul style="list-style-type: none"> ● Simulación global <p>Descripción de la actividad: Los estudiantes se dividen en dos grupos. Cada pareja trabajará en elegir algunos países hispanohablantes latinoamericanos de los que tengan algún conocimiento previo por haberlo visitado, haber vivido en él, conocer personas oriundas de allí o bien porque deseen visitarlos. Con base en sus experiencias personales, o investigando por su propia cuenta, recopilarán información relevante sobre la cultura y las costumbres del país elegido con el fin de elaborar un itinerario de viaje a esos lugares. La información puede incluir temas como comida, tradiciones, festivales, vestimenta, horarios, normas de conducta, etc. Tomando en cuenta esa información, elaborarán una rápida guía de consejos sobre cómo lidiar con ciertas diferencias culturales entre su propia cultura y la cultura del país elegido para evitar que afecten los planes de los viajeros que decidan visitar esos lugares. Los cuatro estudiantes se reúnen de nuevo y planean unas vacaciones juntos, proponiendo sus propias guías de viaje y sus consejos. Al final deberán explicar a la profesora cuáles lugares van a visitar y cómo harán para sobrellevar las situaciones culturales difíciles si se les presentaran.</p> <p>Evaluación: La actividad puede evaluarse en función de la investigación y la presentación del país elegido, la calidad y relevancia de las recomendaciones interculturales, es decir, aquellas que demuestren respeto, tolerancia y empatía, y la capacidad de los estudiantes para utilizar el lenguaje de forma efectiva para dar recomendaciones a otros viajeros.</p> <p>Enfoque: Enfoque por tareas y simulación global.</p>
Actividad de cierre (10 a 15 minutos)	<p>Debate sobre la importancia del autoconocimiento emocional para el desarrollo de la sensibilidad, la empatía y la tolerancia.</p> <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Interpretar mis propias emociones frente a la diversidad de la cultura meta para mi mejor desempeño intercultural. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habla

	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura <p>Macrohabilidad del estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usa registro apropiado, convenciones pragmáticas y otras características sociolingüísticas en intercambio de opinión: espera su turno para hablar, cede la palabra, usa conectores, muestra acuerdo, etc. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debate grupal <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La profesora presenta en la pizarra la siguiente frase: <p>"When people are least sure, they are often most dogmatic." John Kenneth Galbraith</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los estudiantes comentan sus impresiones sobre la frase y establecen una relación entre esta y lo discutido en la clase durante las actividades anteriores. • Por medio de preguntas, la profesora motiva a los estudiantes a establecer la conexión entre las frases expuestas y el tema tratado en clase: ¿qué ventajas podría tener para un turista hablar la lengua del país que visita?, ¿ustedes buscan información de los lugares a los que van a viajar (clima, lugares icónicos, festividades, costumbres), ¿para qué?, etc.
Respuesta esperada	<p>Hace: Describe, narra en pasado, expresa opinión y emociones.</p> <p>Discrimina: Selecciona información más relevante sobre la cultura meta y la propia.</p> <p>Reflexiona: Considera la heterogeneidad de la cultura meta y medita sobre sus emociones al respecto.</p>
Asignación de la tarea	<p>Diario intercultural</p> <p>Estrategia:</p>

(5 a 10 min)

Descripción:

- Se otorga al estudiante la responsabilidad de su propio aprendizaje.
- Los estudiantes escriben un diario de sus experiencias interculturales durante una semana, enfocándose en sus reacciones emocionales y sus percepciones culturales. Después de una semana, pueden compartir sus experiencias en grupo y reflexionar sobre las similitudes y diferencias entre sus experiencias. Esta actividad puede ayudar a los estudiantes a desarrollar su competencia intercultural y a mejorar su capacidad para entender y apreciar otras culturas.
- Las reflexiones escritas en el diario se compartirán el último día de clases en una clase de lectura y comentarios.

5.1.1. Diario de clase del primer día

A las 9 a.m. se inició con las actividades planeadas. Los pupitres fueron dispuestos en grupo para facilitar la interacción y el trabajo en equipo. Todo el material requerido para iniciar la clase estaba ya preparado y listo. No hubo inconvenientes para iniciar.

La profesora se presentó primero y los estudiantes seguidamente, tomando turnos. La profesora introdujo la clase con la explicación de su presencia en el programa de español médico que ellos estaban cursando (Español Avanzado para Profesionales de la Salud SPN-341, de la Universidad Veritas).

La profesora instó a los estudiantes a reflexionar sobre aspectos culturales fundamentales para la efectiva comunicación a fin de establecer el tema central del plan de clase anotado en la pizarra. Luego de algunas consideraciones básicas, como el aspecto lingüístico, los estudiantes aportaron otra idea más: la herbolaria. La profesora procedió entonces con la actividad de motivación, (diagrama de Venn, explicado en el plan de clase) y se resaltaron muchos aspectos más, todos relacionados con la cultura y la interculturalidad: la puntualidad, los gestos, los apodos, entre otros y la vergüenza, la risa y el enojo. Este paso tuvo como eje central la meta de la aproximación, es decir, la identificación de las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante con respecto a otras culturas, especialmente la cultura española e hispanoamericana.

La profesora invitó a los estudiantes a dividirse en dos grupos para que trabajaran en la siguiente actividad (la actividad central), en la cual requerirían aplicar el producto de la reflexión generada en la actividad de motivación para elaborar una guía turística cultural para un supuesto grupo de amigos. Las parejas eligieron Argentina y Colombia como los destinos de sus viajes y aportaron información sobre comida, tradiciones, festivales, vestimenta, horarios, normas de conducta, etc. Luego las expusieron a la clase y se tomó en cuenta esa

información para consejos sobre cómo lidiar con ciertas diferencias culturales entre su propia cultura y la cultura del país elegido a fin de evitar que estas afecten los planes de los viajeros que decidan visitar esos lugares.

Para cerrar las actividades del día, la profesora procedió con la actividad de cierre y en la pizarra escribió: "When people are least sure, they are often most dogmatic" (John Kenneth Galbraith), según el plan trazado. Al final de la actividad, uno de los estudiantes concluyó que todo se trata de "humildad cultural" y los estudiantes expresaron por qué estaban de acuerdo con ella. La profesora cerró con una reflexión sobre la importancia de observar nuestras propias emociones a la hora de enfrentar las diferencias culturales y la relación de esto con la comunicación: la propia seguridad sobre lo que se siente, le permitirá al hablante ser más empático, tolerante, respetuoso y flexible a la hora de actuar como mediador intercultural.

Este paso inicial correspondió a las dos primeras etapas del proceso de adquisición de la competencia intercultural: la sensibilización y la concienciación: darse cuenta de la visión etnocéntrica que tenemos de la realidad y comprender la importancia de este paso para la efectiva comunicación en una situación intercultural.

El primer día de clase logró alcanzar los objetivos planteados en la introducción, abordando la sensibilización y la concienciación en la competencia intercultural. Los estudiantes participaron activamente, demostrando habilidades lingüísticas y reflexivas. La conexión entre las actividades desarrolladas y la reflexión final sobre las emociones en situaciones interculturales estableció una base sólida para el desarrollo continuo de la competencia intercultural a lo largo de la unidad didáctica.

La evaluación general indica que la lección fue bien planeada y ejecutada en las distintas destrezas, manejo del tiempo, motivación, claridad en las instrucciones, transiciones entre las actividades, supervisión de cada actividad, y evidencia de lecciones planeadas, donde todas recibieron una calificación de "E" (excelente). Sin embargo, en la variedad de técnicas y actividades, se señala que la clase se centró principalmente en la técnica pregunta-respuesta, lo que resultó en una calificación de "B" (bueno).

En cuanto a las técnicas utilizadas, el tiempo de interacción verbal entre la profesora y los estudiantes recibió una calificación de "B", ya que prevaleció el habla de la profesora, aunque con el objetivo de motivar la participación de los estudiantes. En otras áreas como la mezcla de trabajo en grupo o individual, uso de ayudas visuales, lengua meta como lengua de instrucción, adecuación de la lengua al nivel de los estudiantes, evaluación del aprendizaje, autocorrección, velocidad y claridad de la voz, y selección del vocabulario, todas obtuvieron una calificación de "E" (excelente).

En el ambiente de clase, se destaca la propiciación de un ambiente positivo y cálido desde el primer contacto con los estudiantes y fue calificado con "E", al igual que el dominio de la materia, la claridad en las explicaciones.

5.2. Segunda unidad: Remedios caseros y herbolaria

En esta unidad se plantean actividades de escritura y escucha relacionadas con la herbolaria y los remedios caseros en Latinoamérica con las que se pretende abordar las etapas de relativización y organización que comprenden el proceso de adquisición de la competencia intercultural como parte integral del aprendizaje de una segunda lengua según Denis y Matas (citas por Ramírez y Ramírez (2014): esto es la relativización y la organización. Ambas etapas se refieren a la capacidad de los estudiantes para comprender y evaluar los valores, actitudes y prácticas de diferentes culturas de manera crítica, sin juzgarlos desde su propia perspectiva cultural.

En el contexto de las actividades propuestas, estas etapas se abordan al fomentar la exploración y el análisis de las prácticas médicas y las tradiciones culturales de Latinoamérica, sin juzgarlas desde la perspectiva de los estudiantes. Se trata de que los estudiantes determinen los principios organizadores en la cultura meta, es decir, los supuestos básicos a partir de los cuales se derivan las clasificaciones y los valores relacionados con los remedios caseros y las plantas medicinales en Latinoamérica. Esto les permitirá comprender cómo estas prácticas están enraizadas en la cultura y la historia de la región, lo que a su vez les llevará a reflexionar sobre la experiencia intercultural y a desarrollar su competencia intercultural.

Al igual que en la unidad anterior, y en relación con el papel de las actitudes y las emociones y sus fases en la adquisición de la competencia intercultural, se trabajará la aproximación para continuar con la identificación de las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante con respecto a otras culturas, especialmente la cultura española e hispanoamericana.

Por otro lado, esta unidad se fundamenta, como la anterior, en el tercer paso del proceso descrito por Denis y Matas (citadas por Ramírez y Ramírez (2014) para el proceso de adquisición de la competencia intercultural: el de la organización, según el cual el individuo se percata del carácter relativo de la cultura.

Bibliografía consultada y recomendada

Aguilar, A., López Villafranco, M. E., Xolalpa Molina, S., & Yolpahtli, S. C. (2003). Los tratamientos populares y el personal de salud. Relevancia de la herbolaria.

Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=186134&indexSearch=ID>

Aguilar, A., Santiago Xolalpa, Y. M. (2009). Los tratamientos populares y el personal de salud: relevancia de la herbolaria. En *Yachay tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 33-41). Bolivia: PROHISABA.

Baz, Á. A. (2013). El tratamiento de la competencia intercultural en alumnos sinohablantes en inmersión total. *En Plurilingüismo y enseñanza de ELE en: XXIII Congreso Internacional de ASELE* (pp. 53-68). Recuperado de https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/23/23_0010.pdf

García, F. (2018, marzo 13). Remedios naturales y caseros para la tos [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=2ZlhiAgGZIU>

Quesada, M. (2008). *Plantas al servicio de la salud, plantas medicinales de Costa Rica y Centroamérica*. San José, Costa Rica: EUNED.

Descripción de la segunda unidad: Remedios caseros y herbolaria

Objetivo general	Identificar algunas aplicaciones de la herbolaria dentro de las prácticas de salud latinoamericanas para la comprensión de los principios organizadores de la cultura meta en este tema.
Contenido lingüístico	Vocabulario referente a partes de las plantas, formas de preparación y efectos clínicos: hoja, tallo, raíz, pétalos, tisana, infusión, tintura, cataplasma, antiespasmódico, analgésico, etc.
Contenido cultural	La medicina tradicional en América Latina: la herbolaria y los remedios caseros.
Actividad de inicio: Saludo (5 a 10 min)	Se iniciará el día con un saludo y algunos comentarios casuales con la intención de sondear el estado general del grupo y la posible aparición de inconvenientes para el normal desarrollo de la clase: ausencia de algún estudiante, imprevistos sobre el horario, dificultades con la tarea, etc. Los estudiantes responden e interactúan con la profesora. La profesora explicará que en esta clase se ahondará en uno de los puntos mencionados el día anterior durante la conversación de las diferencias culturales y que ese punto tiene especial relación con el concepto de salud y enfermedad en América Latina (el uso de plantas medicinales). Los estudiantes tratarán de adivinar y, si no, lo logran, la profesora revelará el tema. Se deben aprovechar los temas que los estudiantes mencionen para tratar de profundizar en los principios alrededor de los cuales gira la cultura.
Actividad de motivación (15 a 20 min)	<p>Objetivo específico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar algunas plantas básicas usadas tanto en medicina tradicional como en la cocina internacional. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habla <p>Microhabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Emplea apropiadamente el vocabulario de partes de plantas, formas de preparación y efectos. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Imágenes de romero, orégano, albahaca, tomillo, comino, culantro, ajo, cebolla, limones y otras plantas y frutos de uso común en la cocina internacional (proyectadas en una pantalla en el aula, Anexo #1). <p>Estrategias:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Actividad de motivación a la actividad central. ● Uso de imágenes llamativas con elementos presumiblemente conocidos por el estudiante. ● Conversación espontánea <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La profesora pregunta sobre plantas que los estudiantes usen para condimentar sus platos favoritos. En caso de que no puedan mencionarlos (porque no los recuerden o por cualquier otro motivo) se puede recurrir a las imágenes preparadas para este fin: imágenes de albahaca, orégano, romero, etc. ● Los estudiantes comentarán por qué usan esas plantas y dónde las consiguen. Agregarán además cualquier detalle adicional que consideren pertinente: gustos, alergias, propiedades de esas plantas (si los conocieran), etc.
<p>Actividad central (60 min)</p>	<p>Elaboración de un glosario sobre plantas</p> <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Indicar algunas de las plantas más usadas en medicina tradicional en Costa Rica: nombres, partes, formas de preparación, principios activos y usos. <p>Destrezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lectura ● Habla <p>Microhabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conocimiento gramatical y lexical: los estudiantes deberán utilizar correctamente el vocabulario y las estructuras gramaticales relacionadas con el tema para comunicarse de manera efectiva. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dibujo de una planta para completar con los nombres de sus partes (Anexo #2) ● Láminas del Herbario Nacional de Costa Rica: “Plantas al servicio de la salud, plantas medicinales de Costa Rica y Centroamérica (Quesada, 2008). (Anexo #3) <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Uso de material auténtico ● Lectura en silencio

	<ul style="list-style-type: none"> ● Actividad lúdica y uso de la creatividad <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los estudiantes trabajarán en conjunto para completar un dibujo con las partes de una planta en el que deban escribir los siguientes términos: hojas, fruto, raíz, tallo, cogollo, cáscara, semilla y pulpa (Anexo #2). La profesora revisa los términos y valida las respuestas. ● La profesora presenta las láminas del Herbario Nacional de Costa Rica: “Plantas al servicio de la salud, plantas medicinales de Costa Rica y Centroamérica (Quesada: 2008) (Anexo #3) y explica la actividad: Se entregará una lámina a cada estudiante, quien deberá leerla y estudiarla en silencio: nombre de la planta, propiedades, formas de preparación y condiciones médicas en las que se usa. ● Una vez que los estudiantes hayan leído su lámina deberán presentar la información aprendida al resto de los compañeros, pero entre los datos aprendidos incluirá alguno falso: una propiedad de esa planta, una enfermedad o síntoma que trata o una forma de preparación. ● El resto del grupo deberá adivinar cuál es el dato falso y explicar por qué sospecha de ese dato en particular. ● Si ningún compañero logra adivinar cuál es el dato falso, se le asignará un punto al estudiante expositor; en caso contrario, el punto será para el estudiante que adivine. ● Ganará el estudiante con más puntos acumulados. <p>Enfoque: Enfoque por tareas y por proyectos.</p>
<p>Actividad de cierre (10 a 15 minutos)</p>	<p>Objetivo específico: Establecer posibles supuestos básicos que organizan algunas prácticas de salud de la cultura meta por medio de la elaboración de remedios caseros.</p> <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Escucha <p>Macrohabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comprensión global del mensaje: la capacidad de entender el significado general de un discurso o mensaje. <p>Microhabilidad:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificación de palabras y frases: la capacidad de identificar palabras y frases específicas en un discurso o mensaje. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Computadora ● Conexión a wifi ● Proyector <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Escucha global: Los estudiantes escuchan el audio completo sin detenerse, para tener una idea general de la información que se presenta. ● Uso de material auténtico <p>Descripción de la actividad:</p> <p>La profesora explica que se apreciará un fragmento (0:00 a 2:07) del video sobre el uso de las plantas medicinales disponible en https://www.youtube.com/watch?v=2ZlhiAgGZIU sin más información y sin más preparación previa que la ofrecida por la actividad de motivación y la actividad central de esta segunda unidad. El video podrá reproducirse hasta tres veces según la necesidad de los estudiantes. Los estudiantes deben responder las siguientes preguntas mientras escuchan el video:</p> <p>¿Quién es el entrevistado?</p> <p>¿Cuáles son los cuatro puntos que debemos tener en cuenta para utilizar una planta medicinal?</p> <p>¿De qué planta está hablando?</p> <p>¿Cuál es la advertencia que hace sobre el uso de esta planta?</p> <p>Como reflexión final, la profesora motiva a los estudiantes a reflexionar sobre el aporte que nos da el video: Las opiniones de expertos sobre la práctica de la herbolaria.</p>
<p>Respuesta esperada</p>	<p>Discrimina: Comprende de manera global el mensaje escuchado.</p> <p>Conoce:</p>

	<p>El vocabulario de las partes de las plantas.</p> <p>Hace: Responde las preguntas con base en la información que capta durante la actividad de escucha.</p>
Tarea	<p>La profesora monitorea cómo va la escritura del diario asignado como tarea en la primera lección.</p>

5.2.1. Diario de clase del segundo día

Se inició a la misma hora y de la misma manera que el primer día de clases. El primer paso fue una reflexión sobre el tema de la clase anterior; los estudiantes mencionaron conceptos relacionados a la interculturalidad como: respeto, conexión, comprensión.

Debido a un problema técnico, la profesora no mostró las imágenes de plantas utilizadas por la culinaria internacional, según se tenía planeado para la actividad de motivación; pero desarrolló el tema como en una conversación casual sobre la cocina y las plantas para condimentar. Con esta pequeña motivación los estudiantes participaron ampliamente y describieron plantas como la albahaca, el orégano y la menta.

Como tarea posibilitadora, la profesora llevó a cabo con éxito la actividad relacionada con el vocabulario de las plantas, de manera que se contara con las herramientas lingüísticas para conversar sobre las plantas y sus partes empleadas en la elaboración de remedios caseros: hojas, tallos, raíces, pétalos, etc.

Con la actividad central se fomentó la ampliación del tema de las plantas empleadas en la cocina internacional por su sabor, pero que también son utilizadas en la medicina tradicional por sus propiedades curativas. Los estudiantes leyeron el material auténtico facilitado. Esta actividad permitió la relativización y la organización, es decir la capacidad de los estudiantes para comprender uno de los pilares sobre los que gira la temática de la salud en la cultura latinoamericana: la herbolaria. Discutieron sobre los nombres de las plantas, las propiedades medicinales y las formas de preparar los remedios.

La actividad de cierre propició la reflexión sobre la forma responsable de distinguir las plantas para uso medicinal: su correcta identificación, la parte que se debe utilizar y la forma de preparación.

Al final del segundo día, se logró abordar las etapas de relativización y organización según Denis y Matas (citados por Ramírez y Ramírez, 2014). Estas etapas buscan que los estudiantes comprendan y evalúen críticamente valores, actitudes y prácticas de diferentes culturas sin juzgar desde su propia perspectiva.

La evaluación general de la lección destaca un desempeño excelente en múltiples aspectos. En el planeamiento de la lección, se aplicaron diversas técnicas y actividades para cumplir con distintos objetivos. Además, se combinaron habilidades en habla, escucha y lectura, lo que demostró un manejo adecuado del tiempo, con transiciones fluidas entre las actividades. La motivación se logró mediante una contextualización gradual del tema, mientras que las instrucciones fueron claras y se verificó la comprensión de los estudiantes.

En cuanto a las técnicas utilizadas, se destaca la calificación excelente en el tiempo de interacción verbal entre profesor y estudiante, así como el uso efectivo de ayudas visuales, en este caso, imágenes de plantas medicinales. La lengua meta se empleó de manera adecuada como lengua de instrucción, y la evaluación del aprendizaje fue constante y acertada. Se propició la participación activa de los estudiantes, se fomentó la construcción conjunta del conocimiento y se incentivó la interacción y colaboración entre ellos, lo que se logró aprovechando eficientemente el tamaño del grupo.

La relación profesora-estudiante reflejó una actitud de mucho respeto. En cuanto al dominio de la materia, las explicaciones fueron claras, ejemplificadas y contextualizadas, y aunque los contenidos estuvieron adecuados, se señaló la dificultad ocasional para evaluar la veracidad de ciertas explicaciones, especialmente cuando parecían basarse en conocimiento intuitivo o experiencial. En general, la lección fue altamente exitosa, y recibió calificaciones excelentes en la mayoría de los criterios evaluados.

5.3. Tercera unidad: Síndromes culturales: alivio de males comunes y culturales latinoamericanos

En esta unidad se incluyen actividades de lectura y habla relacionadas con objetos utilizados para aliviar males comunes y culturales en Latinoamérica con las que se pretende abordar la etapas de organización del proceso de adquisición de la competencia intercultural como parte integral del aprendizaje de una segunda lengua según B Denis y Matas (citadas por Ramírez y Ramírez (2014): capacidad de los estudiantes para comprender y evaluar los valores, actitudes y prácticas de diferentes culturas de manera crítica, sin juzgarlos desde su propia perspectiva cultural.

En el contexto de las actividades propuestas, estas etapas se abordan al fomentar la exploración y el análisis de las prácticas populares de Latinoamérica. Se trata de que los estudiantes determinen los principios organizadores en la cultura meta, es decir, los supuestos básicos a partir de los cuales se derivan las clasificaciones y los valores relacionados con los remedios caseros y las plantas medicinales en Latinoamérica. Esto les permitirá comprender cómo estas prácticas están enraizadas en la cultura y la historia de la región, lo que a su vez les llevará a reflexionar sobre la experiencia intercultural y a desarrollar su competencia intercultural.

En cuanto al papel de las actitudes y las emociones y sus fases en la adquisición de la competencia intercultural según el Plan Curricular del Instituto Cervantes, se trabajará en esta unidad con la segunda: fase de profundización, según la cual se fortalecen y diversifican las motivaciones, actitudes y factores afectivos personales del estudiante en relación con otras culturas y se desarrolla la sensibilidad y la apertura hacia otras culturas, así como la capacidad de enfrentar episodios de intolerancia o estrés cultural.

Bibliografía consultada y recomendada

Arganis, E. N. (2003). Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. En Yachay Tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina (pp. 205-223). Bolivia. Recuperado de <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/salud-interculturalidad.pdf#page=209>

Flores, A. U. (2014). Síndromes de filiación cultural atendidos por médicos tradicionales. Revista de Salud Pública, 17(2). doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.42243>

Descripción de la tercera unidad: Síndromes culturales latinoamericanos: alivio de males comunes y culturales

Objetivo general	Describir objetos utilizados para aliviar males comunes y culturales para la comprensión de los principios organizadores de la cultura meta en este tema.
Contenido lingüístico	Vocabulario médico relacionado con síntomas de las enfermedades: verbos reflexivos de cambio de condición (como enfermarse), adjetivos y sustantivos.
Contenido cultural	Objetos utilizados para aliviar males comunes y culturales: amuletos, quema de hierbas, aceites esenciales, piedras, plantas, etc.
Actividad de inicio: Saludo (5 minutos)	Se iniciará el día con un saludo y algunos comentarios casuales con la intención de sondear el estado general del grupo y la posible aparición de inconvenientes para el normal desarrollo de la clase: ausencia de algún estudiante, imprevistos sobre el horario, dificultades con la tarea, etc. Los estudiantes responden e interactúan con la profesora. La profesora escribirá el plan de clase, para ello, preguntará a los estudiantes cuáles temas consideran ellos importantes o necesarios para profundizar en el aspecto cultural del tratamiento del tema de salud y enfermedad en América Latina. La profesora escuchará los temas y los motivos expuestos y, sea que lo mencionen o que no, se propondrá el estudio de síndromes culturales, para lo que se explicará, de manera muy general, lo que los estudiantes deseen saber para comprender este contenido.
Actividad de motivación 30 min	<p>Descripción de síntomas de males comunes</p> <p>Objetivo específico: Recordar vocabulario de síntomas para la descripción de males comunes.</p> <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habla <p>Microhabilidad del estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recuerda vocabulario. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tarjetas con imágenes relacionadas a síntomas de las enfermedades (Anexo #4) <p>Estrategias:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Actividad lúdica grupal. ● Asociar imágenes con la estructura cognitiva existente. <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los estudiantes, con ayuda de la profesora, aclaran el vocabulario necesario para describir las imágenes que aparecen en un grupo de tarjetas facilitado por la profesora: mareo, cefalea, picazón, fiebre, insomnio, fatiga, sudoración, inflamación, etc. ● La profesora da las instrucciones del juego: ● Mezclar las cartas y colocarlas todas las cartas boca abajo. ● Colocar las cartas en filas creando una cuadrícula, colocándolas en filas y columnas. ● Un primer jugador selecciona dos cartas girándolas boca arriba para verlas y diciendo de qué cartas se trata, es decir, repitiendo el vocabulario que se acaba de aclarar. ● Si las dos cartas son iguales (es decir, tienen el mismo dibujo), el jugador se queda con ellas y las pone frente a él. Si las dos cartas no coinciden, el jugador debe volver a girar las cartas boca abajo en su lugar original. ● El siguiente jugador repite el mismo proceso, seleccionando dos cartas y tratando de encontrar una pareja. <p>El juego continúa hasta que se hayan encontrado todas las parejas. El jugador con más parejas al final del juego es el ganador.</p>
<p>Actividad central (40 minutos)</p>	<p>Investigación sobre algunos objetos utilizados popularmente para aliviar males comunes o culturales</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer los objetos utilizados popularmente para aliviar males comunes o culturales como medio para aliviar males comunes o culturales. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lectura <p>Microhabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Retiene fragmentos de información de diferentes longitudes en memoria de corto plazo. ● Realiza funciones comunicativas adecuadas para justificar sus respuestas. <p>Material:</p>

- Cartel con objetos usados popularmente para aliviar síntomas comunes y populares: jabones para limpiar, hierbas, talismanes, piedras, brazaletes, cintas, etc. (Anexo #5)
- Frases de descripción sobre los objetos del cartel (Anexo #6)

Estrategias:

- Trabajo grupal
- Actividad lúdica
- Se fomenta la asociación de lo leído con las imágenes representadas en el cartel y memorizar lo relacionado con el tema.

Descripción de la actividad:

- La profesora pega en una pared un gran cartel con objetos utilizados para protegerse contra males comunes y culturales o para aliviar sus síntomas (Anexo #5).
- Sobre la mesa, la profesora coloca tarjetas con el nombre del objeto y algunos de los usos asociados a esos objetos. (Anexo #6).
- La profesora da las instrucciones: dividirse en parejas, cada pareja dispondrá de un mismo cartel (uno para todas) y se repartirán las fichas con información sobre los objetos, de manera que cada pareja posea las descripciones de objetos diferentes. Las parejas leerán entre ellas los textos, aclararán sus dudas como mejor puedan (uso de la internet, por ejemplo) y tratarán de asociar cada texto con el objeto al que se relaciona. Una vez que crean que han reconocido el texto específico sobre alguno de los objetos, pegarán sobre el objeto el texto en cuestión. La pareja que más rápido identifique los objetos de que se habla en su texto y peguen los papeles sobre el cartel, será la ganadora.
- Una vez que alguna de las parejas termina primero, se detiene la actividad. La profesora revisa y valida las asociaciones, de manera que confirme la correcta relación de texto e imagen.
- Seguidamente, la profesora le pide a cada pareja decir el nombre de los objetos que identificó y explicar lo que recuerdan de lo que leyeron. En caso de que no recuerden mucho, o que esta actividad les resulte difícil, se les devolverán los papeles para que los lean y expliquen, por turnos, al resto de la clase.

Enfoque:

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque por tareas y por proyectos.
Actividad de cierre (15 a 20 min)	<p>Debate sobre el uso de objetos como manera de prevenir enfermedades o aliviar síntomas</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los principios organizadores de la cultura meta sobre temas de salud y enfermedad por medio de la expresión respetuosa de mis propias opiniones. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habla <p>Macrohabilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elige estrategias discursivas para opinar sin ser irrespetuoso. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad grupal <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los estudiantes comparten sus opiniones y experiencias sobre cómo estos objetos pueden afectar a las personas de diferentes maneras. • Los estudiantes comentan si alguna vez ellos mismos han utilizado alguno de estos objetos y cómo los han ayudado. Esto fomentará la reflexión y la conexión personal con el tema, y puede llevar a una comprensión más profunda de cómo la cultura y la salud están relacionadas. • Los estudiantes comentan lo que se aprendió en la clase en relación con cómo se puede interactuar de manera intercultural sin que las emociones se apoderen del acto comunicativo, es decir, ¿puedo opinar sobre las costumbres culturales sin ofender ni juzgar?
Respuesta esperada	<p>Hace: Retiene información básica sobre los síndromes objetos.</p> <p>Discrimina: Selecciona información más relevante sobre los objetos para fundamentar su opinión personal o profesional.</p> <p>Extiende:</p>

	<p>Proporciona datos para explicar su posición médica en relación con el tema tratado.</p> <p>Argumenta:</p> <ul style="list-style-type: none">• Opina desde el punto de vista médico sobre la información aprendida.
Tarea:	La profesora da seguimiento a la tarea del diario asignada el día 1.

5.3.1. Diario de clase del tercer día de clase

La sesión del tercer día comenzó puntualmente a las 9 a.m. con la asistencia de los cuatro estudiantes. Los pupitres se organizaron en grupos para fomentar la interacción y el trabajo en equipo. Iniciamos la jornada con una reflexión acerca del tema discutido en la clase anterior: la herbolaria. Como de costumbre, se enfatizó en la trascendencia de indagar los conceptos o ideas alrededor de las cuáles se construyen los pilares que dan cuerpo a una cultura y que determinan desde las actividades más básicas en que una comunidad se desenvuelve. Adicionalmente, se les movió a la fase de profundización, aquella en la que se fortalecen y diversifican las motivaciones, actitudes y factores afectivos del estudiante en relación con los temas nuevos para su visión de mundo y en la que se desarrolla la sensibilidad y la apertura hacia otras culturas, así como la capacidad de enfrentar episodios de intolerancia o estrés cultural.

Esa reflexión inicial fue el marco para las actividades del día. La primera tarea fue de adquisición de vocabulario médico relacionado con síntomas de las enfermedades, como como tarea posibilitadora para la construcción de una conversación profesional en el ámbito médico. Los estudiantes siguieron los pasos descritos en la actividad de motivación. Se discutió todo el vocabulario nuevo y se hizo el juego de memoria según lo planeado.

Una vez visto el vocabulario, se procedió a la actividad central, la del debate sobre remedios para calmar los síntomas de las enfermedades, cuya realización en equipo permitió relacionar los términos médicos con las prácticas culturales asociadas y representadas en el cartel: objetos devocionales, amuletos, remedios, sahumerios, etc. Los estudiantes comentaron las prácticas e incluso las compararon con algunas similares que ellos conocen o a las que han recurrido, como el uso de la planta árbol de té con fines cosméticos, por ejemplo.

Al finalizar la clase, se incluyó una actividad de cierre adicional que la profesora consideró oportuna dado que quedaban 5 minutos de tiempo. Se reflexionó sobre los factores que, según la creencia popular, presuntamente influyen sobre la salud según se podría desprender de las actividades realizadas. Se mencionó el factor climático, el patógeno y la influencia de terceras personas (como la envidia), en cuyo caso se emplean amuletos de protección como medallas, cruces o brazaletes con semilla de ojo de buey, como los descritos en las actividades de este tercer día.

Al cierre del tercer día de actividades, los estudiantes mostraron la capacidad de comprender y evaluar los valores, actitudes y prácticas de diferentes culturas de manera crítica, sin prejuicios desde su propia perspectiva cultural. Gracias a la exploración y el análisis de las prácticas populares de Latinoamérica los estudiantes determinaron los principios organizadores en la cultura meta y se diversificaron sus motivaciones, actitudes y factores afectivos en relación con otras culturas; además se desarrolló la sensibilidad y la capacidad de enfrentar episodios de intolerancia o estrés cultural.

La evaluación del tercer día de clases refleja un rendimiento excelente en diversos aspectos. En el planeamiento de la lección, se destaca la variedad de técnicas y actividades, combinando hábilmente habla, escucha y lectura, así como el manejo efectivo del tiempo y la evidencia de lecciones planeadas con una relación destacada entre los temas estudiados.

En cuanto a las técnicas utilizadas, se destaca la interacción verbal entre profesora y estudiante, el uso efectivo de ayudas visuales, y la adecuada aplicación de la lengua meta. El ambiente de clase se caracteriza por propiciar la participación activa y fomentar la interacción y colaboración entre los estudiantes.

En el dominio de la materia, las explicaciones son claras, ejemplificadas y contextualizadas, con una destacada corrección en la adecuación de los contenidos lingüísticos tras un inicio menos preciso. En general, la lección del tercer día recibe calificaciones excelentes, evidenciando un desempeño pedagógico efectivo y una mejora continua en la adaptación de los contenidos.

5.4. Cuarta unidad: Síndromes de filiación cultural

Unidad didáctica con la que se busca cubrir la última etapa del proceso de adquisición de la competencia intercultural según Denis y Matas (citadas por Ramírez y Ramírez (2014), la implicación e interiorización: convenciones culturales y definición de la propia postura en relación con la otra cultura; se aceptan o se rechazan aspectos según la propia personalidad y sistemas de creencias. En esta fase se desarrollan destrezas y estrategias para actuar como mediador intercultural y resolver conflictos.

Como se expuso en el Marco Conceptual, los síndromes de filiación cultural son cuadros sintomatológicos complejos delimitados por la medicina popular y sometidos a actos rituales y simbólicos como forma de tratamiento que podrían clasificarse, según diferentes criterios como el género, la edad de la persona afectada (niños o adultos), la zona afectada (digestivos o mentales), entre otros. Esta unidad está dedicada al estudio de aquellos síndromes que afectan predominantemente durante la niñez: el mal de ojo, el empacho o pega, el espanto o susto y el aire.

Por último, y en cuanto al papel de las actitudes y emociones en las fases de adquisición de la competencia intercultural, en esta unidad se abordará la fase de consolidación. Se busca desarrollar un control consciente de las actitudes y factores afectivos personales en relación con otras culturas, para lo cual se propone investigar y activar estratégicamente nuevos conocimientos y destrezas que permitan desarrollar actitudes de tolerancia y apertura y controlar situaciones de choque lingüístico y cultural.

Bibliografía recomendada

Alessia, Z. (2009). Yachay Tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina.

PROHISABA; CI (p. 163-172, 217-229, 231-235).

Baer, R. D., Weller, S. C., Faraco, J. C. G., y Martín, J. F. (2006). Las enfermedades populares en la cultura española actual: un estudio comparado sobre el mal de ojo. *Revista de Dialectología y Tradiciones populares*, 61(1), 139-156.

Flores, A. U. (2015). Síndromes de filiación cultural atendidos por médicos tradicionales. *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health*, 17(2), (p. 277-288)

Descripción de la cuarta unidad: Síndromes de filiación cultural latinoamericanos II

Objetivo general	Comprender las convenciones culturales para la actuación como mediador intercultural y la resolución de conflictos.
Contenido lingüístico	Formulación de preguntas. Verbos de recomendación y opinión.
Contenido cultural	Síndromes de filiación cultural: el mal de ojo, la mollera caída, el empacho o pega, mal aire, susto, quebranto y chistate.
Actividad de inicio: Saludo (5 minutos)	Se iniciará el día con un saludo y algunos comentarios casuales con la intención de sondear el estado general del grupo y la posible aparición de inconvenientes para el normal desarrollo de la clase: ausencia de algún estudiante, imprevistos sobre el horario, dificultades con la tarea, etc. Los estudiantes responden e interactúan con la profesora.
Actividad de motivación (10 a 15 min)	<p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Detallar los síntomas y creencias atribuidos a los síndromes de filiación cultural mediante la observación de tarjetas ilustrativas para su mejor identificación. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habla <p>Macrohabilidad del estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Explica su opinión con vocabulario apropiado. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tarjetas con imágenes relacionadas con el mal de ojo (Anexo #7) ● Ojos de buey ● Pulsera roja ● Otros materiales <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asociar imágenes con estructura cognitiva existente.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Convertir información extraída de imágenes en situación comunicativa. ● Motivación con tarea posibilitadora para una mejor comprensión del audio de la actividad central. <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La profesora mostrará a los estudiantes las tarjetas relacionadas con el mal de ojo (Anexo #7). ● Los estudiantes las observarán y tratarán de adivinar la posible relación entre las imágenes y todo lo que se ha discutido en la clase hasta este día: síndromes culturales y amuletos de protección o cura. ● Cada estudiante dirá lo que sepa o crea saber y se le motivará a comentar porque dedujo esta información.
<p>Actividad central (60 min)</p>	<p>Los síndromes de filiación cultural: El mal de ojo, la mollera caída, el empacho o pega, mal aire, susto, quebranto y chistate</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comprender conversaciones sobre el mal de ojo y otros síndromes de filiación cultural para la valoración de mi actuación profesional en la resolución de situaciones nuevas. ● Ofrecer una explicación médica a la causa de los síntomas asociados al mal de ojo y a otros síndromes de filiación cultural sin recurrir a tecnicismos. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habla <p>Macrohabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realiza funciones comunicativas adecuadas para recabar información y justificar sus respuestas. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tarjetas informativas sobre los siguientes síndromes de filiación cultural: pega o empacho, quebranto, mal aire, susto y chistate (Anexo #8) <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Simulación global <p>Descripción de la actividad:</p>

- La profesora les pide a los estudiantes dividirse en parejas y decidir cuál de los dos actuará como médico y cuál como paciente.
- Una vez determinado quién actuará como paciente, la profesora le entregará a este alguna de las tarjetas con información sobre pega o empacho, quebranto, mal aire y susto.
- Los estudiantes que actuarán como pacientes se toman su tiempo (unos 10 o 15 min) para estudiar la ficha que le ha tocado, de manera que sepa qué síntomas referir durante su actuación como paciente en la entrevista realizada por simulación global.
- Por su parte, el paciente que actuará como médico se toma el mismo tiempo, pero para plantear una pequeña anamnesis (mínimo 8 preguntas) para entrevistar al que será su pretendido paciente, para lo cual podrá seleccionar, según su criterio, entre los siguientes puntos: información básica, motivo de consulta, padecimiento actual, antecedentes personales patológicos y no patológicos, antecedentes quirúrgicos y heredofamiliares, o cualquier otro dato que considere relevante.
- El estudiante que participa como médico entrevista a su paciente, quien para responder deberá guiarse con la información que obtuvo de las fichas.
- Cuando el estudiante que participa como médico termina sus preguntas, y antes de dar alguna recomendación para aliviar los síntomas o para ahondar más en las causas del padecimiento que aqueja a su paciente, este le dirá que está casi seguro que se trata de mal aire, empacho, pega, susto o el síndrome que le correspondió.
- El doctor debe decidir cómo actuar al respecto para poder comunicar su opinión profesional sobre cómo van a proceder con el tratamiento. Debe hacerlo de manera respetuosa, sensible, empática y tolerante.
- Luego se cambian los papeles y se repite la dinámica, pero con las fichas que no se usaron antes.

Enfoque:

- Por tareas y proyectos

<p>Actividad de cierre (20 a 25 min)</p>	<p>Lluvia de ideas</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar los factores que entran en juego en una mediación de conflictos para el logro de una comunicación intercultural efectiva. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habla ● Escritura <p>Macrohabilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Detectar factores que entran en juego en la comunicación intercultural. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se proveen oportunidades para convertir experiencias en opinión y debate. <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La profesora escribe en la pizarra la frase “Comunicación intercultural” y la encierra en un círculo. ● Les pide a los estudiantes que relacionen con esa frase todas las ideas que se les vengan a la cabeza. ● Mientras los estudiantes las dicen la profesora las anota en la pizarra. ● Una vez que se han presentado todas las ideas, se hace una revisión y se discute para seleccionar cuáles de ellas consideran como las 5 más importantes. Es importante que durante la sesión de lluvia de ideas se fomente un ambiente de respeto y apertura para que los estudiantes se sientan cómodos compartiendo sus ideas sin temor a la crítica o el rechazo. <p>Enfoque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enfoque por tareas y por proyectos.
<p>Respuesta esperada</p>	<p>Hace: Expresa opinión y emociones.</p> <p>Discrimina:</p>

	<p>Selecciona información más relevante sobre los síndromes de filiación cultural para fundamentar su opinión personal o profesional.</p> <p>Extiende: Proporciona datos para explicar su posición médica en relación con el tema tratado.</p> <p>Argumenta: Opina desde el punto de vista médico sobre la información aprendida.</p>
<p>Tarea:</p>	<p>Se recuerda la tarea asignada el primer día de clases (y a la cual se le dio seguimiento durante la semana) y se les pide a los estudiantes que preparen un pequeño resumen anónimo sobre lo escrito durante la semana para compartir en clase. Se sugerirá una extensión mínima de una página a doble espacio en letra arial 12 y máxima de página y media.</p> <p>El resumen puede enviarse por escrito al correo de la profesora, quien se encargará de imprimirlo.</p> <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lectura

5.4.1. Diario de clase del cuarto día de clase

El cuarto día, se inició la clase a las 9 a.m. con el saludo habitual y se dedicó unos minutos para que uno de los estudiantes narrara su experiencia de ese día más temprano en la mañana, pues había participado en una caminata a la Universidad de Costa Rica para observar aves y habían visto también un oso perezoso.

Para este día, la clase no se dispuso con los pupitres agrupados en bloque, sino en dos hileras, con los estudiantes sentados en parejas, distribución más adecuada para efectuar la actividad de simulación global: la entrevista médica.

La actividad de motivación propició la mención de algunos síndromes culturales, según estaba planeado, y para hacer una conexión entre esta propuesta didáctica y los materiales ofrecidos por el programa de español médico en que ellos estaban participando en la Universidad Veritas, la profesora aprovechó traer a colación un diálogo del libro de texto empleado en el que se expone el caso de una paciente que llega al consultorio médico con “pega” y que asegura haber ido donde una sobadora e incluso a visitar a la Virgen de los Ángeles a la Basílica.

La motivación funcionó como introducción a la fase de consolidación. Se buscó desarrollar un control consciente de las actitudes y factores afectivos personales en relación con otras culturas. Como se explicó antes, por medio de la investigación y la activación estratégica de nuevos conocimientos y destrezas se esperaba desarrollar actitudes de tolerancia, apertura y de control de situaciones de choque lingüístico y cultural.

Los estudiantes estudiaron sus casos y escribieron un diálogo con el síndrome cultural elegido. Cada uno de ellos aportó el contenido para su rol, fuera el de médico o el de paciente. Luego desempeñaron sus papeles en el diálogo de manera confiada, suelta y segura. Se

abordaron los puntos principales, como descripción de síntomas, inclusión del elemento médico cultural, respuesta médica simulada y desarrollo de estrategias de respeto y tolerancia para comentar las dolencias del paciente y para la propuesta de alternativas inclusivas y sensibles. Una de esas medidas, por ejemplo, incluyó la recomendación de seguir con los téis digestivos, pero agregar algunos exámenes para pensar en un tratamiento adicional.

La actividad de cierre, la lluvia de ideas, no se pudo llevar a cabo dado que los estudiantes se extendieron hasta el final de la sesión hablando de sus propias experiencias médicas interculturales, entre las que se mencionaron técnicas alternativas de parto y la medicina ancestral hawaiana (mahu).

Como se delineó en el plan de clases, el objetivo principal fue avanzar hacia la última etapa del proceso de adquisición de la competencia intercultural: la implicación e interiorización. Durante esta fase, los estudiantes se sumergieron en la comprensión de las convenciones culturales, desempeñando el papel de mediadores interculturales y resolviendo conflictos.

La evaluación de la cuarta lección destacó un rendimiento excelente en el planeamiento y ejecución de la clase. Se evidenció una variada aplicación de técnicas y actividades, combinando habilidades de habla, escucha y lectura con una calificación excelente. Aunque no se proporcionó información específica sobre el manejo del tiempo o la motivación, se resaltó la claridad en las instrucciones y las transiciones entre las actividades, ambas calificadas como excelentes. Durante el juego de roles, se llevó a cabo una supervisión continua y se brindó una guía individualizada, lo que contribuyó a la calificación excelente en este aspecto. La evidencia de lecciones planeadas mostró una sobresaliente integración entre temas y contenidos estudiados.

En cuanto a las técnicas utilizadas, se destacó la aplicación efectiva de la lengua meta y una mezcla de trabajo en grupo a través del juego de roles, lo que respondía a los objetivos planteados. Aunque no se proporcionaron detalles sobre el tiempo de interacción verbal, el uso de ayudas visuales, o la adecuación de la lengua al nivel de los estudiantes, todas estas áreas fueron calificadas como excelentes.

En la relación profesora-estudiante, se proyectó una actitud de mucho respeto. En cuanto al dominio de la materia, las explicaciones fueron claras y contextualizadas, lo que llevó a una calificación excelente. Sin embargo, se sugirió mejorar la adecuación del material proporcionado para el juego de roles, lo que se calificó como “bueno”. En resumen, la lección demostró un desempeño general altamente efectivo, con áreas de mejora identificadas para futuras sesiones.

5.5. Quinta unidad: Mi profesión y la cultura meta

Unidad didáctica de cierre. Se realizará una serie de actividades para mover al estudiante a plantear la necesidad de buscar estrategias que le aseguren una comunicación efectiva y satisfactoria durante situaciones interculturales complejas (delicadas, incómodas, comprometedoras, etc.). Este objetivo implica una indagación y utilizar estrategias para enfrentar esas potenciales situaciones interculturales en su quehacer laboral, principalmente, dada la naturaleza de este trabajo, como entender tabúes, ironías, sobreentendidos, creencias, temores relacionados con la salud y la enfermedad, etc. También debe investigar y utilizar activamente sus conocimientos culturales, socioculturales y lingüísticos para construir una base común con los hablantes nativos y así poder interactuar con ellos en diferentes circunstancias.

Como actividad para sembrar la inquietud en los estudiantes, se conversará sobre un par de casos de síndromes culturales africanos que han enfrentado médicos españoles que atienden a pacientes senegaleses.

Bibliografía consultada: senegaleses

Goldberg, A. (2009). Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-227.

Descripción de la quinta unidad: Mi profesión y la cultura meta

Objetivo general	Formular estrategias de búsqueda de herramientas lingüístico-culturales para el fortalecimiento de la competencia intercultural.
Contenido lingüístico	<ul style="list-style-type: none"> ● Verbos de opinión. ● Verbos de emoción.
Contenido cultural	Valores: sensibilidad, empatía y tolerancia.
Actividad de inicio: Saludo (5 minutos)	Se iniciará el día con un saludo y algunos comentarios casuales con la intención de sondear el estado general del grupo y la posible aparición de inconvenientes para el normal desarrollo de la clase: ausencia de algún estudiante, imprevistos sobre el horario, dificultades con la tarea, etc. Los estudiantes responden e interactúan con la profesora.
Actividad de motivación (30 a 40 min)	<p>Revisión de la tarea</p> <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comparar mi propia experiencia intercultural con la de mis compañeros de clase para la comprensión de la universalidad de los valores interculturales. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lectura <p>Macrohabilidad del estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Scanning</i>: esta habilidad se refiere a buscar información específica en el texto. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los resúmenes elaborados por los estudiantes. <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Actividad de lectura individual. <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los estudiantes reciben de la profesora los resúmenes de sus compañeros en forma aleatoria.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Los estudiantes leen en silencio y aclaran el vocabulario desconocido en caso de ser necesario. ● Por turnos, comentan el resumen que han recibido y lo comparan con su propia experiencia.
Actividad central (50 min)	<p>Síndromes culturales en otros países. ¿Cómo abordarlos desde mi profesión?</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar la importancia de la competencia intercultural en médicos que atienden pacientes de una cultura ajena para ellos. <p>Destreza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lectura <p>Macrohabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Skimming</i>: esta habilidad implica leer rápidamente el texto para obtener una idea general de su contenido. <p>Microhabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Retiene fragmentos de información de diferentes longitudes en memoria de corto plazo. ● Realiza funciones comunicativas adecuadas para justificar sus respuestas. <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Artículo “Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona”, citado en la bibliografía recomendada para esta unidad (Anexo #9). <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lectura individual ● Pequeñas presentaciones orales ● Se fomenta la asociación de lo leído con lo aprendido en clase sobre la competencia intercultural en la profesión médica cuando se trabaja con pacientes de la lengua meta. <p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La profesora facilita un segmento del artículo a cada uno de los estudiantes. ● Los estudiantes leen en silencio. ● Una vez que han comprendido el texto, explican el caso a sus compañeros y detallan si la comunicación entre el personal de salud y los pacientes fue efectiva o no en virtud del resultado de

	<p>la entrevista médica: apego al tratamiento y a las indicaciones del personal de salud y remisión de los síntomas o de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none">● Los estudiantes comparten sus reflexiones finales.
Actividad de cierre (5 a 10 min)	Agradecimiento y despedida.

5.5.1. Diario de clase del quinto día de clase

Se empezó la clase a las 9 a.m. en punto, pero con solo tres estudiantes. La cuarta estudiante se incorporó a las 9:15 a.m. Como el día anterior no se hizo la actividad de cierre, la lluvia de ideas, debido a que la profesora prefirió dejar que los estudiantes hablaran ampliamente sobre sus experiencias médicas interculturales, en esta ocasión se inició la clase con dicha actividad. Los estudiantes proveyeron conceptos relacionados con la “comunicación intercultural” a manera de repaso de lo conversado durante la semana.

Se anotaron conceptos como tolerancia, respeto, empatía, estrategias comunicativas, comodidad del paciente, etc. Sin embargo, el aporte más valioso, desde el punto de vista de la investigadora, fue lograr la conclusión de que la comunicación intercultural no es solamente una comprensión unilateral, la que desarrolla un interlocutor hacia el otro, sino también, y principalmente, la autocomprensión del emisor sobre su propia posición, sus emociones y sobre sus capacidades para desempeñarse como un hablante efectivo y eficaz.

La actividad de la tarea, asignada desde el día 1, se llevó a cabo de manera oral. Esta decisión se tomó considerando que los estudiantes ya tenían un programa de actividades bastante demandante; la idea no era recargar sus actividades académicas por prestarse a participar voluntariamente en este proyecto de tesis. De esta actividad, la participación más destacada fue la de una estudiante que manifestó haber estado muy incómoda desde el inicio en la casa de la familia huésped porque la “mamá tica” le insistía demasiado en comer más. Ante ese hecho, ella aceptaba la comida por temor a ser descortés si decía que ya no deseaba comer más. Temía que la “mamá tica” tomara la negativa de mala manera.

El temor sentido por la estudiante le impedía comunicarse de manera efectiva con la señora de la casa. En grupo, los estudiantes opinaron sobre la forma en que la estudiante

decía sentirse y sobre cómo podía hablar del asunto con los involucrados sin tener que pasar necesariamente por un conflicto; es decir, cómo hacer para tener una comunicación fluida y efectiva. Los compañeros de clase manifestaron comprensión por la frustración de la compañera y le aconsejaron describir lo que sentía para poder ayudarla. Ella mencionó temor, vergüenza e incluso hasta cólera en algunas oportunidades. Entre todos se concluyó que era normal sentirse así si uno se sentía obligado a comer más de lo necesario. Se reflexionó sobre el ofrecimiento de comida como manera de mostrar afecto, interés o preocupación por la visita (huésped en este caso). La estudiante decidió explicarle a “la mamá tica” que ella “era de poco comer” y que le agradecía mucho la amabilidad de ofrecerle repetir el plato, pero que por más que quisiera, no podría comer más.

Como actividad final, la profesora repartió fragmentos del artículo “Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona”, para lectura individual, según estaba planeado. Para cada caso, los estudiantes, luego de haber leído, explicaron al grupo sobre quién era el fragmento leído (nombre, origen, profesión u oficio), el problema de salud presentado, conflicto intercultural enfrentado por personal del sistema de salud español al atender el caso y resolución.

Como manera de cierre, se comentó si había líneas paralelas entre los casos leídos y los representados en clase. Se observó cómo en la realidad hay múltiples factores que influyen en el éxito de una comunicación médica intercultural, desde el tipo de problema de salud (individual o comunitario), la posición socioeconómica del paciente (que le abre o cierra posibilidades de atención privada), su educación (que podría limitar la percepción de su propia situación y su entorno), su situación migratoria (y la consecuente lejanía de su familia y de la comunidad que comparte sus principios culturales), etc.

El quinto día de clases se proporcionó a los estudiantes herramientas prácticas y estrategias para enfrentar situaciones interculturales complejas en su futura profesión médica. A través del análisis de casos reales y la reflexión sobre sus propias experiencias, los estudiantes consolidaron su competencia intercultural, fortalecieron valores fundamentales como sensibilidad, empatía y tolerancia en el ejercicio de su profesión.

De acuerdo con la evaluación de la clase, en el planeamiento de la lección se observa una cuidadosa consideración de diversos aspectos que contribuyen al proceso educativo. La variedad de técnicas y actividades fueron evaluadas con una calificación de "E", lo que señala un enfoque integral para abordar la diversidad de estilos de aprendizaje. Además, el equilibrio entre las destrezas de habla, escucha, lectura y escritura sugiere una planificación bien estructurada, también reflejada en la calificación "E".

La gestión del tiempo, otro componente esencial, recibe una calificación "E" gracias a un manejo efectivo de los intervalos temporales en la lección. La motivación inicial, evaluada con una "E", destaca la importancia de una actividad introductoria impactante.

La claridad en las instrucciones y las transiciones entre actividades, ambas calificadas con "E", evidencian una comunicación efectiva y una transición fluida entre las fases de la lección. La supervisión continua y efectiva de cada actividad también contribuye a la calificación "E"; esto aseguró un ambiente de aprendizaje óptimo.

En cuanto a las técnicas utilizadas, se destaca la interacción verbal entre profesora y estudiante, la utilización de ayudas visuales, y la adaptación de la lengua meta al nivel de los estudiantes, todas calificadas con "E". La evaluación formativa y la propiciación de la autocorrección, ambas calificadas con "E", indican un enfoque centrado en el progreso del estudiante.

El ambiente de clase, en que se propició la participación activa y la interacción entre estudiantes, refleja un entorno educativo dinámico y colaborativo, con una calificación "E". Los incentivos del profesor y el cumplimiento de objetivos propuestos reciben igualmente una calificación "E", lo que indica una gestión exitosa del ambiente de aprendizaje.

La relación profesora-estudiante refleja actitudes proyectadas, respeto y respuestas adecuadas ante situaciones diversas, todas calificadas con "E". Finalmente, en el dominio de la materia, la claridad en las explicaciones, la adecuación de contenidos y la veracidad de las explicaciones, todas calificadas con "E", demuestran un sólido conocimiento y habilidades pedagógicas del docente. En resumen, la planificación y ejecución de la lección reciben una evaluación positiva en cada uno de los aspectos considerados.

CONCLUSIONES

La presente investigación ha explorado de manera detallada la efectividad de un enfoque intercultural en la enseñanza del español médico como segunda lengua, centrándose específicamente en la introducción y reflexión sobre síndromes de filiación cultural latinoamericanos. A lo largo del estudio, se implementaron unidades didácticas diseñadas para propiciar el acercamiento del personal sanitario al contexto cultural médico de América Latina con el objetivo de desarrollar la competencia intercultural. Los hallazgos revelan una notable receptividad por parte de los estudiantes, jóvenes todos, hacia la diversidad cultural, lo que manifiesta una apertura evidente en la comprensión de las distintas perspectivas en torno a la salud y la enfermedad.

En primer lugar, los resultados indican que los participantes demostraron una habilidad significativa para identificar y reflexionar sobre las divergencias culturales en torno a los conceptos de salud y enfermedad. La apertura hacia la comprensión de diversas perspectivas quedó patente en sus comentarios y reflexiones, las cuales evidenciaban un interés genuino en la exploración de prácticas médicas diversas. Este hallazgo subraya la importancia de la sensibilización y exposición a elementos culturales específicos como un medio efectivo para fomentar la competencia intercultural en el contexto de la enseñanza del español médico.

La disposición activa de los participantes para integrar nuevas perspectivas en su comprensión del español médico fue otro elemento destacado. Todos expresaron una actitud receptiva hacia las diferentes prácticas médicas presentes en diversas culturas, lo que sugiere una apertura para incorporar enfoques diversos en su práctica profesional. Esta actitud positiva hacia la diversidad cultural en el ámbito de la salud subraya la importancia de

cultivar una mentalidad abierta entre los profesionales sanitarios que aprenden español como segunda lengua.

Además, se identificó una conciencia aguda de la relatividad de las convenciones culturales, no solo en el ámbito médico, sino también en aspectos cotidianos como la vestimenta o la decoración de las casas. Este reconocimiento de la variabilidad cultural indica una capacidad reflexiva por parte de los estudiantes, quienes entendieron la necesidad de comprender las percepciones y prácticas culturales en su contexto específico. Este nivel de reflexión contribuye significativamente al desarrollo de la competencia intercultural al promover una comprensión más profunda de la diversidad cultural y de cómo esta se recibe desde la otredad.

Aunque se observaron manifestaciones de visiones etnocéntricas, vinculadas, por ejemplo, a la fe o al uso de medallas y crucifijos, estos casos fueron minoritarios y se evidenció una disposición activa para superar dichas perspectivas mediante el diálogo y la exploración de nuevas ideas. La diversidad geográfica del grupo, con estudiantes provenientes de diferentes estados de Estados Unidos y uno de Guyana, proporcionó un contexto enriquecedor que facilitó el intercambio de perspectivas y la superación de posibles prejuicios culturales.

En el ámbito de la identificación de los propios estados emocionales generados en el abordaje de temas culturales, se observó un claro entendimiento por parte de los participantes. Sin embargo, es relevante señalar que, a pesar de la apertura evidente y la comodidad al tratar el tema cultural, fue necesario hacer hincapié en el aspecto central de la competencia intercultural relacionado con la habilidad del hablante para identificar sus propias emociones durante el acto comunicativo intercultural.

A pesar de la juventud de los participantes, caracterizada por una marcada apertura al tema de la diversidad, se reconoció la importancia de profundizar en la reflexión sobre las emociones experimentadas durante el acto comunicativo intercultural. La habilidad de los estudiantes para identificar y comprender las emociones asociadas a estas interacciones es esencial para el desarrollo de una competencia intercultural sólida y efectiva. Aunque la comodidad al hablar del tema cultural fue evidente, se enfatizó la necesidad de una reflexión más profunda sobre las experiencias emocionales, con lo que se reconoce que estas experiencias pueden influir significativamente en el comportamiento profesional durante el acto comunicativo con un paciente de otra cultura.

Es crucial destacar que la habilidad de identificar y comprender las propias emociones no solo contribuye al desarrollo de la competencia intercultural, sino que también fortalece la empatía y la conexión genuina con los pacientes de diversas culturas. La empatía, identificada como un elemento central en la implicación-interiorización de las destrezas interculturales, se destacó como una fuerza motriz en la adaptación de acciones y comunicación en consecuencia. La comprensión profunda de las perspectivas culturales ajenas y la capacidad para ponerse en el lugar del otro fueron evidentes en la entrevista simulada, donde se observó una escucha activa y la incorporación de prácticas culturales de los pacientes en la conversación médica.

El desarrollo de estrategias para la comunicación efectiva con pacientes simulados también fue una dimensión esencial en la conclusión de este estudio. Los participantes exhibieron habilidades notables de adaptación lingüística y de estilo de comunicación y reconocieron la importancia de considerar el nivel de conocimiento del paciente en temas médicos. La tolerancia, identificada como un factor clave en el desarrollo de estrategias de comunicación intercultural, se manifestó en una disposición activa para aceptar y adaptarse

a las diferencias culturales, lo que resultó en interacciones más efectivas y respetuosas con los pacientes simulados.

La mediación intercultural se destacó como una habilidad sobresaliente de los participantes. Ellos actuaron como intermediarios culturales en la consulta médica simulada. Esta capacidad facilitó la comprensión mutua y el abordaje eficaz de situaciones potencialmente conflictivas. El respeto hacia las diferentes perspectivas culturales en el entorno médico contribuyó a un ambiente de atención más inclusivo y orientado al paciente simulado.

En el análisis de las estrategias pedagógicas utilizadas, se confirmó que la utilización de material auténtico en la enseñanza del español médico fue altamente efectiva para desarrollar la competencia intercultural. La inclusión de material real generó un mayor interés y compromiso por parte de los estudiantes, quienes respondieron positivamente a actividades que reflejaban situaciones de la vida real. El uso de láminas de plantas medicinales, por ejemplo, despertó una gran curiosidad e interés en los estudiantes, llevándolos a explorar las propiedades de las plantas desde una perspectiva médica, a menudo diferente a su conocimiento gastronómico previo.

La presencia de actividades contextualizadas en el material auténtico también contribuyó a una comprensión más profunda de las prácticas culturales relacionadas con la medicina. La interacción con documentos reales, como informes médicos y conversaciones auténticas, facilitó la conexión de conceptos culturales con el lenguaje especializado en el ámbito médico. Este enfoque por tareas no solo fomentó la colaboración entre los estudiantes, sino que también promovió el uso práctico de la lengua en contextos reales, enriqueciendo así su experiencia de aprendizaje.

La simulación global emergió como una estrategia particularmente efectiva para el desarrollo de la competencia intercultural en el aula de español médico. Los estudiantes participaron activamente en situaciones simuladas que replicaban encuentros reales en el ámbito médico, lo que les permitió aplicar destrezas interculturales de manera práctica. La recreación de situaciones interculturales no solo promovió la empatía y la sensibilidad cultural, sino que también preparó a los estudiantes para abordar eficazmente malentendidos y conflictos en un entorno simulado. Lo anterior ofreció una valiosa preparación para situaciones similares en el contexto real.

Los resultados de esta investigación resaltan la efectividad de la enseñanza del español médico desde una perspectiva intercultural para el desarrollo de la competencia intercultural en el personal sanitario. Aunque la juventud de los participantes facilitó una apertura natural hacia la diversidad, se subraya la importancia de la reflexión continua sobre las propias emociones durante el acto comunicativo intercultural. Este enfoque reflexivo contribuirá no solo al fortalecimiento de la competencia intercultural, sino también a la formación de profesionales sanitarios más empáticos, sensibles y efectivos en entornos culturalmente diversos. En última instancia, la integración exitosa de elementos culturales en la enseñanza del español médico no solo mejora la comunicación con pacientes latinoamericanos, sino que también enriquece la práctica médica en general, al preparar a los profesionales para abordar con éxito los desafíos y oportunidades de un mundo cada vez más interconectado y diverso.

Limitaciones de la investigación

A pesar de los resultados positivos de esta investigación, es imperativo reconocer las limitaciones inherentes que han incidido en el alcance y la generalización de los hallazgos.

Dichas limitaciones, aunque constituyen desafíos significativos, proporcionan valiosos *insights* para la comprensión completa de la efectividad de la enseñanza del español médico desde una perspectiva intercultural. Entre las principales limitaciones se encuentran:

Disponibilidad de espacios para la práctica didáctica y la investigación:

La falta de disponibilidad de espacios adecuados para llevar a cabo la práctica didáctica y la investigación se erige como una limitación fundamental. La escasez de programas específicos de enseñanza del español como segunda lengua con fines médicos y la reticencia de algunas instituciones a brindar espacio para la investigación constituyeron obstáculos significativos. La naturaleza especializada de la enseñanza del español médico limitó la accesibilidad a entornos propicios para el desarrollo de unidades didácticas interculturales.

Recuperación pospandemia en las escuelas de español como segunda lengua:

Otra limitación significativa fue la realidad pospandémica que afectó a las escuelas de español. La caída en la matrícula de estudiantes internacionales durante la pandemia generó un escenario difícil; las instituciones aún se encuentran en proceso de recuperación. La cantidad de estudiantes que ingresan al país para programas de español médico aún no alcanza niveles óptimos para la implementación plena de programas de esta naturaleza. Esta limitación condicionó la disponibilidad de participantes y la diversidad de contextos culturales en los cuales se pudo llevar a cabo la investigación.

Características del grupo de estudio:

La composición del grupo de participantes, si bien representativa de estudiantes de carreras relacionadas con la medicina, presentó una limitación en términos de experiencia en el campo médico. Al tratarse de estudiantes en una etapa incipiente de sus estudios, su exposición y experiencia directa en situaciones médicas específicas fueron limitadas. Esto

puede haber influido en la profundidad de sus reflexiones y respuestas en relación con la competencia intercultural en un contexto médico.

Resistencia Institucional:

La resistencia institucional por parte de algunos centros educativos a colaborar en la implementación de prácticas didácticas y la realización de investigaciones también constituyó una limitación. La reticencia a modificar planes de actividades existentes y la falta de reconocimiento de la importancia de la competencia intercultural en la enseñanza del español médico dificultaron la puesta en práctica de la investigación.

Estas limitaciones, aunque destacan las dificultades encontradas durante el proceso investigativo, no invalidan la relevancia y la contribución de este estudio al campo de la enseñanza del español médico desde una perspectiva intercultural. Se sugiere que futuras investigaciones aborden estas limitaciones, exploren estrategias alternativas para la implementación de prácticas didácticas y consideren contextos más amplios que incluyan una variedad de estudiantes y experiencias médicas.

Recomendaciones para docentes:

Para aquellos docentes que deseen incursionar en la enseñanza del español con fines específicos médicos desde una perspectiva intercultural, se sugiere un enfoque holístico, que abarque desde la sensibilización cultural hasta la reflexión emocional. Esa labor requiere sumergir a los estudiantes en actividades que propicien la apertura hacia los siguientes aspectos:

- Sensibilización sobre la diversidad y reflexión sobre las diferencias culturales en el contexto de la salud.

- Diálogo activo para la superación de posibles perspectivas etnocéntricas mediante la exploración de nuevas ideas.
- Identificación y comprensión de estados emocionales durante el acto comunicativo intercultural

Estas recomendaciones, respaldadas por la experiencia de este estudio, buscan guiar a los docentes en esta experiencia educativa de preparar a futuros profesionales sanitarios para los desafíos y oportunidades de un mundo cada vez más interconectado y diverso. A continuación, se detallan las recomendaciones más importantes:

Sensibilización y exposición cultural:

Se recomienda iniciar con actividades de sensibilización y exposición cultural específica, similar a la implementada en este estudio, es decir, enfocadas en el tema que se esté desarrollando. Esto puede incluir la introducción de prácticas médicas diversas, la presentación de materiales auténticos y la exploración de elementos culturales relacionados con la medicina.

Apertura y reflexión:

Se debe cultivar un ambiente en que los estudiantes puedan expresar abiertamente sus pensamientos y reflexiones sobre las diferencias culturales. La apertura a diversas perspectivas debe ser fomentada para construir una comprensión más profunda y genuina. Sea enfático en que el abordaje de temas culturales es una tarea sensible, pero que se comprende la disposición profesional para tratar los temas responsable y respetuosamente.

Diálogo y superación de perspectivas etnocéntricas:

Es imperativo destacar la importancia del diálogo para superar visiones etnocéntricas. Facilite discusiones y exploraciones de nuevas ideas para contrarrestar

posibles prejuicios culturales. La diversidad geográfica en el grupo puede ser aprovechada para enriquecer el intercambio de perspectivas.

Fomentar la identificación de estados emocionales:

El meollo del desarrollo de la competencia intercultural es la profunda reflexión sobre las emociones experimentadas durante el acto comunicativo intercultural. Guíe a los estudiantes en la identificación y comprensión de sus propias emociones, motíveles a manifestar cómo se sienten sobre los temas tratados y a argumentar sus posiciones, esto ayuda a la promoción de una competencia intercultural más sólida.

En primer lugar, el reconocimiento y la comprensión de las propias emociones permiten a los estudiantes meditar sobre sus respuestas subjetivas ante situaciones interculturales. Esta introspección proporciona una base sólida para comprender la influencia de las emociones en la percepción y comprensión de la diversidad cultural. Además, al motivar a los estudiantes a expresar abiertamente sus sentimientos y argumentar sus posiciones, se fomenta un diálogo constructivo y enriquecedor que va más allá de la mera aceptación superficial de diferencias culturales. Este proceso no solo fortalece la autoconciencia emocional, sino que también contribuye a la construcción de una competencia intercultural sólida al nutrir la habilidad de los estudiantes para adaptarse, comprender y responder de manera empática y respetuosa ante la diversidad cultural en el ámbito de la enseñanza del español médico.

Nuevas líneas de estudio:

A partir de la investigación llevada a cabo, es posible, además, proponer nuevas líneas de estudio que permitan ampliar y profundizar el tema, tales como:

- **Efectos a largo plazo:**

La investigación de los efectos a largo plazo de la enseñanza del español médico desde una perspectiva intercultural en el desarrollo profesional de los estudiantes es un campo por explorar: ¿Cómo se reflejan estas habilidades interculturales en la práctica médica de los estudiantes a medida que avanzan en sus carreras?

- **Adaptación a diferentes contextos de enseñanza:**

La exploración de la adaptabilidad de estas estrategias interculturales en diferentes contextos de enseñanza, como entornos virtuales o programas de educación a distancia, puede ayudar a encontrar nuevas propuestas didácticas. ¿Cómo se pueden ajustar las estrategias para abordar las limitaciones que puedan presentar los estudiantes?

- **Incorporación de tecnología:**

La investigación del impacto de la tecnología en la enseñanza del español médico intercultural podría ser una forma atractiva para los estudiantes: ¿Cómo pueden las herramientas tecnológicas mejorar la exposición cultural y la práctica intercultural?

- **Profundización en las experiencias emocionales:**

La proposición de investigaciones que profundicen en la relación entre las experiencias emocionales durante el acto comunicativo intercultural y su impacto en el comportamiento profesional es el punto vital para el desarrollo de la competencia intercultural: ¿Cómo estas experiencias influyen en la toma de decisiones clínicas?

- **Colaboración con instituciones de salud:**

La ejecución de proyectos en colaboración directa con instituciones de salud para integrar la enseñanza del español médico intercultural en la formación continua de profesionales de la salud es una propuesta no solo tentadora, sino necesaria, tomando en

cuenta la actividad migratoria: ¿Cómo pueden estas prácticas enriquecer la atención médica en entornos culturalmente diversos?

- **Consideración Final:**

Se insta a los docentes a abordar las limitaciones identificadas en la investigación, proponiendo soluciones y estrategias alternativas. La superación de obstáculos institucionales puede requerir una advocación activa por parte de los educadores para promover la importancia de la competencia intercultural en la enseñanza del español médico, así como la colaboración interdisciplinaria durante de las instituciones de salud durante el proceso formativo.

BIBLIOGRAFÍA

- AA. VV. (2008). «Español para fines específicos». Diccionario de términos clave de ELE. Recuperado de https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/ensenanzafinesespec.htm
- AA. VV. (2008). «Unidad didáctica». Diccionario de términos clave de ELE. Recuperado de [CVC. Diccionario de términos clave de ELE. Lección. \(cervantes.es\)](https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/ensenanzafinesespec.htm)
- Aguilar, A., López Villafranco, M. E., Xolalpa Molina, S., & Yolpahtli, S. C. (2003). *Los tratamientos populares y el personal de salud. Relevancia de la herbolaria*. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=186134&indexSearch=ID>
- Aguilar, A., Santiago Xolalpa, Y. M. (2009). Los tratamientos populares y el personal de salud: relevancia de la herbolaria. En *Yachay tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 33-41). Bolivia: PROHISABA.
- Alcalá, A. I. R. P., & Antuña, M. G. (2009). Lenguas de especialidad y lenguas para fines específicos: precisiones terminológicas y conceptuales e implicaciones didácticas. En A. Vera Luján & I. Martínez Martínez (Eds.), *Actas del XX Congreso Internacional de la ASELE* (pp. 461-472). Recuperado de

https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/20/20_0907.pdf

Alejos, A. M. (2004). Los medios de comunicación: el gran canal de "documentos reales" en el proceso de enseñanza-aprendizaje del español lengua extranjera. En H. Perdiguero & A. Álvarez (Eds.), *Medios de comunicación y enseñanza del español como lengua extranjera: actas del XIV Congreso* (pp. 53-64). En Perdiguero, H., & Álvarez, A. (Eds.). *Medios de comunicación y enseñanza del español como lengua extranjera: actas del XIV Congreso Internacional de ASELE*. Burgos, España.

Álvarez Alfaro, D. 1., & García Madrigal, M. G. 1. (2013). La interculturalidad en la enseñanza del español como segunda lengua: Una propuesta didáctica sobre la diversidad cultural y la tolerancia en la clase de español como lengua extranjera. [Trabajo final de Máster, Universidad de Costa Rica], Costa Rica.

Arganis, E. N. (2003). Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. En *Yachay Tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 205-223). Bolivia. Recuperado de <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/salud-interculturalidad.pdf#page=209>

Baer, R. D., Weller, S. C., González Faraco, J. C., & Feria Martín, J. (2006). *Las enfermedades populares en la cultura española actual: un estudio comparado sobre el mal de ojo*. Huelva, España: Universidad de Huelva.

- Baz, A. Á. (2013). El tratamiento de la competencia intercultural en alumnos sinohablantes en inmersión total. In *Plurilingüismo y enseñanza de ELE en contextos multiculturales: XXIII Congreso Internacional ASELE* (pp. 101-111). Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera-ASELE. Recuperado de https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/23/23_0010.pdf
- Baz, A. Á. (2016). El docente intercultural en ELE y sus materiales: propuesta de actuación en el aula. In *La formación y competencias del profesorado de ELE: XXVI Congreso Internacional ASELE* (pp. 75-88). Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera-ASELE. Recuperado de https://cvc.cervantes.es/Ensenanza/Biblioteca_Ele/asele/pdf/26/26_0075.pdf
- Bureau, U. C. (2017, 12 de septiembre). Estados Unidos alcanza 325.7 millones de personas. Obtenido de <https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2017/cb17-100.html>
- Cabré, M. T. & de Enterría, J. G. (2006). *La enseñanza de los lenguajes de especialidad: la simulación global*. Gredos Editorial S.A.
- Calvi, M. V. (2003). El componente cultural en la enseñanza del español para fines específicos: actas del II Congreso del CIEFE. Amsterdam.
- Camacho, M., Ortega, J., & Vargas, A. (2005). Propuesta de diseño y puesta en práctica de un curso de Español como Segunda Lengua dirigida a estudiantes de medicina, norteamericanos, anglófonos, de nivel

- principiante (según ACTFL). [Trabajo final de Máster, Universidad de Costa Rica], Costa Rica.
- Caprara, A. & Alessia, Z. (2009). La relación médico-paciente: un enfoque intercultural. Bolivia: *Yachay tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*.
- Casquero Pérez, F. (2004). El enfoque por tareas en la enseñanza de lengua con fines específicos. Recuperado de https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/publicaciones_centros/PDF/rio_2004/22_casquero.pdf
- Centro Nacional de Educación y Entrenamiento sobre el SIDA entre las Minorías. (2010). BESAFE- Un modelo de competencia cultural para latinos. Washington, DC, Estados Unidos: Autor. Recuperado el 10 de febrero de 2018, de http://dh.howard.edu/nmaetc_pubs/5
- Instituto Cervantes. (1994). Plan curricular del Instituto Cervantes: Niveles de referencia para el español. Madrid, España: Instituto Cervantes.
- Córdoba, U. N. (2018). Facultad de Lenguas. Recuperado el 15 de julio de 2018, de <http://www.lenguas.unc.edu.ar/carreras-de-posgrado/maestria-en-ensenanza-de-espanol-como-lengua-extranjera>
- Coscarelli, A. (2014). Consideraciones en torno al uso de material auténtico en la clase de ELSE. En V. J. (Ed.), Memorias del II Congreso Nacional y IV Regional de Enseñanza de Lenguas Extranjeras (pp. 267-279). Argentina. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7488/ev.7488.pdf

- de Otto, E. C., y Rey, C. R. (2015). El tratamiento de las LFE en el marco de referencia europeo para las lenguas: implicaciones en la programación y diseño de materiales didácticos. *Revista de Lenguas para Fines Específicos*, 21, 101-118. doi.org/10.20420/rlfe.2015.21.010
- Dingfelder, S. F. (2018). Closing the gap for Latino patients. *Monitor on Psychology*, 46(1). Obtenido de American Psychological Association: <https://www.apa.org/monitor/jan05/closingthegap.aspx>
- Estomba, D., Ladio, A. H., Lozada, M., & Lema, V. S. (2005). Plantas medicinales utilizadas por una comunidad Mapuche en las cercanías de Junín de los Andes, Neuquén. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de plantas medicinales y aromáticas*, 4(4), 250-262. Recuperado el 05 de 04 de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85640604> ISSN 0717-7917. doi: 10.1002/ptr.2342
- Europa, C. d. (2002). Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación (traducido por el Instituto Cervantes 2002). Recuperado de European Language Portfolio: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680459f97>
- Europa, Consejo de. (2001). Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <http://cvc.cervantes.es/ob>
- Fernández, E. C. (2018). Presente y futuro de los estudios del francés de especialidad. *Revista de Lenguas para Fines Específicos*, 24(1). doi: <https://doi.org/10.20420/rlfe.2018.971>

- Flores, A. U. (2014). Síndromes de filiación cultural atendidos por médicos tradicionales. *Revista de Salud Pública*, 17(2). doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.42243>
- Flores, A. U. (2015). *Revista de Salud Pública / Journal of Public Health*, 17(2). doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.42243>
- Gómez de Enterría, J., González García, F., & Fajardo Caldera, M. J. (2009). *De la investigación a la práctica en el aula, la enseñanza / aprendizaje del español con fines específicos*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- González, P. D. A. y Rojo, J. L. (2010). Curarse en salud enfoques para la enseñanza del español médico. Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera. Recuperado el 05 de abril de 2018, de www.cvc.cervantes.es
- Grieco, E. M. (2001). Overview of race and Hispanic origin, 2000. US Census Bureau. US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration.
- Hernández-Nieto, R., Gutiérrez, M. C. y Moreno-Fernández, F. (2017). Mapa hispano de los Estados Unidos 2017. Observatorio de la lengua española y de las culturas hispánicas en los Estados Unidos. Recuperado de http://cervantesobservatorio.fas.harvard.edu/sites/default/files/mapa_hispano_2017sp.pdf
- Hernando, A. G. (2015). Enseñanza del español para fines específicos: español para la salud. *Revista electrónica del lenguaje*. Recuperado de <https://www.revistaelectronicallenguaje.com/wp-content/uploads/2015/10/vol-02-01.pdf>

- Juckett, G. (2013, enero 1). Caring for Latino patients. *American Family Physician*, 87. Recuperado de <https://www.aafp.org/afp/2013/0101/p48.pdf>. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.08.022
- Lerín Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=.
- Llovet, B., y Grötsch, K. (2011). *Español con fines específicos y estrategias*. Revista didáctica de Ele.(1-11) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa>
- Martínez López, A. B. (2008). La traducción editorial de manuales especializados dentro del ámbito biosanitario: Aplicaciones a la enseñanza y a la práctica profesional de la traducción médica del inglés al español (Tesis de doctorado). Universidad de Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1768/17325973.pdf?sequence=1>
- Meurier, G. (1568). Coloquios familiares muy convenientes y mas prouechosos de quantos salieron fasta agora para qualquiera qualidad de personas desseosas de saber hablar y escribir Espanol y Frances. Amberes. [Copia digital de un manuscrito del siglo XVI]. Recuperado el 10 de julio de 2018, de <https://play.google.com/books/reader?id=ZrBmAAAaAAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=en&pg=GBS.PA1>

- Otto, E. C., & Río, R. C. (2015). El tratamiento de las LFE en el marco de referencia europeo para las lenguas: implicaciones en la programación y diseño de materiales didácticos. *Revista de Lenguas para Fines Específicos*. 11 (77-94) Obtenido de [file:///C:/Users/Marianella/Downloads/Dialnet-ElTratamientoDeLasLFEEnElMarcoDeReferenciaEuropeoP-2116396%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Marianella/Downloads/Dialnet-ElTratamientoDeLasLFEEnElMarcoDeReferenciaEuropeoP-2116396%20(1).pdf) DOI: 10.20420/rlfe.2015.0011.
- Pamo-Reyna, O. G. (2013). Las creencias populares en la medicina moderna. Perú. En: *Revista de la sociedad peruana de Medicina Interna*. 26:I (37-43) Obtenido de <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/325/378>
- Pérez, A. S. (1992). *Historia de la enseñanza del español como lengua extranjera*. Editores: SGEL: Sociedad General Española de Librería S.G.E.L. España. ISBN: 84-7143-475-X.
- Pérez, F. C. (2004). El enfoque por tareas en la enseñanza de lengua con fines específicos. Actas del I Simposio de didáctica de español para extranjeros: Teoría y práctica. (Ed. C. V. Cervantes). Río de Janeiro. Obtenido de https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/publicaciones_centros/rio_2004.htm. DOI: 10.1016/B0-08-044854-2/00429-7
- Peterson-Iyer, K. (2008). *Culturally competent care for Latino patients: Introduction*. En M. C. Ethics (Ed.), Recuperado el 10 de agosto de 2017, de <https://www.scu.edu/ethics/focus->

[areas/bioethics/resources/culturally-competent-care/culturally-competent-care-for-latino-patients/](#)

Quesada, M. (2008). *Plantas al servicio de la salud, plantas medicinales de Costa Rica y Centroamérica*. San José, Costa Rica: EUNED.

Ramírez G., A. S. y Ramírez G., M. A. (2014). Estrategias didácticas para el fortalecimiento de la competencia comunicativa intercultural de los asistentes de lenguas extranjeras (TFG). Bogotá, Colombia: Universidad Libre de Colombia. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10901/8569>

Ríos, J. & Torres J. F. (2010). *Complete Medical Spanish*. McGraw Hill Professional. DOI: 10.1036/0071476448.

Sabater, M. L. (2000). Aspectos de la formación del profesorado de español para fines específicos. Actas del I Congreso Internacional del Español para Fines Específicos. Recuperado el 03 de mayo de 2023, de http://ciefe.com/wp-content/uploads/2014/05/Actas_I_CIEFE.pdf

Sánchez de Enterría, J. G., et al. (2001). *La enseñanza / aprendizaje del español con fines específicos*. Madrid: Editorial Edinumen.

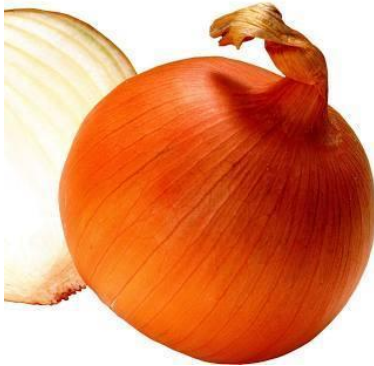
Sánchez, J. G. (2009a). *El español lengua de especialidad: enseñanza y aprendizaje*. Madrid: Editorial Arco / Libros, S.L.

Sánchez, J. G. (2009b). El lugar que ocupan las lenguas de especialidad en la enseñanza y aprendizaje del español como lengua extranjera. ASELE, Ed. Instituto Cervantes. Recuperado el 02 de junio de 2017, de https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/20/20_0041.pdf

- Vázquez, M. L. (2009). Aplicaciones prácticas del enfoque por tareas. En *MarcoELE. Revista de Didáctica Español Lengua Extranjera*, (9), 3-262. Recuperado el 20 de marzo de 2018: https://marcoele.com/descargas/expolingua1996_vazquez.pdf
- Zanón, J., & Alba, J. M. (1999). *La enseñanza del español mediante tareas* (Vol. 2). EDINUMEN.
- Zhang, X. (2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de WHO: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es. DOI: 10.1080/16556627.2019.1572719.

ANEXOS

ANEXO #1: plantas usadas en la comida internacional y en la medicina tradicional



ANEXO #2: imagen de una planta y tarjetas con la descripción de sus partes



Fuente: <https://www.topworksheets.com/es/ciencias-naturaleza/plantas/las-partes-de-las-plantas-y-sus-funciones-6434b44655d64>

Fabrican las semillas y se transforman en frutos.
Transporta el agua y los nutrientes por toda la planta.
Absorbe agua y sales minerales del suelo.
Brote que arrojan los árboles y otras plantas.
Hojas de colores que forman parte de la flor.

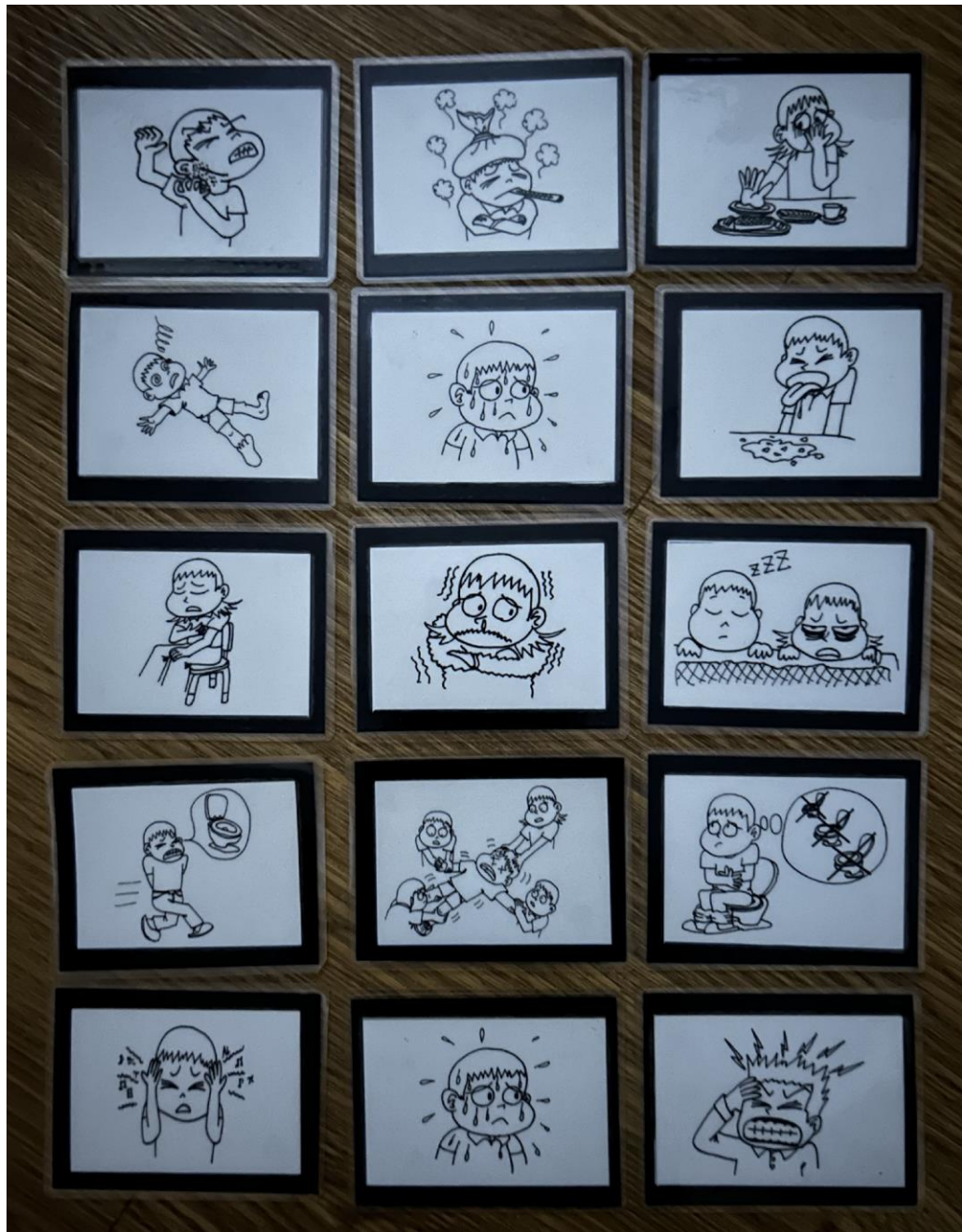
Contienen y protegen las semillas que darán lugar a una nueva planta.
Realizan la respiración de la planta y fabrican su alimento.
Parte del fruto que contiene el embrión de una futura planta.
Corteza o cubierta exterior de los huevos, de varias frutas y de otras cosas.
Parte suave o blanda de una fruta.

ANEXO #3: láminas del herbario nacional de costa rica: “plantas al servicio de la salud, plantas medicinales de costa rica y centroamérica (quesada, 2008)



ANEXO #4: tarjetas para jugar memoria

Material de uso libre tomado de <https://www.educima.com/dibujos-para-colorear-salud-c81.html>



ANEXO #5: cartel con objetos utilizados para prevenir y aliviar males comunes y culturales (elaboración propia)

ELEMENTOS PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD O MALA SUERTE



Objetos devocionales



Amuletos



Remedios



Sahumerios



ANEXO #6: datos sobre los objetos del cartel



ANEXO #7: tarjetas sobre el mal de ojo



ANEXO #8: fichas informativas sobre pega o empacho, quebranto, mal aire, susto y chistate

(Flores: 2015, p. 283 a 285)

Cuadro 1. El mal de ojo

Causa	Tratamiento	Consecuencias si no es atendido
<ul style="list-style-type: none"> - Vista muy fuerte o caliente - Tener la sangre dulce - Envidia - Creencias - El niño llama mucho la atención - Se espanta el niño - Les calientan mucho la sangre - Agarrar aire - Pasar por una barranca o cueva - Se tiene la vista fuerte sin saberlo afectando principalmente a niños y plantas - Vista muy pesada y mal intencionada lo que afecta principalmente a niños - Se reconoce que es algo sin explicación, pero existe - Considerada como una superstición - Por influencias negativas de algunas personas - Porque no los toca la gente que causó el malestar 	<ul style="list-style-type: none"> - Quebrar el cuerpo poniendo sal en la lengua y escupir en la frente y en el estómago, hacer una cruz con el dedo, dar apretones por todo el tronco y con ropa interior sucia limpiar la frente y todo el cuerpo - Pasar un chile guajillo o ancho por frente y cuerpo - Usar un huevo y/o un fruto llamado ojo de venado - Una bolsa de tela roja con ajo, chile ancho y coral de mar - Colocar alguna cosa de oro adentro de la ropa (en donde se descarga la vista fuerte y protege al niño) - Piedra de azabache - Limpiar con una camisa sucia - Jarilla, ruda, hinojo y santamaría - Alumbre, un chile verde y limón - Quebrar el huevo en un medio vaso de agua para ver el daño - Escupir con sal - Golpear moderadamente al niño en los muslos - Hacer una limpia antes de las doce del día tres veces por semana con jarilla, flor de santamaría, huevo, chile, limón y alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre muy alta - Continuidad del malestar - Llanto - Deshidratación y severas temperaturas - Alta temperatura en la cabeza - Continuidad de la molestia - No dormir - No comer - Diarrea - Dolor - Dilatación o abultamiento de los ojos - Muerte de la persona

Cuadro 4. La caída de mollera

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
Caída de mollera Hundimiento en el cráneo "Hoyo que se tiene"	- Caída del niño - Deshidratación	- Meter la cabeza del niño en agua con el fin de que se suba o se acomode la mollera	- Continuidad del malestar - Llanto del niño - Muerte	- Dar líquidos - Evitar caídas

Cuadro 3. El aire

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
- Aire en cuerpo - Aire en oídos - Aire en ojos - Aire en cuello	- Infecciones - Contaminación - Mentalidad de la persona - No cubrirse adecuadamente - Pasar por fuentes de agua (barrancas, aguas estancadas, tanques grandes) - Exponerse al aire - Salir en la noche o después de haber comido (pollo o huevo) - Cambios de temperatura - No cubrirse al bañarse (aunado a la entrada de agua en oídos) - Entendido como sinónimo de conjuntivitis	Aire en el cuerpo: - Limpia con jarilla y ruda - Se toma una combinación de flores de jazmín, chon de China, albahaca y gotas de limón - Té de ruda, una muñeca de jarilla puesta en el estómago con alcohol, un trapo de tela y venda - Píldoras de éter o hierbas de santamaría y pirúl Aire en los ojos: - Se utiliza manzanilla, rosa de castilla o humo de cigarros Aire en los oídos: - Se usa el humo de cigarro soplado en dicho órgano con un cono de papel Aire en el cuello: - Altamisa, albahaca, romero y jarilla	- Vómitos - Problemas visuales - Lagrimeo en los ojos - Ojos irritados - Continuidad de este malestar - Aumento de dolor - Exceso de llanto en los niños - Lagañas - Pérdida de la audición - Incremento de la gravedad	- No exponerse al viento - Cubrirse bien - Tomar medicamentos caseros - Evitar pasar por dichas fuentes de agua o donde se encuentre agua estancada

Cuadro 6. El espanto

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
- Susto - Espanto	- Golpes - Caídas - Una fuerte impresión - Ver como persona tiene una fuerte caída	- Té de ajeno - Magnesia - Comer pan duro - Acudir con un sacerdote para que practique rezos	- Trauma en los niños - Pérdida de apetito - Adelgazamiento - Continuidad del malestar - Diabetes - Insomnio - Muerte	- Seguir los tratamientos recomendados - Tratar de evitar accidentes en niños y adultos

Cuadro 2. El empacho.

Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
- Comida que se queda pegada o no se digiere - Se presenta en niños pequeños cuando comen cosas muy secas y en demasiada cantidad - Por algo que cayó mal - Por comer cosas secas - Debido a que se ingieren galletas - Porque se pegan cáscaras en el estómago	- Masaje en toda la espalda, tomar la piel con la yema de los dedos dando un jalón firme y rápido quebrando con ello el empacho. Administrar una cucharada de aceite de oliva - Recurrir a las curanderas - Realizar una sobada con aceite, hierbabuena y carbonato - Usar manzanilla, hierbabuena y albahaca - Se administra aceite de oliva y estomaquil - Se soba el estómago jalando la piel	- Vómito - Pérdida de peso - Diarrea que puede derivar en disentería - Los niños lloran en exceso - No se come - Aumenta la gravedad - Muerte	- Cuidar la alimentación - No dar en cantidad exagerada alimentos (galletas, bombones o chicles) - No comer en la calle - Recurrir a un curandero para sobarse - Aumentar la higiene y la limpieza en los alimentos

Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona

Alejandro Goldberg

Instituto de Ciencias Antropológicas
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Argentina

RESUMEN: *Esta presentación es parte de una investigación de cuatro años realizada para obtener el doctorado en 2004 y publicada posteriormente [v. Goldberg, 2007]. A través del marco teórico-conceptual de la antropología y mediante la metodología etnográfica, se analizan algunas de las dimensiones de la salud/enfermedad/atención en un conjunto sociocultural específico: los migrantes senegaleses de Barcelona, España.*

ABSTRACT: *This presentation is part of a four-year research conducted to obtain the Ph. D. in 2004, and published later [see Goldberg, 2007]. Through the theoretical and conceptual framework of anthropology and by the ethnographic methodology, discusses some of the dimensions of health/illness/care-assistance in a specific socio cultural group: Senegalese migrants in Barcelona, Spain.*

PALABRAS CLAVE: *migrantes senegaleses, proceso de salud/enfermedad/atención/, itinerarios terapéuticos.*

KEYWORDS: *Senegalese migrants, health/illness/care-assistance process, therapeutic itineraries.*

1. EL ABORDAJE ANTROPOLÓGICO DEL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN

A modo de introducción, resulta interesante recuperar dos citas que posibilitan una idea general del problema de estudio que se aborda en este trabajo:

Como todo acontecimiento de la vida (*life event*), la migración es una situación de cambio que no sólo da lugar a ganancias y beneficios, sino que también

comporta toda una serie de tensiones y pérdidas a las que se denomina *duelo* [...] Los riesgos para la salud o para la integridad física no tan sólo comportan enfermedades o lesiones, sino también la puesta en marcha de procesos de duelo por lo que se ha perdido [...] prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia: desde aspectos tan básicos como la alimentación o las relaciones familiares y sociales, hasta el clima, la lengua, la cultura, el estatus [...] Cuando la vivienda no dispone de las condiciones higiénicas adecuadas (o no hay siquiera vivienda), cuando se pasa frío, o cuando la alimentación es insuficiente o inadecuada, todo ello puede dar lugar a enfermedades [...] A esto se ha de añadir el alto índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan muchos inmigrantes [Atxotegui, 2000: 83-99].

Tras una revisión de los escasos estudios realizados en España sobre la situación sanitaria de los inmigrantes puede afirmarse que no existen perfiles de morbilidad marcadamente diferenciados respecto a la población autóctona; contra lo que algunos prejuicios pueden sugerir, la incidencia de enfermedades importadas (malaria, paludismo) es mínima. En cambio, gran parte de las consultas de la inmigración económica procedentes de países del Sur están originadas por las condiciones de trabajo (heridas y golpes en la construcción, efecto de plaguicidas en labores agrícolas), de vida (alimentación y condiciones de vivienda inadecuadas) y de marco social de convivencia (enfermedades de transmisión sexual entre colectivos compuestos mayoritariamente por varones, que recurren a los servicios de prostitutas sin observar medidas profilácticas). Según Ugalde [1997], los patrones de morbilidad de esta población reflejan, más que sus niveles de salud antes de emigrar, los problemas sociales que han de afrontar en su supervivencia cotidiana, que generan problemas de salud mental (estrés, miedo, ansiedad) y diversas predisposiciones psicósomáticas [Colectivo Ioé, 1992:164].

Siguiendo a Menéndez [1990b; 1994], el proceso de salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. Esto es, el sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir del mencionado proceso. Padecimientos/respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos.

Partiendo de esta definición, en este trabajo me referiré en términos de "antropología de la medicina", más que "de la salud" o "médica", ya que

se trata de un concepto que permite analizar los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio desde el conjunto de saberes y prácticas que poseen desde su cultura de origen, con un particular sistema médico de atención, abordando la relación de éste con el sistema biomédico dominante en la sociedad receptora.

La antropología de la medicina aborda el proceso de salud/enfermedad/atención predominantemente en el nivel microsociológico. No obstante, el enfoque relacional adoptado en este trabajo implica abarcar las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, reconociendo que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención, opera dentro de un marco de relaciones sociales que constituyen a los conjuntos sociales, más allá de la valoración de éstas:

[...] colocar a los conjuntos sociales, a los sujetos sociales enfermos (y no enfermos: a la epidemiología sociocultural le interesa también la salud) dentro de la estructura social, económico-política y cultural en la cual contraen las enfermedades, padecimientos y desgracias, los tratan, se curan, mueren... [Menéndez, 1990b:34].

2. DIMENSIONES DE LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE LOS SENEGALESES

¿Cómo construyen las nociones de salud/enfermedad los senegaleses, qué "valor" le asignan a la "salud", a las situaciones del "enfermar" y a sus connotaciones sociales respectivas? ¿En qué consisten las acciones que ponen en práctica para hacer frente a los distintos padecimientos que sufren en el contexto de la sociedad de origen?

Como punto de partida para comenzar a indagar alrededor de los interrogantes formulados más arriba, resulta significativo el planteamiento de Mallart [2001:192-194], quien en sus investigaciones sobre medicina africana se propuso mostrar: "cómo, en una sociedad africana, un vasto conjunto de fenómenos, situaciones, ideas, palabras y prácticas relacionadas con el cosmos humano, sus desórdenes y restablecimientos, tienden a formar un sistema de manera tal que todos sus elementos se articulen, se opongan, se complementen y formen un todo". Esto supone que la medicina (*evuzok*, científica, china, *wolof*,¹) no puede abordarse como un campo completamente autónomo, sino como parte de sistemas sociosimbólicos más amplios enmarcados en contextos particulares.

¹ Los *wolof* constituyen la etnia mayoritaria de Senegal.

Sumado a lo anterior y de acuerdo con Menéndez [2000], es oportuno subrayar dos supuestos fundamentales para el abordaje de la salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio:

1. Todo sistema médico de atención (por más mágico que parezca) no solamente posee técnicas, sino también eficacias técnicas para los problemas de salud. Asimismo, todo sistema médico de atención contiene una serie de elementos que llevan implícitos una determinada concepción del mundo (podría decirse, muy simplificada: de valores socioculturales) que lo estructuran.
2. Las llamadas enfermedades de tipo "tradicional" o de "filiación cultural" en su mayoría poseen una causalidad (y una cura) relacional-humana, lo cual supone la interacción entre personas, como el caso del mal de ojo o la brujería. Por otro lado, es preciso reconocer que este tipo de padecimientos relacionados con procesos y factores culturales no pueden desprenderse del análisis de los factores de tipo sociopolítico e ideológicos en los que se encuentran inmersos [Menéndez, 2000:165].

Dentro de la medicina tradicional africana, es posible reconocer dos órdenes descriptivos alrededor de la salud/enfermedad/atención:

1) Un orden físico donde la enfermedad, malestar, padecimiento se manifiesta en términos de síntomas fisiológicos. Para la lectura de síntomas fisiológicos utilizan la noción de *seet* (*wolof*), que supone mirar, buscar, revisar el cuerpo en sentido integral. El término *feebur* (*wolof*) designa una enfermedad de orden estrictamente físico, una fiebre que se atiende mediante el conocimiento y uso medicinal de plantas, hierbas, cortezas y raíces, generalmente a través del *marabout*.² La curación se designa como *facc* (*wolof*), mientras que *safara* (*wolof*) alude específicamente a los brebajes, preparados o infusiones a base de plantas, hierbas, cortezas y raíces que ingieren durante el tratamiento de siete días para sacar la fiebre amarilla del cuerpo de alguien.

² Desde el punto de vista sociocultural (político, ideológico, religioso) el sustrato más importante del poder del *marabout* radica en dos aspectos interrelacionados: por un lado, es el jefe religioso islámico (Imam); y, por otro lado, el curandero especialista en medicina tradicional africana. El *marabout* es el maestro de la escuela coránica y es también el curandero, se refiere tanto a las oraciones coránicas como a los espíritus de los ancestros:

"Frecuentemente, no siempre, los imams son también *marabouts*, personajes que gozan de un gran prestigio y respeto dentro de la comunidad. Además de sus funciones ceremoniales y religiosas diarias, de la atención a los bautizos y funerales, de ejercer de maestros en las escuelas tradicionales coránicas y ser los líderes religiosos, también practican curaciones y algunos son adivinos" [Kaplan, 1998:138].

Resulta pertinente destacar la importancia general y específica en el campo de la curación que se le asigna en estas sociedades a lo que Mallart [2001: 197] denomina “mundo vegetal”, del cual mucho se interesó en sus investigaciones sobre la medicina de los *evuzok*. En efecto, “hay plantas para curar heridas y dolores que tienen tanto poder, que si tú no sabes y juntas dos opuestas entre sí, relampaguea en el cielo” (Bebu, senegalés residente en Barcelona).

2) Un orden suprafísico/supranatural, “mágico”, “místico”, “espiritual”. El concepto de *giissane* (*wolof*) permite el diagnóstico de las causas de este orden y abarca asimismo el diagnóstico o lectura del futuro. Por su parte, *ligeey* (en *wolof* “trabajar”; *cort* en *peul*) alude a un maleficio o espíritu malo que se ha apoderado de una persona (tras eludir los amuletos de protección, los *gri-gri*) e implica que alguien ha trabajado mediante brujería para lograr ese estado de enfermedad en el/los otro/s.

Por otra parte, una de las variables a tener en cuenta en el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en el contexto de la sociedad de destino será la manera en la que sus experiencias previas, tanto con la medicina tradicional africana como con el sistema sanitario biomédico en el país de origen, influye o determina su relación con el sistema sanitario español y sus representantes.

En ese sentido, es oportuno recordar que la instalación e influencia de la medicina occidental y su sistema sanitario en Senegal se produce, a partir de la colonización francesa, con la inserción de los misioneros católicos en St. Louis (siglo xv) y otros pueblos. Por esos tiempos, la estructura básica colonial local se basó principalmente en tres instituciones: la iglesia, la escuela y el centro de salud. Por eso, en general la biomedicina ha sido históricamente concebida en Senegal como una institución de los blancos, como un instrumento de control social de los colonizadores franceses paralelo a la evangelización católica.

Mallart [2001:200] cita un escrito de Mba Owona en el que subraya el hecho referido acerca de que los colonizadores se sirvieron del clero para borrar los conocimientos y prácticas tradicionales entre los africanos y así imponer la medicina moderna importada: “[...] los enfermos que acudían a los curanderos en busca de sus servicios eran tratados como pecadores [...] han dado nombres falsos a los remedios, que designaron con los términos peyorativos de brujerías o fetiches [...] la medicina moderna aparece perdida ante ciertas enfermedades que nuestros remedios curan fácilmente...”

Por último, y siguiendo a Menéndez [1990b], vale recordar que el enfoque relacional adoptado en este estudio explicita el reconocimiento de que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención,

opera dentro de un marco de relaciones sociales, más allá de la valoración de éstas. Dichas relaciones suponen transacciones y se encuentran en permanente modificación. Los procesos de hegemonía/subalternidad entre los modelos hallan en el término "transacciones" el concepto con el cual se puede describir y explicar el conjunto de relaciones que operan potencialmente. Las transacciones, a su vez, suponen siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos. Por esta razón, un aspecto significativo alrededor del concepto de modelo médico Hegemónico (MMH) en el marco de esta investigación es que éste permite analizar el conjunto de saberes y prácticas que poseen los migrantes senegaleses alrededor de la salud/enfermedad/atención y la apropiación de saberes y prácticas biomédicas que se produce en el nuevo contexto socio-sanitario del que se trata.

3. PADECIMIENTOS Y RESPUESTAS DE LOS MIGRANTES SENEGALESES A TRAVÉS DE SUS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS EN LA SOCIEDAD DE DESTINO

Como ha sucedido en casi todos los países donde han emigrado, en su mayoría, los migrantes senegaleses de Barcelona se dedican a trabajar en actividades relacionadas con el comercio: venta ambulante, pequeñas tiendas de bazar con productos africanos y restaurantes típicos, siempre en la zona del centro histórico de la ciudad (fundamentalmente en el distrito de Ciutat Vella), espacio donde conviven un gran número de colectivos de inmigrantes, principalmente africanos y latinoamericanos. Los que se dedican a la venta ambulante y poseen su situación migratoria regularizada suelen estar una temporada en Barcelona y otra en la costa, preferentemente de verano hasta Navidades (el periodo de más ventas), para luego marcharse nuevamente a Senegal por un tiempo no menor a cuatro meses a estar con sus familias y después regresar. También se dan casos en los que algunos hombres se instalan con sus familias pero no se trata de un tipo de inmigración frecuente hasta el momento.

¿Cuáles son los principales padecimientos relacionados con las condiciones de vida y de trabajo de los migrantes senegaleses en la sociedad de destino, y de qué manera intentan resolverlos?

A través de la información etnográfica recogida he comprobado que los migrantes senegaleses que trabajan en el comercio de venta ambulante en Barcelona sufren generalmente cansancio y fatiga, como padecimiento o malestar específico a la actividad cotidiana que desarrollan. Por un lado, en su mayoría no cuentan con vehículo propio, por lo que deben transportar el

peso de la mercadería hasta el lugar donde se instalan y moverse corriendo con él cada vez que la policía aparece. Por lo tanto, es pertinente apuntar aquí un factor concreto que les genera problemas en su salud: el estrés de estar permanentemente atentos y temiendo que la policía llegue, les confisque su mercadería, los llegue a detener y se los pueda expulsar, ya que, mayoritariamente y muy a pesar de ellos mismos, no poseen su situación administrativa regularizada.

Asimismo, es importante destacar al menos dos tipos de “presiones” añadidas que sufren y que provienen del país de origen. Una es de carácter general y abarca a todos los migrantes:

Muchos africanos creen que cuando tú llegas aquí lo tienes todo, triunfas. Cuando saben, por ejemplo que [Kai] está en Europa, lo están mirando, están esperando su triunfo. Si no estás bien preparado, puedes volverte loco (Kai, senegalés residente en Barcelona).

El otro tipo de “presión” se relaciona con la jerarquía particular de cada sujeto en la estructura familiar que ha dejado en origen. Por ejemplo, un migrante senegalés que está casado con una o dos mujeres (de acuerdo al Islam pueden tener hasta cuatro); es decir, que tiene hasta dos familias en origen, necesita por fuerza trabajar mucho para enviarles dinero y mantenerlas. Por lo tanto, estará sujeto a más presión, lo que le generará más angustia y, por ende, más problemas de salud de orden físico y psicológico. Sumado a lo anterior, hay que remarcar los cambios que sufren en los hábitos alimentarios, así como la pérdida de horas de sueño.

El caso de Mustafá sirve para graficar lo anterior. Cuando en el año 2000 emigró de Senegal pesaba 113 kg.; después de dos años en el continente europeo había perdido 13 kg. Los motivos que él adjudicó a lo sucedido fueron, en el siguiente orden: 1) el estrés de vender en la calle: “tienes que ir de aquí para allá, corriendo de la policía, que si te atrapa te secuestra tus cosas y te lleva en cárcel” (Mustafá); y 2) el estar lejos de su tierra y los suyos, en una cultura distinta. Es decir que, de modo general, un problema de orden físico (la pérdida de peso) es atribuido a causas de índole sociocultural, que determinan la situación de los migrantes en la sociedad de destino.

Siguiendo con los padecimientos ligados a la actividad de venta ambulante, vale señalar que con el término *töy* (en *wolof*) se autodiagnostican el malestar que relacionan con el cansancio y la fatiga que sufren en su trabajo. Para tratarlo utilizan dos tipos de plantas: el *Kél*, un árbol de cuyas hojas (o corteza) se prepara una infusión; y la *Bissa*, un pequeño arbusto de múltiples propiedades, que también actúa como laxante y diurético (si se bebe caliente) o líquido refrescante (si se bebe frío).

¿Qué ocurre en la sociedad de destino cuando los inmigrantes senegaleses no cuentan con estas especies de plantas curativas? Según pude comprobar a partir del trabajo de campo realizado, generalmente las transportan consigo desde origen y a medida que se consumen las van renovando por intermedio de aquellos que viajan a Senegal o bien reciben un nuevo suministro a través de los nuevos migrantes que arriban a destino. Es decir que reproducen un mecanismo semejante al que ponen en práctica con las artesanías de madera y demás mercadería que venden, basado en las redes y cadenas migratorias.

Este conjunto de saberes y de prácticas forman parte de los mecanismos de autoatención, la cual, según Menéndez [1990a], permea la estructura de toda la sociedad y es su primer nivel real de atención. Está basada en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios, y en el que no interviene directamente un curador profesional.

A continuación se presentarán algunos casos que permiten dar cuenta de las dimensiones que adquieren dos aspectos fundamentales al momento de analizar el proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona. En primer lugar, establecer la relación entre salud y condiciones de vida y de trabajo como variable determinante en la situación de salud/enfermedad de los sujetos. En segundo lugar, la importancia de reconocer y describir el conjunto de representaciones y prácticas de los sujetos, así como el itinerario terapéutico seguido, ante determinados padecimientos en el contexto de la sociedad de destino.

a) El caso de Lake

Cualquier persona que haya caminado por las calles de Ciutat Vella, fundamentalmente por el barrio del Raval, puede inferir al menos tres cuestiones: primero, exceptuando la zona del Raval alto, la mayoría de la población que lo habita es de origen inmigrante; segundo, buena parte de los pisos que éstos habitan no se encuentran en condiciones de habitabilidad y saneamiento dignas, sino más bien de hacinamiento; y tercero, las pequeñas calles del corazón del barrio constituyen potenciales focos infecciosos debido a la concentración de basura y suciedad que las caracteriza. Ante semejante estado de cosas, la incidencia de la tuberculosis, una de las llamadas enfermedades de la pobreza, va en aumento:

Como puede observarse en el gráfico que se presenta a continuación, el porcentaje de casos de tuberculosis aumentó significativamente en inmigrantes a partir de 2000.

Según recomendaciones del Instituto Municipal de Salud Pública (IMSP), más que asociar tuberculosis con inmigración (del mismo modo que se relaciona esta última con delincuencia), el fenómeno remite sobre todo a las condiciones de pobreza y marginación en las que los inmigrantes viven. Es baja la probabilidad de que una persona que habita en Sarriá, uno de los barrios más ricos, ubicado en la parte alta de la ciudad, contraiga la enfermedad. La tuberculosis ataca a organismos con defensas deficitarias y mal alimentados. Por lo tanto, no se trata solamente de una enfermedad “importada” por los inmigrantes, sino que mayoritariamente se la contrae aquí, en contextos urbanos con un estatus de vida de “Cuarto Mundo”, en los cuales existen altos grados de patrones de exposición para las personas que los habitan (en su mayoría inmigrantes).³

En este barrio [por el Raval] hay una incidencia de la tuberculosis muy alta, que no tiene nada que ver con el resto de Barcelona. Tenemos mucho cuidado con los inmigrantes porque viven en unas casas con muy malas condiciones, de hacinamiento, además no comen bien, la alimentación no es la correcta, es decir que las condiciones de vida que tienen potencian el desarrollo de la enfermedad (Montse Salgado, médica del Centro de Atención Primaria —CAP— de Drassanes).

Lake, vendedor ambulante senegalés, fue uno de los 590 casos de tuberculosis declarados en Barcelona durante 1999. Al momento de realizar las entrevistas (abril-mayo de 2001), tenía 28 años y era uno de los 13 senegaleses empadronados en el barrio del Raval, distrito de Ciutat Vella [fuente: *La població estrangera a Barcelona, enero 2001*. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona].

Lake habitaba un pequeño piso compartido con un primo (Kai) y dos amigos (Wama y Namse), todos migrantes senegaleses vendedores ambulantes.

Un día que volví de vender me sentí muy cansado, más cansado que otros días, no tenía fuerzas. Comí y me eché en la cama. Esa noche recuerdo que me despertaba todo el tiempo, estaba todo sudado, tenía fiebre alta. Al día siguiente me vino una tos muy fuerte y mucha fiebre en la noche. Esperé hasta el otro día y fui a Medicina Tropical para que me viera un médico. Él me dijo que lo que yo tenía seguro era tuberculosis (Lake).

³ Es importante señalar que España se sitúa a la cabeza de la UE en tasas de mortalidad por tuberculosis y que en Cataluña se producen 30 casos de tuberculosis cada 100 mil habitantes; mientras que, de cada 3 inmigrantes que mueren, 1 es por tuberculosis. Por su parte, en Barcelona la tasa es de 37,5 casos por 100 mil habitantes, pero en el distrito de Ciutat Vella la misma se eleva a 174 casos, cifra comparable a la de muchos países del “Tercer Mundo” (fuente: Instituto Municipal de la Salut).

Como es sabido, el tratamiento completo para curar la tuberculosis es prolongado: dura de seis a nueve meses, incluso a un año. Lake no estaba lo suficientemente convencido de que se iba a mejorar, ni siquiera confiaba en que se tratara de la enfermedad diagnosticada por el médico. Creía más bien que se trataba de algún otro padecimiento ligado a una falla en su sistema de protección, los *gri-gri*, portados consigo desde su sociedad de origen. Hasta llegó a pensar en la posibilidad de que alguno de sus antepasados estuviera enfadado con él por alguna causa. Si, como le dijo el médico, la tuberculosis es muy contagiosa... ¿por qué, entonces, no se enfermaron también su primo y los amigos que vivían con él?

A la par del tratamiento terapéutico biomédico a base de tres fármacos distintos,⁴ que incluyó la elaboración por parte del médico de una dieta alimentaria rica en proteínas y vitaminas, a la vez que la recomendación de no fatigarse en el trabajo, descansar y dormir bien, Lake comenzó a carterarse con su familia nuclear en Senegal y a mantener con ellos una comunicación telefónica semanal. Incluso, en dos ocasiones, habló por teléfono directamente con el *marabout* de su pueblo para que tratara su problema de salud a la distancia: "Así me sentía más tranquilo y seguro. Fui mejorando con el tiempo hasta que me curé completamente" (Lake). De otra forma hubiera tenido que viajar a Senegal para solucionar su problema en el nivel familiar-sociocultural y reiniciar los rituales de protección.

El caso permite ver la manera en que, ante determinados padecimientos, los migrantes senegaleses ponen en práctica mecanismos de respuesta que abarcan simultáneamente los niveles físico y suprafísico. Para curarse de la tuberculosis, Lake ha seguido el tratamiento estrictamente biomédico en la sociedad de destino pero con el sustento simbólico familiar-sociocultural de origen, dentro del cual el papel del *marabout* resulta fundamental.

b) El caso de Mame

Al momento de realizar las entrevistas (diciembre de 2000), Mame tenía 27 años. *Wolof* senegalés, vendedor ambulante y amante de la música negra, Mame frecuentaba con sus amigos el *Paradise*, la más concurrida de las discotecas "afro" que existen en Barcelona, situada a metros de la plaza de

⁴ Al momento de realizar las entrevistas, Lake no recordaba el nombre de los fármacos que utilizó para curarse la enfermedad. Comentó, sí, que se trataba de tres medicinas diferentes y que, sobre todo una de ellas, era muy cara en la farmacia. Sin embargo, sólo tuvo que comprar las pastillas "una o dos veces" en nueve meses de tratamiento, ya que se las proporcionaron casi en su totalidad y gratuitamente en el centro de atención primaria al que acudió. Vale apuntar que, en general, durante el prolongado tratamiento contra la tuberculosis se suele usar una combinación de alguna de estas drogas: *isoniacida*, *rifampicina*, *etambutol*, *estreptomina* y/o *piracinamida*.

St. Jaume. Una noche, mientras bailaba, resbaló y se dio un fuerte golpe en la nuca. A partir de ese episodio comenzó a sufrir crisis periódicas de tipo epiléptico con algunas convulsiones nerviosas.

Es importante mencionar que Mame proviene de una familia poligámica:

En mi familia somos muchos hermanos. El único que emigró fui yo, por eso he ayudado mucho a mi padre económicamente. Siempre que son muchos hijos hay una competencia, igual que con las esposas que tienen envidia por los hijos de las otras... (Mame).

Mame atribuyó las crisis periódicas que sufría a un acto de brujería: el responsable de sus problemas de salud era un maleficio hecho en su contra por alguna de las esposas de su padre.

A diferencia de Lake, Mame no estaba empadronado en el ayuntamiento. Por consejo de un amigo senegalés, concurrió al centro de Medicina Tropical de Drassanes⁵ donde lo trataron: le realizaron exámenes neurológicos y lo atendió un médico que le hizo un seguimiento durante una semana para ver cómo evolucionaba. Paralelamente, Mame se comunicó de manera periódica por teléfono con su padre y sus hermanos que lo tranquilizaron de que no existía un “desorden” en el plano sociocultural. Después de unos días, Mame volvió a “su” normalidad.

Nuevamente puede verse la manera en que operan ambos tipos de respuestas articuladas, aunque en este caso la eficacia estuvo determinada más bien por el plano simbólico de acuerdo con la representación que Mame hizo del padecimiento que sufría.

c) El caso de Bebu

Bebu, a quien entrevisté durante abril-mayo de 2002, constituye un caso excepcional dentro de las características generales de la muestra de este estudio: por un lado, a diferencia de la mayoría de los senegaleses entrevistados, no se dedica a la venta ambulante, sino que ejerce su profesión de sastre en Barcelona; por otro lado, no pertenece a la etnia *wolof*, mayoritaria entre los senegaleses, sino que su madre es *peul* y su padre *bambara*.

⁵ El Servei Català de la Salut (scs) posee una institución particular en relación con la atención de los inmigrantes —sobre todo africanos— en el corazón de Ciutat Vella: la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas, también conocida como Centro de Medicina Tropical de Drassanes. Fue creada en 1985 y está especializada en enfermedades importadas (tropicales) y transmisibles (VIH-SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.). En este sentido, el tratamiento contra la malaria, enfermedad que algunas personas originarias de África portan desde sus países de origen, constituye un campo importante de acción; al igual que el tratamiento preventivo, como vacunaciones, para viajeros con destino a países del Tercer Mundo.

Sus testimonios permiten dar cuenta de la utilización medicinal —y la preferencia—, para determinados problemas de salud, de plantas, hierbas, cortezas y raíces provenientes de la sociedad de origen, en detrimento de los fármacos industriales que los profesionales de la biomedicina recetan en la sociedad de destino:

Siempre he tenido, de joven, el estómago mal, úlcera. Lo que tomo más son hierbas, para mí es mejor que tomar pastillas. Son hierbas de plantas de África. Hace dos años estaba enfermo de mareos. Me mareaba todo el tiempo. Un día me fui a tomar un café con leche y comí un queso. Cuando regresé a mi casa empezaron los mareos y los vómitos. Y durante tres semanas estuve así. Tengo seguridad social y me fui al médico y me hicieron todos los análisis, de sangre, de todo. Pero no pudo curarme, él no me veía enfermo, no me encontraba nada. Me tomaba todas las pastillas que me daba pero nada, así que dejé de ir al médico. Al final me mandó mi madre unas hierbas y cuando me las tomé enseguida se me pasó y me curé. Cuando estuve hace tres meses allí me traje de estas y otras hierbas.⁶ Aquí también hay bosque pero las plantas son diferentes. Cada árbol, cada planta, ayuda en algo, cada una cura, pero si tú no lo sabes, no lo sabes. Igual aquí, todo árbol, toda planta, cura algo, pero hay que saberlo. Cuando tengo problemas de úlcera y me duele el estómago tengo de estas hierbas, me las tomo y ya estoy bien. A mí me gusta todo lo natural. Es un polvo que se prepara con té. También si te duele la pierna o lo que sea, tengo una pomada que sale de un árbol; me la pongo y ya está, enseguida se quita (Bebu).

d) El caso de Notcher

De acuerdo con el planteamiento de Kaplan [1998], el conocimiento de los aspectos relacionados con el trayecto o itinerario migratorio y sus etapas es relevante para el análisis del proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes. Del mismo modo, se remarca la relevancia que adquiere para el abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes extranjeros en España una de sus principales dimensiones: la de la salud laboral como relación social. Partiendo de estas dos premisas, entonces, se presenta el caso de Notcher, quien, a diferencia de la mayoría de los sujetos de estudio entrevistados en mi investigación, no se dedicaba al comercio de venta ambulante, sino que ha vivido y trabajado durante dos años en los invernaderos del Poniente almeriense y luego recogiendo fruta en Lérica.

A través del análisis de su itinerario terapéutico se intentará dar cuenta de los distintos factores que han interactuado en su proceso de “duelo”

⁶ Bebu se refiere, entre otras, al *Kél* y a la *Bissa*, dos de las plantas medicinales más utilizadas por los senegaleses para determinados problemas de salud.

migratorio, particularmente en el campo psíquico de la salud/enfermedad, así como de los mecanismos de respuestas que ha puesto en práctica para hacerles frente. Atxotegui [2000:86] se refiere a lo anterior cuando analiza el duelo que existe en la emigración respecto a lo que se deja atrás. En este sentido, “los problemas psicológicos surgirían de las dificultades en la elaboración de ese duelo”, dificultades que se profundizan en un contexto de desigualdad, marginación y exclusión como el que determina las condiciones de vida y de trabajo de muchos inmigrantes en España. En resumen, puede decirse que la situación de inestabilidad material, social, cultural y afectiva en el desarrollo evolutivo del proceso migratorio, que implica en sí mismo un problema de adaptación ante la ruptura con el medio ambiente sociocultural de origen, constituyen todos determinantes en el proceso de salud/enfermedad/atención del sujeto. Adicionalmente, se analizarán los factores de riesgo que han aumentado los patrones de exposición a distintos padecimientos, ligados a las condiciones de vida y de trabajo en las que se desarrolló Notcher durante dos años en el Poniente almeriense.

Los primeros síntomas de malestar comenzaron a manifestarse después de su primer año de trabajo en los invernaderos. Antes de cumplirse el año, Notcher sintió por momentos “cansancio”. Nótese que el momento coincide también con el hecho de haber cumplido un año de emigrado, de estar en Almería, lejos de su tierra y de su familia, haciendo un trabajo duro. Según Atxotegui [*op. cit.*], generalmente suelen presentarse cuadros de tipo psicossomático y ansioso-depresivo, que en el caso de Notcher se profundizaban desde el plano físico por las condiciones del trabajo realizado:

Cuando vuelves a casa, después de 8 horas de trabajo en el invernadero, te duchas, te sientas y empiezas a pensar en África... en otras cosas. No te das cuenta de lo que te ocurre, no eres consciente de nada. Pero después de un año empecé a pensar en mí mismo. Y empiezas a entender que este trabajo te va a matar si no lo dejas, te das cuenta de lo duro que es... día tras día el mismo trabajo, siempre las mismas cosas, sólo cosas duras, te cansas y mucho. *Ya estaba harto psicológicamente; físicamente ya no respondía.* Necesitaba otras cosas, un poco de vida. Mirábamos la televisión española o alguna cinta de video que llegaba de Senegal, y ya está. Ningún otro contacto con la vida social española. Ni siquiera pensaba en ir con mujeres, era como una máquina (Notcher; las cursivas son mías).

Alguno de aquellos días, tras un difícil año de trabajo en Almería, Notcher sintió un fuerte dolor en su espalda. Aquí comienza su traumático itinerario terapéutico que, por otra parte, continúa hasta la actualidad. Y su primer contacto con el sistema sanitario español no se produjo precisamente en las mejores condiciones: en primer término, al no encontrarse en situación migratoria-laboral regular, no poseía tarjeta sanitaria; en se-

gundo lugar, tuvo que dirigirse al servicio de urgencias del ambulatorio de Roquetas de Mar, y hay que tener en cuenta que el contexto sanitario de la provincia de Almería es uno de los más deficitarios de la Comunidad Andaluza. La red de centros de atención primaria es, además de incompleta, absolutamente inconexa. Existen zonas, por ejemplo, en las que no hay centros de salud y la asistencia médica se reduce, o bien a los médicos de cabecera, o a los rurales.

Me vio una médica que me preguntó: “¿Qué te pasa?”. “Me duele la espalda —le contesté—. “Vale —dijo—, no pasa nada”. Y me dio una receta de pastillas y una pomada antiinflamatoria para frotarme en la espalda. No me revisó ni nada. Es como si allí saben [supieran] perfectamente lo que puede sufrir un trabajador de los invernaderos. Tú llegas, te dicen lo que tienes que tomar y te vas. En Almería, si eres extranjero, nadie va a preguntarte qué haces, qué tipo de trabajo haces... ya lo saben, ya saben lo que hay ahí (Notcher).

A Notcher no le generó ninguna confianza la médica que lo atendió. Por lo tanto, no se compró ni las pastillas ni la pomada antiinflamatoria que ésta le recetó: “Yo tenía mi propia crema que traía de Africa y me la puse en la espalda. Al día siguiente no fui a trabajar y al otro día fui porque estaba mejor”.

Tras este primer episodio de dolencia física, los problemas de salud comenzaron a sucederse. En otra oportunidad, Notcher estuvo cinco días en cama porque le dolía mucho la cadera como consecuencia de haber estado sembrando agachado, con el cuerpo encorvado, durante 8 horas cada día en los cinco invernaderos que tenía su jefe. El tercer episodio que relata Notcher ocurrió unas semanas más tarde. En esta oportunidad tuvo problemas nuevamente en su espalda, concretamente un fuerte dolor en el omóplato derecho. Es decir que, hasta este momento, se trató siempre de dolencias físicas ligadas a las duras condiciones del tipo de trabajo que hacía en los invernaderos.

Al final de la temporada de trabajo, Notcher se fue a la recogida de la fruta en Lérida (Cataluña), con la intención de regresar luego al Poniente almeriense. Pero mientras desarrollaba el trabajo sufrió un episodio que marcaría su itinerario terapéutico hasta la actualidad, determinando, entre otras cosas, la decisión de viajar a Senegal para tratarse, así como a su regreso no volver al Poniente almeriense sino instalarse en Barcelona. Sólo un médico le ha diagnosticado el tipo de padecimiento que sufre y una enfermera le ha sugerido los posibles factores que podrían causarlo:

Tenía una muela que me dolía mucho y fui a que me la saquen. Me inyectaron dos veces penicilina para la infección. Pero a la tercera inyección ya no podía ni ver, ni oír, ni nada. Desde este día, siempre que hago un esfuerzo, por más pequeño

que éste sea, me empiezo a marear. Me mareo mucho, mucho. Y fue empeorando porque fui perdiendo peso cada día más, sin saber por qué. También empecé a perder color, a cambiar de color. Me he puesto más blanco, hasta ahora mis manos están más blancas. A veces es como si estuvieran con sangre. He ido a los médicos en Lérida, me han revisado y me dijeron que no vieron nada. Me hicieron muchos análisis de sangre. Mientras trabajaba, yo estaba arriba recogiendo fruta y me marcaba, entonces me tenía que sentar unos minutos, no podía trabajar así, y cuando me levantaba no podía ni andar. Era algo muy raro. He perdido dos veces la conciencia allí. Y los médicos no saben de qué se trata. Me hicieron, sobre todo, análisis de SIDA porque veían que estaba perdiendo peso. Una vez, una mujer médico me dijo: —Nosotros sabemos sólo con verte que no estás bien. Pero no sabemos lo que te pasa, lo que tienes, así que no podemos hacer nada—. Y así hasta ahora. No pudieron hacer nada. Ahora me duele la cabeza siempre. Ya he ido a los médicos muchas veces pero todavía nadie me ha dicho lo que puede ser. Sólo un médico me ha dicho que es una angustia crónica. Pero una angustia no puede hacerme eso todo un año seguido, no lo creo. También una enfermera con la que trabajé me dijo que esto era culpa de que había dejado a mi familia y vivía solo... un problema moral o algo como eso (Notcher).

Este último diagnóstico —en realidad, el primero y único que le hicieron— fue el que empujó finalmente a Notcher a viajar a Senegal a ver a su familia, donde estuvo cinco meses tratándose su problema con medicina tradicional africana a través de un *marabout* y, paralelamente, en un hospital público de Dakar por medio de un médico amigo. Éste le realizó un electroencefalograma que dio normal, mientras el análisis de sangre que le hicieron dio como resultado un problema de coagulación (que no le detectaron en los análisis que le realizaron primero en Lérida y en Barcelona después). Vale señalar que dicho problema podría estar directamente vinculado al trabajo en los invernaderos. Es decir, el haber trabajado dos años bajo el plástico a temperaturas elevadísimas pudo haber tenido una repercusión directa sobre su sangre. Al respecto, Notcher sostiene que hay mucha gente que viene de trabajar en Almería y que se queja del dolor de cabeza por culpa del sol y del calor. Asimismo, vale recordar que los plaguicidas organofosforados, como los que se utilizan en los invernaderos del Poniente almeriense, “afectan la hidrólisis enzimática del neurotransmisor acetilcolina mediante la disminución de acetilcolinesterasa, con la consecuente intoxicación colinérgica” [Breilh, 2003:256]. Según este autor,

la toxicidad crónica compromete al sistema nervioso periférico, generando una polineuropatía senso-motora que persiste, incluso meses después de suspender la exposición [a la sustancia nociva], llegando a producir secuelas en algunos pacientes” [*ibid*].

4. COMENTARIOS FINALES

Desde el punto de vista de los procesos migratorios actuales, se ha pretendido en este trabajo poner de relieve algunos de los factores, generales y específicos, que pueden afectar la salud y la vida de los colectivos de migrantes en el escenario histórico global. Al particularizar en el contexto español, las condiciones generales de vida y de trabajo que marcan la existencia cotidiana de los inmigrantes, en muchos casos caracterizadas por la exclusión social y la marginación, sumado a la situación de “duelo migratorio”, potencian en estas personas la exposición a trastornos, padecimientos y enfermedades específicos que pueden afectar su salud. Todo lo cual influye en la variedad de respuestas a esos problemas.

Los migrantes senegaleses, una vez que han detectado signos a los cuales atribuyen un significado anómalo en términos socioculturales y no han podido solucionarlo mediante sus propios saberes y prácticas (autoatención), deben recurrir a un especialista, sea éste no técnico-científico (medicina tradicional), o médico (medicina científica), para hacer frente al problema de salud que los afecta.

En la sociedad de origen, los sujetos atienden la mayor parte de los padecimientos que sufren por intermedio de un especialista en medicina tradicional africana, un *marabout*. En este sentido, un importante elemento a destacar es la diferencia existente entre el contexto sociosanitario de origen y el de destino en términos de la accesibilidad que poseen, respecto de la oferta de sistemas médicos y sus representantes-especialistas-curadores. Sobre todo en las zonas rurales de Senegambia, y más allá de los factores subjetivos analizados, en ese contexto resulta materialmente más fácil y accesible tratarse con un *marabout* que ver a un médico.

En cuanto a la sociedad de destino, por el contrario, sucede que las personas cuya situación migratoria sea “regular” pueden optar, de manera simultánea, por distintas alternativas que ofrece el contexto sociosanitario en relación con sus procesos asistenciales, según la eficacia y la apropiación de los conocimientos y las prácticas que hayan efectuado. La articulación entre esos distintos saberes y prácticas dará cuenta de sus procesos de salud/enfermedad/atención.

En el contexto de Barcelona como sociedad de destino, ante algunos padecimientos de índole estrictamente física y luego de poner en práctica los mecanismos de autoatención, esto es, el primer nivel real de atención, a los migrantes senegaleses empadronados o regularizados (es decir, aquellos que tienen tarjeta sanitaria) les resulta relativamente más accesible y económico ver a un médico del CAP o de Medicina Tropical que a un *marabout*.

Para los problemas que corresponden al campo psicológico-emocional, incluyendo el orden "suprafísico", los migrantes senegaleses se identifican más con el tratamiento de la medicina tradicional africana, hegemónico en la sociedad de origen, que ejerce el *marabout*, y cuya eficacia simbólica está dada en términos socioculturales. Por eso, ante determinados padecimientos, frente a la falta de presencia de estos especialistas en la sociedad de destino, en algunos casos necesitan regresar al país de origen y reiniciar los rituales de protección en un marco de contención familiar/comunitario.

En lo que concierne al ámbito de respuestas provenientes específicamente del campo biomédico, no todos, pero sí una buena parte de los representantes del sistema sanitario español (funcionarios, médicos, epidemiólogos, enfermeras) no poseen la capacidad técnica ni teórica (en algunos casos, tampoco la voluntad o predisposición) para abordar, describir, diagnosticar, analizar, explicar y dar respuestas a una amplia gama de padecimientos y problemas de salud de los sujetos inmigrantes.

Podría decirse que no se trata tanto de que los inmigrantes senegaleses sufran padecimientos diferentes, "inespecíficos", "importados", etc., incluso que necesiten de una atención médica diferencial; sino igualitaria, equitativa y no excluyente. En este sentido, se ha podido indagar alrededor de la falta de una consideración y un tratamiento adecuados respecto a aquellos padecimientos sufridos por los inmigrantes extranjeros relacionados con las condiciones de trabajo y de existencia en la sociedad de destino.

Hasta el momento, puede decirse que la política sanitaria oficial respecto a la población inmigrada no sólo responde al carácter relativamente nuevo del fenómeno, sino que además se corresponde con dos elementos: la política migratoria de la administración, por un lado, y por el otro, el paradigma que rige las concepciones y prácticas dominantes en España alrededor de las acciones de salud sobre la población: el modelo médico hegemónico.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuntament de Barcelona

2001 *La població estrangera de Barcelona, gener 2001*, Departament d'Estadística.

Atxotegui, J.

2000 "Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial", en E. Perdiguero y J. M. Comelles (Comps.), en *Medicina y Cultura*, Barcelona, Bellaterra.

Breilh, J.

2003 *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar.

Colectivo Ioé

1999 "La immigració estrangera a Espanya, 2000", en E. Aja et al., *La immigració estrangera a Espanya. Els reptes educatius*, Barcelona, Fundació La Caixa.

Goldberg, A.

2007 *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*, tesis doctoral (2004), Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universidad Rovira y Virgil.

Kaplan, A.

1998 *De Senegambia a Cataluña, procesos de aculturación e integración social*; Barcelona, Fundación La Caixa.

Mallart, LL.

2001 *Okupes a l'Àfrica*, Barcelona, La Campana.

Menéndez, E.

1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*; México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86.

1990a *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza.

1990b *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179.

1994 "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", en *Alteridades*, 4; 7:71-83.

2000 "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos", en E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.): *Medicina y cultura, estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra.

Romaní, O.

2002 "La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología", en *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9 (7): 498-504; Barcelona: SEMFYC-Doyma, ISSN: 1134-2072.

Ugalde, A.

1997 "Salud e inmigración económica del tercer mundo en España", en O. Salas y A. Ugalde. *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 57-78.